

DELIBERAZIONE N° 1478

SEDUTA DEL 17 NOV. 2015.

DIPARTIMENTO

OGGETTO DGR 759 24 GIUGNO 2014 "PROGETTI REGIONALI - ANNO 2013 - COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN, SECONDO LE LINEE PROGETTUALI DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. 13/CSR DEL 20.02.2014 E ALL'INTESA REP. 27/CSR DEL 20.02.2014 RELAZIONE ILLUSTRATIVA SULLE LINEE PROGETTUALI DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. N.227/CSR DEL 22 NOVEMBRE 2012 E ALLA DGR N.1802/2012". MODIFICHE.

ASSESSORE DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA

Relatore

La Giunta, riunitasi il giorno 17 NOV. 2015 alle ore 15,30 nella sede dell'Ente,

Table with 3 columns: Name, Role, and Attendance (Present/Absent). Rows include Maurizio Marcello PITTELLA (Presidente), Flavia FRANCONI (Vice Presidente), Aldo BERLINGUER (Componente), Luca BRAIA (Componente), and Raffaele LIBERALI (Componente).

Segretario: avv. Donato DEL CORSO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 9 pagine compreso il frontespizio e di N° 3 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Form fields for commitment details: Prenotazione di impegno N°, Assunto impegno contabile N°, Missione.Programma, Cap., per €.

IL DIRIGENTE dell'Ufficio Ragioneria e fiscalità regionale Dott. Elio MANTI

LA PRESENTE DELIBERAZIONE NON COMPORTA VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE

Atto soggetto a pubblicazione [] integrale [X] per estratto

VISTE

la L.R. n. 12 del 2/3/1996 concernente la riforma dell'organizzazione amministrativa regionale e s.m.i.;

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;

la D.G.R. n.2017/05 e sue successive modificazioni, recante l'organigramma delle strutture e delle posizioni dirigenziali dei dipartimenti della Giunta Regionale;

la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 e s.m.i. "Denominazione e configurazione dei dipartimenti Regionali relativi alle aree istituzionali "Presidenza della Giunta" e "Giunta Regionale";

la DGR n. 693 del 10/6/2014 di modifica ed integrazione della DGR 227/2014;

la D.G.R. n 689 del 22/5/2015 di modifica della DGR n. 694 del 10/06/2014 "Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale. Individuazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali individuali e declaratoria dei compiti loro assegnati";

la D.G.R. n. 691 del 26/5/2015 inerente l'affidamento degli incarichi in conseguenza dell'intervenuto riassetto organizzativo di cui alla DGR 689/2015;

la D.G.R. n. 771 del 9/6/15 di modifica delle DD.GG.RR. n. 689/2015 e n. 691/2015;

VISTO

il D. lgvo del 23/6/2011 n.118 riguardante l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009 n.42;

VISTE

la L.R. n. 34 del 6/9/2001 "Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata" e e s.m.i.;

la L.R. n. 4 del 27.01.2015 che ha approvato il "Collegato alla Legge di Stabilità 2015";

la L.R. n. 5 del 27.01.2015 che ha approvato la "Legge di Stabilità Regionale 2015";

la L.R. n. 6 del 27/01/2015 che ha approvato il "Bilancio di Previsione pluriennale per il triennio 2015-2017";

la L.R. n. 34 del 13/08/2015: Assestamento Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2015 e bilancio pluriennale 2015/2017 della Regione Basilicata

la D.G.R. n. 114 del 3 febbraio 2015 "Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese del "Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2015-2017";

la D.G.R. n. 1108 del 31/08/2015 "Assestamento Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2015 e Bilancio Pluriennale 2015/2017. -L.r. 13/8/2015 - ..."

VISTI

il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale;

il D.P.C.M. del 29/11/2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza -;

la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al “Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale” e s.m.i. ;

la Legge regionale dell'1.07.2008 n.12 relativa al “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale”, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n.28 del 2.07.2008, e s.m.i.;

VISTA

la DGR n. 524 del 9 maggio 2014 – Disposizioni urgenti concernenti il patto di stabilità interno anno 2014;

VISTO

l'art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, che prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, definiti dal Piano Sanitario Nazionale – PSN nel triennio di vigenza e al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis della medesima legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO

il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008, approvato con DPR 7 aprile 2003, che, partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici, definisce gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendano conseguibili nel rispetto dell'accordo 23 marzo 2005 fra Stato, regioni e province autonome, ai sensi dell'art.1, comma 173 della Legge 30 dicembre 2004 n.311.

VISTO

lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 che

- ribadisce come obiettivo centrale del sistema sanitario, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi di universalità, equità di accesso ai servizi, qualità e appropriatezza delle prestazioni
- rafforza, nell'attuale scenario di federalismo sanitario, la necessità di una cooperazione sinergica tra Stato e regioni per individuare adeguate strategie atte a superare le disuguaglianze in termini di risultati di salute
- sancisce l'impegno di definire gli strumenti e le modalità per tradurre dette strategie in programmi attuativi.

VISTI

l'Intesa rep. n.243/CSR del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute 2010-2012;

la Legge 9 marzo 2010, n.38 recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;

l'Intesa del 29 aprile 2010 rep. n.63/CSR concernente il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012;

l'Accordo rep. n.227/CSR del 22 novembre 2012 che, pur nell'ambito di una sostanziale continuità con le linee progettuali dell'anno 2011, ha introdotto temi meritevoli di approfondimenti ulteriori, con prioritario riferimento alle disuguaglianze sociali in sanità, con la correlata attenzione agli effetti della deprivazione sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari.

PREMESSO

che la DGR n.1802 del 28.12.2012 ha approvato i progetti regionali, anno 2012, collegati agli obiettivi del PSN 2006-2008, a carattere prioritario e di rilievo nazionale, redatti secondo gli indirizzi progettuali di cui al sopracitato Accordo Stato-regioni rep.n.227/CSR del 22 novembre 2012.

CONSIDERATO

che per l'anno 2013, l'Accordo rep n.13/CSR del 20 febbraio 2014, al fine di realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ha sancito un nuovo approccio nella definizione delle linee progettuali, rivolgendo particolare attenzione ai temi che, a seguito dei mutamenti demografici, economici e sociali richiedono un riallineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali, quali la fragilità degli anziani e dei malati cronici, la tutela della salute fisica e psicologica delle donne, dei bambini e degli adolescenti ed ha altresì fissato vincoli specifici sulle risorse finanziarie.

ATTESO

che, per il conseguimento dei suddetti obiettivi, l'Intesa Rep. n.27/CSR del 20 febbraio 2014 ha assegnato complessivamente alla regione Basilicata la somma di € 15.421.352, comprensiva della quota di compartecipazione della regione Siciliana, resa disponibile a favore delle regioni a statuto ordinario, pari a € 716.644,00.

TENUTO CONTO

della nota ministeriale n.8895-P-28.03.2014 acquisita al numero protocollo di PEC 52394 del 31.03.2014, che ha ripartito la suddetta quota residuale sulle medesime linee progettuali, determinando per la regione Basilicata vincoli finanziari afferenti a n. 20 linee progettuali per un totale complessivo pari ad euro **15.421.352,00** giusta tabella sotto indicata:

Linea progettuale		Vincoli sulle risorse
1	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi	€. 2.734.218,00
2	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	€. 2.187.374,00
3	Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo 10.2.2011	€. 218.737,00
4	Implementazione linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza di cui all'Accordo 5.5.2011	€. 492.159,00
5	Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	€. 546.843,00
6	Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità	€. 492.159,00
7	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	€. 1.093.687,00
8	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	€. 437.475,00
9	Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare	€. 601.528,00

	Linea progettuale	Vincoli sulle risorse
10	Tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia	€. 328.106,00
11	Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasie e malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di bio banche del tessuto ovarico e cellule germinali	€. 437.475,00
12	Implementazione di percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale	€. 164.053,00
13	Implementazione della Rete Nazionale dei Centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	€. 164.053,00
14	Implementazione della Rete Nazionale dei Centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	€. 164.053,00
15	Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali	€ 437.475,00
16	Sviluppo di strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – risk-management	€. 1.093.688,00
17	Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie	€. 109.733,00
18	Piano Nazionale Prevenzione	€. 2.624.849,00
19	Superamento OPG e salute mentale	€. 874.950,00
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro	€. 218.737,00
Totale		€. 15.421.352,00

ATTESO

che, come sancito nell'Intesa Rep. n.27/CSR del 20 febbraio 2014, il Ministero dell'Economia e delle finanze, al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti, provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo, riservando l'erogazione del restante 30 per cento all'avvenuta approvazione, da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, dei progetti regionali anno 2013 e di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente.

DATO ATTO

che con la D.G.R. n.1606 del 27.11.2012 di riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata per l'anno 2013 e con la successiva D.G.R. n.414 - 08.04.2013 di riparto definitivo, è stata attribuita alle Aziende Sanitarie ASP e ASM, all'Azienda Ospedaliera San Carlo e all'IRCCS-CROB la quota spettante e comunque vincolata, ai sensi dell'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione progettuale secondo le linee di cui all'Accordo rep n.13/CSR del 20 febbraio 2014.

VISTA

la DGR 759 del 24/06/2014 che ha approvato:

- i "Progetti regionali -anno 2013- collegati agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, secondo le linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni REP.13/CSR del 20/2/2014 e all'Intesa Rep.27/CSR del 20/2/2014- così come riepilogati nell'Allegato 1 (con relative schede per n. 20 linee progettuali) con costo complessivo stimato riassuntivamente esposto pari ad euro 20.211.980,06 ed aventi copertura con finanziamento art.1, c. 34 L.662/1996 anno 2013 pari ad euro 15.421.352,00
- una Relazione illustrativa sulle linee progettuali di cui all'accordo Stato-Regioni rep.n.227/CSR del 22 novembre 2012 e alla DGR N.1802/2012".

ATTESO CHE

la sopra detta D.G.R. è stata trasmessa al Ministero della Salute per il prosieguo di competenza.

TENUTO CONTO

che, a seguito di una prima verifica di tipo amministrativo, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria -Ministero Salute- con nota protocollo. n. DGPROGS 0030707-P-/14 ed assunta al prot. Dipartimentale l'11/11/2014 al n. 183843/13AB, ha suggerito, per linea progettuale, una verifica complessiva dei progetti con contestuale chiarificazione / integrazione, dei dati finanziari ed altro ribadendone i vincoli di risorse giusto accordo rep n.13/CSR del 20 febbraio 2014 nonché l'eventuale utilizzo di risorse proprie regionali per la copertura delle differenze non finanziate con FSN vincolato;

RITENUTO PERTANTO

di integrare, per linea progettuale, la parte finanziaria dei Progetti dandone specifica puntuale distinzione della quota di spesa stimata e finanziata con le risorse di cui all'art.1, c.34 L.662/96 anno 2013 considerato che la regione Basilicata non dispone di fondi propri da assegnare agli stessi;

ATTESO CHE

- i Progetti regionali rimodulati, giusto "ALLEGATO 1" con relative schede per n. 20 linee progettuali, riassunti nell'acclusa tabella - Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96 - Regione Basilicata - "ALLEGATO A" con le relative ripartizioni del finanziamento per linea progettuale, (entrambi parti integrali e sostanziali del presente atto), per un importo complessivo di spesa pari ad euro **15.421.352,00** sono coerentemente allineati a quanto sancito in sede di Accordo Stato-Regioni;
- la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli imposti;
- la quota di € **15.421.352,00** assegnata alla regione Basilicata, è vincolata, ai sensi dell'art.1 commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione dei progetti regionali collegati agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale.

RIBADITO

che i sopra detti Progetti regionali (ALLEGATO 1) sono redatti secondo la definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo rep n.13/CSR del 20 febbraio 2014.

RITENUTO

altresì necessario allegare al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, la Relazione Illustrativa (ALLEGATO 2) sugli esiti dei progetti approvati con D.G.R. 1802/2012 come previsto dall'Accordo Stato-Regioni REP.13/CSR del 20/2/2014 punto 5.

DATO ATTO

che le su dette risorse finanziarie (**€.15.421.352,00**) sono state accertate sul capitolo 16105 n. accertamento n.3502/2013 bilancio corrente - regione Basilicata.

STABILITO

Che il presente atto modifica e sostituisce integralmente la D.G.R.759 del 24 giugno 2014 e relativi allegati parti integrali e sostanziali della stessa

*Su proposta dell'Assessore al ramo
Ad unanimità di voti*

D E L I B E R A

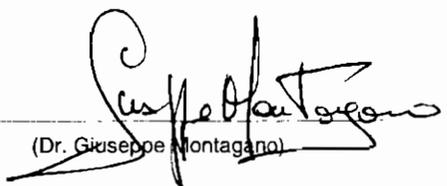
*Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato ed approvato
Di:*

- approvare i Progetti rimodulati ("ALLEGATO 1" con relative schede per n. 20 linee progettuali), parti integranti e sostanziali del presente atto, relativi alle linee progettuali di cui all'Accordo - rep n.13/CSR del 20 febbraio 2014 e dell'Intesa - rep. 27/CSR - del 20 febbraio 2014, coerentemente allineati a quanto sancito in sede di Accordo Stato-Regioni e riepilogati nell'acclusa tabella denominata -Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96 - Regione Basilicata - "ALLEGATO A" ad invarianza dell'importo di spesa complessiva anno 2013 di euro **15.421.352,00**;
- di confermare per i progetti dell'anno 2013, rimodulati, gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati;
- di approvare la tabella: - Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96 - Regione Basilicata- " ALLEGATO A", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di euro 15.421.352,00(art.1 c.34 L-662/96) per linea progettuale e per Progetto per una spesa complessiva di pari importo;
- di riservarsi l' eventuale rimodulazione delle percentuali delle risorse assegnate ai progetti per le singole linee progettuali mediante l'adozione di opportuna deliberazione;
- di approvare la Relazione Illustrativa sui risultati raggiunti dai progetti presentati per l'anno 2012, approvati con DGR n.1802/2012, di cui all'ALLEGATO 2 parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di ribadire che il predetto accordo di programma non comporta operazioni contabili sul Bilancio Regionale;

- modificare ~~e sostituire interamente~~ la deliberazione n. 759 del 24/6/2014 e relativi allegati (parti integranti e sostanziali) con il presente atto comprensivo degli allegati parti integrali e sostanziali della stessa;
- di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute, ad integrazione della documentazione già in suo possesso (D.G.R 759 24/6/2014), che proporrà alla Conferenza Stato-regioni l'ammissione al finanziamento per € **15.421.352,00**, quale quota assegnata alla Regione Basilicata con l'Intesa Rep. n.27/CSR del 20 febbraio 2014;
- dare atto che le su dette risorse finanziarie (**€.15.421.352,00**) sono state accertate al capitolo 16105 - n. accertamento n.3502/2013 - bilancio corrente della regione Basilicata e sono state incassate per il 70 % (euro 10.794.946,00) con reversele n.2192 del 5 agosto 2014.

L'ISTRUTTORE 
 (dott..ssa Ivana NANNI)

IL RESPONSABILE P.O. _____
 ("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE 
 (Dr. Giuseppe Montagano)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO

Volpe

IL PRESIDENTE

[Signature]

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 18.11.2015
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

[Signature]

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2013	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
1 -interventi x riassetto organ.e srutt. Dei serv assist osped e territoriale-farmacia dei servizi	1.1.1 Ospedale Distrettuale -UCCP -Farmacia dei servizi nuovi orizzonti d'integr.-punto 1: amB codici bianchi ASP	749.785,00	
	1.1.2 Ospedale Distrettuale-UCCP-Farmacia dei Servizi Nuovi Orizzonti d'integr.-punto 2: ambulatorio codici bianchi ASP	649.814,00	
	1.1.3 Ospedale Distrettuale-UCCP-Farmacia dei Servizi Nuovi Orizzonti d'Integr.-punto3: Farmacia dei Servizi ASP	299.914,00	
	TOT. PROGETTO 1.1...	1.699.513,00	1.699.513,00
	1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)	254.927,00	254.927,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)	249.929,00	249.929,00
	1.4 -Incentivare il percorso attivazione Aggreg delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ASM	329.906,00	329.906,00
	1.5 Potenziamento Distribuzione Farmaci alla dimissione da Reparto e dopo Visita Specialistica Ambulat. E presa in carico dei pazienti cronici affetti da Fibrosi Cistica. (A. O. San Carlo- Pz).	199.943,00	199.943,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 1:	2.734.218,00	2.734.218,00
	2 modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	2.1 SPERIMENT. IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MIMMG E PPLSS (ASP)	959.725,00
2.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM)		719.794,00	719.794,00
2.3 Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze (ASM)		55.984,00	55.984,00
2.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM)		175.950,00	175.950,00
2.5 Attivazione Day Service secondo il Cronic Care Model (ASM)		199.943,00	199.943,00
2.6 La persona malata al centro... della ricerca organizzat oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) -(CROB)		75.978,00	75.978,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 2:		2.187.374,00	2.187.374,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2013	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L. 662/96 assegnata
3 implement.piano di indir.x riabil.d cui accordo stato regione 19/2/11	3.1 Percorso di cura del paziente disabile (ASP)	73.000,00	73.000,00
	3.2 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio ASM	73.000,00	73.000,00
	3.3 "La presa in carico efficace"il percorso riabilit.intergrato osped territ.nel paziente affetto da insuff respirat. -ASM	72.737,00	72.737,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 3:	218.737,00	218.737,00
4 implement.della linea per l'assist.ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti- acc.stato reg 5/5/11	4.1 Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti- -ASP-	246.079,50	246.079,50
	4.2 SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM	246.079,50	246.079,50
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 4:	492.159,00	492.159,00
5 Assist anziani in cond.di fragilità e di non autosufficienza	5.1 PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)	385.644,00	385.644,00
	5.2 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM)	154.258,00	154.258,00
	5.3 Studio sull' efficacia dell'esercizio fisico e della dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano asm	6.941,00	6.941,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 5:	546.843,00	546.843,00
6 Tutela della fragilità e contrsto alle disuguaglianze in sanità	6.1 Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseg.e garant l'equità di accesso alle cure-(ASP)	270.000,00	270.000,00
	6.2 Istit.serv.interm.ling.cultur. A favore di cittadini stranieri ricover.c/o az Osp San Carlo	60.000,00	60.000,00
	6.3 Attivazione "codice rosa" nel Pronto Soccorso dell'osp.San Carlo di Potenza	162.159,00	162.159,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 6:	492.159,00	492.159,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2013	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
7 cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa special.	7.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-(ASP)	397.705,00	397.705,00
	7.2 Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).	331.420,00	331.420,00
	7.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)	165.710,00	165.710,00
	7.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO)	198.852,00	198.852,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 7:	1.093.687,00	1.093.687,00
8 sviluppo processi di umanizzaz.all'interno dei percorsi assistenziali	8.1 Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e o inguaribile -(ASP)	100.000,00	100.000,00
	8.2 La valutazione del dolore nel paziente pediatrico - (ASP)	140.000,00	140.000,00
	8.3 Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana. (A.O. SAN CARLO).	97.475,00	97.475,00
	8.4 " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)	100.000,00	100.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 8:	437.475,00	437.475,00
9 Interv per l'impl.della rete Nazion malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	9.1 Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari -(ASP)	55.000,00	55.000,00
	9.2 Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed ematologia ed altre UU.OO ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare.(ASM)	300.000,00	300.000,00
	9.3 Attività rivolte alla realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti oncologici affetti da malattie rare. (ASM)	11.500,00	11.500,00
	9.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)	50.000,00	50.000,00
	9.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)	185.028,00	185.028,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 9:	601.528,00	601.528,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata

“ALLEGATO A”

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
10 TUTELA MATERNITA- PERCORSO NASCITA-PARTO ANALGESIA	10.1 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASP)	115.612,00	115.612,00
	10.2 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASM)	18.168,00	18.168,00
	10.3 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE CORSI PREP AL PARTO (ASM)	14.864,00	14.864,00
	10.4 TUTELA MATERNITA E PROMOZ APPROP.DEL PERCORSO NASCITA- (A.O. SAN CARLO PZ)	179.462,00	179.462,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 10:	328.106,00	328.106,00
11 TUTELA FERTILITA E FUNZIONE ORMONALE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE ISTITUZ DI BIOBANCHE DEL TESSUTO OVARICO E CELLULE GERMINALI	11.1 Tutela fertilità e della funzione ormonale giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule staminali—(ASP)	288.336,00	288.336,00
	11.2 Formazione specifica per medici ginecologi, senologi, oncologi medici-chirurghi- urologi – reumatologi-clinici medici ed infermieri delle branche e costruzione di una rete multidisciplinare di specialisti per la diffusione della conoscenza dei questi temi, la diffusione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità femminile e maschile. (ASM)	149.139,00	149.139,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 11:	437.475,00	437.475,00
12 IMPLEMENTAZ PERCORSI DIAGNOSTICI ASSISTENZIALI DI SUPPORTO	12.1 ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)	59.535,00	59.535,00
	12.2 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)	11.907,00	11.907,00
	12.3 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO	92.611,00	92.611,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 12:	164.053,00	164.053,00	
13 IMPLEM. RETE NAZ. DEI CENTRI TERRIT. PER LA PREVENZ.PRIMARIA E LA DIAGN. PRECOCE DELLE INFEZ. DA HPV	13.1 Programma di recupero per le ragazze dai 14 ai 19 anni che non hanno iniziato o completato il ciclo vaccinale HPV secondo il calendario ministeriale-campagna di sensibilizzazione sulla prevenzione primaria e la diagnosi precoce da infezione da HPV rivolta alla popolazione scolastica femminile del territorio della ASM E AI mmg E PLS	164.053,00	164.053,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 13:	164.053,00	164.053,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
14 Rete per la prevenz. E diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	14.1 utilità della diagnosi precoce per il tumore della prostata e del testicolo.(ASP)UTILITA DELLA DIAGNOSI PRECOCE PER IL TUMORE DELLA PROSTATA E DEL TESTICOLO -ASP	130.127,00	130.127,00
	14.2 Rete per la prevenz. E diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO	33.926,00	33.926,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 14:	164.053,00	164.053,00
15 Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche etc	15.1 Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche- (ASM)	198.232,00	198.232,00
	15.2 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione.(ASP)	239.243,00	239.243,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 15:	437.475,00	437.475,00
16 Sviluppo governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management	16.1 Adegua. Disciplina dell'Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento (OPRA). Adeg.sistemadi accreditamento regionale alle previsioni dell'Intesa 20dic.2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della normativa sull'Accreditamento-TRAC . Istituzione.....-(A.O. SAN CARLO PZ)	40.000,00	40.000,00
	16.2 Sviluppo degli strumenti del e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management. (ASP)	80.000,00	80.000,00
	16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico. (ASM)	965.188,00	965.188,00
	16.4 la prevenzione delle cadute accidentali- Progetto pilota (ASM)	1.500,00	1.500,00
	16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica. (ASM)	7.000,00	7.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 16:	1.093.688,00	1.093.688,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2013	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L. 662/96 assegnata
17 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie	17.1 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie ASP da 65000 a 109733	109.733,00	109.733,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 17:	109.733,00	109.733,00
18 Piano Nazionale della Prevenzione (DGR 981/2013)	18. a) PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	320.500,00	320.500,00
	18.b) STRATIFICAZIONE PREDIABETICI PER RISCHIO CARDIOVASCOLARE	146.000,00	146.000,00
	18.c) sorveglianza e prevenzione incidenti stradali	60.000,00	60.000,00
	18.d) sicurezza nei cantieri edili	83.000,00	83.000,00
	18.e) conoscere e prevenire gli incidenti domestici - CASA SICURA	34.200,00	34.200,00
	18.f) censimento popolazione 0-24 anni con patologie croniche invalidanti	103.750,00	103.750,00
	18.g) incremento dell'offerta vaccinale MPR	547.500,00	547.500,00
	18.h) Implementazione sviluppo sistemi di sorveglianza infezioni da HIV	320.000,00	320.000,00
	18.i) Controllo e riduzione della echinocosi nelle popolazioni animali e prevenzione patologia umana e correlata	55.000,00	55.000,00
	18.l) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile e promozione stili di vita salutari	33.000,00	33.000,00
	18.m)sicurezza alimentare controllo e riduzione malattie trasmesse da alimenti	55.000,00	55.000,00
	18. n) Messa a regime della Rete PASSI e OKKIO ALLA SALUTE	100.000,00	100.000,00
	18.o) Promozione allattamento al seno	22.000,00	22.000,00
	18.p1)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASP	86.000,00	86.000,00
	18.p.2)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASM	70.000,00	70.000,00
	18.q) Individuazione precoce delle ipoacusie	30.000,00	30.000,00
	18.r) Implementazione delle attività di cui al Progetto "percorsi di solidarietà"	164.000,00	164.000,00
	18.s) Approccio multidisciplinare Sclerosi Multipla:miglioramento dei percorsi assistenziali(implementazione)	376.899,00	376.899,00
	18.t) Sviluppo del programma di promozione dell'esercizio fisico e della corretta alimentazione nella popolazione anziana	18.000,00	18.000,00
		TOTALE LINEA PROGETTUALE 18:	2.624.849,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2013	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
19 SUPERAMENTO O.P.G. E SALUTE MENTALE	19.1 La promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici. (ASP)	799.954,00	799.954,00
	19.2 Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano delle Azioni Nazionali per la Salute Mentale) ASM	74.996,00	74.996,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 19:	874.950,00	874.950,00
20 SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	20.1 Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro. (ASP)	121.515,00	121.515,00
	20.2 Radioprotezione dei Lavoratori (IRCCS)	97.222,00	97.222,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 20:	218.737,00	218.737,00
	TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO FSN VINCOLATO 2013	15.421.352,00	15.421.352,00

PER C. O.

18 NOV. 2015

ROMA,

CONTRONARIO

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Tom' or similar, written over the printed word 'CONTRONARIO'.

ALLEGATO N.1

LINEA PROGETTUALE N.1

(N.5 Progetti: da 1.1 a 1.5)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 1 : Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- Farmacia dei servizi
TITOLO DEL PROGETTO	1.1 Ospedale distrettuale -UCCP- Farmacia dei servizi
DURATA DEL PROGETTO	Triennio 2013-2015
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia, Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Anna Bacchini

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 1	€ 2.734.218,00
Spese complessivamente stimate progetto Triennio 2013-2015 1.1 € 1.700.000,00 così suddivise :	<ul style="list-style-type: none"> • €650.000/00 per le attività di progetto di cui al punto 1 quali ambulatorio codici bianchi – potenziamento specialistica e potenziamento dialisi; • €650.000/00 per le attività di progetto di cui al punto 2 quali ambulatorio codici bianchi e UCCP; • €300.000/00 per le attività di progetto di cui al punto 2 quali Farmacia dei Servizi
Spese stimate anno 2013 Progetto 1.1	€ 1.699.513,00
Importo Assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 1.699.513,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Con la Legge Regionale n. 17/2011 l'attività ospedaliera per acuti viene svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA di I° (Matera) e II° Livello (Azienda Ospedaliera San Carlo) e di Pronto Soccorso Attivo dell'Azienda ASP di Potenza (Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi).

Negli altri Presidi, denominati Ospedali Distrettuali (POD), viene svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. In ogni caso sono garantite le attività previste dalla Legge Regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i.

Tale previsione, che nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) interessa i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa (essendo il Presidio Ospedaliero di Lauria già riconvertito alle funzioni di Ospedale Distrettuale), pur trovando fondamento nella esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal Patto per la Salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando diseguaglianze tra i cittadini della regione.

Al contrario, vuole completare e riqualificare l'assistenza territoriale inserendo tra

l'ospedale ed il territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive Comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate per evitare il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.

Il progetto verterà su Tre parametri fondamentali :

1) **Rimodulazione di** alcuni POD, in particolare Venosa e Maratea, attraverso alcune priorità organizzative e gestionali , quali :

- a) Riconversione del vecchio Pronto Soccorso in Punto territoriale di Soccorso (PTS)
- b) Trasferimento delle attività di degenza per acuti al PSA di Melfi (Venosa) e Lagonegro (Maratea);
- c) Trasferimento delle attività amministrative e socio sanitarie all'USIB di Venosa e di Lauria
- d) Trasferimento dei servizi territoriali delle cure primarie, delle attività consultoriali e dell'attività dell'assistenza domiciliare;
- e) Trasferimento delle attività dei nuclei operativi territoriali del Dipartimento Salute Mentale;
- f) Attivazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione (Venosa) e di RSA R2 (Maratea);
- g) Potenziamento della specialistica ambulatoriale attraverso l'implementazione di un polo specialistico derivante dalla fusione delle attività distrettuali collocate in altra struttura;
- h) Potenziamento dell'attività di dialisi, soprattutto nel periodo estivo a causa del notevole numero di turisti (Maratea);

2) **Integrazione** della Continuità Assistenziale con l'emergenza urgenza:

L'obiettivo del riordino della rete ospedaliera e territoriale, sfociato nella realizzazione degli ospedali distrettuali, è quello di organizzare e sperimentare un presidio integrato socio-sanitario con apertura h 24, tale da costituire un punto di riferimento globale per il cittadino sul territorio per i suoi bisogni di assistenza primaria attraverso:

- miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;
- appropriatezza delle prestazioni attraverso la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, la riduzione del ricorso alla specialistica e la riduzione del tasso di ricovero;
- sperimentazione di nuovi modelli di lavoro integrati tra MMG, infermieri, amministrativi, specialisti, assistenti sociali e medici della continuità assistenziale (MCA)
- semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni.

In tale ottica si inserisce la sperimentazione di due UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie), di cui una nell'ambito del Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa ed un'altra in quello di Maratea. Per la presenza presso gli Ospedali Distrettuali di Venosa e Maratea di specialisti ambulatoriali, di medici di continuità assistenziale e di altri professionisti sanitari del territorio (operatori del dipartimento salute mentale, del consultorio familiare, ADI, ecc) sarebbe opportuno sperimentare il modello organizzativo dell'UCCP che consente l'integrazione dei suddetti operatori con i MMG, PLS, finalizzato a garantire i LEA, la presa in carico dell'utente e la medicina dell'iniziativa.

3) **Farmacia dei Servizi**

Inoltre sempre in questi ambiti territoriali Distrettuali, viene prevista anche una ulteriore integrazione con alcune farmacie convenzionate col SSN ricadenti nei Comuni di questi due territori che presentano particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale. Si tratta di Comuni piccoli, definiti dall'Accordo Regionale per la

Medicina Generale al di sotto di una popolazione pari a 1000 abitanti, o che presentano particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale.

Il ruolo che si intende dare alle farmacie convenzionate è quello della "*farmacia dei servizi*" che partecipano come centri polifunzionali dei servizi al processo di riorganizzazione ospedale-territorio. In tali Farmacie sarebbe opportuno sperimentare i seguenti servizi, tramite opportuni protocolli e accordi:

- partecipazione all'assistenza domiciliare integrata, mediante a) dispensazione e consegna di farmaci e dispositivi medici, b) preparazione e dispensazione delle miscele per la nutrizione artificiale e dei farmaci antidolorifici, c) dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta; d) messa a disposizione di operatori per l'effettuazione, a domicilio, di prestazioni richieste dal medio di famiglia o dal pediatra;
- collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti ed il relativo monitoraggio, anche attraverso specifici programmi di farmacovigilanza;
- erogazione di servizi di primo livello di partecipazione a programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione;
- erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza nell'ambito dei servizi di cui al punto precedente;
- prenotazione di prestazioni specialistiche, pagamento dei ticket e ritiro dei referti.

OBIETTIVI

QUANTITATIVI

- Costituzione di n. 2 UCCP (1 UCCP nel territorio dell'USIB di Venosa e n. 1 in quello di Lauria)
- Riduzione dei codici bianchi nel PSA di Melfi e di Lagonegro;
- Riduzione del TO per ricoveri patologie critiche, quali BPCO, Scompenso Cardiaco e Diabete;
- Implementazione del sistema informativo regionale (LUMIR) e messa in rete dei software aziendali con quelli dei MMG.
- Implementazione dialisi estiva
- Attivazione dei servizi in n. 12 farmacie convenzionate col SSN (territori USIB di Venosa e Lauria)

INDICATORI NUMERICI

- Riduzione dei codici bianchi (codici bianchi anno 2013<= 2014 presso PSA di Melfi e di Lagonegro)
- Riduzione del TO per ricoveri patologie critiche (TO BPCO anno 2013<= 2014 ; TO Scompenso Cardiaco anno 2013<= 2014; TO Diabete anno 2013<= 2014)
- N. prestazioni di dialisi ambulatoriale ambito Venosa e Lagonegro 2013<= 2014;
- N. prestazioni per i servizi erogate da ciascuna farmacia convenzionata con il SSN quale valore assoluto.

ATTIVITA' PREVISTE

- o Predisposizione protocolli per la presa in carico del paziente all'interno del Presidio Ospedaliero Distrettuale
- o Allestimento delle postazioni di lavoro e di quanto altro necessario al funzionamento degli applicativi.
- o Accordi con le associazioni sindacali mediche
- o Accordi con l'associazione dei titolari della Farmacia

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N. 1-Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- Farmacia dei servizi
TITOLO DEL PROGETTO	1.2 Presa in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 affetti da pluri-patologie
DURATA DEL PROGETTO	Anni 3
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia, Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	dr V. Cilla
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€ 2.734.218,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 3) Progetto 1.2	€ 765.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 1.2	€ 254.927,00
Importo Assegnato 2013 a valere FSN Vincolato 2013	€. 254.927,00

OBIETTIVI QUALITATIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aumentare la capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie. 2) Assicurare la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità mediante la integrazione del sistema di emergenza territoriale con la continuità assistenziale.
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUALITATIVI	3) Ridurre le liste di accesso e decongestionare il PS per accessi impropri.
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

OBIETTIVI QUANTITATIVI	Acquisto e adozione di un hard were house che metta in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali.
INDICATORI NUMERICI	Popolazione > 65 affetta da pluripatologie/Popolazione generale
ATTIVITA' PREVISTE	<ol style="list-style-type: none">1) Incontri con MMG e MCA, Medici ospedalieri, Farmacie, Comuni, associazioni di volontariato.2) Predisposizione dei percorsi condivisi per realizzare la presa in carico globale dei pazienti.3) Utilizzo del programma informatico.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1: INTERVENTI DI RIASSETTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE DELLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE - FARMACIA DEI SERVIZI"
TITOLO DEL PROGETTO	1.3 PHARMACEUTICAL CARE
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	Direttore Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa F. Di Cuia
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€ 2.734.218,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2015) Progetto 1.3	€. 750.000,00
Spese stimata anno 2013 Progetto 1.3	€. 249.929,00
Progetto 1.3 importo assegnato 2013 a valere su FSN vincolato	€. 249.929,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Monitoraggio delle prescrizioni attraverso compilazione di schede di rilevazione Garantire la continuità terapeutica ospedale territorio collaborando con le strutture di ricovero ; Favorire l'utilizzo di principi attivi non coperti da brevetto e di farmaci biosimilari; Verifica delle prescrizioni e dei Piani terapeutici;
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Incremento delle prescrizioni di farmaci generici e biosimilari Riduzione delle prescrizioni off label Acquisto di un data base access al fine dell'inserimento di tutte le informazioni su diagnosi e cura dei pz. presi in carico; organizzazione di eventi formativi rivolti a tutto il personale interessato, (almeno 2 all'anno); predisposizione di schede informative sui medicinali;

AZIENDA SANITARIA MATERA

INDICATORI NUMERICI	<p>Inserimento del 100% dei dati inerenti le prescrizioni di farmaci e/ dispositivi medici e prodotti dietetici per la cura e trattamento e terapia delle malattie croniche;</p> <p>Impegno di due operatori amministrativi e/o sanitari per 12 ore settimanali settimanali x 46 sett. Anno; n. 1 farmacista x 6 ore sett. X 46 sett. anno</p>
ATTIVITA' PREVISTE	<p>Sorveglianza e registrazione della tollerabilità degli esiti e la compliance alle terapie;</p> <p>Informazioni ai pazienti e/o agli operatori sanitari sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi medici;</p> <p>Attività di informazione ai MMG per prescrizioni e selezione dei farmaci meno costosi a parità di efficacia, e di vigilanza sulle reazioni avverse; Provvedere alla rapida evasione delle richieste soprattutto per particolari patologie quali le malattie rare;</p> <p>Implementazione protocolli terapeutici e Linee Guida e condivisione delle stesse con le varie figure professionali;</p>

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 1 - Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	1.4 Incentivare il percorso di attivazione delle Aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di cure Primarie (UCCP)
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013- 2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia
REFERENTI AZIENDALI	Dr. Cilla - Dr Taratufolo

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€ 2.734.218,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2015) Progetto 1.4	€ 690.000,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 1.4	€ 329.906,00
Progetto 1.4 : Importo Assegnato 2013 a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 329.906,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ottica di una più stretta integrazione dei servizi assistenziali per garantire la presa in carico complessiva del cittadino all'interno di percorsi diagnostico-assistenziali.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Organizzare incontri organizzativi-formativi tra i MMG, PLS, medici di CA, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, medici dell'Emergenza urgenza, personale sanitario distrettuale ed ospedaliero, al fine di delimitare le aree per le AFT e la eventuale localizzazione di UCCP e in seguito attivazione di AFT o UCCP in presenza di condizioni normative ed economiche che lo consentano.

Integrare l'attività dei MMG, PLS e CA all'interno di strutture della ASL (Sedi distrettuali di Grottole e Salandra) che ospitano già attività specialistica e servizi socio assistenziali. Acquisto di 10 computer da utilizzare nelle singole strutture territoriali; acquisto di server informatico di supporto alle reti aziendali che permetta il collegamento informatico fra MMG, PLS, CA, specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

Organizzazione presso gli uffici centrali di assistenza primaria di un ufficio dedicato alla raccolta e conservazione (cartacea e informatica) del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).

INDICATORI NUMERICI

Minimo N. 4 incontri x anno

Realizzazione di almeno 2 strutture integrate di MMG, PLS, CA, specialisti ambulatoriali o ospedalieri, servizi distrettuali.

ATTIVITA' PREVISTE

Realizzazione di incontri organizzativo-formativo in diverse aree territoriali a cui devono partecipare MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, medici dell'Emergenza, personale sanitario distrettuale ed ospedaliero. Ogni incontro deve essere dedicato alla trattazione di una specifica patologia cronica, per ogni patologia trattata vanno definite linee operative condivise sulla gestione dei pazienti e le modalità di accesso al Pronto Soccorso al fine di evitare ricoveri ritenuti impropri .

Attivazione, in alcune sedi distrettuali Aziendali, di strutture comuni in cui ospitare i MMG, i PLS, la CA, gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, una postazione di 118, le attività di assistenza sanitaria di base e le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire ai cittadini tutte le prestazioni sanitarie erogate dalla ASM nella stessa struttura.

Attività di raccolta e conservazione informatica e cartacea del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA		
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Nota prot. N. 23343/72AB- 11.02.2014 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014		
LINEA PROGETTUALE	n. 1 Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- Farmacia dei servizi		
TITOLO DEL PROGETTO	1.5 Potenziamento della distribuzione dei farmaci alla dimissione da reparto e dopo visita specialistica ambulatoriale e presa in carico dei pazienti cronici affetti da fibrosi cistica		
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi (anni 2013- 2014)		
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano		
REFERENTI AZIENDALI	Responsabile f.f. U.O.C Farmacia Dott. Giuseppe Lombardi		
ASPETTI FINANZIARI			
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€	2.734.218,00	
Spesa Complessiva Stimata Progetto 1.5	€	200.000,00	
Spese stimate anno 2013 Progetto 1.5	€	199.943,00	
Progetto 1.5 Importo Assegnato a valere su FSN Vincolato 2013	€	199.943,00	
OBIETTIVI QUALITATIVI			
<p>Nell'ottica dell'integrazione ospedale-territorio e del superamento della barriera tra i due poli assistenziali, è stato sviluppato il progetto "Potenziamento della distribuzione dei farmaci alla dimissione da reparto e dopo visita specialistica ambulatoriale" della durata di due anni, avente i seguenti obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. migliorare la compliance del paziente alla terapia perchè il farmaco è stato già assunto durante il ricovero ospedaliero e per le informazioni dirette sull'assunzione dei farmaci ricevute da medico e farmacista prima della dimissione. Ridurre di conseguenza l'incidenza di eventuali complicanze che potrebbero verificarsi in caso di mancata assunzione del farmaco per impossibilità a reperirlo e di conseguenza ridurre eventuali riospedalizzazioni 2. promuovere l'appropriatezza delle cure rafforzando lo scambio di comunicazione ed informazione tra le figure professionali coinvolte nel processo di prescrizione e dispensazione della terapia farmacologica 3. rafforzare l'assistenza ai pazienti cronici affetti da fibrosi cistica, attraverso la completa presa in carico da parte dell'azienda ospedaliera anche in termini di erogazione dei farmaci e dei presidi necessari per la terapia <p>PUNTO 1. La distribuzione dei farmaci alla dimissione ospedaliera garantisce al paziente la copertura terapeutica nei giorni successivi, evitando l'interruzione della stessa e di inficiare i benefici dei trattamenti effettuati durante il ricovero. L'interruzione terapeutica, infatti, si verifica spesso in quei casi di impossibilità da parte del paziente, al suo ritorno al domicilio, di reperire il medico curante per la prescrizione del farmaco e/o di reperire il farmaco nell'immediatezza. Questo è particolarmente vero nella realtà della Regione Basilicata in cui opera l'Azienda Ospedaliera San Carlo. Essa rappresenta la struttura di riferimento della provincia di Potenza che conta 100 comuni di piccole o piccolissime dimensioni in cui si parcellizza una popolazione di 383.000 abitanti.</p>			

L'assetto geografico del territorio lucano caratterizzato dalla morfologia del territorio prevalentemente montuosa e collinare e da un sistema di trasporti annosamente inadeguato sia dal punto di vista viario che ferroviario accresce queste difficoltà. Ricevendo il primo ciclo di terapia direttamente alla dimissione, il paziente potrà tranquillamente proseguire la terapia farmacologica intrapresa in ospedale.

PUNTO 2.

Consentire al farmacista di intercettare informaticamente le prescrizioni farmacologiche effettuate dai medici alla dimissione, garantisce lo scambio di informazioni con i clinici e accresce l'appropriatezza prescrittiva in termini di rispetto della legislazione farmaceutica e del Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO). Nel caso di prescrizioni non conformi (medicinali non in PTO, interazioni, assenza delle note AIFA per la rimborsabilità SSR e SSN, farmaci soggetti a piano terapeutico, errore della formulazione/dosaggio prescritto...) il farmacista contatta direttamente il clinico con cui condivide le criticità ed esplora soluzioni correttive. Lo scambio di informazioni tra le due figure sanitarie migliora la qualità di assistenza al paziente anche dopo la dimissione da reparto e accresce e valorizza le specifiche competenze professionali.

Inoltre, l'individuazione di un farmacista dedicato anche a fornire ai pazienti informazioni su modalità di assunzione, approvvigionamento sul territorio e interazioni tra farmaci, migliora l'aderenza del paziente alla terapia.

PUNTO 3.

I pazienti affetti da fibrosi cistica necessitano di assistenza terapeutica costante e controlli ambulatoriali frequenti a causa della complessità della malattia. Il centro regionale fibrosi cistica dell'AOR San Carlo ha visto una forte crescita negli ultimi anni, attraendo numerosi pazienti da fuori regione; passando da 86 pazienti (35 non lucani) nel 2009 a 136 (65 pazienti provenienti da Campania, Puglia e Calabria) nel 2013. L'erogazione da parte del Servizio di Farmacia ospedaliera dei medicinali e dei presidi utili al trattamento farmacologico e palliativo della patologia è un segnale di continuità delle cure e sostegno al paziente anche al di fuori dell'ospedale.

Nell'anno 2013 sono stati dispensati farmaci e dietetici per un valore complessivo di €207.568.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Il progetto mira a garantire a tutti i pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e dopo visita specialistica ambulatoriale, che necessitano di farmaci a domicilio, la prescrizione farmacologica su ricetta rossa regionale e la successiva erogazione da parte della farmacia ospedaliera, attraverso il canale della distribuzione diretta.

Obiettivo è che almeno il 90% dei pazienti dimessi con ricetta rossa SSR da reparto ricevano la terapia farmacologica presso il punto distribuzione farmaci; determinando di conseguenza l'abbattimento della spesa farmaceutica convenzionata (risparmio derivante dalla differenza tra il costo del farmaco a carico del S.S.R. in caso di distribuzione da parte delle farmacie convenzionate e quello sostenuto dall'ospedale per l'acquisto; tale valore è fortemente influenzato da sconti, spesso superiori al minimo previsto del 50% sul prezzo al pubblico, come risultato dell'applicazione di sistemi d'acquisto ottimizzati).

L'obiettivo regionale in termini di risparmio economico stimato per l'anno 2013 (primo anno del progetto) intorno a €400.000 è stato raggiunto, superando il valore di €575.138,40 (di cui € 39.039 corrispondenti al costo che avrebbe sostenuto l'ASP per rimborsare le farmacie esterne convenzionate per l'erogazione dei farmaci in Distribuzione per Conto).

Per l'anno 2014 che polierà a compimento l'intero progetto si prevede ulteriore contenimento derivante dall'estensione della prescrizione farmacologica all'attività specialistica ambulatoriale.

INDICATORI NUMERICI

Monitoraggio mensile del progetto attraverso reports specifici predisposti da U.O.C. Farmacia e S.S.D. di Epidemiologia e Programmazione Sanitaria misurando i seguenti indicatori:

1. percentuale di pazienti dimessi con procedura conforme al nuovo modello organizzativo
2. percentuale di pazienti con prescrizione di farmaci alla dimissione transitati in farmacia
3. percentuale di prescrizioni di farmaci su ricetta rossa SSR pervenute in farmacia
4. percentuale di pazienti con prescrizione medica su ricetta rossa a seguito di visita specialistica ambulatoriale

Le prime due fasi del progetto conclusesi nel 2013 hanno evidenziato ottimi risultati. Sul totale di pazienti dimessi, la percentuale con prescrizione è passata da 52% (anno 2012) a circa 87%, tra questi quelli transitati in farmacia sono passati da 48% a circa 90%. Le prescrizioni alla dimissione transitate in distribuzione farmaci sono passate dalla media mensile di 1.382 della fase precedente al progetto a 2.700; la percentuale di ricette pervenute in farmacia sul totale delle ricette emesse alla dimissione è passata da 50% (novembre '12) a circa 90%.

Nella terza fase del progetto (anno 2014) verranno monitorati gli stessi indicatori applicati all'attività ambulatoriale.

ATTIVITA' PREVISTE

Il primo ambito d'intervento ha riguardato la riorganizzazione della procedura di dimissione operata dal medico in reparto.

La riorganizzazione del modello per la prescrizione dei farmaci alla dimissione ospedaliera ha previsto innanzitutto un intervento nei seguenti ambiti:

1. *Strumentale*. Tutte le UU.OO. dell'Ospedale San Carlo sono state dotate degli strumenti informatici necessari ai medici per la corretta compilazione della prescrizione di farmaci alla dimissione, avvalendosi anche del continuo aggiornamento delle banche dati dei farmaci prescrivibili con le relative note AIFA. In questo senso è stato fondamentale il supporto del Sistema Informativo Aziendale.
2. *Culturale*. Sono state organizzate dalla Direzione Sanitaria e Generale numerose riunioni finalizzate ad accrescere nei medici ospedalieri la consapevolezza che la prescrizione dei farmaci alla dimissione garantisce maggiori effetti terapeutici sul paziente e allo stesso tempo consente un risparmio economico significativo per l'intero SSR; oltre a rappresentare un obbligo di legge (L.R. n.17/2011).

Si è passati quindi alla definizione di un nuovo modello operativo per la dimissione, articolato nel seguente modo:

1. il medico del reparto che ha in cura il paziente, all'atto della dimissione provvede:
 - alla predisposizione della lettera di dimissione, utilizzando obbligatoriamente la procedura prevista dal modulo AIRO (il programma informativo aziendale per la gestione dei ricoveri)
 - alla compilazione informatizzata del piano terapeutico, riportante i farmaci necessari al paziente per la copertura del primo ciclo di terapia a domicilio, che in tempo reale viene trasmesso per via telematica alla farmacia (distribuzione diretta)
 - alla compilazione informatizzata della ricetta SSR (ricetta rossa) con la prescrizione dei farmaci riportati nel piano terapeutico. Le ricette devono essere consegnate al paziente o ad un suo familiare il giorno della dimissione (preferibilmente la mattina entro le ore 12,00)
 - nel caso in cui il paziente all'atto della dimissione non necessiti di farmaci il medico è tenuto comunque a specificarlo nella lettera di dimissione

2. il paziente o un suo familiare munito della ricetta si reca presso il punto "*distribuzione farmaci ai pazienti in dimissione*" per il ritiro dei farmaci
3. il paziente o un suo familiare ritirati i farmaci ritorna presso il reparto dimettente per il ritiro della sola lettera di dimissione contenente anche le informazioni relative alla modalità di assunzione dei farmaci.

La stessa piattaforma AIRO verrà integrata per consentire al medico in ambulatorio la prescrizione farmacologica in seguito a visita specialistica. In questo caso il paziente si recherà direttamente in distribuzione farmaci per il ritiro del medicinale.

Sono stati svolti interventi di implementazione e miglioramento della distribuzione dei farmaci alla dimissione miranti a integrare le informazioni con ciascun reparto e a favorire l'efficienza nell'utilizzo delle risorse. In particolare la comunicazione fra il medico del reparto e il farmacista in distribuzione diretta è stata rafforzata attraverso l'integrazione del programma informatico per la gestione di ricovero, visite ambulatoriali, prescrizione e dispensazione dei farmaci.

Le fasi operative del progetto sono di seguito descritte:

- a) **Fase sperimentale:** a decorrere dal 1 dicembre 2012 per una durata di un mese, con i seguenti obiettivi:
 1. monitorare le attività prescrittive e distributive svolte all'interno dell'Ospedale San Carlo e la loro conformità rispetto al nuovo modello organizzativo; in questa fase la S.S.D. di Epidemiologia e Programmazione Sanitaria si è occupata di estrapolare e trasmettere ai Direttori delle UU.OO e alla Direzione Sanitaria un report sintetico riportante l'elenco dei pazienti che hanno ricevuto alla dimissione la prescrizione di farmaci su ricetta rossa e l'elenco di quelli dimessi senza farmaci, al fine di procedere alle opportune verifiche;
 2. individuare le eventuali difformità di comportamento rispetto al percorso previsto dal protocollo operativo;
 3. definire le azioni correttive da avviare per garantire il loro superamento.
- b) **Fase a regime:** a decorrere dal 1 gennaio 2013 fino al completamento di un anno. Durante questa fase viene effettuato, con cadenza mensile, il monitoraggio delle attività prescrittive e distributive attraverso specifici reports predisposti rispettivamente da S.S.D. di Epidemiologia e Programmazione Sanitaria e dalla U.O. di Farmacia Ospedaliera, poi trasmessi ai Direttori delle UU.OO. e alla Direzione Sanitaria di presidio, al fine di verificare la congruità tra quanto riportato nella lettera di dimissione (presenza o assenza di prescrizione di farmaci alla dimissione) e quanto riportato nella cartella clinica e al contempo verificare il flusso dei pazienti dal reparto al punto dimissioni.
- c) **Fase di consolidamento e coinvolgimento dell'attività ambulatoriale:** per tutta la durata del 2014. In questa fase verrà perfezionato il programma AIRO per la prescrizione ospedaliera integrandolo all'attività ambulatoriale. Verranno quindi monitorate l'attività prescrittiva e distributiva nonché il risparmio economico da queste derivanti.

Il Responsabile f.f U.O.C Farmacia
Dott. Giuseppe Lombardi

LINEA PROGETTUALE N.2

(N.6 Progetti: da 2.1 a 2.6)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.2 Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	2.1 Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Massimo De Fino

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 2	€ 2.187.374,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2015) Progetto 2.1	€ 1.200.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 2.1	€ 959.725,00
IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2013 Progetto 2.1	€ 959.725,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Sulla base del quadro definito dal Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla persona ed alla comunità 2012 – 2015, e dall'Accordo tra Regione Basilicata e Medicina Generale, tenendo conto del contesto territoriale e delle iniziative già poste in essere dai Direttori di Distretto con la istituzione di alcune Equipres Territoriali della Medicina Generale, l'ASP di Potenza intende espandere la medicina d'iniziativa con un progetto pilota che interessi i MMG e i PLS attraverso la partecipazione di una o più equipres semistrutturate.

Poiché il modello di Chronic Care Mode! (CCM) è un sistema complesso che presuppone una vera e propria rivoluzione culturale della Medicina Generale, si avvierà nei prossimi due anni una fase sperimentale con una o più USIB aziendali per paterne verificare la fattibilità di una sua estensione a tutto il territorio di competenza della ASP.

Nell'ambito di questo progetto sarà un obiettivo per tutti i medici di assistenza primaria l'adozione delle Classi di Priorità e dei percorsi diagnostici-terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva.

Inoltre si prevedono alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (quattro AMO – Ambulatori Medici Orientati e 4 ambulatori codici bianchi).

Si precisa inoltre che:

Con il nucleo di base della Equipres (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, gli Specialisti ove individuati) è possibile prevedere l'integrazione con servizi opzionali, aggiuntiva a seconda delle differenti necessità territoriali.

Tali servizi possono riguardare, oltre ai possibili servizi distrettuali presenti nelle ASP (Consultorio familiare, Sert, DSM, Servizio Farmaceutico, Servizi di Prevenzione, Sportelli Unici di Accesso):

- I. sperimentazioni di sistemi informativi;
- II. esperienze di telemedicina o servizi interni affidati ai MMG di elettrocardiografia, ecografi a fronte di capacità professionali validate e certificate, eventualmente con corsi di formazione ad hoc
- III. attività aggiuntive di particolare impegno professionale.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza

- Incremento dell'attività medica ambulatoriale a disposizione di tutta la popolazione iscritta ai MMG della Equipe, ed espletata dai MMG, eccedente quella già prevista per la medicina associativa o di gruppo, secondo gli accordi vigenti (attualmente 6 ore giornaliere per le medicina di gruppo e apertura degli ambulatori che raggiunga le ore 19,00).
- Durata del servizio 12 ore al giorno dalle 8.00 alla 20.00
- Incremento dell'attività medica di contattabilità personale o attraverso la organizzazione interna alla struttura per l'eventuale domiciliarità per ciascun MG. Almeno due ore giornaliere oltre le 10 del mattino nei giorni feriali non prefestivi.

Incremento della presa in carico del bisogno di salute

- Organizzazione dell'attività clinica ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento per le patologie di : **Diabete, Ipertensione arteriosa BPCO e Sindrome metaboliche**

Attivazione dei 4 "Ambulatorio Medico Orientato" (AMO)- Day-Service Ambulatoriale territoriale-

- Attività ambulatoriale dedicata alla gestione degli AMO/ Day – service. Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in *sub-target* a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il *sub-target* più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri. Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul *follow-up* attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (*case-*

management, follow-up infermieristico, educazione del paziente e dei *caregiver* familiari all'autogestione) utilizzati in *setting* che prevedano strutture ad accesso facilitato, *team* di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.

- L'AMO *-Day Service Ambulatoriale Territoriale-* gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata.
- L'AMO- *Day Service Ambulatoriale Territoriale-* che farà riferimento alle attività individuate dai Distretti Sanitari, Dipartimento Aziendale di Prevenzione ed a livello regionale nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione verrà gestito in collaborazione con la funzione infermieristica professionale e integrato, quando necessario con procedure concordate con i servizi specialistici, di laboratorio e diagnostici dell'ASP.
- Restano in capo al MG: tutta la responsabilità e l'attività organizzativa, del percorso educativo, preventivo, diagnostico, terapeutico e di follow-up del singolo paziente o di eventuali gruppi di pazienti per quanto riguarda l'educazione sanitaria e gli stili di vita. All'infermiere, sotto il diretto controllo del singolo MG a cui è iscritto il cittadino inserito nell'AMO, verranno affidate le mansioni di verifica dei parametri biometrici e dei valori clinici di base che interessano l'attività del singolo AMO. L'attività di counselling e di educazione sanitaria, svolgibile con procedure concordate dalla funzione infermieristica, nell'ambito di progetti che definiscono i vari compiti e attività, resta sotto il controllo clinico del singolo medico generale. All'interno della attività degli AMO dedicati alla gestione delle patologie cronicodegenerative e dei percorsi diagnostico- terapeutici è possibile la distribuzione diretta di farmaci e presidi integrativi, anche attraverso la struttura del NCP.

INDICATORI NUMERICI

Indicatori di risultato:

- Valutazione e controllo secondo linee guida del 100% dei pazienti chiamati, affetti dalle patologie croniche oggetto delle sperimentazioni.
- Messa in rete dei dati clinici dei pazienti afferenti alla UCP.
- Adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche.

Indicatore di processo

Incremento della effettiva attività, su appuntamento o su accesso diretto per necessità cliniche espresse, prioritariamente dai pazienti in carico ai MMG facenti parte del progetto, effettuata dai medici di medicina generale e dell'attività di Medicina d'iniziativa, (Chronic Model Care) per il monitoraggio e trattamento delle patologie croniche sopra individuate.

Gli interventi finalizzati alla gestione delle patologie croniche indicate, sono inseriti nelle apposite griglie quali/quantitativi allegate.

Livello accettabile di Performance (LAP)

a 1 anno: 50% almeno dell'attività svolta dai Mmg su appuntamento

a 2 anni: 60% almeno dell'attività svolta dai Mmg su appuntamento

a 3 anni 70% almeno dell'attività svolta dai Mmg su appuntamento

Indicatore di esito

Valutazione di un questionario della qualità percepita dell'assistenza da parte dei cittadini per quanto riguarda il parametro citato e il prolungamento della contattabilità :

Livello accettabile di Performance (LAP)

a 1 anno: 60% degli intervistati nella fascia del positivo

a 2 anni: 70% degli intervistati nella fascia del positivo

a 3 anni 80" degli intervistati nella fascia del positivo

Il monitoraggio e controllo delle attività in prima applicazione verrà effettuato dopo 6 mesi e successivamente ogni quadrimestre.

RISULTATI ATTESI

- Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici
- -80% dei pazienti screenati con diagnostica strumentale e di laboratorio per la gestione delle patologie croniche individuate, su appuntamento
- Diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche
- Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.
- Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.
- Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero

ATTIVITA' PREVISTE

Durante la sperimentazione i MMG svolgeranno le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:

- attività ambulatoriale tradizionale e per gli Ambulatori Medici Orientati alla gestione delle patologie croniche (Ipertensione- Diabete Sindrome Metaboliche- BPCO).
- assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione, prevalentemente, quella iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, nelle 12 ore
- incremento delle ore di contattabilità del singolo medico in associazione, anche attraverso il servizio di segreteria del NCP, per l'eventuale domiciliarità non inferiore alle due ore giornaliere dal lunedì al venerdì.
- attività di ciascun medico partecipante al progetto, senza la presenza del paziente, di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati , organizzativa, programmatica e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali .

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.2 MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE
TITOLO DEL PROGETTO	2.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dr. DE NISI
ASPETTI FINANZIARI	
Tot. Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 2	€ 2.187.374,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2015) Progetto 2.2	€ 2.700.000,00
Spese stimate anno 2013 progetto 2.2	€ 719.794,00
IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 719.794,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Assistenza Primaria, Specialistica Territoriale, Gestione integrata dei pazienti, in particolar modo affetti da malattie croniche, presso Distretto di Matera, Distretto di Policoro, Distretto di Tricarico e Ospedale distrettuale di Tricarico. Presa in carico delle patologie croniche con differenziazione dei percorsi rispetto alle patologie acute; attivazione degli ambulatori dei MMG per le patologie croniche aperti in orari diversi; Addestramento del personale di studio (infermieri), dei familiari e delle associazioni di volontariato attivi nel campo socio sanitario per autocura, auto aiuto per la gestione delle patologie croniche
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Attivazione percorso per n. 3 patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco ipertensione arteriosa) gestite secondo il Chronic Care Model, fra MMG e medici ospedale di Tricarico

AZIENDA SANITARIA MATERA

INDICATORI NUMERICI	Presa in carico di 50 pazienti per ogni patologia cronica in cui è stato attivato il Chronic Care Model
ATTIVITA' PREVISTE	Organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche ; garantire la continuità delle cure mediante gestione integrata del pz. da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri; organizzazione attività per apertura Casa della Salute e Medicina di gruppo c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico; organizzazione e gestione incontri tra specialisti ospedalieri , personale del distretto, MMG, MCA, e varie associazioni presenti sul territorio al fine di implementare i percorsi POTA di presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche; Attività rivolte ai pazienti: prestazioni ambulatoriali eseguite presso le sedi comunali distrettuali dagli specialisti medici aziendali+ Prestazioni di radiologia, laboratorio analisi, eseguite presso l'Ospedale distrettuale di Tricarico+ Prestazioni ambulatoriali di odontoiatria, dermatologia, neurologia, psichiatria, N.P.I., pneumologia, ortopedia, cardiologia, ginecologia, urologia eseguite presso l'Ospedale distrettuale di Tricarico+ Prestazioni domiciliari; Servizio CUP del Punto Sanità di via Ascanio Persia e Piazza Firenze Matera

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N. 2 MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE
TITOLO DEL PROGETTO	2.3 SPERIMENTAZIONE DI UNA RETE DEI SERVIZI PER LE MALATTIE CRONICHE AMBULATORIO PER LE
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	Dr. GRIECO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 2	€ 2.187.374,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2015) Progetto 2.3	€ 210.000,00
Progetto 2.3 spesa stimata anno 2013	€ 55.984,00
Progetto 2.3: IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 55.984,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Presa in carico multidisciplinare degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali - Definizione di percorsi diagnostico - terapeutici
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Visita e conseguente presa in carico ed eventuale definizione dei percorsi diagnostico – terapeutici del 100% dei pazienti che si rivolgono all'ambulatorio per le demenze
INDICATORI NUMERICI	Mille visite / anno comprendenti effettuate dai seguenti specialisti: 1 Neurologo x 10 ore settimanali x 46 settimane anno - Geriatra x 3 ore settimanali. X 46 settimane/anno. 1 Infermiere prof. 8 ore settimanali x 46 settimane/anno

AZIENDA SANITARIA MATERA

ATTIVITA' PREVISTE

Collaborazione con MMG x segnalazione (telefonica alla segreteria della U.O. di neurologia) e x prescrizione esami. Preparazione sedute settimanali x I visite e controlli periodici, tramite contatto telefonico con i care-giver. Compilazione cartelle e assistenza ai pz. in sala di attesa. Selezione e studio di test neuropsicologici da somministrare. collaborazione con la Farmacia ospedaliera per dispensazione gratuita dei farmaci con Piano Terapeutici i primo 3 mesi di trattamento. collaborazione con i Fisiatri x segnalazione pz. da trattare con terapia cognitivo comportamentale. Corsi di aggiornamento regionali e nazionali. Circa 1000 visite e controlli periodici, somministrazione test neuropsicologici, contatti con i care-giver, per problematiche collegate alla gestione farmacologica dei pazienti, somministrazione antipsicotici con piano terapeutico

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE

REGIONE BASILICATA

DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE

N. 2 MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

TITOLO DEL PROGETTO

2.4 Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali

DURATA DEL PROGETTO

Tre anni (2013/2015)

REFERENTE REGIONALE

Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti

REFERENTI AZIENDALI

Dott.ssa Coniglio

ASPETTI FINANZIARI

Quota Vincolata Obiettivi di Piano **Linea progettuale 2**

€ 2.187.374,00

Spese complessive stimate (2013/2015) Progetto 2.4

€. 660.000,00

Spesa complessiva stimata anno 2013 Progetto 2.4

€. 175.950,00

Progetto 2.4: IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2013

€. 175.950,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi assistenziali

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Prestazioni di ricovero x pazienti affetti da sclerosi multipla,
prestazioni sanitarie effettuate dai medici specialisti di Neurologia e Urologia RG 012
DRG 013 n. 35
DRG 561n. 2
Visite neurologiche
Visite urodinamiche in SM
Ecografie vescicali in SM

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUANTITATIVI	Stimolazione del nervo tibiale posteriore in SM Addestr. autocateterismo in SM Somministrazione farmaci ai pazienti con SM con età < 18 anni (non compresi nel File F)
INDICATORI NUMERICI	Attività svolte da 2 medici per 15 ore sett. /anno cadauno; 2 infermieri x 8 ore settimanali /anno cadauno. Prestazioni di ricovero x pazienti affetti da sclerosi multipla; prestazioni sanitarie effettuate dai medici specialisti di Neurologia e Urologia .
ATTIVITA' PREVISTE	Attività ambulatoriale, di studio casi definizione di percorsi per i pz affetti da sclerosi multipla

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N.2- Modelli avanzati delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	N. 2.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model
DURATA DEL PROGETTO	Anni 3 (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	dr V. Cilla
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 2	€ 2.187.374,00
Spesa complessiva stimata (anni 2013/2015) Progetto 2.5	€ 750.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 2.5	€ 199.943,00
Progetto 2.5: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 199.943,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Attivazione Day service quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital per utenti che presentano problemi complessi e non richiedono sorveglianza medico- infermieristica prolungata. 2) Assunzione della presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche da parte di un insieme di servizi-professionisti impegnati nella complessità, secondo il modello della sanità d'iniziativa" o "proattiva".

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUALITATIVI	<ol style="list-style-type: none">3) Aumentare la coesione tra i fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario tramite la integrazione tra aspetti organizzativi, processi decisionali e sistema informativo.4) Assicurare una gestione territoriale sempre più proattiva spostando il baricentro dell'assistenza dall'asse Ospedale all'asse Territorio.5) Supportare l'autocura della persona, che è al centro del processo, attraverso l'educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia.6) Garantire la organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale in grado di offrire prestazioni multidisciplinari ed integrate in un arco di tempo ristretto.
OBIETTIVI QUANTITATIVI	<ol style="list-style-type: none">1) Acquisto e adozione di un hardware house che metta in contatto le risorse della comunità che vede al centro la famiglia ed è allargata al volontariato.2) Incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero.3) Riduzione die ricoveri diagnostici inappropriati con conseguente rafforzamento della integrazione tra Ospedale e territorio
INDICATORI NUMERICI	<ol style="list-style-type: none">1) Popolazione cronica presente nelle varie sedi distrettuali/Popolazione in generale.2) Creazione di una rete sanitaria in cui i percorsi di cura siano affiancati da strumenti diretti alla costruzione di risposte adeguate e complesse.3) Incontri tra tutti gli operatori coinvolti a partire dal cittadino interessato reso esperto da opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'empowerment.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ATTIVITA' PREVISTE	<ol style="list-style-type: none">1) Incontri con medici responsabili di distretto, MMG, PLS, MCA, Emergenza-Urgenza, medici specialisti ospedalieri, infermieri sia ospedalieri che territoriali, Farmacie, Comuni, Agenzie di volontariato.2) Predisposizione percorsi condivisi per realizzare l'integrazione prevista.
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.2 Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	2.6 La persona malata al centro..... ..della Ricerca organizzativa oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) (IRCCS CROB)
DURATA DEL PROGETTO	Tre anni
REFERENTE REGIONALE	Dott.sa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Maria Molinari

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 2	€ 2.187.374,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 3) Progetto 2.6	€ 95.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 2.6	€ 75.978,00
Progetto 2.6: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 75.978,00

**OBIETTIVI
QUALITATIVI**

Il progetto si inserisce nella linea di ricerca n. 4 dell'Istituto. Realizzare una visione ampia della malattia oncologica secondo il Chronic Care Model centrato sull'ammalato, aderendo al modello Planetree che, esercitando un innovativo concetto di compassione, mette al centro della medicina l'alleanza terapeutica tra l'Unità di Cura e il Malato. L'idea innovativa è il concetto di unità di cura, cioè la complessità dell'intreccio dei percorsi assistenziali dall'iniziale momento dello screening in cui la persona si sente sana, al momento della diagnosi quando la stessa persona si ritrova il proprio simbolico cambiato nello status di "malato oncologico", con le dinamiche psicologiche descritte ampiamente in letteratura dalla Kubler Ross, infine al rientro sul territorio dove l'integrazione e la vita non sono più le stesse di qualche mese prima. L'Unità di cura si pone accanto al malato con compassione per consentirgli di acquisire il bagaglio umano e la competenza "sul proprio caso" perchè, da succube o sospettoso o peggio disorientato, acquisisca la capacità di partecipare alle decisioni mediche.

OBIETTIVI

- A) Il decreto del Ministero della Salute del 14.03.2013, "documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico", prevede che gli Istituti debbano possedere la "certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute".

I più noti programmi di valutazione della qualità in ambito sanitario (JCI, ISO, OECD) hanno tra i loro standard o set di criteri, alcuni centrati sulla capacità di far fronte alle problematiche morali con la gestione etica che abbraccia il marketing, il processo di cura, la struttura, i processi organizzativi e la ricerca.

- B) La vocazione dell'IRCCS a perseguire, oltre alla ricerca biomedica e clinica, quella organizzativa, suggerisce inoltre di promuovere la sperimentazione di innovazioni nei processi funzionali e gestionali, che tengano conto di esperienze internazionali. Particolarmente interessante è il concetto di "approccio ellittico" che definisce standard e promuove "un modello con due fuochi: la persona fruitrice delle cure e dell'assistenza e l'accuditore principale" (da Zangrandi), concetto che trova espressione nel "Programma Planetree. " Planetree "sin dalla fondazione avvenuta nel 1978 ad opera di un paziente...si basa su un semplice assunto: il processo di cura dovrebbe essere organizzato principalmente sui bisogni dei pazienti. Portare questi concetti nella vita reale richiede un cambiamento non solo nei processi ma principalmente nella cultura..." In questo processo culturale è molto importante il contributo del caregiver che diventa in grado di modificare la qualità del percorso di cura sul proprio vissuto, anziché essere anche lui accanto alla persona malata con compassione (può un malato raggiungere l'IRCCS senza un accompagnatore alla guida se le terapie sono emetizzanti?). La malattia oncologica impaurisce tutti, lo scopo secondario della ricerca è far modificare l'approccio globale alla malattia oncologica facendola accogliere come tutte le altre malattie croniche in un simbolico nuovo. Oggi, più della metà dei pazienti guarisce dalla malattia oncologica ma, il vissuto ed il simbolico non permette all'ammalato di vivere pienamente gli anni di vita liberi dalla malattia. Si entra in un limbo dove la paura della morte, della sofferenza, confina sia i caregiver che l'ammalato nella solitudine.
- C) Una realtà regionale piccola come la Basilicata può strutturare forme di alleanza in cui la rete ospedaliera, viaria e "Dottor Internet" possono incidere sulla salute del malato e sul miglioramento della relazione medico-paziente. Attualmente il medico corre il rischio di andare in trincea ogni volta che indossa il proprio camice a motivo della sfiducia crescente dovuta al chiudersi in una medicina difensiva. Anche il consenso informato può essere il luogo della sfiducia. Occorre individuare strumenti nuovi in cui il malato, specie quello cronicamente teso al peggioramento del proprio stato di salute, oltre che oggetto della sanità, diviene soggetto della sanità. Come il Chronic Care Model (CCM) suggerisce, occorre individuare un unico quadro d'insieme in cui fattori organizzativi e operativi, quali gli assetti organizzativi e il supporto ai processi decisionali uniti al sistema informativo, possano integrare al meglio le esigenze di risorse sempre più limitate con una medicina malato centrica.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Compliance del malato e del caregivers al nuovo modello sanitario secondo CCM (uso della cartella cartacea e informatica)
- Capacità di mediazione delle associazioni di malati nella diffusione del modello organizzativo
- Gradimento del personale sanitario e amministrativo al nuovo modello organizzativo (con questionari)
- Partecipazione del medico di medicina generale all'integrazione sul territorio del modello CCM (con schede di rilevazione per ammalato preso in carico).

INDICATORI NUMERICI

- Strumenti di valutazione della compliance per la misurazione dei sintomi (ECOG-PS, termometro del distress, NRS, VAS, VGM, ESAS), e di scale prognostiche (ad esempio PaP-score)

Quantificazione degli anni di vita sana persi (DALYs)

Indicatori organizzativi: indice di reospedalizzazione.

Indicatori economici: costi diretti e indiretti della sanità secondo gli indicatori di HTA (per es. analisi costi, analisi di efficacia, ecc), costi di mantenimento (followup e gestione delle riprese di malattia oncologica), infine costi di gestione in fase terminale di malattia nell'ultimo anno di vita.

ATTIVITA' PREVISTE

- D) Dedicare al malato una parte della cartella clinica in cui, se lo desidera, può narrare la sua malattia ai clinici per fornire loro la possibilità di realizzare in pienezza l'unità di cura nella modulazione della relazione. Non è infatti scontato che il malato ed il caregiver abbiano una visione della malattia identica e questo può incidere sulla qualità dell'atto medico. Quante volte la famiglia chiede di evitare di formulare un giudizio prognostico grave, impedendo al familiare ammalato di prepararsi alla morte? Passare dalla medicina dei miracoli, alla medicina sostenibile nella fragilità e compassione della relazione umana. Ci sono esperienze in cui l'ammalato grazie alla valutazione della propria cartella raggiunge una tranquillità che abbassa il livello di ansia indotto dalla dimissione ospedaliera. La leggibilità della cartella attraverso l'uso di programmi di videoscrittura piuttosto, rende il malato più responsabile del proprio stile di vita e del successo della terapia. La compliance del paziente è indispensabile man mano che si procede all'aumento dei regimi di day hospital e di ambulatorio delle prestazioni.
- E) Ci sono evidenze in letteratura che la partecipazione attiva del malato al processo di cura rende più attivo il territorio (con investimenti sull'assistenza domiciliare, la realizzazione di hospice), e consente di ridurre i costi della sanità facendo aumentare l'adesione all'appropriatezza clinica ed in definitiva alla umanizzazione delle cure anche nella fase finale della vita.

COMPETENZE

Le competenze necessarie per la conduzione del progetto sono:

- capacità di alta competenza clinica
- capacità provata di far entrare l'IRCCS in reti di accreditamento
- specifiche conoscenze in ambito bioetico, clinico, di controllo di gestione ed organizzativo
- capacità di compassione
- capacità di accompagnare alla realizzazione della medicina partecipata il nucleo familiare

LINEA PROGETTUALE N.3

(N.3 Progetti: da 3.1 a 3.3)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.3 Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui accordo stato regione 19.02.2011
TITOLO DEL PROGETTO	3.1 Percorso di cura del paziente disabile
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Nicola De Rosa

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 3	€ 218.737,00
Spesa Complessiva Stimata (2013-2014) Progetto 3.1	€ 150.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 3.1	€ 73.000,00
Progetto 3.1:Importo Assegnato 2013 a valere su FSN Vincolato 2013	€ 73.000,00

OBIETTIVI QUALITA':

Implementazione del modello organizzativo del percorso di cura del paziente disabile attraverso una attenta articolazione dei diversi momenti assistenziali che vanno dal ricovero in acuto, alla dimissione ed alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale) fino a conclusione del processo riabilitativo.

Con tale progetto l'Azienda si pone l'obiettivo di ottimizzare i propri servizi riabilitativi esistenti sul territorio aziendale attraverso una maggiore integrazione tra i medici ospedalieri, gli specialisti territoriali, i Medici di Medicina Generale(MMG), gli operatori delle cure domiciliari e gli operatori operanti nelle strutture accreditate aziendali.

Tutto ciò allo scopo di rendere le cure più accessibili, tempestive appropriate ed efficaci.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Analisi della domanda di riabilitazione

Garantire l'esecuzione delle prime visite fisiatriche nei tempi previsti dalla legge ed in particolare entro 30 giorni dalla richiesta per le visite programmate ed entro 7 gg per le visite urgenti.

Predisposizione di programmi riabilitativi per i pazienti visitati e comunicazione al MMG

Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato.

Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili.

INDICATORI NUMERICI

Numero visite fisiatriche eseguite nel rispetto della tempistica

Numero programmi riabilitativi/totale dei pazienti visitati

n. controlli/totale dei pazienti visitati

n. visite domiciliari effettuate/numero visite domiciliari richieste

ATTIVITA' PREVISTE

Iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo attraverso :

n. 2 "Corsi di aggiornamento per il trattamento del paziente neurologico adulto e del paziente disfagico nella fase post-acuta"

n. 1 "Corso sulla prescrizione degli ausili"

Aggiornamento di protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio distrettuale di Lauria

Rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 3 . Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui accordo stato regione 19.02.2011
TITOLO DEL PROGETTO	3.2 "La presa in carico efficace" LA RISPOSTA RIABILITATIVA SUL TERRITORIO E A DOMICILIO.
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	DR. CILLA, DR DICANDIA,
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 3	€ 218.737,00
Spesa Complessiva Stimata (tre anni) Progetto 3.1	€ 600.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 3.2	€ 73.000,00
Progetto 3.2: Importo Assegnato 2013 a valere su FSN Vincolato 2013	€ 73.000,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Garantire la continuità assistenziale della presa in carico riabilitativa dall'ospedale al territorio della ASM . Implementazione sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo della persona dalla dimissione ospedaliera del P.O. di Matera, alla fase territoriale. Verifica corrispondenza tra bisogni riabilitativi espressi dalla persona inserita nelle strutture riabilitative territoriali del distretto di Matera e trattamento effettivamente erogato . Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo e utilizzo della classificazione internazionale ICF per la persona affetta dalle seguenti patologie: ICTUS, Sclerosi multipla, Neoplasia mammaria.

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUANTITATIVI	Monitoraggio dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto e affette da: ICTUS, SCLEROSI MULTIPLA, NEOPLASIA MAMMARIA
INDICATORI NUMERICI	Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette dalle patologie sopra indicate. Percentuale 80/% di persone dimesse dalla fase acuta e arruolate nel progetto. Variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dalla persona:
ATTIVITA' PREVISTE	Messa a punto di un sistema informatizzato dotato di strumenti di individuazione persone affette da patologie individuate. Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone dimesse. Individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome. Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa in fase acuta. Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva Monitoraggio dimessi dal P.O. di Matera

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE

REGIONE BASILICATA

DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE

n. 3 . Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui accordo stato regione 19.02.2011

TITOLO DEL PROGETTO

3.3 "La presa in carico efficace" Il PERCORSO RIABILITATIVO INTEGRATO OSPEDALE TERRITORIO NEL PAZIENTE AFFETTO DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

DURATA DEL PROGETTO

Tre anni

REFERENTE REGIONALE

Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti

REFERENTI AZIENDALI

DR. E. PISCIOTTA, DR L. DICANDIA

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano **Linea Progettuale 3**

€ 218.737,00

Spesa Complessiva Stimata (tre anni) Progetto 3.1

€ 600.000,00

Spese stimate anno 2013 Progetto 3.3

€ 72.737,00

Progetto 3.3: Importo Assegnato 2013 a valere su FSN Vincolato 2013

€ 72.737,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

La Presa in Carico e la Continuità Assistenziale Riabilitativa dall'ospedale al territorio per Utenti affetti da Insufficienza Respiratoria . Definizione e adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza Protesica. Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo e utilizzo di Scale Funzionali e Prognostiche per le Funzioni Vitali di Base.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Presa in Carico, Trattamento Riabilitativo e Addestramento all'utilizzo di apparecchiature protesiche dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto affette da: Insufficienza Respiratoria. Circa 1.000 pazienti all'anno.

INDICATORI NUMERICI	<p>Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette dalle patologie sopraindicate. Percentuale 80/% di persone dimesse dalla fase acuta e arruolate nel progetto. Variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dalla persona.</p>
ATTIVITA' PREVISTE	<p>Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse. Individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli out come. Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa in fase acuta. Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva. Monitoraggio dimessi dal P.O. di Matera.</p>

LINEA PROGETTUALE N.4

(N.2 Progetti: da 4.1 a 4.2)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.4. Implementazione della linea per l'assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui Accordo Stato Regione 5 maggio 2011)
TITOLO DEL PROGETTO	4.1 Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Gianvito Corona

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 4	€ 492.159,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2014) Progetto 4.1	€ 1.600.000,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 4.1	€ 246.079,00
Progetto 4.1: Importo Assegnato 2013 a valere su FSN Vincolato 2013	€ 246.079,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Lo scopo generale del progetto trova la sua ragione nella necessità, da parte dell'ASL di Potenza, di dar corso alle attività per la realizzazione di un assetto organizzativo in grado di rispondere al meglio ai bisogni crescenti di quei pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, e delle loro famiglie. Particolare attenzione è rivolta ai percorsi di cura ospedale-domicilio dove verranno adottati specifici provvedimenti finalizzati a creare condizioni assistenziali certe e omogenee su tutto il territorio.

Va organizzato un sistema integrato ("Coma to Community") nel quale le famiglie non si trovino più nella condizione di una ricerca personale delle opportunità di cura o di autogestione organizzativa dei processi di assistenza: un "sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure. Un percorso "certo" per tutti i pazienti, senza selezione a monte, e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee. Nella quarta fase, cioè quella degli esiti, dopo la fase di ospedalizzazione, permangono sequele che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, oltre alle difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo. Tutti gli interventi saranno mirati alla gestione e risoluzione di tali criticità.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi riguardano la trasmissione di competenze e modelli operativi tali da consentire agli operatori coinvolti di:

- Selezionare correttamente fra gli attori del sistema "Coma to Community", di fatto una rete che governa tutte le fasi (clinico-gestionali) della malattia, i "protagonisti" della quarta fase, quella degli esiti;
- mappare tutte le strutture da coinvolgere nella rete, in termini di requisiti e potenzialità operative di vario livello (lato tecnologico e lato funzionale);
- mappare le risorse umane attualmente coinvolte nella gestione dei pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti e ridefinirne correttamente i ruoli e le funzioni

- Progettare e realizzare un sistema di scheda clinico-gestionale coerente con gli obiettivi di progetto e con l'Accordo Stato Regioni del 5 Maggio 2011
- definire la struttura delle informazioni e dei flussi informativi fra tutte le unità coinvolte per la condivisione di dati essenziali al "tracciamento" significativo del paziente
- definire i KPI di output e outcome (lato clinico e lato organizzativo) per il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati nell'ambito della rete.. nella fase degli esiti;
- realizzare semplici strumenti per la rendicontazione e il reporting dei risultati di gestione della rete;
- predisporre operativamente tutti gli elementi costitutivi per avviare concretamente una rete funzionale da estendere a tutto il territorio provinciale e tale da favorire e migliorare la presa in carico del paziente affetto da Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, garantendone la continuità assistenziale.

INDICATORI NUMERICI

I risultati attesi, in termini di abilitazione delle competenze degli operatori designati, possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- Collegamento tra tutte le professionalità coinvolte nella gestione del paziente affetto da Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti in un unico progetto provinciale (da integrarsi a quello regionale/nazionale) strutturato in perfetta coerenza con la normativa nazionale. Ruolo proattivo fondamentale sarà assegnato ad alcune figure strategiche quali MMG, fisiatristi, neurologi, psicologi.
- Allineamento delle competenze professionali di tutti gli operatori sanitari coinvolti a Vario livello nella rete-sistema "Coma to Community" su standard diagnostico-terapeutici condivisi.-
- Rendere operativi i flussi di comunicazione fra le strutture territoriali (adibite alla gestione degli "esiti") e tutti gli altri protagonisti clinico-gestionali (Unità Operative intensive di prima accoglienza in fase acuta; Unità Operative/aree o nuclei sub-intensivi ad alta valenza riabilitativa; Unità Operative di Riabilitazione post-acuta ad Alta specialità neuroriabilitativa.)

ATTIVITA' PREVISTE

- Identificazione degli operatori e delle strutture territoriali da integrare alla rete- sistema "Coma to Community" attraverso la costituzione , da parte della Direzione Aziendale, del gruppo di coordinamento aziendale (GDC) dei responsabili delle strutture territoriali abilitate alla gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti
 - Condivisione linee generali della rete- sistema "Coma to Community"
 - Individuazione delle risorse nelle varie strutture territoriali (dotazioni strumentali, risorse umane, ecc.)
 - Analisi conoscitiva delle strutture della ASP che si occupano di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti;
 - Individuazione delle differenti modalità di offerta assistenziale fra le strutture territoriali individuate (modalità di distribuzione presidi, modalità di inserimento nelle cure domiciliari, modalità di gestione delle tracheostomie e della nutrizione artificiale, figure specialistiche coinvolte, ecc.)
 - Predisposizione di una scheda-tipo per la raccolta dati salienti
 - Individuazione dei livelli e dei bisogni formativi
 - creazione 08 di pazienti, referenti, unità, esperienze, livelli formativi
 - Acquisizione elementi normativi sull'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011
 - Realizzazione di un report a conclusione
- Produzione di schede dati clinici di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti

- Corsi di formazione teorici degli operatori suddivisi per categoria;
- Corsi di formazione teorici dei familiari e dei caregiver
- Formazione degli operatori e dei familiari : "on the job training"
- Elaborazione di linee guida aziendali specifiche, per la gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti, incardinate all'Accordo Stato Regioni del 5 Maggio 2011 e agli atti Regionali di riferimento
- Definizione scheda del consenso informato
- Linee generali di trattamento dati e privacy
- Individuazione di un software specifico.
- Definizione algoritmo della procedura per raccogliere dati e informazioni sui pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti -
- Definizione accesso condiviso tra gli operatori sanitari
- Definizione sintesi di condivisione per la tracciabilità del paziente
- Produzione di report con tabelle riepilogative:
- Unità Territoriali (attestando il percorso seguito)
- risorse umane e strumentali disponibili
- linee guida operative sull'applicazione reale del modello
- semplici elaborazioni statistiche sui dati raccolti e strutturati (Monitoraggio)

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.4. ASSISTENZA AI PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DEGLI ESITI.
TITOLO DEL PROGETTO	4.2 SPECIALE UNITA' DI ACCOGLIENZA PERMANENTE PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	DR. VINCENZO DENISI
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 4	€ 492.159,00
Spesa complessiva stimata (tre anni) Progetto 4.2	€ 600.000,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 4.2	€ 246.079,00
Progetto 4.2: Importo Assegnato 2013 a valere su FSN Vincolato 2013	€ 246.079,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Assistenza in SUAP per pazienti in stato vegetativo necessitanti di cure intensive ed assistiti in spazi dedicati; monitoraggio delle condizioni cliniche mediante l'utilizzo di sistemi intelligenti che, applicati ai pazienti (elettrodi) trasmettono direttamente, wireless, il livello dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno etc....) alla centrale operativa collocata all'interno della medicheria. Gli stessi dispositivi che trasmettono wireless potranno essere utilizzati anche a domicilio del paziente nel caso l'assistenza, portata dagli stessi operatori della SUAP, avvenga previa domiciliarizzazione dello stesso.

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUANTITATIVI	Presa in carico della totalità dei pazienti in stato vegetativo, sia in struttura protetta che a domicilio nel caso di famiglia con buona compliance assistenziale.
INDICATORI NUMERICI	5 Posti letto per Coma vegetativo presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico
ATTIVITA' PREVISTE	<p>Attività formativa per personale medico dedicato a questa tipologia di pazienti e del personale infermieristico e OSS.</p> <p>Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno ai familiari.</p> <p>Integrazione delle attività del personale dedicato agli stati vegetativi con la piattaforma delle attività di Cure Domiciliari mediante protocolli condivisi. Incontri fra Responsabile della struttura protetta dedicata con i Medici di Medicina Generale, Medico del Distretto e personale del distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.</p>

LINEA PROGETTUALE N.5

(N.3 Progetti: da 5.1 a 5.3)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.5 Assistenza anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	5.1 Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Giovanni B. Bochicchio

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 546.843,00
Spesa Complessiva Stimata (Anni 2013/2014) Progetto 5.1	€ 500.000,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 5.1	€ 385.644,00
Progetto 5.1: importo assegnato a valere su FSN vincolato 2013	€ 385.644,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Definizione delle modalità organizzative e operative che consentano la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi

Lettura tempestiva e valutazione delle condizioni di bisogno attraverso la VMD

Definizione del PAI

- Individuazione della figura di riferimento del progetto di assistenza
- Definizione del ruolo e dei compiti del MMG
- Definizione dei fattori predittivi di fragilità
- Definizione di indici qualitativi di assistenza all'anziano fragile e benchmark fra i vari setting assistenziali aziendali con assegnazione di un "bollino" di qualità per le strutture che si distinguono in questo settore

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Classificazione del bisogno per isogravità
- Valutazione dei costi complessivi per isogravità
- Definizione di indici quantitativi di assistenza all'anziano fragile e benchmark fra i vari setting assistenziali aziendali

INDICATORI NUMERICI

- N° di anziani fragili in carico a 12 e a 24 mesi
- N° di anziani fragili in carico per profilo assistenziale
- N° di ricoveri in unità per acuti di anziani fragili
- N° di accessi in PS di anziani fragili

Costo dell'assistenza per profilo assistenziale

ATTIVITA' PREVISTE

1. Mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali rivolti all'anziano fragile e dei rispettivi metodi di valutazione e di lavoro
2. Condivisione con le UU.OO. ospedaliere e territoriali della metodologia della Valutazione Multidimensionale;
3. Creazione di un sistema informativo ad hoc;
4. Formazione del personale di assistenza e del caregiver
5. Creazione della Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano fragile

VOCE DI COSTO	IMPORTO
RISORSE UMANE (ORE/UCMO)	200.000,00 €/anno
Elaborazione specifico software	40.000,00
Consumi (materiali e trasferte)	10.000,00
Formazione (intero territorio aziendale)	50.000,00
COSTO TOTALE stimato ANNI 2013/14	500.000,00

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 5 -ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' E DI NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	5.2 RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE AZIENDALE PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott. Antonio Di Gennaro
REFERENTI AZIENDALI	DR. VINCENZO DENISI
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 546.843,00
Spesa Complessiva Stimata (tre anni) Progetto 5.2	€ 600.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 5.2	€ 154.258,00
Progetto 5.2: importo assegnato a valere su FSN VINCOLATO 2013	€ 154.258,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	<p>Presenza in carico negli Ospedali Distrettuali (ospedali dedicati alla fase post-acuta del percorso di cura del paziente) ed al domicilio, dei pazienti che hanno concluso l'iter curativo negli Ospedali per acuti dell'ASM (Matera e Policoro). Protocolli con la RSA di Tricarico per la presa in carico di anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di tipo sanitario ancora importanti. Protocolli con le Residenze Protette presenti sul territorio ASM per i percorsi e Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.</p>
OBIETTIVI QUANTITATIVI	<p>Valutazione della totalità dei pazienti da ammettere al percorso di presa in carico per la non autosufficienti alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare operata dalla UVMD già attiva.</p>

AZIENDA SANITARIA MATERA

INDICATORI NUMERICI	Cura e trattamento del 100% dei pazienti presi in carico
ATTIVITA' PREVISTE	<p>Attuazione del percorso di cura per il paziente post acuto nei vari setting assistenziali della rete di riabilitazione e lungodegenza per pazienti fragili e non autosufficienti</p> <p>Attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali. Presa in carico dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti che hanno subito la perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali.</p>

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE REGIONE BASILICATA

DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)

LINEA PROGETTUALE 5 ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' E DI NON AUTOSUFFICIENZA

TITOLO DEL PROGETTO 5.3 STUDIO SULL'EFFICACIA DELL'ESERCIZIO FISICO E DELLA DIETA PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA SARCOPENIA NELL'ANZIANO

DURATA DEL PROGETTO Tre anni

REFERENTE REGIONALE Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo, Dott. Antonio Di Gennaro

REFERENTI AZIENDALI Dott.ssa M. Frangione

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5 € 546.843,00

Spesa Complessiva Stimata (tre anni) Progetto 5.3 € 27.000,00

Spese stimate anno 2013 Progetto 5.3 €. 6.941,00

Progetto 5.3: importo assegnato a valere su FSN Vincolato 2013 €. 6.941,00

OBIETTIVI QUALITATIVI Miglioramento delle condizioni di vita degli anziani affetti da sarcopenia e sostegno ai familiari degli stessi.

OBIETTIVI QUANTITATIVI Visite domiciliari x pazienti dimessi dall'Assistenza domiciliare n. 20

INDICATORI NUMERICI Visite fisiatriche n 1° - Visite nutrizionali n. 10
Attività svolte dai seguenti operatori: 3 Medici U.O. Assistenza Sanitaria- U.O. Fisiatria- U.O. .Nutrizione Clinica (40 ore cadauno)- 2 infermieri prof. (40 ore cadauno). 1 Assistente Sociale(40 ore cadauno)Visite domiciliari x pazienti dimessi dall'Assistenza domiciliare n. 20
Visite fisiatriche n 1° - Visite nutrizionali n. 10

ATTIVITA' PREVISTE Incontri di equipe x studio casi, selezione campione di anziani da seguire e valutazione requisiti- Incontri con associazioni e enti pubblici e sportivi x individuazione strutture.

LINEA PROGETTUALE N.6

(n.3 Progetti : da 6.1 a 6.3)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N. 6
TITOLO DEL PROGETTO	6.1 Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Maria Frangione

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 6	€ 492.159,00
Spesa Complessiva Stimata Progetto 6.1	€ 270.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 6.1	€ 270.000,00
Progetto 6.1 : importo assegnato a valere su FSN VINCOLATO 2013	€ 270.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Nell'ambito del progetto "Contrasto alle disuguaglianze in sanità" anni 2012-2013 ,l'ASP ha dato particolare attenzione al problema dell'immigrazione.

L'analisi dei dati, in particolare della distribuzione degli immigrati per Comune ha evidenziato le aree geografiche su cui intervenire. Le azioni hanno riguardato l'informazione, tradotte in diverse lingue, sui servizi sanitari e socio-sanitari offerti, facilitandone l'accesso, la sperimentazione di ambulatori dedicati, accordi con associazioni...

Nell'attuale contesto regionale, l'aumento della disoccupazione, della precarizzazione ,il basso reddito pro-capite conseguenti all'attuale crisi economica, impongono l'approfondimento dei dati epidemiologici e socio-economici distinti per aree geografiche.

Nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale e ASP, i software in uso rendono possibile la disponibilità di molti dati. Con il presente progetto si intende valorizzare il sistema informativo aziendale per migliorare le capacità di monitoraggio della salute e consentire la individuazione dei bisogni di salute in una determinata area geografica in base alla quale adeguare l'offerta dei servizi.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

n. profili epidemiologici per area geografica

INDICATORI NUMERICI

n. profili epidemiologici per area geografica/totale aree geografiche
mettere in relazione tutti i dati e le informazioni sanitarie e socio-economiche disponibili negli attuali sistemi informativi, aggregandole per sub ambiti territoriali dell'ASP, e pervenire alla realizzazione di profili epidemiologici e socio-economici per area geografica

ATTIVITA' PREVISTE

- Costituzione gruppo di lavoro per:
- elaborazione e analisi dati mortalità per causa distinta per area(schede di morte)

- Elaborazione ed analisi della morbosità (SDO, esenzioni per patologia e consumo farmaci)
- gruppo di lavoro costituito da rappresentanti delle Unità Organizzative:
 - Osservatorio Epidemiologico
 - Farmaceutica territoriale
 - Dipartimento Salute umana
 - SIA
 - Controllo di gestione

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Accordo Stato Regione 20 aprile 2012 e successivo Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n.6 (ex n.1 dell'Accordo 2012) - -
TITOLO DEL PROGETTO	6.2 Istituzione di un servizio di intermediazione linguistico-culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera "S.Carlo"
DURATA DEL PROGETTO	2 anni
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Guarino-D.ssa Nardoza

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 6	€ 492.159,00
Spese stimate Progetto 6.2	€ 60.000,00
Progetto 6.2 importo assegnato a valere su FSN Vincolato 2013	€ 60.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

La legislazione italiana in tema di immigrazione regola le modalità di assistenza sanitaria in maniera estensiva sia agli immigrati regolari che irregolari. Risulta evidente tuttavia che il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi di un ospedale dipendono non solo dalle leggi e normative vigenti ma dalla capacità di adeguare e modulare le risposte sanitarie al bisogno di salute espresso da una nuova tipologia di utenza. La AOR "S:Carlo" si pone come obiettivo la individuazione di interventi organizzativi che possano consentire un miglioramento delle condizioni di accesso, adeguatezza e fruibilità delle prestazioni offerte attraverso un approccio multidisciplinare e trans-culturale orientato al riconoscimento delle diversità culturali e proporre una offerta meno standardizzata a garanzia della centralità dell'individuo con i suoi bisogni. L'istituzione, quindi, di un servizio di mediazione linguistico-culturale ha il senso di conciliare le necessità della struttura con quelle dei pazienti stranieri e del personale operante.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Il numero medio di ricoveri erogati in ragione di anno a cittadini non italiani è di circa 500 dei quali una parte considerevole disposti dal Pronto Soccorso con modalità di "Urgenza". Il progetto si propone di fornire il servizio di mediazione linguistico-culturale a quella parte di cittadini stranieri che non abbiano padronanza della lingua italiana e quindi della capacità di esprimere in maniera corretta i propri bisogni.

INDICATORI NUMERICI

Numero di interventi richiesti dalle UU.OO. e servizi dell'Azienda e n. di interventi soddisfatti

ATTIVITA' PREVISTE

Il servizio è da intendersi più che come luogo fisico come luogo di interazione e comunicazione in quanto concretamente formato dalle persone che lavorano nell'azienda e dalla rete di relazioni che instaura. Si prevede quindi la presenza di operatori da ricercare all'interno dell'azienda con forte motivazione oltre che la presenza di mediatori esterni, debitamente formati, da attivare a chiamata. Le attività si rivolgeranno al paziente ricoverato con interventi diretti di mediazione linguistico-culturale, supporto per l'espletamento di pratiche burocratiche-amministrative e agli operatori delle UU.OO. e servizi dell'Azienda con interventi di formazione, informazione e consulenza nonché di traduzione linguistica delle pratiche cliniche (raccolta dati anamnestici, consenso informato, informazioni sullo stato clinico e orientamento diagnostico).

ATTIVITA

In considerazione delle attività già concluse nell'anno 2013 e relazionate puntualmente, si propone la prosecuzione nell'anno 2014 del progetto per consolidare le azioni già avviate e completare quelle previste nel cronoprogramma interno. In particolare per questa annualità ci si propone di allargare e "professionalizzare" la attività di mediazione linguistica integrando la disponibilità dei volontari della Associazione AUSER con facilitatori linguistici da arruolare a chiamata previa selezione con regolare avviso pubblico. Ciò consentirà una più tempestiva risposta ai bisogni segnalati dalla Unità Operative e una più rapida traduzione plurilingue di tutto il materiale sanitario e informativo da distribuire nei reparti e rendere accessibile sul sito web aziendale. Si conta altresì, nell'anno in corso, di organizzare incontri tematici su problemi di prevenzione rivolti alla popolazione straniera per sensibilizzarla alla adesione.

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANTARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Accordo Stato-Regione del 20 aprile 2012 e successivo Accordo 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n.6 (ex 2 Accordo 2012)
TITOLO DEL PROGETTO	6.3 Attivazione "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo di Potenza
DURATA DEL PROGETTO	2 anni
REFERENTE REGIONALE	Dr.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Guarino- Dott.ssa Nardoza

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 6	€ 492.159,00
Spese stimate Progetto 6.3	€ 162.159,00
Progetto 6.3: importo assegnato a valere su FSN VINCOLATO 2013	€ 162.159,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'obiettivo del progetto "Codice Rosa" è quello di attivare un percorso di accesso al pronto soccorso riservato alle vittime di violenze, donne, ma anche minori, anziani, immigrati. Il codice, a cui dovrà essere dedicata una stanza apposita nel pronto soccorso, verrà assegnato dal personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata. All'attivazione di detto codice entrerà in funzione una task force composta da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e forze dell'ordine. L'intervento congiunto della *task force* permetterà di prestare immediate cure e sostegno psicologico a chi subisce violenza, nel rispetto della riservatezza, ed ad individuare l'autore della violenza.

Il compito precipuo del gruppo sarà, dunque l'assistenza socio-sanitaria e giudiziaria alle vittime di violenza facendo emergere tutti quegli episodi di violenza in cui le vittime difficilmente, sia per paura di ritorsioni che per vergogna, raccontano di essere oggetto di violenza da parte di terzi. Il progetto de quo prevede per la sua attivazione un periodo di formazione sia degli operatori sanitari dell'AOR San Carlo che delle forze dell'ordine da svolgersi presumibilmente con il supporto delle strutture che hanno già avviato tale servizio, al fine di sviluppare competenze relazionali e comunicative per l'efficace gestione del soggetto che ha subito violenza.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

L'azione del team composto da operatori sanitari, da rappresentanti della Procura e Forze dell'Ordine, che agiscono secondo procedure condivise, ha lo scopo di garantire oltre alle cure mediche necessarie, un corretto repertamento degli elementi di prova con l'ausilio della compilazione di una nuova e più approfondita cartella clinica in grado di fornire dati utili anche all'autorità giudiziaria e coadiuvando ad assicurare un contenimento dei tempi di indagine.

La raccolta dei dati mediante monitoraggio del fenomeno consentirà, inoltre, l'elaborazione di

statistiche relative all'andamento dello stesso

INDICATORI NUMERICI

Numero di persone assistite/numero accessi

Numero codici rosa/numero di segnalazioni dei centri di assistenza socio-sanitari contro la violenza di genere

Numero codici rosa/numero precedenti accessi per violenza di genere

ATTIVITA' PREVISTE

1. Predisposizione di apposito protocollo d'intesa con i seguenti soggetti istituzionali:
 - Procura della Repubblica
 - Prefettura
Forze dell'ordine
 - Associazioni di volontariato
2. Avvio di incontri formativi sia per operatori sanitari che per le forze dell'ordine da svolgere con la collaborazione di aziende sanitarie che hanno implementato tale percorso
3. Individuazione di specifici spazi nel Pronto Soccorso da destinare al codice rosa
4. Elaborazione di uri programma informatico di registrazione degli accessi in "Codice Rosa" distinto da quello ordinariamente in uso presso il Pronto Soccorso
5. Stesura di Linee Guida operative

ATTIVITA' SVOLTE NELL'ANNO 2013

In riferimento allo stato di attuazione del progetto, si riportano, di seguito, le azioni realizzate nell'anno 2013 :

1. sottoscrizione del protocollo d'intesa con l'Azienda USL n. 9 di Grosseto (deliberazione n. 249 del 10.06.2013) che, in tale ambito, ha fortemente consolidato negli anni importanti e significativi risultati;
2. costituzione di un gruppo di lavoro formato da operatori aziendali (deliberazione n. 2013/00296 dell'11.07.2013) in grado di collaborare in maniera profondamente sinergica con il precipuo compito di individuare e superare eventuali specifiche criticità nell'attuazione del percorso Rosa, relazionando periodicamente al Direttore Generale sullo stato di attuazione del progetto;
3. costituzione di una "Task Force Interistituzionale", formata da magistrati appartenenti alla Procura della Repubblica di Potenza, un pool di medici e infermieri della AOR San Carlo e le forze dell'ordine, finalizzata ad ottimizzare risorse ed energie, a migliorare la qualità delle risposte offerte alle vittime I compiti della task force, istituita il 12 luglio 2013 con la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra le parti coinvolte (Procura della Repubblica, Prefettura, AOR San Carlo e Forze dell'ordine) sono:
 - a. mettere a punto azioni integrate tra l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza e la Procura della Repubblica di Potenza per sviluppare un piano di programmazione condivisa e integrata, anche attraverso periodici confronti con individuazione e studio delle attività realizzate, valutandone l'impatto, i punti di forza e le criticità;

- b. coordinare la raccolta dei dati sulla violenza sessuale attraverso la monitorizzazione del fenomeno, effettuata dal Centro di Coordinamento per le Vittime di Violenza dell'AOR San Carlo e comunicate nei casi di emergenza alla Procura della Repubblica di Potenza per l'attivazione congiunta della Task Force;
 - c. fornire, nel rispetto del segreto istruttorio e d'ufficio, nonché delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza, gli elementi ed i dati necessari alla raccolta ed all'elaborazione delle statistiche relative all'andamento del fenomeno, al fine di consentire un costante monitoraggio dello stesso;
 - d. promuovere azioni comuni per affrontare le situazioni di criticità individuate;
 - e. promuovere strategie pubbliche di intervento contro la violenza ed azioni specifiche sui problemi rilevati;
 - f. favorire e incentivare il costante aggiornamento professionale dei componenti della Task Force al fine di garantire un servizio sempre più efficace, efficiente e tecnicamente avanzato per adeguare il lavoro del gruppo alle differenti realtà nelle quali si troveranno ad operare;
 - g. promuovere in modo condiviso e sinergico campagne di informazione e di sensibilizzazione sul territorio rivolto sia alla popolazione in genere che ad alcune specifiche realtà (ad es. scuole, gruppi a rischio);
 - h. collaborare alla realizzazione di mirati percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e alle Forze dell'Ordine, curando iniziative idonee a facilitare la raccolta delle denunce (in condizioni di rispetto della riservatezza ed in ambienti consoni a tale scopo, considerata la particolare condizione di fragilità psicologica in cui si trova la vittima di una violenza) .
4. corso di formazione tenuto dagli operatori della Task Force di Grosseto il 13 e 14 novembre 2013 nelle giornate del presso l'AOR San Carlo e destinato a tutti gli operatori individuati dall'Azienda e dalle istituzioni firmatarie del Protocollo d'Intesa, finalizzato a trasferire i contenuti espositivi e cognitivi derivanti dalla consolidata esperienza procedurale afferente al "percorso rosa";

Nella tabella seguente sono riportate le ore di attività svolte dal personale medico ed infermieristico con i relativi costi stimati anno 2013:

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore	Costo orario €	Costo Totale €
Dirigenti Medici e Sanitari (Psicologo, Farmacista)	15	100	1.500	26,20	39.300,00
Infermieri	6	100	600	18,00	10.800,00
Altro personale area amministrativa	2	150	300	18,00	5.400,00
Costo ore di docenza corso di formazione					6.400,00
Rimborso spese di viaggio, vitto e alloggio per corso di					4.031,00
Totale	23	350	2.400		65.931,00

AZIONI PREVISTE NELL'ANNO 2014

1. Inaugurazione della "Stanza di Elisa" presso il Pronto Soccorso, da destinare al codice rosa;
2. Elaborazione di un programma informatico di registrazione degli accessi in "Codice Rosa" distinto da quello ordinariamente in uso presso il Pronto Soccorso;
3. Stesura di Linee Guida operative;
4. Avvio delle attività.

LINEA PROGETTUALE N.7

(N. 4 Progetti: da 7.1 a 7.4)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	7. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	7.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Giovanni Vito Corona

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 7	Euro 1.093.687,00
Spese complessive stimate anni 2013/2014 Progetto 7.1	Euro 600.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 7.1	Euro 397.705,00
Progetto 7.1: importo assegnato a valere su quota FSN Vincolato 2013	Euro 397.705,00

OBIETTIVI QUALITATIVI:

Migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali, oncologici e non oncologici offrendo la possibilità di poter eseguire a casa propria qualunque atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) mediante l'impianto, nel proprio domicilio, di devices specifici. I PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e i midline, rappresentano oggi il gold standard degli accessi venosi e stanno registrando un incremento esponenziale della domanda. La peculiarità di tale progetto è rappresentata dal fatto che, creando un assetto organizzativo ad hoc, si può offrire a pazienti allettati, con performance status compromesso e indice di Kamosky inferiore a 30, la possibilità di ricevere nel proprio letto un dispositivo in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa. Molti di questi pazienti, a causa dell'impossibilità di reperimento di un accesso venoso stabile, per una compromissione del proprio patrimonio venoso generata da pregresse terapie, vengono sottoposti a ospedalizzazioni inappropriate o abbandonati a se stessi. Gli impianti domiciliari di tali devices, se codificati da procedure standardizzate in grado di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente, rappresentano la giusta risposta a tali necessità.

OBIETTIVI QUANTITATIVI:

Riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate attraverso l'implementazione delle cure domiciliari complesse. La disponibilità di accesso venoso certo e stabile, consente la possibilità di pianificare e realizzare una serie di atti terapeutici complessi come la nutrizione parenterale, le emotrasfusioni, la somministrazione di farmaci speciali non infondibili attraverso comuni aghi cannule per la loro osmolarità o il loro pH.

INDICATORI NUMERICI

- 1) Numero impianti domiciliari di PICC e Midline negli anni 2012- 2013-2014
- 2) Numero impianti ospedalieri di PICC, Midline e altri accessi venosi centrali a pazienti in cure domiciliari negli anni 2012-2013-2014
- 3) Numero pazienti che eseguono NPT domiciliare con PICC e Midline negli anni 2012-2013-2014
- 4) Numero pazienti che eseguono emotrasfusioni domiciliari con PICC e Midline negli anni 2012- 2013-2014
- 5) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per eseguire terapie endovenose a causa di assenza di accessi venosi negli anni 2012- 2013-2014
- 6) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per complicanze della propria malattia generate dalla assenza di accessi venosi negli anni 2012- 2013-2014

ATTIVITA' PREVISTE:

Costituzione di un PICC team aziendale in grado di rispondere alla domanda di tutti i territori. Il PICC team aziendale, che avrà carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti), dovrà organizzare le seguenti attività:

- 1) Formazione del personale
 - 1) Corsi specifici;
 - 2) On the job training.
- 2) Allestimento di una procedura nella quale sono chiaramente individuati:
 - 1) le indicazioni cliniche alla procedura (patologie, tipo di infusioni);
 - 2) i pazienti ai quali offrire la procedura (aspettative di vita, performance status);
 - 3) le condizioni igieniche e sociali dei domicili nei quali eseguire la procedura;
 - 4) il kit della procedura;
 - 5) l'equipe individuata alla esecuzione della procedura;
 - 6) gestione delle complicanze
- 3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto:
 - 1) Dispositivi specifici
 - i. Strumentali (ecografi portatili, elettrocardiografi portatili, stampanti portatili);
 - ii. Di consumo (PICC, Midline, accessori all'impianto e alla manutenzione);
 - 2) Mezzi necessari per il trasporto delle équipes e degli strumenti specifici (auto furgonate).
- 4) Coordinamento delle équipes domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare);
- 5) Gestione di eventuali complicanze o criticità;
- 6) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espianto, ecc.).

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 7 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	7.2 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE: SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (Tre anni- 2013/2016)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Marilena Frangiane, Dott. Giuseppe Agneta
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea progettuale 7	Euro 1.093.687,00
Spese complessive stimate anni 2013/2016 Progetto 7.2	Euro 1.500.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 7.2 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 331.420,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	GESTIONE DI UNA RETE INTEGRATA E FUNZIONALE DELLE ATTIVITA' DI CURE PALLIATIVE EROGATE IN OSPEDALE, HOSPICE, A DOMICILIO E IN ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA ASM.
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi)- Prescrizione presidi vari- Protocolli per ricovero in Hospice - Protocolli per dimissione da Hospice e presa in carico dall' ADI- Educazione sanitaria familiari- Sostegno psicologico al paziente e ai familiari- Protocolli con associazione di volontariato di assistenza Implementazione ambulatorio di "Terapia del dolore" presso ospedali distrettuali

AZIENDA SANITARIA MATERA

INDICATORI NUMERICI

Presenza in carico completa in ospedale e a domicilio dei pz. eleggibili per cure palliative

ATTIVITA' PREVISTE

Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno spirituale
Incontri fra MMG, Medico Palliativista, Medico del Distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare-

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 7)- Cure Palliative e Terapia del Dolore- Sviluppo dell'Assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	7.3) Percorso di cura x Cure Palliative e terapia del dolore
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE REGIONALE	Dott. Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa E. Pinto

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 7	€ 1.093.687,00
Spese complessive stimate anno tre Progetto 7.3	€ 750.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 7.3	€ 165.710,00
Progetto 7.3: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 165.710,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

- Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti
- Impiego della tecnologia ad ultrasuoni allo scopo di reperire il vaso ed inserirvi correttamente il catetere, evitando punture accidentali di vasi arteriosi o della cupola pleurica (rischio pnx)
- Impianti e manutenzione di cateteri intravascolari a medio e lungo termine, gestione di tracheotomia e PEG, terapia antalgica
- Utilizzo delle tecniche più recenti per l'esecuzione dell'impianto allo scopo di minimizzare le complicanze acute e di ridurre l'esposizione del pz e degli operatori a radiazioni ionizzanti. A tale scopo viene routinariamente utilizzata la tecnica cosiddetta dell'ECG intracavitario per stabilire la corretta profondità d'inserzione del catetere.
- Scelta accurata dei devices da impiegare allo scopo di evitare complicanze o incidenti (deconnessioni, embolizzazioni di cateteri, lesioni da decubito, infezioni...)
- Esecuzione degli interventi più complessi in sala operatoria assicurando sterilità, analgosedazione o narcosi laddove sono necessarie.
- Presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG, facilitando l'accesso a trattamenti ambulatoriali, disponendo, quando necessario, il soggiorno per alcune ore in Terapia Intensiva con monitoraggio e con la presenza del tutor
- Disponibilità di una Infermiera dedicata alla gestione dell'ambulatorio di Cure Palliative con vantaggi sulla continuità delle cure e sulla qualità degli aspetti relazionali.
- Consulenze di Terapia Antalgica per pz ospedalizzati eventualmente prossimi alla dimissione per l'allestimento di un piano terapeutico personalizzato

AZIENDA SANITARIA MATERA

- Consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del pz
- Attività territoriali (Stigliano-Tinchi): Ambulatorio di Stigliano e di Tinchi- Hospice di Stigliano

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Le richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore pervengono, in ordine di frequenza, da specialisti oncologi o onco-ematologi, reparti ospedalieri per pz già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMGO

Tra gli obiettivi si annoverano i seguenti:

- soddisfare tutta la domanda che perviene dal nostro bacino d'utenza
- contenere i tempi di attesa in 24-48 ore per la maggior parte delle prestazioni
- per prestazioni più complesse che prevedono l'impiego della sala operatoria contenere i tempi di attesa in 7 giorni
- ricoveri Hospice Stigliano

INDICATORI NUMERICI

Descrizione prestazioni	N°
CVC a lungo termine (Port a cath o parzialmente tunnellizzati) (Matera)	50
Catetere venoso ad inserzione periferica a medio termine (PICC/Mieline) (Matera)	150
CVC a breve termine (Matera)	20
Accessi ambulatoriali per manutenzione CVC (Matera)	800
Presa in carico pz con gravi disabilità (Matera)	3
Prestazioni di Terapia Antalgica complesse (Matera)	20
Accessi ambulatorio Tinchi	500
Accessi ambulatorio di Stigliano	250

ATTIVITA' PREVISTE

Cure Palliative:

- impianto di porta cath per chemioterapia e/o NPT, altre terapie
- impianto di CVC a medio-lungo termine per pz affetti da patologie croniche (esiti di ictus cerebrali, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento....)
- manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparinizzazione degli impianti
- presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG

Terapia del Dolore

- Ricorso a schemi terapeutici personalizzati multimodali con impiego di oppioidi
- Impiego preferibilmente di farmaci a lento rilascio allo scopo di semplificarne l'assunzione
- Titolazione degli analgesici maggiori, anche mediante il ricovero ospedaliero quando necessario
- Esecuzione di blocchi antalgici in sicurezza presso la sala Operatoria
- Controllo dell'efficacia dei trattamenti anche mediante contatti telefonici

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Nota prot. N. 23343/72AB- 11.02.2014 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n. 7
TITOLO DEL PROGETTO	n. 7.4 - INTEGRAZIONE HOSPICE-CURE PALLIATIVE DOMICILIARI
DURATA DEL PROGETTO	TRE ANNI (2013-2014-2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	A.O. S. CARLO POTENZA DR. M. RICCIUTI

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 7	€ 1.093.687,00
Spesa complessiva stimata anni 2013-2014-2015 Progetto 7.4	€ 300.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 7.4	€ 198.852,00
Progetto 7.4 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 198.852,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Le cure palliative dei pazienti oncologici in fase avanzata e terminale necessitano di continuità sia nel passaggio dalle cure attive a quelle palliative, sia, nelle cure palliative, tra i diversi setting di cura, in particolare tra quello residenziale, in Hospice, e quello domiciliare (vedi tra gli obiettivi della linea progettuale n. 7 alla voce: "sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra Hospice e domicilio").

Obiettivo di questo progetto è la realizzazione di una piattaforma di integrazione tra il setting residenziale di cure palliative (Hospice dell'A.O. S. Carlo di Potenza) e quello domiciliare (assistenza domiciliare specialistica ADI-ANT distretto di Potenza) in modo da poter effettivamente creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete di cure palliative. Tale integrazione deve prevedere l'utilizzo di uno strumento comune di valutazione e di monitoraggio del paziente, soprattutto relativamente ai sintomi, fisici psichici e spirituali, oggetto proprio delle cure palliative, nonché delle terapie adottate, dei risultati delle stesse e delle loro modificazione in relazione all'andamento dei sintomi; tale strumento di valutazione e di monitoraggio può essere rappresentato da un software dedicato e da utilizzare congiuntamente dalle equipe dei due setting assistenziali in modo da permettere in tempo reale di consultarsi e di realizzare un passaggio nella presa in carico senza soluzione di continuità. Tale strumento comune permette anche di poter svolgere sul numero complessivo di pazienti seguiti dai due setting assistenziali di cure palliative un'attività di ricerca, auspicata in cure palliative per un'implementazione dell'efficacia assistenziale.

Inoltre si prevede che membri dell'equipe dell'Hospice (medici e infermieri) possano effettuare prestazioni domiciliari in affiancamento all'equipe domiciliare, per meglio realizzare la continuità di cura e assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice. Tali

interventi possono essere sia pre-ricovero in Hospice (valutazione congiunta dei criteri di accesso in Hospice, conoscenza del paziente e dell'unità familiare e pianificazione degli obiettivi da perseguire in Hospice), sia post-dimissione dall'Hospice, particolarmente per la gestione di device impiantati in Hospice che necessitano di competenza e di strumenti in possesso dell'equipe dell'Hospice, sia per effettuare prestazioni specialistiche a domicilio in pazienti che non possono afferire al day-hospice.

Al fine di poter perseguire questi obiettivi si prevede la necessità di un supporto ulteriore medico da acquisire con borsa di studio finalizzata in particolare all'attività di ricerca.

Tutto ciò in accordo con il protocollo di intesa predisposto tra l'azienda Ospedaliera San Carlo e la ASP "Dimissioni protette e continuità delle cure".

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Per la realizzazione di tale progetto si prevede l'acquisizione di un software dedicato, di hardware, tipo smartphone, su cui montare il software e da utilizzare da parte dei membri dell'equipe dei due setting assistenziali; inoltre bisogna prevedere una formazione comune finalizzata all'utilizzo del software, nonché una formazione finalizzata all'attività di ricerca permessa anche dall'utilizzo di tali dispositivi. Inoltre si prevede la possibilità di realizzare un numero di interventi a domicilio, da parte dell'equipe dell'Hospice, ad un numero di pazienti che afferiranno o sono afferiti all'Hospice nell'anno. Infine si prevede una borsa di studio per medico da dedicare: soprattutto all'attività di raccolta dati e ricerca

INDICATORI NUMERICI

Numero di pazienti seguiti dalle due equipe con l'utilizzo dei dispositivi e del software dedicato / numero di pazienti seguiti nel complesso dalle due equipe (30 % nel primo anno, 60 % nel secondo anno, 100 % nel terzo anno)

Numero di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice / numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno (10% il primo anno, 15% il secondo anno, 20% il terzo anno)

Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche (almeno una per anno).

ATTIVITA' PREVISTE

Identificazione e acquisto di un software dedicato all'assistenza specialistica palliativa che consenta la valutazione dei pazienti, il monitoraggio dei sintomi e delle terapie palliative.

Identificazione e acquisto di dispositivi, tipo smartphone, su cui applicare il software e da dare in gestione al personale delle equipe residenziale e domiciliare di cure palliative.

Formazione finalizzata all'utilizzo del software.

Formazione finalizzata all'attività di ricerca.

Visite domiciliari da parte dell'equipe dell'Hospice e prestazioni specialistiche domiciliari.

Raccolta dati e ricerca.

LINEA PROGETTUALE N.8

(N.4 Progetti: da 8.1 a 8.4)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.8
TITOLO DEL PROGETTO	8.1 - Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (Biennio 2013-2014)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Domenico Iadanza

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 8	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata biennio 2013/2014 Progetto 8.1	Euro 100.000,00
Spese stimate Progetto 8.1	Euro 100.000,00
Spese stimate Progetto 8.1 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 100.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

1. Contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale
2. Favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

1. Dare la possibilità a tutte le famiglie dei bambini con malattie croniche gravi ed inguaribili del territorio aziendale di avere occasioni di ascolto, incontro e condivisione dei propri problemi;
2. Offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto;
3. Coinvolgere il volontariato in un progetto comune.

INDICATORI NUMERICI

Indicatori quantitativi

1. N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari,

2. N° di gruppi che vengono organizzati in un anno,
3. N° di operatori che aderiscono al progetto.

Indicatori qualitativi

1. somministrazione di questionari di gradimento per i genitori
2. somministrazione di questionari per gli operatori

ATTIVITA' PREVISTE

1. Promozione di piccoli gruppi di autoaiuto tra i genitori dei bambini malati con l'uso di diverse modalità: riunioni periodiche "vis a vis" o sul web (focus groups, teleconferenze ...)
2. Costituzione di un gruppo di operatori, con il coinvolgimento delle associazioni, per il tutoraggio ai gruppi,
3. Formazione del gruppo di operatori, da effettuarsi sia in ambito aziendale che in altre sedi con il successivo coinvolgimento di altre figure utilizzando il metodo della formazione "a cascata",
4. Incontri di gruppo da effettuarsi nei diversi ambiti territoriali dell'azienda, con cadenza settimanale/quindicinale,
5. Offrire la possibilità ai genitori che, per differenti motivi, non possono presenziare personalmente, di seguire l'incontro in teleconferenza.

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SALUTARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.8
TITOLO DEL PROGETTO	8.2 La valutazione del dolore nel paziente pediatrico
DURATA DEL PROGETTO	pluriennale (Biennio 2013- 2014)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Domenico Iadanza

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 8	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata biennio 2013/2014 Progetto 8.2	Euro 140.000,00
Spese stimate Progetto 8.2	Euro 140.000,00
Progetto 8.2: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 140.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

1. promuovere la corretta applicazione delle scale di valutazione del dolore, durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sia a livello ospedaliero che domiciliare.
2. Diffondere, in maniera omogenea e capillare, su tutto il territorio, la cultura della valutazione, prevenzione e terapia del dolore nei minori

OBIETTIVI QUANTITATIVI

1. Sensibilizzare tutti gli operatori pediatrici e dell'emergenza-urgenza sulla necessità della valutazione del dolore nel bambino
2. Fornire strumenti per la valutazione del dolore a tutti gli operatori pediatrici o dell'emergenza-urgenza
3. Offrire strumenti conoscitivi sulla prevenzione e terapia farmacologica e non del dolore in pediatria.

INDICATORI NUMERICI

Indicatori quantitativi

- N° di UUOO di pediatria ospedaliera in cui si effettua valutazione del dolore/N° totale delle UUOO di pediatria
- N° di UUOO di pediatria ospedaliera che hanno inserito la scheda di valutazione del dolore nella cartella clinica/ N° totale di UUOO di pediatria

- N° di pediatri di famiglia raggiunti /N° totale
- N° di corsi di aggiornamento, incontri tra operatori effettuati

Indicatori di qualità

- Somministrazione di questionari ai genitori di bambini al momento della dimissione dalla UO di pediatria
- Somministrazione di questionari ai genitori dei bambini seguiti a domicilio, in carico al servizio di cure palliative pediatriche

ATTIVITA' PREVISTE

1. Elaborare in maniera condivisa un protocollo per la valutazione del dolore in pediatria
2. Diffondere lo stesso protocollo di valutazione, con l'impiego delle scale algometriche idonee per l'età del paziente, in tutte le UOO di pediatria ospedaliera, le sedi di pronto soccorso e le sedi ambulatoriali pediatriche del territorio dell'Azienda;
3. Adottare la scheda di valutazione e terapia del dolore nella cartella clinica del paziente,
4. Individuare, per ciascuna U.O. e servizio, un responsabile per la valutazione e terapia del dolore,
5. Raggiungere e coinvolgere il maggior numero di pdf per estendere l'uso delle scale algologiche anche a livello domiciliare
6. Formare gli operatori sull'utilizzo delle scale e sull'approccio farmacologico e non farmacologico al dolore in pediatria con la realizzazione di corsi di aggiornamento ed incontri tra operatori.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'



Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASIUCATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Accordo Stato Regione
LINEA PROGETTUALE	n.8: Sviluppo dei processi di Umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	8.3 Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e <i>soggettività umana (NBM)</i>
DURATA DEL PROGETTO	Biennale (2013-2014)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Angela Pia Bellettieri - Direzione Sanitaria- Responsabile Struttura "Qualità, Risk Management, Accreditamento".

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 8	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata 2013/2014 Progetto 8.3	Euro 97.475,00
Spese stimate Progetto 8.3	Euro 97.475,00
Progetto 8.3 : importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 97.475,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

- Migliorare le capacità degli operatori sanitari di comunicare con i pazienti e, più in generale, con gli utenti dei servizi sanitari;
- Penetrare più in profondità nella narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato;
- Comprendere meglio il vissuto del paziente, soprattutto nel caso di patologie oncologiche

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Report delle storie accolte:
- Valutazione del personale formato alle Medical Humanities tramite interviste o altro sistema previsto per la verifica:

INDICATORI NUMERICI

- Realizzazione dei Moduli formativi definiti nel PF;
- Valutazione delle persone formate sui criteri previsti;
- Produzione del diario delle storie;
- Somministrazione dei diari al 50% dei pazienti ricoverati nel periodo del progetto

ATTIVITA' PREVISTE

FORMAZIONE : percorso sulle discipline delle Medical Humanities applicate al percorso oncologico

TESTI

TEST FINZIONALI

OPERE LETTERARIE

ARTI VISIVE

TESTI AUTOBIOGRAFICI

Il Responsabile Aziendale del Progetto

Dott.ssa Angela Pia Bellettieri

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO
NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	1802/2012
LINEA PROGETTUALE	n.8 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	n.8.4 "Ripartiamo dalla persona ammalata"
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale (24 mesi)
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Maria Molinari

ASPETTI FINANZIARI

Tot. Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale N. 8	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata (24 mesi) Progetto 8.4	Euro 100.000,00
Spese stimate Progetto 8.4	Euro 100.000,00
Progetto 8.4: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 100.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Il progetto, si inserisce nell'ambito della linea di ricerca n. 4 dell'Istituto, ed in particolare nel suo obiettivo "promozione della qualità nell'assistenza e sviluppo di modelli per la gestione della cronicità di pazienti oncologici", intende abbracciare tre aspetti di particolare rilievo per l'Istituto.

A) Il decreto del Ministero della Salute del 14.03.2013, "documentazione necessaria per il riconoscimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico", prevede che gli Istituti debbano possedere la "certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute".

I più noti programmi di valutazione della qualità in ambito sanitario (JCI, ISO, OECI) hanno tra i loro standard o set di criteri, alcuni centrati sulla capacità di far fronte alle problematiche morali con la gestione etica che abbraccia il marketing, il processo di cura, la struttura, i processi organizzativi e la ricerca.

B) La vocazione dell'IRCCS a perseguire, oltre alla ricerca biomedica e clinica, quella organizzativa, suggerisce inoltre di promuovere la sperimentazione di innovazioni dei processi funzionali e gestionali, che tengano conto di esperienze internazionali. Particolarmente interessante è il concetto di "approccio ellittico" che definisce standard e promuove "un modello con due fuochi: la persona fruitrice delle cure e dell'assistenza e

l'accuditore principale" (da Zangrandi), concetto che trova espressione nel "Programma Planetree."

Elementi da valorizzare sono: a) la dignità, le inter-relazioni umane e la scelta b) la spiritualità e la diversità, nella totale integrazione tra gli aspetti solitamente considerati "core" nella gestione della sanità e la "Patient Centered Care".

Il coinvolgimento della persona malata deve rappresentare l'aspetto saliente dell'alleanza terapeutica medico-paziente e la decisione sarà informata oltre che dalla situazione clinica, da una valutazione proporzionata benefici-rischi dei trattamenti che, in quanto realmente tale, includerà anche un'analisi valoriale soggettiva del paziente in riferimento a ciò che solo lui, in quanto soggetto e attore principale dell'assistenza, ritiene possa essere adeguato ad un'esistenza che considera di qualità, perché rispettosa della propria prospettiva morale. Andrà affermato il principio del "primum non plus nocere quam succurrere", quindi i fondamenti imprescindibili dell'etica medica, che impongono beneficenza/non maleficenza clinica, autonomia e autodeterminazione del paziente nell'esprimere le sue preferenze.

- C) Il richiamo ad una ricerca trasparente (centro Cochrane Italiano e Associazione Alessandro Liberati) oltre che alla completa pubblicazione dei risultati, deve vedere l'Istituto impegnato nell'affermazione della validità etico-scientifica delle sperimentazioni e dell'accordo informato (motivo e metodo dell'arruolamento, responsabilità di una comunicazione efficace) degli arruolati, appello particolarmente attuale in tempi di attentati alla credibilità della ricerca a seguito della vicenda "Stamina".

Il progetto, della durata di due anni, si propone di rispondere alle esigenze evidenziate raggiungendo i seguenti obiettivi:

1. gestione etica dei processi di cura, dei processi organizzativi e della ricerca
2. miglioramento del grado di qualità percepito delle cure da parte delle persone assistite;
3. affermazione della validità etico-scientifica delle sperimentazioni e dell'accordo informato degli arruolati

Le skills necessarie per la conduzione del progetto sono:

- specifiche conoscenze in ambito bioetico, clinico e giuridico
- capacità di identificare, analizzare, risolvere i problemi etico-morali presenti quotidianamente nell'assistenza
- capacità di accompagnare verso scelte condivise le persone coinvolte nei processi decisionali (decisori, dirigenti medici e sanitari non medici, pazienti, famiglie) di fronte a dubbi o a conflitti morali che emergono nella pratica clinica.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

1. Gestione etica dei processi di cura, dei processi organizzativi e della ricerca
2. Qualità percepita delle cure da parte delle persone assistite;
3. Validazione etico-scientifica delle sperimentazioni e "dell'accordo informato" tra personale medico e malati

INDICATORI NUMERICI

1. Riduzione del consumismo di visite, esami e ricoveri inappropriati
2. Miglioramento dell'appropriatezza clinica secondo le EBM
3. Introduzione di Indici di adeguatezza della cura (il malato che rimane a casa e non ricorre alla riospedalizzazione per paura della malattia o degli effetti collaterali)

ATTIVITA' PREVISTE

1. gestione etica dei processi di cura, dei processi organizzativi e della ricerca con
 - a) 1) conseguimento degli standard o dei criteri correlati, secondo il programma internazionale di valutazione adottato, nella misura di almeno il 30% al termine del primo anno e di almeno il 70% al termine del biennio
 - b) 2) miglioramento del grado di qualità percepito delle cure da parte delle persone assistite;

2. affermazione della validità etico-scientifica delle sperimentazioni e dell'accordo informato degli arruolati in tutte le procedure e conseguente incremento delle adesioni dei pazienti alle sperimentazioni cliniche e ai progetti di ricerca.

LINEA PROGETTUALE N.9

(N.5 Progetti: da 9.1 a 9.5)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO
NAZIONALE**

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	N.1802/2012
LINEA PROGETTUALE	n.9
TITOLO DEL PROGETTO	9.1 Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei tumori rari
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (TRE ANNI: 2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale, Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Giulia Motola

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea progettuale 9	Euro 601.528,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 PROGETTO n. 9.1	Euro 55.000,00
Spese stimate PROGETTO n. 9.1	Euro 55.000,00
PROGETTO n. 9.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 55.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Conoscere l'entità del fenomeno Malattie Rare e creare un punto di riferimento.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

1. Istituzione dello Sportello Unico Malattie Rare come specifico punto di riferimento nella ASP per i Pazienti, i loro familiari e gli Operatori Sanitari al fine di fornire loro informazioni in merito alle varie tipologie di malattie rare ed alla normativa vigente.
2. Creazione di un registro aziendale finalizzato alla raccolta, in ambito provinciale, di informazioni anagrafiche, assistenziali e cliniche (diagnosi, terapia farmacologica) dei Pazienti affetti da Malattia Rara.
3. Costituzione di un *team* multiprofessionale con funzioni di coordinamento delle attività composto da:
Responsabile Medico dello Sportello Unico Malattie Rare, Medico, Farmacista ed Amministrativo

INDICATORI NUMERICI

1. Numero richieste di erogazione farmaci per Malattia Rara / Totale richieste di terapie.
2. Numero di medici che si rivolgono al Servizio attraverso contatti telefonici e via mail / Totale di medici.
3. Numero di eventi formativi riguardanti le Malattie Rare: n. 1 evento / anno.

ATTIVITA PREVISTE

1. Istituire un Registro delle Malattie Rare in cui confluiscono dati clinici ed amministrativi.
2. Facilitare il percorso dei Pazienti, rendendo accessibili le informazioni relative alle Prestazioni ed ai Servizi Sanitari ai quali hanno diritto (per esempio: esenzioni ticket, erogazione gratuita di farmaci e presidi non a carico del S.S.N., percorsi riabilitativi).
3. Stabilire contatti con gli Istituti di Ricovero della Rete anche al fine di elaborare un elenco di Centri specializzati per le specifiche Malattie Rare o gruppi di Malattie Rare.
4. Informare i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e tutti gli Specialisti dell'esistenza di un Centro dedicato e renderli in grado, allorquando si pone il sospetto diagnostico di una delle malattie rare incluse nell'apposito elenco ministeriale, di indirizzare il paziente presso il Presidio della Rete per le malattie rare.
5. Formare i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta sulla normativa vigente in materia.
6. Realizzare attività di formazione specifica per le singole malattie, in particolare per la Retinite pigmentosa, Sclerosi Multipla, Malattia di Behçet, Sclerosi tuberosa, Angiodisplasie, già presenti nel *database* aziendale, o altre Malattie Rare, rivolta ai professionisti dei servizi territoriali (medici di base, pediatri di libera scelta, specialisti del S.S.N.).
7. Provvedere alla pubblicizzazione del Centro attraverso il Sito Aziendale.
8. Preparare opuscoli informativi con divulgazione presso gli studi medici.
9. Coinvolgimento delle Associazioni di Pazienti affetti da Malattia Rara nelle attività di formazione ed informazione attraverso programmi di condivisione e di cooperazione.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 9 - INTERVENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE MALATTIE RARE E PER LA PROMOZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI TUMORI RARI
OSPEDALIERA E TITOLO DEL PROGETTO	9.2 ATTIVITA' INTEGRATE TRA UU.OO.FARMACIA EMATOLOGIA ED ALTRE UU.OO. OSPEDALIERE -MMG PER GESTIONE PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE
DURATA DEL PROGETTO	3ANNI (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano, D.ssa Antonella Angione
REFERENTI AZIENDALI	DOTT.SSA F. DICUIA
ASPETTI FINANZIARI	
Tot. Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 9	EURO 601.528,00
Spesa complessiva stimata anno 2013 Progetto 9.2	EURO 900.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 9.2	EURO 300.000,00
Progetto 9.2: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	EURO 300.000,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti ai pazienti affetti da malattie rare e ai loro congiunti

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUANTITATIVI	SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER MALATTIE RARE
INDICATORI NUMERICI	PRESA IN CARICO DEL 100% DEI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE
ATTIVITA' PREVISTE	Attività integrate fra farmacisti, medici ospedalieri e MMG e con colleghi medici di altri ospedali nazionali per la presa in carico multidisciplinare e per la formulazione del Piano di trattamento di malattie specifiche per la migliore gestione possibile del paziente con malattia rara

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DIPIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETII DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 9 INTERVENTI PER LA RICERCA E L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE MALATTIE RARE E PER LA PROMOZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI TUMORI RARI
TITOLO DEL PROGETTO	9.3 Attività rivolte alla realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti oncologici affetti da malattie rare
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano, D.ssa Antonella Angione
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa M. Susi
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 9	EURO 601.528,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 Progetto 9.3	Euro 34.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 9.3 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 11.500,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Attività integrate UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari e per realizzare la migliore gestione possibile del paziente con malattie rare
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Presenze con cadenza quindicinale per 4 ore ciascuno, di due specialisti medici (radio Terapisti e oncologo medico) del CROB di Rionero (in regime di convenzione. Una parte delle ore effettuate presso la U.O. di Senologia viene dedicata alle attività di valutazione epidemiologica, diagnosi e trattamento dei Tumori rari.

AZIENDA SANITARIA MATERA

INDICATORI NUMERICI	Nel 100% dei casi in cui si presentano alla U.O. di Senologia pazienti oncologici affetti da patologie rare, prima di iniziare i trattamenti terapeutici, viene effettuato un consulto con gli specialisti interessati del CROB di Rionero e delle strutture nazionali dove il paziente è stato operato e/o curato in prima istanza, al fine della presa in carico multidisciplinare del paziente, prevedendo anche una fase dedicata allo studio e valutazione epidemiologica delle patologie rare .
ATTIVITA' PREVISTE	Il Servizio di Senologia Medica operante presso il P.O. di Matera attraverso i due dirigenti medici , oltre che nelle attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici, sono impegnati in attività di scambio, contatti, discussione casi, applicazione e revisione protocolli con il centro regionale (CROB di Rionero) e con alcuni centri nazionali (istituto Nazionale Tumori di Milano) al fine di mettere in atto una rete per la diagnosi, il trattamento e lo studio di tumori rari.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 9- REALIZZAZIONE DI RETI ASSISTENZIALI INTEGRATE PER PATOLOGIE ONCOLOGICHE, IN PARTICOLARE PER IL TUMORE DELLA MAMMELLA
TITOLO DEL PROGETTO	9.4 ATTIVAZIONE BREAST-UNIT
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano, D.ssa Antonella Angione
REFERENTI AZIENDALI	Dott..A. RUBINO, Dott..F. BALDARI U.O -- SENOLOGIA; Dott. A. DEROSA --U.O.C. CHIRURGIA
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 9	EURO 601.528,00
SPESA COMPLESSIVA DEL PROGETTO 9.4 (2013-2015)	EURO 150.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 9.4	EURO 150.000,00
Progetto 9.4: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	EURO 50.000,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE AFFETTA DA TUMORE DELLA MAMMELLA ATTUAZIONE DELLA SISTEMATICA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI

OBIETTIVI QUANTITATIVI	APERTURA SETTIMANALE DELL'AMBULATORIO DI SENOLOGIA INTEGRATA SVOLTA DA 1 RADIOLOGO SENOLOGO, DA 1 CHIRURGO SENOLOGO , DA 1 INFERMIERE
INDICATORI NUMERICI	PRESA IN CARICO DI ALMENO 100 DONNE AFFETTE DA PATOLOGIA MAMMARIA DIAGNOSTICATA PRESSO L'U.O DI SENOLOGIA DEL P.O. DI MATERA
ATTIVITA' PREVISTE	ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELL'AMBULATORIO DEDICATO PER GARANTIRE L'ACCESSO AL TRATTAMENTO CHIRURGICO ADEGUATO DOPO L'ESAME DIAGNOSTICO E MIGLIORARE LA QUALITA' E LA SICUREZZA DELLE ATTIVITA' CLINICO-ASSISTENZIALI.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Nota prot. N. 23343/72AB- 11.02.2014 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n.9
TITOLO DEL PROGETTO	9.5 RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE (tumori rari del polmone)
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Domenico Bilancia

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 9	Euro	601.528,00
Spesa complessiva stimata Progetto 9.5 (2013-2015)	Euro	185.028,00
Spese stimate PROGETTO 9.5	Euro	185.028,00
PROGETTO 9.5: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro	185.028,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

I tumori rari rappresentano da sempre una sfida importante per la medicina proprio perchè è difficile stabilire una prassi clinica specifica. La capacità terapeutica, spesso realizzata in centri di riferimento, è limitata e le nuove terapie sperimentali sono bloccate a causa dei pochi pazienti sottoponibili a studi randomizzati. Per alcuni dei tumori selezionati sono disponibili validati protocolli terapeutici, mentre per altri tumori le soluzioni terapeutiche sono insoddisfacenti. Per i tumori in genere, e particolarmente per i tumori rari, basse sopravvivenze indicano difficoltà di accesso alle strutture di diagnosi e di trattamento specialistico. Il tumore del polmone, pur non essendo una patologia rara, con l'identificazione di sottotipi legati a mutazioni geniche particolari ha portato ad una frantumazione per cui ogni singola mutazione può identificare gruppi di pazienti con incidenza paragonabile ai tumori rari, per i quali si aprono nuove prospettive, grazie alla disponibilità di nuovi farmaci target.

Una particolare alterazione genetica consistente nella presenza di un gene chiamato EML4-ALK porta alla produzione di una proteina, ALK, CHE ha una azione carcinogenetica. Il Crizotinib compete con l'ATP (o adenosintrifosfato: una micro-molecola in grado di attivare i processi biochimici che richiedono energia) per l'ALK e, sostituendosi all'ATP, ne impedisce il funzionamento. Purtroppo, sono molto pochi i tumori che manifestano tale alterazione (si valuta essi siano intorno al 5% di tutti i tumori NSCLC). I pazienti con questa alterazione genetica sono tipicamente non-fumatori e il loro tumore non contiene mutazioni del gene per il recettore del fattore di crescita epidermoidale (EGFR) o del gene K-Ras (che sono invece trattabili con altri farmaci biologici mirati)

Un altro studio di ricercatori del *Massachusetts General Hospital* ha recentemente scoperto il

ruolo di una nuova alterazione genetica. I tumori che presentano riarrangiamenti del gene ROS1 sono solo l'1-2 per cento dei cancri non-piccole cellule del polmone (NSCLC). La cosa interessante è che i tumori con riarrangiamento del gene ROS1 possono essere trattati con Crizotinib, che è già noto come potente inibitore dei tumori con oncogene ALK. "ROS1 codifica per una proteina che è importante per la crescita e la sopravvivenza cellulare e la deregolamentazione del ROS1 -attraverso riarrangiamento cromosomico, guida la crescita dei tumori. Il gene ROS1 si aggiunge alla lista di geni noti in grado di guidare la crescita del NSCLC quando alterati – una lista che comprende il KRAS, l' EGFR, e l'ALK. Complessivamente, l'insieme delle alterazioni note conosciute è determinante in poco più della metà dei tumori NSCLC.

Uno studio precedente del MGH aveva trovato che un inibitore sperimentale ALK, il Crizotinib, sopprimeva la crescita di una linea cellulare ROS1-positiva, suggerendo che i tumori ROS1-positivi potessero essere sensibili al farmaco. Questa osservazione ha portato gli autori dello studio e il suo team a sviluppare un test diagnostico che potrebbe identificare i tumori ROS1-positivi. E a testare il farmaco in un malato di cancro ai polmoni il cui tumore non aveva risposto a farmaci inibenti il recettore EGFR ed era negativo all' ALK, pur presentando la riorganizzazione ROS1. L'identificazione di questi 2 geni può aiutare a distinguere meglio le sottoclassi di NSCLC che possono beneficiare di un trattamento mirato. Complessivamente questi pazienti non superano il 5% di tutti gli adenocarcinomi polmonari.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi si realizzeranno nell'arco di 3 anni. Essi riguarderanno la valutazione, per stratificazione prognostica dell'SO% nei primi due anni e del 100% nell'ultimo anno dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative della rete.

INDICATORI NUMERICI

- Numero di casi investigati attraverso l'esecuzione degli esami di diagnostica molecolare/numero di casi totali = almeno 80% nel primo anno, 90% nel secondo e terzo anno.

Valutazioni utili per determinare l'appropriatezza dei trattamenti:

- N. di casi trattati con inibitori della TKI /n. di casi con mutazioni

ATTIVITA' PREVISTE

Le attività del progetto si inseriscono in un più ampio quadro della continuità delle cure. Nello specifico possono essere riassunte in un'ottica di previsione progettuale riguardante i seguenti aspetti:

- **Costituzione della Rete Regionale** al fine di intercettare tutti i pazienti con diagnosi di adenocarcinoma polmonare (Anatomie patologiche, pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche)
- **Implementazione di un laboratorio di diagnostica molecolare** con acquisto dei relativi KIT diagnostici.
- **raccolta dei dati** mediante l'utilizzo di software dedicati con la finalità di realizzare studi osservazionali e per l'implementazione dei trattamenti specifici.

LINEA PROGETTUALE N.10

(N.4 Progetti: da10.1 a 10.4)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR n.1802/2012
LINEA PROGETTUALE	n. 10: Tutela della maternità- percorso nascita- parto analgesia
TITOLO DEL PROGETTO	10.1 Tutela della maternità, Caring nel percorso nascita, Promozione e sostegno delle funzioni genitoriali, Integrazione dei servizi.
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Sabino
REFERENTI AZIENDALI	Nominativo: Dott.ssa Liliana ROMANO Struttura di appartenenza: Consultori Familiari ASP Funzione: Responsabile U.O.S. Attività Consultoriali Potenza e Villa D'Agri Mail liliana.romano@aspbasilicata.it Tel. 0971/425267 anche fax

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 10	€ 328.106,00
Spese stimate biennio 2013/2014 Progetto 10.1	€ 140.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 10.1	€ 115.612,00
Progetto 10.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 115.612,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

"Caring" nel percorso nascita, la nascita vista nel suo complesso come evento medico, fisico, meccanico ma anche emozionale, sociale e culturale:

Potenziare i Consultori Familiari

Promuovere e tutelare la salute della mamma e del bambino

Soddisfare il bisogno di benessere psico-fisico della donna e del bambino, della coppia durante la gravidanza, il parto-nascita, il post-parto

Favorire le scelte responsabili e condivise circa i percorsi assistenziali (empowerment)

Favorire il parto fisiologico e prevenirne le complicanze

Favorire il rapporto donna-utente gravida e servizi territoriali e ospedalieri (integrazione dei servizi presenti sul territorio, continuità assistenziale Territorio-Ospedale)

Promuovere e sostenere l'allattamento al seno

Prevenire e diagnosticare la depressione post-parto

Facilitare l'accesso alla salute delle donne immigrate e delle donne in stato di disagio psico/sociale

Sensibilizzare le mamme- utenti circa i corretti stili di vita e la corretta alimentazione

Favorire il conseguimento della sessualità responsabile (prevenzione IVG)

Promuovere e sostenere la coniugalità sia nel pre-parto che nel post-parto,
Promuovere e sostenere le funzioni genitoriali

OBIETTIVI QUANTITATIVI

N. di Corsi di Accompagnamento alla nascita attivati

N. di parti spontanei

N. di donne allattanti al seno sul numero di donne che frequentano il consultorio

N. di donne che si fidelizzano ai servizi consultori ali

N. di donne che frequentano il consultorio e utilizzano contraccezione

N. di utenti che si rivolgono al consultorio per problematiche di relazioni di coppia e genitoriali

INDICATORI NUMERICI

Incremento dei parti spontanei

Numero di incontri sui corretti stili di vita

Numero di incontri su scelte contraccettive responsabili e consapevoli

Numero di incontri sulla genitorialità

ATTIVITA' PREVISTE

Attività di educazione/informazione sanitaria

Corsi di accompagnamento alla nascita

Assistenza alla gravidanza fisiologica e alla puerpera

Rapporti integrati con i centri nascita

Tutoring in caso di donne immigrate o in condizione di disagio psico-sociale

Offerta di visite domiciliari

Sostegno dell'allattamento al seno nell'Ambulatorio dell'Allattamento al Seno gestito dall'ostetrica con l'apporto della pediatra e della ginecologa

Incontri sulla contraccezione, spazi consultori ali dedicati

Incontri promozione e sostegno coniugalità, genitorialità

Interventi sociali e psicoterapeutici per problematiche relazioni di coppia e genitoriali

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 10 : TUTELA DELLA MATERNITA' PERCORSO NASCITA- PARTO ANALGESIA
TITOLO DEL PROGETTO	10.2 AZIONI DI TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO PERCORSI INTEGRATI
DURATA DEL PROGETTO	tre anni (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	<u>Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Sabino</u>
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Pinto
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 10	Euro 328.106,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 progetto 10.2	Euro 66.000,00
Spese progetto stimate anno 2013 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 18.168,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	SOSTEGNO ALL' ALLATTAMENTO
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Interventi integrati da parte di operatori ospedalieri e territoriali: 1 Inf. Prof. e/o 1 Puericultrice 2 ore al giorno x 7 giorni la settimana in ospedale; 1 Ostetrica e/o 1 infermiera prof. X 4 ore settimanali per 45 settimane
INDICATORI NUMERICI	100% delle donne che partoriscono presso i P.O. della ASM sono sensibilizzate e informate in riferimento ai vantaggi dell'allattamento al seno per i bambini e le puerpere
ATTIVITA' PREVISTE	Distribuzione ed illustrazione alle puerpere, durante il ricovero e alla dimissione, di un opuscolo informativo sui vantaggi materni e del neonato dell'allattamento al seno esclusivo e sulle modalità concrete per realizzarlo

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.10 -TUTELA DELLA MATERNITA'- PERCORSO NASCITA- PARTO ANALGESIA
TITOLO DEL PROGETTO	10.3 - ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DI CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Sabino
REFERENTI AZIENDALI	Dott. S. Anastasio
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 10	Euro 328.106,00
Spesa complessiva stimata (anni 2013/2015) Progetto 10.3	Euro 54.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 10.3 e importo assegnato a valere su Quota Vincolata FSN 2013	Euro 14.864,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Sostegno e informazione alle donne e ai loro partners sulle problematiche inerenti la gravidanza, il parto e la gestione del neonato
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Organizzazione e gestione corsi , almeno 8 corsi all'anno, 13 incontri per corso.
INDICATORI NUMERICI	Per ogni corso sono impegnati : 1 dirigente medico ginecologo x 12 ore; 1 dirigente medico pediatra x 8 ore; 1 dirigente medico nutrizionista x 4 ore; 1 ostetrica x 20 ore; 1 inf. Prof. Pediatrica x 24 ore.
ATTIVITA' PREVISTE	Organizzazione e gestione Corsi di Preparazione al parto e alla gestione del neonato

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Accordo Stato-Regione del 20 aprile 2012
LINEA PROGETTUALE	n. 10 (ex n. 8 Accordo 2012) Azioni di Tutela e Promozione della Salute della donna e del neonato
TITOLO DEL PROGETTO	10.4 - Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del Percorso Nascita
DURATA DEL PROGETTO	Annuale
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Sabino
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Schettini - Dott. Rocco L. Paradiso

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale n.10	Euro 328.106,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 10.4	Euro 179.462,00
Progetto 10.4: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 179.462,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Premessa: il presente progetto è in diretta continuità con quello relativo all'anno precedente che già prevedeva realizzazione e sviluppo in ambito poliennale.

Gli interventi per la tutela della salute della donna e del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che tali interventi hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

In Basilicata l'attenzione per la salute delle donne è alta e si concretizza in numerose azioni specifiche: la riqualificazione ed il potenziamento dei consultori, il lavoro intorno al percorso nascita, le iniziative per favorire l'allattamento al seno, le azioni per supportare il desiderio di un figlio, gli screening per i tumori, la tutela delle lavoratrici, l'accesso alla salute per le immigrate, la libera scelta per una maternità responsabile e la piena attuazione della Legge 194/78 (attenzioni particolari vanno rivolte a tutti quegli interventi in supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" ed alla prevenzione della interruzione volontaria della gravidanza).

Il presente progetto si inserisce in un contesto più ampio di programmazione regionale del percorso nascita, anche in relazione all'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e si pone una serie di obiettivi di seguito elencati e ne definisce gli strumenti operativi per la sua realizzazione

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Mantenimento di un adeguato numero di parti in relazione alla popolazione ed al bacino d'utenza;
- Contenimento e/o riduzione dei tagli cesarei, in particolare diminuzione dei parti cesarei primari

(al di sotto della soglia stabilita dal ministero);

-Aumento dei parti in analgesia

INDICATORI NUMERICI

-Mantenimento del numero complessivo dei parti in relazione al tasso di natalità regionale (tra 1350 e 1450);

-Contenimento e/o riduzione % dei parti cesarei sul totale dei parti;

-Incremento dei parti in analgesia, che dovranno superare il numero di 300

ATTIVITA' PREVISTE

Il progetto de quo definisce gli strumenti operativi da porre in essere di seguito indicati:

1. Network informativo e funzionale

Indispensabile, al fine di ottimizzare la realizzazione di gran parte degli interventi previsti, è poter contare su una rete consolidata di collegamenti informativi e funzionali tra le varie aziende sanitarie ed ospedaliere del territorio.

2. Implementare i percorsi formativi (già indicati nei progetti precedenti)

Realizzazione di corsi di aggiornamento per il personale medico e di supporto (ostetriche, infermieri) sulle tematiche relative a :

-educazione alla maternità responsabile ed alla sessualità consapevole,

-percorso maternità e sostegno alla genitorialità,

-interruzione volontaria della gravidanza,

3. Ambiti degli interventi e modalità attuative.

-Demedicalizzazione delle gravidanze a basso rischio mediante l'istituzione di un ambulatorio gestito prevalentemente dalle ostetriche.

In Italia, con il DM 740/94 e con successivi provvedimenti legislativi è stato inquadrato il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica; la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità. Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza "diagnosticata come normale" dal medico specialista. L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica si deve svolgere internamente al contesto di un lavoro di équipe, in un modello organizzativo che garantisca la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte nella nascita e in cui sono definiti i ruoli assunti da parte di ogni professionista dell'equipe stessa. A garanzia della pluridisciplinarietà dell'equipe dovranno essere definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni programmate ed in particolare alle consulenze del ginecologo, anche programmando nelle medesime giornate la presenza nello stesso ambulatorio dell'ostetrica e del ginecologo.

-Istituzione dell'ambulatorio per la gravidanza ad alto rischio ed attivazione del Day Service per la gravidanza ad alto rischio

Costituisce un modello di attività specialistica ambulatoriale utile nella gestione di situazioni cliniche che richiedono una presa in carico del paziente da parte dello specialista, per le quali il ricovero risulta inappropriato. Rappresenta un sistema facilitato e semplificato di accesso dell'utente alle strutture sanitarie ospedaliere per problemi che richiedono l'esecuzione di più prestazioni specialistiche. Raffigura il modello assistenziale alternativo al ricovero diurno e all'attività specialistica ambulatoriale. La PAC è un protocollo diagnostico - assistenziale specifico per patologia, mirato ed essenziale, comprende elenchi di prestazioni ambulatoriali distinti in base all'unità operativa/servizio eroganti, scelte obbligatoriamente dal nomenclatore tariffario vigente. Il medico proponente la PAC, in riferimento alla valutazione clinica del paziente, individua le prestazioni previste dal protocollo che l'utente deve effettuare. Nell'ambito di tali attività risulta fondamentale promuovere e consolidare l'adozione di linee guida in ambito regionale, introducendo criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia.

-Implementazione del Percorso Nascita e dei Corsi di Accompagnamento alla nascita

Considerato il lusinghiero successo sia in termini di partecipazione delle coppie che in termini di vantaggi registrati a seguito della migliore compartecipazione all'evento parto-accoglienza del neonato-allattamento-puerperio da parte dei neo-genitori, si propone l'espansione del numero dei corsi, che saranno offerti gratuitamente a tutte le donne che decideranno di partorire presso il centro nascita dell'Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo. Di Potenza.

Occorrerà programmare una adeguata preparazione del personale da impiegare in tali corsi (medici, ostetriche, neonatologi, infermieri) mediante incontri di aggiornamento professionale ed audit periodici.

-Implementazione delle procedure di Parto analgesia

Aumentando le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne al tema "il dolore nel parto" anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche. Andranno programmati seminari scientifici per il personale sanitario ospedaliero e territoriale ed incontri di discussioni aperte al pubblico ed all'utenza.

LINEA PROGETTUALE .11

(N.2 Progetti: da 11.1 a 11.2)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 11 Tutela fertilità e funzione ormonale giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali
TITOLO DEL PROGETTO	11.1 Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di bio banche del tessuto ovarico e cellule germinali
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale, Ing. Donato Pafundi, Dott. Giovanni Canitano
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Alfonso Chiacchio

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 11	Euro 437.475,00
Spese stimate biennio 2013/2014 Progetto 11.1	Euro 290.000,00
Spese stimate Progetto 11.1	Euro 288.336,00
Progetto 11.1: importo assegnato a valere su quota Vincolata FSN 2013	Euro 288.336,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

"I problemi di fertilità dovrebbero essere spiegati a tutti i pazienti in età riproduttiva, prima che ricevano trattamenti per il cancro". Lo scrivono, in un document01 del maggio 2012, i membri della International Society for Fertility Preservation. Ma è davvero questo che succede in Italia, nella realtà quotidiana dei malati? Una indagine condotta nei principali centri oncologici italiani consente ora di rispondere a questa domanda. Prendendo in esame il caso delle neoplasie ematologiche – i tumori del sangue come leucemie e linfomi - le cui terapie possono mettere a rischio la capacità futura di procreare, ci si accorge di come i pazienti, sia uomini che donne, non abbiano a disposizione tutti gli strumenti utili a compiere una scelta consapevole di preservazione della fertilità, attraverso le tecniche oggi più diffuse anche nel nostro paese. Le principali associazioni di pazienti oncologici, anche quelle specifiche nel settore dei tumori del sangue, non hanno a disposizione materiale informativo sufficiente che possa indirizzare i malati verso trattamenti di preservazione della fertilità. E laddove questo è presente, è spesso male organizzato e difficilmente reperibile. I siti internet dei centri di cura (ospedali in generale e reparti di ematologia in particolare) non presentano in modo chiaro questa possibilità. E anche dalla visita diretta delle sale di attesa destinate ai pazienti e ai loro familiari emerge una sostanziale assenza di informazioni su questo argomento. Il tema non è insomma affrontato in modo "pubblico": non ci sono libretti, opuscoli o poster che indichino ai malati interessati la strada da seguire per conservare la possibilità di procreare dopo una terapia oncologica.

A risultare particolarmente carente è poi lo scambio di informazioni tra i reparti che affrontano i due aspetti del problema, ovvero la battaglia contro la malattia e la qualità della vita (dunque anche la riproduzione) dopo la guarigione. Persino in quegli ospedali dove la preservazione della fertilità è uno dei fiori all'occhiello della ricerca e della clinica, non sembra esserci raccordo- in termini di informazioni

disponibili - con i reparti di oncologia, dai quali proviene parte dei pazienti che potrebbero beneficiare delle tecniche di crioconservazione dei gameti. Eppure è ormai chiaro che la possibilità di conservare la fertilità, nonostante le terapie antitumorali e la patologia stessa, è un elemento di speranza per i pazienti e per i loro familiari, e rappresenta dunque un investimento per il futuro e uno dei pilastri per una migliore riuscita della terapia oncologica.

Gli effetti sulla fertilità

Dopo un trattamento chemioterapico per linfomi e leucemia, possono verificarsi dei problemi nella funzione delle gonadi, cioè ovaie e testicoli. Questi sono in genere più evidenti negli uomini che nelle donne: il 90% dei maschi dopo la pubertà ha infertilità. Infertilità maschile

L'infertilità maschile sembra dipendere dal tipo di farmaci utilizzati e dal loro dosaggio. Nei pazienti con linfoma Hodgkin e non Hodgkin la qualità del seme è spesso peggiore già prima del trattamento chemioterapico in confronto ai coetanei sani, probabilmente a causa della malattia stessa, che provoca l'aumento delle interleuchine pro-infiammatorie in circolo.

Chemioterapia A provocare i principali problemi alla funzione delle gonadi sono gli agenti alchilanti, i composti spesso impiegati nel trattamento di linfomi e leucemie: la maggior parte dei ragazzi che effettuano una terapia a base di questi farmaci presenteranno azoospermia (cioè l'assenza di spermatozoi nel seme) duratura o permanente. Se invece la terapia non contiene agenti alchilanti, l'azoospermia sarà temporanea. Anche farmaci come bleomicina, etoposide, doxorubicina, ciclofosfamide, vincristina, procarbazona e prednisone possono provocare azoospermia nel 98% dei casi in pazienti in stadio avanzato di Linfoma di Hodgkin.

Radioterapia

A ridurre il numero di spermatozoi nel liquido seminale è anche la radioterapia: i primi effetti si notano già alla dose di 15 cGy, mentre a dosi più alte (tra i 200 e i 300 cGy) si osserva un'azoospermia per lo più irreversibile. Il recupero della capacità di produrre spermatozoi può avvenire, in alcuni casi, due anni dopo la fine della terapia. Nel 18% dei casi il recupero della funzione dei testicoli avviene un anno dopo la fine dei trattamenti, nel 35% dopo 3 anni.

Infertilità femminile

Nella donna la tossicità dei trattamenti antitumorali provoca il cosiddetto fallimento ovarico precoce (POF) e di conseguenza infertilità, ma anche squilibri ormonali che possono provocare amenorrea (assenza di mestruazioni) temporanea o permanente, e menopausa precoce.

Chemioterapia

Anche nelle donne, i principali responsabili dei danni alle ovaie sono gli agenti alchilanti, che possono ridurre la fertilità dopo il trattamento. Il rischio di fallimento ovarico precoce provocato dalla terapia, però, è legato all'età della paziente, e aumenta all'aumentare dell'età della donna. Il 51% delle donne di età compresa tra i 15 e i 40 anni sottoposte a un particolare protocollo (BEACOPP) nel trattamento del linfoma Hodgkin hanno manifestato amenorrea permanente nel giro di 2-3 anni, mentre per altri protocolli questo rischio è meno documentato.

Radioterapia

Anche la radioterapia può provocare una riduzione del patrimonio follicolare. Anche in questo caso, gli effetti sono tanto peggiori quanto più è avanzata l'età della paziente. Altri fattori da considerare sono le dosi di radiazioni utilizzate (una dose al di sotto dei 400 cGy in genere non dà una disfunzione ovarica permanente), e l'irradiazione diretta delle ovaie, che aumenta il rischio di compromettere la riserva di ovociti.

Bambini e bambine

I bambini maschi che ricevono una terapia con agenti alchilanti o sono sottoposti a radioterapia hanno un rischio maggiore di vedere compromessa la loro fertilità rispetto alle bambine che ricevono trattamenti analoghi. Tuttavia le bambine che ricevono un trattamento dopo i 12 anni hanno un rischio maggiore di irregolarità mestruali e fallimento ovarico precoce rispetto alle bambine più piccole, con meno di 12 anni.

Come preservare la fertilità

La possibilità di avere un figlio è spesso data per scontata. Tuttavia questo non sempre vale per i

pazienti in età fertile sottoposti a terapia oncologica, sia uomini che donne, il cui apparato riproduttivo viene messo a dura prova dal cocktail di farmaci o dalle radiazioni ionizzanti destinate a uccidere le cellule maligne, che spesso hanno effetti pesanti anche sulle cellule sane. Il problema si presenta in modo ancora più pressante per gli adolescenti colpiti da malattie oncologiche, di cui non deve essere sottovalutato il diritto e il desiderio di vivere, una volta guariti, una vita piena, che comprenda la possibilità di diventare genitori.

Esistono tuttavia alcune alternative, come la possibilità di congelare il tessuto ovarico, gli ovociti o il seme prima del trattamento, per poi utilizzarli in seguito all'interno di un percorso di fecondazione assistita.

Le tecniche di congelamento dei gameti e dei tessuti consentono oggi di dare a tutte queste persone la possibilità di preservare la loro fertilità. Per una persona affetta da una grave patologia l'idea di non precludersi la possibilità di avere un figlio può essere di grande conforto psicologico. Tuttavia questa possibilità deve essere colta per tempo e deve essere vagliata attentamente dai medici curanti insieme con degli specialisti.

La crioconservazione degli spermatozoi o del tessuto testicolare La conservazione del liquido seminale è una tecnica ormai piuttosto consolidata, per la quale in Italia esistono 4 numerosi centri. Essa consiste nella raccolta di un campione di sperma su cui viene eseguita una valutazione di alcuni parametri per giudicarne la qualità- e quindi la probabilità che possa dare luogo a una fecondazione. Il seme viene poi congelato tramite l'immersione in azoto liquido, a una temperatura di -196 °C. Lo scopo è quello di prolungare la vita degli spermatozoi sospendendone in modo reversibile le attività biologiche e preservandone inalterata la fertilità. Una volta scongelati, gli spermatozoi hanno la capacità di riprendere la loro funzionalità e i loro movimenti.

4 Qui un elenco: <http://profert.org>

La crioconservazione degli spermatozoi o del tessuto testicolare prima di un trattamento terapeutico o di un intervento chirurgico assicura la possibilità, dopo la malattia e in caso di danni permanenti alla produzione di spermatozoi, di una futura paternità.

Attualmente si può procedere alla crioconservazione di qualsiasi liquido seminale in cui siano presenti spermatozoi "mobili". Nelle situazioni in cui non si possono ottenere spermatozoi nello sperma, è indicata la crioconservazione del tessuto testicolare o di spermatozoi estratti direttamente dal tessuto testicolare. Questa deve comunque avvenire prima di cominciare qualunque terapia che possa interferire con la produzione di spermatozoi e l'integrità del patrimonio genetico.

La crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico

La crioconservazione degli ovociti è una tecnica che ha già dato buoni risultati clinici. La paziente viene indotta tramite farmaci a una ovulazione multipla, dopo la quale è previsto il prelievo vero e proprio degli ovociti. Segue una verifica della loro qualità, così da stabilire quali debbano essere effettivamente congelati. Secondo il Rapporto Italia 2012s dell'Eurispes, soltanto nel 2009 in Italia ci sono state 3.102 gravidanze ottenute in questo modo. s

La crioconservazione del tessuto ovarico consiste nel prelievo in laparoscopia (ovvero con un intervento chirurgico poco invasivo), di frammenti di corticale ovarica e consente la raccolta di un gran numero di follicoli primordiali e primari. In seguito, il tessuto prelevato e crioconservato può essere scongelato e reimpiantato nella donna. Nel caso di neoplasie ematiche, tuttavia, poiché esiste la possibilità che il tessuto prelevato possa contenere metastasi, esso deve essere analizzato da un patologo per una valutazione istologica prima del trapianto. Questo può avvenire direttamente nella pelvi (ortotopico) o essere eterotopico (cioè nell'avambraccio o a livello della parete addominale). Dopo circa 3/4 mesi dal trapianto, sia ortotopico sia eterotopico, viene ripristinata la ciclicità ormonale.

ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO

Descrizione ed analisi

del problema

Identificare, qualificare e quantificare il problema: Le patologie neoplastiche sono in aumento e colpiscono fasce sempre più giovani di popolazione. La probabilità di divenire un paziente lungo-sopravvissuto (survivor) ad un tumore è attualmente molto elevata e per alcune di queste patologie supera il 90 % dei casi come ad esempio i Linfomi ed i tumori del testicolo. Secondo il primo report dell'American Cancer Society (ACS), in collaborazione con il National Cancer Institute (NCI) recentemente reso pubblico (Giugno 1 2012 www.medscape.com) si stima che, negli Stati Uniti, i sopravvissuti al cancro che ad oggi sono 13.7 milioni, diventeranno 18 milioni entro il 2022. La lunga sopravvivenza può però caratterizzarsi per una serie di patologie e disabilità destinate a determinare una "perdita di salute", fra le quali, una compromissione della capacità riproduttiva. Le dimensioni di tale fenomeno sono tutt'altro che modeste se si considera che 1 adulto su 250 arriverà a cercare di avere una gravidanza dopo aver vissuto l'esperienza del cancro. La possibile comparsa d'infertilità secondaria a trattamenti antiproliferativi e il disagio psico-sociale ad essa legato sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età alla prima gravidanza nei paesi occidentali ¹. Negli ultimi 20 anni sono state messe a punto molteplici strategie, alcune ancora sperimentali, altre con consolidate evidenze cliniche a supporto, per "Preservare" la fertilità nei pazienti oncologici ²⁻⁹. L'Italia, anche in relazione alle limitazioni imposte dalla legge 40/2004 ¹⁰, è uno dei paesi con maggiore esperienza in una di queste tecniche, la crioconservazione di ovociti in quanto molti Centri di PMA su tutto il territorio nazionale la applicano comunemente nel trattamento delle pazienti infertili ¹¹⁻¹³. A fronte dello straordinario progresso di conoscenze e di conferma di ipotesi di ricerca, si assiste però, sovente, in Italia come all'estero, alla difficoltà di organizzare in maniera adeguata, sicura ed efficiente le strutture che debbono essere deputate alla erogazione di tali prestazioni, con la triste conseguenza del non raggiungimento dello scopo di "guadagnare salute riproduttiva" per questi pazienti. Studi anche recenti indicano che il tema della fertilità non sempre viene trattato in maniera adeguata e che i/le pazienti vengono così privati/e della possibilità di accedere a metodiche/procedure efficaci ¹⁴. In Italia, si stima che nel 2011 siano stati diagnosticati 360.000 nuovi casi di tumore maligno, di cui circa 200.000 (56%) nel sesso maschile e circa 160.000 (44%) nel sesso femminile. Approssimativamente, il 3% del totale viene diagnosticato in pazienti con età inferiore a 40 anni ¹⁵. Per il momento, non sono ancora disponibili stime AIRTUM sull'incidenza di nuovi casi di tumore suddivise per regione e fascia di età.

N° tumori attesi Anno 2010	uomo	donna
	20-39 anni	20-39 anni
Basilicata	32	59
Italia	2268	5054

Nella tabella è riportata la stima di tumori attesi nella fascia di età 20-39 anni nella Regione Basilicata coinvolta nello studio per l'anno 2010 ricavabile sul sito www.tumori.net

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

Il counselling riproduttivo ai giovani pazienti oncologici andrebbe proposto subito dopo la diagnosi e la successiva stadiazione della malattia oncologica, così da avere il tempo necessario per condividere le migliori strategie di preservazione della fertilità, che variano a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva. Per realizzare questo obiettivo è necessario creare delle reti fra centri di diagnosi e cura oncologici e centri di terapia della infertilità e preservazione della fertilità. In Europa esiste già un network di 70 Centri in paesi di lingua madre tedesca (Australia, Germania e Svizzera), il FertiPROTECK (<http://www.fertiprotect.eu>) costituito allo scopo di uniformare la gestione e raccogliere i dati. Secondo quanto riportato in una recente pubblicazione dal 2007 al 2009 questi 70 Centri hanno effettuato il counselling riproduttivo su 1280 donne. Il nostro progetto si propone di sperimentare in Italia un modello di organizzazione per la "Preservazione della fertilità" in pazienti oncologici strutturato sulla forma definita "Hub and Spoke", allocando le attività in diverse tipologie di strutture del Sistema Sanitario Italiano (Aziende Ospedaliere, IRCCS

pubblici e Privati, Istituti Oncologici, Università) dove in questi anni siano già state compiute sperimentazioni di pratiche e procedure per la conservazione della fertilità. Le strutture coinvolte nel progetto sono allocate in aree diverse del territorio nazionale, per collocazione geografica, afferenza e dimensioni, ma possono rappresentare uno straordinario modello per la diffusione a tutto il territorio nazionale delle attività di Conservazione della Fertilità. In particolare si ritiene che le strutture del progetto (HUBS) debbano stabilire rapporti funzionali con altra tipologia di strutture (SPOKES) che ad esempio potrebbero essere Aziende sanitarie territoriali o Unità operative oncologiche o chirurgiche impossibilitate a realizzare progetti autonomi. Sarà inoltre compito dell'attività progettuale stabilire un sistema, sotto forma di rete tra le HUBS per la condivisione di protocolli, linee guida, dati, la creazione di un unico database da collegare ai Registri tumori locali e nazionali per migliorare la rilevazione dei dati dello stato di salute dei pazienti lungo-sopravvivenenti

Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte

Le Unità operative che propongono questo progetto rappresentano già punti di riferimento per le problematiche di preservazione della fertilità. Fra i referenti sono inclusi oncologi che si occupano da anni di questa problematica e Centri di Riproduzione Assistita pubblici che hanno una banca del seme e/o programmi di crioconservazione degli ovociti e/o del tessuto ovarico. L'esperienza riconosciuta dei partecipanti al progetto dovrebbe garantire la possibilità di ampliare nell'ambito di ciascuna delle regioni di appartenenza la cultura e la pratica della prevenzione dell'infertilità nei pazienti oncologici. La principale criticità del progetto risiede nel carattere di urgenza delle prestazioni che si vogliono fornire. I trattamenti di preservazione della fertilità devono infatti essere messi in atto tempestivamente per non ritardare l'inizio delle terapie antitumorali e pertanto il counselling riproduttivo è una prestazione da fornire in condizione di urgenza e richiede una immediata disponibilità e canali di comunicazione efficaci. Il raggiungimento dell'obiettivo del progetto con l'ampliamento del numero di pazienti cui fornire queste prestazioni potrebbe avere un limite nella disponibilità del personale addetto al counselling. Il progetto prevede l'individuazione di un ginecologo per ogni punto nascita esistente nella ASP da formare attraverso un apposito stage (o comando) in struttura pubblica e/o privata presso tale struttura da individuare in pieno accordo il dirigente medico dovrà formarsi nel prelievo ovocitario e nella tecnica laparoscopica; pertanto il personale da impiegare è di tre unità di Dirigente medico (uno per Lagonegro, uno per Villa d'Agri e uno per Melfi).

OBIETTIVI QUANTITATIVI

OBIETTIVO GENERALE: Migliorare l'accessibilità alle tecniche di preservazione della fertilità e organizzare la rilevazione dei dati sui risultati di queste tecniche e sullo stato di salute dei pazienti lungo-sopravvivenenti ad esse sottoposte.

OBIETTIVO SPECIFICO 1: Effettuare un censimento delle Unità operative oncologiche per ognuna delle realtà sanitarie coinvolte e creare una rete fra le unità operative oncologiche e uno o più Servizi di Riproduzione Assistita

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Offrire un counselling riproduttivo adeguato a tutti i/e pazienti oncologici in età riproduttiva afferenti alle realtà sanitarie coinvolte con protocolli gestionali condivisi fra le varie strutture e una delle seguenti tecniche di preservazione della fertilità: crioconservazione del seme agli uomini, trasposizione ovarica e/o crioconservazione di tessuto ovarico e/o crioconservazione di ovociti alle donne.

OBIETTIVO SPECIFICO 3: Creazione di database in rete per patologia accessibili ai medici coinvolti nel trattamento di ogni paziente per una accurata raccolta dei dati oncologici riproduttivi e di followup sia oncologico che riproduttivo che permetta di elaborare un report dei dati sulla preservazione

INDICATORI NUMERICI

Considerando la tabella sopra presentata il numero di pazienti in Basilicata che potrebbe accedere alle attività progettuali è stimabile in 150-200 unità/anno.

ATTIVITA' PREVISTE

1. Formazione degli operatori individuati nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia preposti al counselling con le/i pazienti che intendono tutelare la loro fertilità prima di accedere a terapie di radio o chemioterapia
2. Formazione degli operatori individuati nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia e nelle' UU.OO. di Urologia deputati al prelievo ovocitario/ spermatico o di tessuto ovarico/ testicolare mediante stage chirurgici in centri di riferimento accreditati e individuati dal referente aziendale.
3. Individuazione di BioBanca di riferimento considerato che il numero di pazienti previsti per la Basilicata non consente di sopporre la creazione di una BioBanca in Basilicata a meno che il centro PMA (procreazione medico-assistita) presente presso il P.O. San Carlo di Potenza possa - adeguatamente potenziato- sopperire alla richiesta del presente progetto o in alternativa la creazione ex novo di una Biobanca per la conservazione del tessuto ovarico e/o cellule germinali

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	11 TUTELA DELLA FERTILITA' E DELLA FUNZIONE ORMONALE NELLE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE L'ISTITUZIONE DI BIO BANCHE DEL TESSUTO OVARICO E CELLULE GERMINALE
	11.2 FORMAZIONE SPECIFICA X MEDICI GINECOLOGI, SENOLOGI - ONCOLOGI MEDICI- CHIRURGHI - UROLOGI- REUMATOLOGI- CLINICI MEDICI ed INFERMIERI DELLE BRANCHE E COSTRUZIONE DI UNA RETE MULTIDISCIPLINARE DI SPECIALISTI PER LA DIFFUSIONE DELLA CONOSCENZA DI QUESTI TEMI , LA DEFINIZIONE ED ATTUAZIONE DI PERCORSI APPROPRIATI DI PRESERVAZIONE DELLA FERTILITA' FEMMINILE E MASCHILE-
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	
REFERENTI AZIENDALI	DOTI.PS. ANASTASIO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 11	euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata(2013/2015) Progetto 11.2	euro 450.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 11.2	euro 149.139,00
Progetto 11.2 importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	euro 149.139,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	<p>1)Attivazione di una rete aziendale multidisciplinare (ginecologi, oncologi chirurghi , senologi , urologi, reumatologi , clinici medici e infermieri di branca) per la diffusione dei temi inerenti la preservazione della fertilità per le donne giovani e nei giovani maschi affetti da malattie oncologiche, autoimmuni e croniche invalidanti.</p> <p>2)Definizione di un percorso aziendale per l'individuazione , la presa in carico ed il trattamento di queste condizioni patologiche</p> <p>3) Organizzazione delle attività e della rete di riferimento con il Centro regionale per la raccolta e crioconservazione di cellule germinali</p>

AZIENDA SANITARIA MATERA

	<p>maschili e femminili e di tessuto ovarico attivato presso l'Ospedale S. Carlo Potenza.</p>
<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Organizzazione di almeno un corso di formazione a cui partecipino almeno sei ginecologi (due per ogni ospedale per acuti e due operanti sul territorio), un oncologo, un senologo, due chirurghi per ogni ospedale per acuti, un urologo, un reumatologo ed 1 clinico medico per ogni ospedale per acuti e 4 infermieri 2) Incontri (3 / anno verbalizzati) tra specialisti aziendali per la trattazione dei temi inerenti le patologie suddette, lo studio dei casi e l'organizzazione del lavoro da svolgere in maniera multidisciplinare 3) Definizione di un protocollo operativo con il Centro di riferimento regionale del S. Carlo di Potenza per l'invio del materiale biologico
<p>INDICATORI NUMERICI</p>	<p>Preso in carico e attivazione del percorso interdisciplinare definito fra gli specialisti del settore per il 100% delle donne giovani e dei giovani maschi seguiti nelle varie strutture aziendali per le patologie suddette ed instaurazione del trattamento in quelli che risultino eleggibili ai diversi trattamenti conservativi.</p>
<p>ATTIVITA' PREVISTE</p>	<p>Organizzazione di due eventi di formazione per gli specialisti interessati</p> <p>Organizzazione di incontri fra gli specialisti interessati finalizzato alla creazione di specifici " board di patologia "</p> <p>Stesura del percorso aziendale con indicazione delle modalità di studio collegiale dei casi clinici -</p> <p>Organizzazione delle attività con il centro regionale di riferimento (s. Carlo potenza) per la raccolta e crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico</p>

LINEA PROGETTUALE N.12

(N.3 Progetti: da12.1 a 12.3)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N° 12 "Implementazione di percorsi diagnostici assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera urogenitale"
TITOLO DEL PROGETTO	12.1 Endometriosi Infiltrante\Vulvodinia\Cistite Interstiziale:Malattie croniche della donna."dal dramma alla tranquillità personale,familiare e sociale" (sensibilizzazione-evidenziazione-consapevolezza\prevenzione-terapia-riabilitazione)
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dirigente Generale, Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano
REFERENTI AZIENDALI	Dr. Alberico A. VONA Direttore f.f. U.O. Ostetricia-Ginecologia P.O. di Melfi Tel.3939119195-0972773255 e-mail alberico.vona@aspbasilicata.it

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 12	Euro 164.053,00
Spesa complessiva stimata (biennio 2013/2014) Progetto 12.1	Euro 90.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 12.1	Euro 59.535,00
Progetto 12.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 59.535,00

PREMESSE- INQUADRAMENTO DELLE PATOLOGIE- CONTESTI

Le malattie croniche invalidanti sopra indicate hanno delle importanti sotto-categorie che non devono essere dimenticate e che nel contesto di questo progetto verranno anche evidenziate, implicitamente menzionate e trattate.

- Dismenorrea Grave Adolescenziale Su Base Adenomiosica(Endometriosi Uterina)
- Endometriomi Post-Chirurgici (Sviluppatisi In Diverse Sedi Genitali, Addomino-Pelviche ,Superficiali E Profonde)
- Distrofia ed Atrofia Vulvo-Vaginale Severa Peri-Menopausale e Senile (Dispareunia/Lesioni da Grattamento)
- Incontinenza Urinaria da Urgenza Su Base Infiammatoria Ed Infettiva (Cistite).
- Endometriosi Infiltrante

DEFINIZIONE

Trattasi di una patologia benigna, ad eziopatogenesi incerta (migrazione di cellule endometriali?) viene classificata in quattro stadi ingravescenti , fino al quarto , che infiltra tessuti ed aree più o meno vaste della pelvi e degli organi uro-genitali.

DATI E STATISTICHE

Si stima che in Europa circa 14 milioni di donne siano affette da endometriosi e che in Italia il 20/25% di donne in età fertile, iniziando dall'epoca adolescenziale, soffrano per le conseguenze dell'endometriosi. E' causa frequentissima di infertilità femminile (35 % ca) Provoca sintomatologia dolorifica acuta e cronica che si alternano in concomitanza o meno della fase perimenziale. La sede è soprattutto quella pelvica e nei suoi distretti di insediamento. Sono menzionate sedi addominali molto più distanti. In Europa il costo delle giornate di lavoro perse a causa dell'endometriosi, è stimato intorno ai 30 miliardi di euro. Purtroppo le percentuali sono in aumento ed al momento per il 2013 non sono disponibili ulteriori statistiche relative ai casi di endometriosi in Europa. Nei primi mesi del 2005, la EEA (European Endometriosis Alliance), ha sollecitato i membri del Parlamento Europeo dei propri paesi d'appartenenza, ad apporre la firma sulla dichiarazione di consapevolezza dell'endometriosi, sulle sue conseguenze e sull'importanza della ricerca.

266 parlamentari hanno firmato la dichiarazione la quale è stata presentata il 13 giugno 2005 al Parlamento Europeo dai rappresentanti delle varie associazioni di pazienti affette da endometriosi, presenti in Europa. L'alto numero dei firmatari ha fatto sì che la dichiarazione risultasse un vero successo; di seguito alcuni stralci: • Aumentare le risorse per la ricerca sulle cause e la cura dell'endometriosi • Includere la prevenzione dell'endometriosi nei programmi della salute pubblica. Un altro passo importante per le donne affette da endometriosi, è stato raggiunto il 18 gennaio 2006, giorno in cui è stato approvato il documento conclusivo sull'indagine conoscitiva sul fenomeno dell'endometriosi come "malattia sociale". Il Gruppo GISE in Italia ha rappresentato negli ultimi dieci anni il gruppo collaborativo più attivo nello studio della endometriosi.

METODI CLASSIFICATIVI UTILIZZABILI nelle sedi di studio e trattamento delle patologie

Il metodo PROPONIBILE è quello che è stato messo a punto da ricercatori della RAND (California, USA) nella seconda metà degli anni Settanta. Esso è stato sviluppato per permettere una valutazione dettagliata della appropriatezza dell'uso di procedure medico-chirurgiche. Operativamente, il metodo si basa sulla applicazione della classica tecnica Delphi (parzialmente modificata) per ottenere un consenso tra gruppi (panel) di esperti che vengono chiamati a definire le aree di uso appropriato di una procedura, facendo riferimento ad una serie di specifiche categorie di pazienti descritti in altrettanti "scenari clinici".

La prima fase prevede una revisione della letteratura scientifica del settore che verrebbe visionata e condivisa collegialmente.

La seconda fase prevede la costruzione degli "scenari clinici". L'uso di una serie di scenari clinici è la caratteristica principale del metodo RAND. Si tratta di una serie di descrizioni dettagliate di specifiche tipologie di pazienti, per ciascuna delle quali viene esplicitamente richiesto un giudizio sulla appropriatezza o meno dell'uso di un determinato trattamento.

Gli scenari, che mirano a rappresentare il più possibile fedelmente un paziente "reale", derivano dalla combinazione di quei fattori che sono ritenuti importanti per decidere se utilizzare un determinato trattamento.

Si costituiscono **tre tabelle appropriate** che elencano tre gruppi di pazienti: Pazienti con endometriosi ed infertilità (1° gruppo) o dolore (2° gruppo) come sintomo principale, o con malattia asintomatica (3° gruppo).

L'insieme degli scenari ottenuti viene inviato ai membri del panel che esprimono il proprio giudizio di appropriatezza su ognuno di essi per i vari trattamenti considerati: terapia chirurgica conservativa e demolitiva, terapia medica specifica (ossia trattamento per es con GnRHa, o danazolo o gestrinone) e sintomatica (trattamento con progestinici o contraccettivi orali o FANS).

LA VULVODINIA

DEFINIZIONE

Vulvodinia è un termine utilizzato per descrivere una sensazione dolorosa cronica che interessa la regione vulvare. Il fastidio può essere descritto come bruciore, dolore irritazione, sensazione di "gonfiore o arrossamento". Il dolore può essere costante o intermittente, localizzato o diffuso. La gravità del problema varia da un lieve fastidio a un dolore molto intenso e debilitante.

Ci sono diversi problemi ginecologici che possono causare un dolore vulvare e devono essere trattati ed esclusi prima di porre diagnosi di vulvodinia. Queste condizioni possono comprendere infezioni, malattie cutanee benigne come dermatiti, lichen sclerosus, esiti di traumi e raramente lesioni pre-cancerose o tumorali. Tutte queste alterazioni sono diagnosticabili in sede di visita ginecologica, vulvosopia o tramite opportuni esami (tampone vaginale, biopsia vulvare). Se la vulvosopia ed eventuali esami non evidenziano alcun elemento alteratore il disturbo dura da almeno 3 mesi, si può porre diagnosi di **Vulvodinia**. Punti chiave:

- Bruciore-Dolore-Difficoltà nei rapporti sessuali (Dispareunia)
- Assenza di lesioni clinicamente evidenziabili: fondamentale la diagnosi differenziale
- Durata dei disturbi di almeno 3 mesi

Classificazione della Vulvodinia: la Vulvodinia viene classificata in relazione a **due** elementi fondamentali. Questi saranno utilizzati per la stesura di Questionari e Schede per l'inquadramento delle pazienti

Sede dei disturbi

- *Forma localizzata: Vestibolo vagina/e (vestibolodinia) ca 80% casi (immagine regione_ vulvare); Clitoride (clitoridodinia); Altre sede*
- *Forma generalizzata: disturbi che interessano gran parte della regione vulvare (perineo e regione anale compresi)*
- **Caratteristiche dei disturbi**
- *Provocata: i sintomi sono prevalentemente legati alla stimo/azione (contatto, sfregamento, penetrazione vagina/e)*
- *Spontanea: i sintomi sono quasi sempre presenti, indipendentemente dalla stimolazione*

Talora componenti diverse di vulvodinia possono sovrapporsi, anche se nella pratica clinica si evidenziano due forme: la vulvodinia generalizzata spontanea e la vestibolodinia prevalentemente provocata; quest'ultima è di gran lunga la variante più frequente.

EZIOPATOGENESI

L'esatta causa della Vulvodinia non è nota, però conosciamo alcune cose importanti:

- nelle donne affette dalla malattia il nervo che interessa il vestibolo vaginale e la vulva presenta delle fibre aumentate di volume e di numero
- Spesso è presente una storia clinica d'infezioni ripetute vaginali e/o vescicali che precedono la comparsa dei disturbi
- In donne con vulvodinia si sono dimostrate alterazioni genetiche nella risposta infiammatoria
- Sovente si evidenzia un'alterata attività muscolare vulvo-perineale (ipercontrattilità)
- Aspetti psicosessuologici: molti lavori scientifici hanno evidenziato come le donne con vulvodinia hanno sovente alterazioni del desiderio sessuale, della risposta all'eccitazione e nel raggiungimento dell'orgasmo, come pure vere e proprie sindromi depressive. Tutto ciò appare spesso una reazione ai disturbi vulvari e comunque accentua l'intensità delle alterazioni locali, in particolare inerenti la componente muscolare ([hyperlink ad articoli](#)).
- In alcune donne con vulvodinia è stato riscontrato la presenza di eventi traumatici (parti, visite ginecologiche traumatiche, primi approcci sessuali traumatici, spesso precoci, visite ginecologiche o interventi di laser traumatici, abusi e molestie sessuali), difficoltà psicosessuali anche precedenti all'esordio della malattia e conflitti relazionali. Questi

fattori possono predisporre la donna allo sviluppo della vulvodinia, poichè possono creare un'alterazione psico-biologica.

Si è ipotizzato, pertanto, che la malattia sia legata ad un'alterazione localizzata del nervo pudendo (neuropatia) scatenata da un'alterata risposta a stimoli infiammatori ripetuti con fattore aggravante o in parte scatenante una ipercontrattilità della muscolatura vulvo-perineale.

DATI E STATISTICHE

La letteratura a riguardo non è concorde . La patologia se considerata in associazione con alterazioni atrofiche e distrofiche , affligge nel complesso ca. il 20 % della popolazione femminile, e con delle punte percentuali nel senium ed epoche post traumatiche (parti ecc ecc.).

METODI CLASSIFICATIVI UTILIZZABILI nelle sedi di studio e trattamento della patologia

Ordinamento in tre gruppi per età--durata della patologia---sede del dolore---

Ordinamento ulteriore **in dieci sottogruppi** in base ad una accuratissima anamnesi e probabile classificazione eziopatogenetica (vedi sopra).

CISTITE INTERSTIZIALE (C.I.)

DEFINIZIONE

La Cistite Interstiziale (o come definita dalla Società Internazionale delle Continenza: *Sindrome della vescica dolorosa*), evoca purtroppo scenari DI DOLORE CRONICO ED INTENSO, rafforzati dalle infinite testimonianze di pazienti che ne sono afflitte. Per fortuna UNA PARTE delle pazienti che temono di essere ammalate eli C.I. non lo sono assolutamente ma di solito sono affette da cistite cronica o dalla *Sindrome Dolorosa Cronica del Pavimento Pelvico*.

La definizione di *cistite Interstiziale- C.L o PBS (Pain bladder syndrome=Sindrome della vescica dolorosa)* è la seguente: *Presenza di dolore pelvico riferibile alla vescica, che si esacerba con il riempimento della stessa, accompagnato da urgenza e aumento della frequenza minzionale diurna e notturna, che duri da più di sei mesi e non sia associato ad infezioni urinarie (Neurourol Urodyn. 2009;28(4):274-86).*

Essa evoca purtroppo scenari DI DOLORE CRONICO ED INTENSO, rafforzati dalle infinite testimonianze eli pazienti che ne sono afflitte. Per fortuna UNA PARTE delle pazienti che temono di essere ammalate di C.I. sono affette da cistite cronica o dalla *Sindrome Dolorosa Cronica del Pavimento Pelvico*.

EZIOPATOGENESI

Ci sono molteplici differenti ipotesi sulle cause della C.I.

- 1)Infezioni: nonostante l'uso di ricerche sofisticatissime di batteri (compreso l'*Helicobacter Pilori*) o di virus, non si sono mai trovati microrganismi patogeni.
- 2)Infiammazione: è ritenuta una parte essenziale della malattia, associate a pancistite e infiltrati perineurali di linfociti e plasmacellule. Ma è da considerare probabilmente un effetto e non una causa.
- 3)Attivazione di Mast Cells: ricordiamo che le mast cells sono immunocellule contenenti fattori fortemente proinfiammatori
- 4)Disfunzione endoteliale con difetto dei GAGs: tutte le pazienti con C.L presentano fragilità o lesioni dell'endotelio che si manifestano con fissurazioni o rotture dell'endotelio alla idrodistensione e successiva comparsa di petecchie. L'aumento del livello di GAG solfati nelle pazienti con sintomi più severi è considerato da alcuni come un marker per monitorare l'evoluzione della malattia
- 5)Alterazione dell'autoimmunità: fin dal 1970 sono stati fatti molteplici studi sugli autoanticorpi in corso di C.I. i risultati sono però tuttora inconcludenti.
- 6)Alterazione del metabolismo dell'Ossido Nitrico: anche in questo caso i risultati sono stati inconcludenti, sebbene il livello di evaporazione dell'ossido nitrico nelle urine delle pazienti con C.I. sia notevolmente più alto che nei gruppi di controllo
- 7)Ipotesi neurobiologica: nelle pazienti con C.I. si rileva un incremento dell'innervazione

simpatica con aumento dei neurotrasmettitori

8) Sostanze tossiche: la presenza di sostanze acide o aggressive nelle urine.

9) Ipossia: si è osservato che esiste una diminuzione della densità dei capillari nel subendotelio in presenza di C.I. II) Aumento dell' NGF (Nervous Growth Factor): è stato dimostrato come nella *cistite interstiziale* vi sia un aumento nelle urine e nell'interstizio dell' NGF che partecipa alle condizioni infiammatorie, generando e mantenendo il dolore.

10) Interazione di molteplici fattori: è l'ipotesi più attuale, che vede come causa la molteplice interazione fra il sistema immunologico, nervoso ed endocrino.

DATI E STATISTICHE

L'incidenza statistica della malattia, varia enormemente in letteratura da pubblicazione a pubblicazione. Questo dipende dal fatto che molti Lavori, soprattutto nel passato, hanno tenuto conto, per fare la diagnosi, solo dei sintomi lamentati dalla paziente, senza effettuare i test clinici standardizzati oggi richiesti. Inoltre è molto importante da sottolineare, queste statistiche variano da Paese a Paese. Ci sono infatti Paesi dove l'alta l'incidenza della malattia, può dipendere da fattori specificamente ambientali, come per esempio in Finlandia dove una ricerca del 2005 (J Urol 2005; 174,2:581-583) evidenziava la presenza di 530/100.000 pazienti affette da C.I. Per la popolazione Italiana sono più applicabili le statistiche rilevate in Austria nel 2007 (Eur Urol; 2007; 51,3:803-808) che documentano un'incidenza della malattia in 306/100.000 con punte del 464/100.000 nelle donne di età media. La malattia colpisce infatti quasi esclusivamente le donne con una predominanza sull'uomo di 10:1 e con una preferenza per quelle eli razza caucasica (le europee).

METODI CLASSIFICATIVI UTILIZZABILI nelle sedi di studio e trattamento delle patologie (esempio dettagliato)---**METODO ANAMNOSTICO DI BASE:** storia, esame fisico, esami di laboratorio per escludere altre patologie simili (vedi sotto). Secondo il parere degli esperti dell'American Urologic Association, la cistoscopia e l'esame urodinamico sono inutili nei casi in cui la tipologia dei sintomi sia eclatante

METODO DI INCLUSIONE AUTOMATICA:

- Comparsa di ulcera di Hunner all'idroclistensione (presente in meno del 10% delle pazienti).

METODO DI INCLUSIONE:

- Dolore vescicale al riempimento che si attenua con lo svuotamento (motivo della frequenza minzionale).
- Dolore (sovrapubico, pelvico, uretrale, vaginale o perineale).
- Glomerulazione (comparsa di petecchie emorragiche) durante la idrodistensione (90% delle pazienti).
- Scarsa sopportazione della idrodistensione.

SOTTOGRUPPI INCLUDENTI le caratteristiche dd dolore della C.I. sono il sintomo chiave della malattia:

1. E' correlato con il grado della distensione vescicale.
2. E' localizzato in sede sovrapubica con possibile irradiazione agli inguini, alla vagina, al retto o al sacro.
3. **Si attenua con lo svuotamento vescicale ma ritorna subito dopo.**

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- Età inferiore ai 15 anni
- Neoplasie maligne o benigne della vescica
- Neoplasia uterina, cervicale, vaginale o uretrale
- Cistite postattinica
- Cistite tubercolare
- Cistite batterica in atto
- Vaginite batterica o micotica concomitante
- Cistite da ciclofosfamide

- Diverticolo uretrale sintomatico
- Herpes genitale attivo
- Calcolosi vescicale o uretrale
- Frequenza minzionale diurna inferiore alle 5 volte nelle 12 ore
- Frequenza minzionale notturna inferiore alle 2 volte
- Miglioramento o scomparsa dei sintomi con antibiotici, antisettici urinari, analgesici
- Durata inferiore ai 12 mesi
- Presenza di vescica iperattiva (all'esame urodinamico)
- Capacità vescicale maggiore di 400 cc. in assenza di urgenza minzionale.

METODO MOLTO PROBANTE

1. Cistoscopia con una idrodistensione per 1-3 minuti con 100 cc. di acqua.
2. Comparsa di emorragie petecchiali in almeno 3 quadranti vescicali.
3. Presenza di almeno 10 petecchie per quadrante.

METODO PROBANTE

1. Presenza durante l'esame urodinamico di ridotta capacità vescicale, con urgenza che compare a meno di 150cc.
2. Dolore all'istillazione endovescicale eli soluzione di potassio (nel 75% delle pazienti).
Ultimamente si è ipotizzato che la positività a questo test sia positivamente predittiva per la risposta ad un trattamento con i GAGs (Gupta; BJU Int 2005;96(7):1063-66).
3. La biopsia vescicale nelle linee guida dell'EAU non è patognomonica, ma è considerata di supporto alla diagnosi se si evidenzia la presenza di mast cells .

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto prevede nell'ambito Aziendale

l'attivazione di n.3 centri ambulatoriali specifici all'interno dei Presidi Ospedalieri per la confluenza delle pazienti affette dalle tre patologie croniche menzionate. Le pazienti affluiranno dagli ambulatori e consultori territoriali oltre che a quelli interni alle strutture ospedaliere.

---La stesura di apposite schede Anamnestiche e di Classificazione delle patologie. Formulare per l'individuazione precoce degli eventuali fattori eli rischio e per la prevenzione(dove sia possibile.)

---Screening: le schede e formulari sopramenzionati saranno da compilare a cura dei medici (in ogni loro ruolo e funzione) che verranno a conoscenza delle sintomatologie riconducibili alle patologie in esame .

---Divulgazione delle patologie con materiale informativo e campagne divulgative presso le diverse strutture pubbliche. Sensibilizzazione dell'utenza femminile per far emergere i molti casi ancora tenuti nascosti.

---La stesura di protocolli condivisi e multidisciplinari -validi in tutta la ASP- (uro-ginecologici: ginecologici, anatomopatologici, urodinamici, fisio-kinesoterapici) per l'approccio diagnostico, terapeutico medico- chirurgico e riabilitativo.

---Follow-up: richiamo delle pazienti trattate e compilazione schede .

---Aggiornamento scientifico tecnologico operativo degli operatori medico- sanitari presso centri eli eccellenza delle patologie da trattare.

----Aggiornamento cd implementazione strumentale delle attrezzature e strumentario già esistente.

Es. per il trattamento eli alcune forme di endometriosi e di vulvodinia e -vaginoclinia: -laser a Co2 a diodi e RF multi funzionale (utilizzabile con apposti manipolatori ed ottiche sia in laparoscopia che in colposcopia)

Es. per la diagnostica e la terapia delle cistiti interstiziali -strumentazione uro-dinamica, cistoscopi, elettrostimolatori vescicali.

Es. per la diagnostica e terapia delle vulvodinie : pinze per micro biopsie. videocolposcopi- elettrostimolatori muscolo tendinei.

OBIETTIVI QUALITATIVI

Il percorso diagnostico-assistenziale nella LINEA PROGETTUALE quindi è un macro-processo che comprende l'intera gestione di sentitissimi ed attualissimi problemi di salute della popolazione femminile ad iniziare dall'età fertile fino a quella senile e comprende l'assistenza alla persona sia per la cura della patologia , sia per il sostegno psicologico e sociale. Si articola sia sulla componente **Ospedaliera** che su quella **Territoriale estesa a tutta la ASP**.

Si tratta di piani in cui intervengono varie discipline ,in maniera preponderante la Ginecologia e la Uro-Ginecologia

--L'attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

--Individuazione dei fattori di rischio di alcune forme delle patologie

--Far emergere le patologie stesse sensibilizzando alle tematiche la popolazione femminile, soprattutto quella più indifesa (per status sociale, adolescenti e senili).

--Ridurre l'incidenza della malattie come problema "individuale -familiare-sociale " già' nel primo semestre di attivazione a regime delle misure contenute nel progetto.

--Erogare terapie mediche e procedure invasive nel pieno rispetto dei "gold standard" nazionali ed internazionali.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

--Coinvolgimento epistolare ,telefonico e telematico di tutti gli operatori medici e sanitari dell'Azienda , con richiami semestrali.

--Formazione del personale dedicato dei tre presidi Ospedalieri con n. 4 incontri riguardanti i tre argomenti.

--Divulgare materiale informativo ad ogni visita ginecologica .

--Attivazione di N 3 Registri dedicati alle patologie in questione ed interconnessi con le diverse sedi . Sia cartacei che computerizzati

---Produrre statistiche semestrali.

INDICATORI NUMERICI

N. di centri ,servizi e medici territoriali coinvolti :Totalità'

N. 3 protocolli anamnestici, N. 3 procedure terapeutiche, N. 3 scheda di follow-up per ogni patologia e su-patologia.

N. di donne coinvolte nella raccolta dati e nell'anamnesi (80% di quelle contattate). Obiettivo da raggiungere in ogni sede.

N. di donne arruolate nel progetto (media delle tre patologie in riferimento al dato percentuale italiano): 25%

N. di donne con screening completato: >75%

N. di miglioramento della sintomatologia a breve e medio termine: >80%

ATTIVITA' PREVISTE

Attivazione di n.3 centri ambulatoriali dedicati nei Presidi Ospedalieri

Attivazione di un unico "tavolo di lavoro medico multidisciplinare" Uroginecologo-ginecologo-anatomopatologo-fisiatra-psicologo, per l'elaborazione di protocolli e schede anamnestiche e riabilitative.

Realizzazione di interscambio culturale -formativo con Centri d'eccellenza nelle materie trattate

Formazione ed aggiornamento culturale-scientifico-tecnologico degli operatori .

Attivazione di " Registri di sorveglianza" delle patologie in esame

Possibilità di immettersi in " Studi multicentrici" nazionali ed internazionali

Pubblicazione dei dati acquisiti su riviste specializzate entro i 12 mesi

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	12 - IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO ASSISTENZIALI PER MIGLIORARE LA VITA DELLE DONNE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI.....
TITOLO DEL PROGETTO	12.2 Attivazione di un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso il P.O. di Matera
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (2013/2015- 3anni)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giovanni Canitano, D.ssa Patrizia Damiano
REFERENTI AZIENDALI	DOTI. S. ANASTASIO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 12	Euro 164.053,00
Spesa complessiva stimata (anni 2013/2015) Progetto 12.2	Euro 54.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 12.2	Euro 11.907,00
Progetto 12.2: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 11.907,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Formazione del personale medico e ed infermieristico ai fini della gestione dell'ambulatorio; Attività integrate e multidisciplinari fra operatori ospedalieri e territoriali (medici, infermieri, psicologi e MMG) Informazione ai MMG Organizzazione e gestione dell'ambulatorio per presa in carico, gestione, trattamento e riabilitazione
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Organizzazione di corsi di formazione per: a) medici ospedalieri e ambulatoriali (4 corsi di 10 ore ciascuno); personale infermieristico ospedaliero e territoriale, Apertura quindicinale dell'ambulatorio dedicato; Attività ambulatoriale svolta da 1 ginecologo, 1 infermiera/ ostetrica per 12 ore mensili, 1 urologo per
INDICATORI NUMERICI	N. donne rivoltesi agli ambulatori ospedalieri e territoriali per problematiche inerenti il dolore pelvico; analisi eventuali liste di attesa; 5 di donne sottoposte a laparoscopia; Variazioni dei punteggi di QoL dopo terapia; Variazioni di punteggi nella scala del dolore dopo terapia, Questionario di customer

AZIENDA SANITARIA MATERA

ATTIVITA' PREVISTE

Definizione con la U.O. di Psicologia di un questionario dedicato alle donne con dolore cronico finalizzato a definire i bisogni di valutazione psicologica
Organizzazione e gestione corsi di formazione per gli operatori interessati
Organizzazione, gestione di un ambulatorio dedicato che garantirà l'accesso contestuale alla diagnostica ecografica e colposcopica ed eventuale trattamento chirurgico

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA	
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Nota prot. N. 23343/72AB- 11.02.2014 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014	
LINEA PROGETTUALE	n.12	
TITOLO DEL PROGETTO	12.3 Riprenditi la tua vita: stop al dolore	
DURATA DEL PROGETTO	Biennale	
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott.ssa Carla Di Lorenzo	
REFERENTI AZIENDALI	Percorsi diagnostico- assistenziali – Rete assistenziale: Dott. Sergio Schettini Dott. Rocco Paradiso Dott.ssa Angela Vita Dott. Franco Ponti Dott. Antonio Giardina	Implementazione- monitoraggio fasi percorsi e raccolta dati per Osservatorio e Registro: Dott.ssa Inf. Rosa Rinaldi Sig. ra Sabina Violi Sig. ra Stefania Poerio

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 12	€ 164.053,00
Spesa complessiva stimata (biennio) Progetto 12.3	€ 140.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 12.3	€ 92.611,00
Progetto 12.3: importo assegnato a valere su Quota Vincolata FSN 2013	€ 92.611,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Le donne colpite da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale, quali l'endometriosi, la vulvodinia e la cistite interstiziale, a causa della difficoltà di inquadramento dei sintomi e dei criteri diagnostici non uniformi, nonché della scarsa informazione, prima di giungere ad una diagnosi precisa eseguono molti consulti specialistici e attendendo anche diversi anni. Queste problematiche creano un clima di sfiducia tra le migliaia di pazienti che ancora oggi ignorano l'esistenza di diagnosi e trattamenti efficaci, di conseguenza si viene a determinare in esse un peggioramento delle normali attività quotidiane ed un maggiore tasso di assenteismo dalla vita lavorativa.

Nello specifico, lo strumento di coordinamento che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specializzazioni, professioni e aree d'azione (anche ospedale- territorio) implicano la presa in cura attiva e globale delle persone che presentano un problema di salute è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) .

Gli obiettivi del progetto riguardano l'elaborazione e l'implementazione di POTA che consentono un'efficace gestione multidisciplinare delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale, quali l'endometriosi, la vulvodinia e la cistite interstiziale, con la finalità di migliorare la qualità della vita delle donne, nonché di monitorarne gli esiti.

Nello specifico i PDTA sono volti a:

- Diagnosi precoce e presa in carico delle pazienti (criteri di inclusione/esclusione);
- Miglioramento del dolore pelvico cronico e quindi della qualità della vita delle pazienti;
- Realizzazione di Campagne di comunicazione e informazione alle donne in età fertile;
- Maggiore integrazione tra ospedale e territorio per la continuità delle cure.

Vantaggi attesi

- Garanzia di un'elevata performance professionale ed organizzativa a tutela della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza assistenziale.
- Uniformità dei comportamenti con relativa riduzione dell'errore.
- Diffusione di una cultura che renda trasparenti e confrontabili, con standard espliciti, le proposte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali tali da facilitarne la condivisione sia all'interno della rete assistenziale che nel rapporto con i cittadini.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi quantitativi riguarderanno la stesura dei tre PDTA nell'arco di 2 anni compreso il monitoraggio delle fasi del processo e la raccolta dei dati.

Attraverso il monitoraggio si individuerà l'appropriatezza:

- clinica: numero di accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici adottati secondo i criteri di inclusione/esclusione stabiliti;
- organizzativa: integrazione multidisciplinare attraverso gli audit periodici.

La raccolta dei dati per gli outcome avverrà mediante:

- Scale di misurazione del dolore,
- Diario minzionale con orario e volume urinario di almeno 3 giorni di cui almeno 1 lavorativo,
- Somministrazione di questionari per la misurazione della qualità della vita.

Tutto ciò consentirà l'elaborazione di statistiche per la epidemiologia delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale femminile utili per l'istituzione dell'Osservatorio e del Registro regionale.

INDICATORI NUMERICI

- Numero di casi diagnosticati attraverso l'esecuzione degli esami descritti nei tre PDTA nell'80% dei pazienti che presentano dolore pelvico
- Numero di impianti di neuro-stimolatori sacrali in pazienti diagnosticati

Valutazioni utili per determinare la risposta clinica e l'efficacia dei trattamenti:

- N. di casi con valutazione del dolore positiva al post-trattamento rilevati attraverso l'uso di scale di misurazione del dolore.

ATTIVITA' PREVISTE

- 1. Costituzione della Rete sanitaria** tra il l'Ambulatorio specialistico sulla diagnosi e l'assistenza delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale femminile e i Servizi Sanitari Territoriali.
- 2. Istituzione funzionale dell'Ambulatorio specialistico sulla diagnosi e l'assistenza delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale femminile in sinergia con l'Ambulatorio della terapia del dolore**, presso l'AOR San Carlo quale struttura specializzata nella cura e nella prevenzione delle patologie in questione nonché Hub per la

rete del dolore.

3. Formazione specifica delle professionalità coinvolte nei percorsi (MMG, personale specialistico medico: Ginecologi, Urologi, medici specialisti nella Terapia del Dolore cronico, Psicologici e professioni sanitarie);

4. Implementazione di PDTA riferiti alle seguenti patologie croniche:

endometriosi,

vulvodinia,

cistite interstiziale,

La costruzione e l'implementazione di ciascun POTA prevede le seguenti fasi:

- > Costituzione del gruppo di lavoro
- > Ricerca della letteratura e ricognizione della documentazione esistente
- > Costruzione del percorso contestualizzandolo alle risorse disponibili
- > Codifica e diffusione del documento
- > Fase pilota
- > Attuazione e verifica dell'applicazione dei POTA
- > Valutazione, verifica e revisione dei PDTA

I PDTA andranno a definire le azioni finalizzate alla diagnosi precoce e all'ottenimento di trattamenti medico-sanitari efficaci utili alla gestione della buona pratica clinica; essi si svilupperanno in collaborazione con i MMG, poiché qualora questi ultimi abbiano il sospetto diagnostico di una delle malattie suddette, essi indirizzeranno il paziente presso l'ambulatorio della specifica patologia che sarà in grado di garantire la presa in carico e la diagnosi corretta.

5. Promozione di campagne informative di educazione sanitaria tra la popolazione e di informazione ai cittadini per il riconoscimento della malattia tra quelle croniche e invalidanti per la successiva esenzione dalla partecipazione al costo dei farmaci, delle prestazioni di diagnostica-ambulatoriale e delle prestazioni specialistiche, nonché sulla tutela lavorativa.

6. Richiesta per l'Istituzione del registro e dell'osservatorio regionale delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale femminile e successivo invio dei dati epidemiologici.

LINEA PROGETTUALE N.13

(N.1 Progetto: 13.1)

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	13) IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE INFEZIONI
TITOLO DEL PROGETTO	13.1 Programma di recupero per le ragazze dai 14 ai 19 anni che non hanno iniziato o completato il ciclo vaccinale HPV secondo il calendario ministeriale - Campagna di sensibilizzazione sulla prevenzione primaria e la diagnosi precoce da infezione da HPV rivolta alla popolazione scolastica femminile del territorio della ASM e ai MMG e PLS.
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo
REFERENTI AZIENDALI	DOTT. E. MOLITERNI-DOTT.SSA T. RUSSO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 13	Euro 164.053,00
Spesa complessiva stimata (anni 2013/2015) Progetto 13.1	Euro 540.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 13.1 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 164.053,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Organizzazione di un'equipe aziendale (composta da medici del servizio Igiene, da ginecologi e/o ostetriche) che si occupi di organizzare le attività di formazione / informazione Campagna di sensibilizzazione rivolta ai MMG e PLS su infezioni da HPV e sulla Campagna di informazione / sensibilizzazione rivolta alle ragazze delle scuole superiori del territorio aziendale Implementazione della prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni da HPV Studio di fattibilità sulla possibilità di sperimentare interventi per l'offerta vaccinale anti HPV in
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Valutazione delle coperture vaccinali (per ciclo completo) - Raccolta e Studio dei dati aziendali inerenti l'adesione alle vaccinazioni anti HPV Almeno un incontro / anno con i MMG e PLS per sensibilizzare sulla necessità di vaccinare le ragazze che hanno compiuto gli 11 anni di età e sulla possibilità di recuperare le ragazze dai 14 ai

AZIENDA SANITARIA MATERA

OBIETTIVI QUANTITATIVI	Sensibilizzare direttamente le ragazze della fascia di età target con incontri di informazione / formazione da svolgersi nelle scuole superiori del territorio ASM
INDICATORI NUMERICI	Almeno un incontro all'anno con MMG e PLS Almeno un incontro di sensibilizzazione / informazione in ogni scuola superiore presente sul territorio Vaccinare almeno il 50% delle ragazze nella fascia di età 14 - 19 anni non ancora vaccinate e/o che non hanno completato il ciclo vaccinale anti HPV. Incrementare del 10% la percentuale di adesione alle vaccinazione nella coorte di ragazze nate dal 1997 al 2000, (fascia di età compresa fra i 14 e i 17 anni).
ATTIVITA' PREVISTE	Valutazione e studio delle coperture vaccinali per ciclo completo , dei determinanti dell'accesso ai servizi vaccinali e delle adesioni alla vaccinazione anti HPV a livello aziendale. Organizzazione di incontri con MMG e PLS Organizzazione di incontri nelle scuole superiori presenti sul territorio Analisi dei dati e programmazione delle attività in base ai risultati raggiunti

LINEA PROGETTUALE N.14

(N.2 Progetti: da14.1 a 14.2)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.14
TITOLO DEL PROGETTO	14.1 Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Fiorentino Vassallo

ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 14	Euro 164.053,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2014 Progetto 14.1	Euro 600.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 14.1	Euro 130.127,00
Progetto 14.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 130.127,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Considerato che il Tumore della Prostata rappresenta in Italia la seconda causa di morte nel sesso maschile per patologia neoplastica è utile pertanto, agire con tempestività nella diagnosi precoce di tale patologia che è in forte aumento anche nella Regione Basilicata. Pertanto la costituzione della rete oncologica regionale renderà possibile intercettare i bisogni e la domanda del territorio di riferimento.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Una stretta collaborazione in rete sul piano clinico-diagnostico tra il medico di Medicina Generale, lo specialista urologo del distretto e le U.O. Urologiche ospedaliere, possono garantire interventi preventivi nelle fasce a rischio della popolazione maschile (over 50 aa), con la istituzione di banca dati dei pazienti studiati.

INDICATORI NUMERICI

Nel territorio di riferimento della ex ASL n.:3 di Lagonegro, nell'anno 2013 sono stati selezionati 100 pazienti di età' superiore a 50aa con PSA elevato e sottoposti a Biopsia Prostatica ecoguidata (Mapping), con i seguenti risultati: circa il 30% dei pazienti e' affetto dalla patologia neoplastica.

ATTIVITA' PREVISTE

Garantire sul territorio Strutture specialistiche Urologiche attraverso l'istituzione su tutto il territorio ASP di ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei a fare emergere il problema. Tali ambulatori verranno garantiti a rotazione da 3 dirigenti medici (1 responsabile) con il supporto infermieristico.

Azioni di informatizzazione dirette al paziente ed alle famiglie sulla diagnosi precoce del K Prostata; spiegando l'importanza che riveste la valutazione periodica del PSA nei soggetti di età superiore a 50aa.

Predisposizione di opuscoli informativi da distribuire ai Medici di Medicina Generale. Incontri mirati nelle scuole superiori al fine di discutere l'importanza che riveste l'auto-palpazione periodica dello scroto nell'evidenziare l'insorgenza della suddetta patologia.

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Nota prot. N. 23343172AB-11.02.2014 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n.14
TITOLO DEL PROGETTO	14.2 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
DURATA DEL PROGETTO	Triennale (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano, Dott.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Angela Vita

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 14	Euro 164.053,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 Progetto 14.2	Euro 156.429,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 14.2	Euro 33.926,00
Progetto 14.2 : importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 33.926,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'obiettivo generale del progetto è di contrastare l'accrescimento del numero di persone con patologie tumorali dell'apparato genitale maschile mediante una strategia di prevenzione e di controllo fondata su prove di efficacia. La qualità degli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce saranno garantite attraverso l'istituzione, nella Rete Oncologica regionale della Basilicata, presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza del Centro di riferimento regionale, quale HUB dei tumori della prostata e dei tumori del testicolo e l'implementazione del centro nella Rete Nazionale dei Centri territoriali di prevenzione primaria e di diagnosi precoce delle suddette malattie.

Background: la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute, potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi, gli screening hanno la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza ma che richiedono sia un livello di adesione piuttosto elevato sia la disponibilità di test che abbiano una elevata sensibilità. In Italia il test del PSA è ampiamente diffuso nella popolazione generale anche in fasce di età e con frequenze del tutto inappropriate. La diffusione dell'utilizzo del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nelle popolazioni, ha comportato un aumento della diagnosi (tassi raddoppiati nel giro degli ultimi anni) mentre la mortalità mostra un lieve ma costante trend verso la riduzione. I risultati sulla eventuale riduzione di mortalità specifica per interventi di screening di popolazione non sono ancora stati prodotti. I problemi maggiori per lo screening del tumore della prostata derivano dall'esistenza di una notevole quantità di sovradiagnosi e conseguentemente sia di sovra trattamento che di

complicanze derivanti dal trattamento stesso.

D'altro canto si confermano le evidenze che il trattamento del tumore in fase precoce riduca sia la mortalità causa specifica, sia la mortalità generale. Al momento non vi sono ne evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening ne evidenze forti che indichino quale protocollo è in grado di rendere accettabile il rapporto fra danni e benefici, mentre ci sono forti indicazioni che i benefici si riducono con l'età(> 70 anni). Inoltre, nessuna società scientifica italiana raccomanda attivamente lo screening per il tumore della prostata e molte delle quali hanno sottoscritto il documento dell'ONS del 2009. Diversamente le principali agenzie statunitensi: l'American Cancer Society (ACS) e l'American Urological Association (AUA) sono giunte sulla posizione di rimandare al singolo soggetto la decisione da prendere, a condizione che vi sia un'adeguata informazione sulle incertezze, i rischi e i potenziali benefici.

Per quanto sopra esposto e a garanzia della qualità degli interventi preventivi e di diagnosi precoce gli obiettivi del progetto da perseguire si individuano attraverso:

- Attivazione di screening di tipo spontaneo da preferire a quello organizzato.
- Riduzione dell'uso a scopo preventivo del PSA nelle persone sopra i 70 anni, cioè in quelle fasce di età dove ci sono molti indizi di non efficacia, mentre permane la rilevanza del danno;
- Definizione di protocolli e percorsi mirati alla popolazione che spontaneamente si sottopone allo screening per il tumore della prostata;
- Definizione dei percorsi diagnostici che seguono al test dei PSA per la diagnosi precoce e per una maggiore razionalizzazione.
- Predisposizione di strumenti (materiale informativo, media, ecc..) per una comunicazione efficace per le fasce di età più giovani al fine di facilitare una scelta consapevole di ricorso al test-PSA.
- Potenziare la collaborazione con l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) Regina Elena di Roma.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi quantitativi, realizzabili in tre anni, si individuano nella collaborazione per studi epidemiologici e successiva definizione di protocolli di screening con la Rete Nazionale dei centri territoriali e trasmissione al Registro regionale tumori Basilicata dei dati raccolti.

INDICATORI NUMERICI

- Numero di casi diagnosticati attraverso l'esecuzione del test PSA
- Riduzione del 70% dell'uso a scopo preventivo del PSA nelle persone sopra i 70 anni che spontaneamente vogliono sottoporsi al test

ATTIVITA' PREVISTE

- 1. Istituzione del centro HUB presso l'AOR San Carlo dei tumori della prostata e dei testicoli nella Rete Oncologica della Regione Basilicata.**
- 2. Istituzione del centro territoriale della Rete Nazionale per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile.**
- 3. Attivazione dello screening spontaneo dei tumori della prostata**
- 4. Implementazione di protocolli di prevenzione e diagnosi precoce riferiti alle patologie tumorali dell'apparato genitale maschile in collaborazione con l'IRCCS-Regina Elena di Roma rafforzandone la già consolidata esperienza.**

5. **Implementazione di percorsi** che definiscono le attività dello screening a livello territoriale.
6. **Promozione di campagne di comunicazione** efficace per le fasce di età più giovani al fine di facilitare una scelta consapevole di ricorso al test-PSA.
7. **Raccolta dei dati epidemiologici** da trasferire alla Rete Nazionale per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile e al Registro Regionale Tumori della Basilicata.

LINEA PROGETTUALE N.15

(N.2 Progetti: da15.1 a 15.2)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.15-Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini adolescenti con patologie neuropsichiatriche
TITOLO DEL PROGETTO	15.1 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione.
DURATA DEL PROGETTO	Triennale (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Lucia Colicelli, D.ssa Maria Toriello, D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Cristiana Fiorillo

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 15	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 PROGETTO 15.1	Euro 417.145,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 15.1	Euro 239.243,00
PROGETTO 15.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 239.243,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Obiettivo generale

Costituzione di un'equipe sociosanitaria per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti in fase prescolare e nel primo ciclo di istruzione. I disturbi di questo tipo per i quali sono stati ipotizzati interventi che rientrano nei BES (circ. min. dic. 2012) necessitano di particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di interventi da dedicare in ambiente scolastico. Il progetto si propone di dedicare a queste difficoltà un'equipe specializzata, ipotizzabile una per territorio, (totale 3 ambiti: vulture- melfese, potenza, lagonegrese considerando un totale di 772 scuole nei tre territori ed una popolazione scolastica di circa 66.301 alunni del primo ciclo di scolarità) da affiancarsi al personale che si interessa dell'integrazione scolastica, con un lavoro specifico di tipo sociosanitario nelle strutture territoriali ed un lavoro direttamente in ambiente scolastico. L'equipe designata andrebbe ad effettuare l'identificazione precoce di comportamenti disfunzionali nei bambini in età prescolare che predispongono a futuri insuccessi scolastici ed il permanere di tali comportamenti durante le scuole elementari in comorbidità o come diagnosi primaria rispetto ai disturbi specifici degli apprendimenti (legge 170/10)

Obiettivi specifici

Elaborazione di una scheda di segnalazioni di comportamenti problema ai pediatri di libera scelta (osservazione sistematica 1)

Costituzione di un registro scolastico con vari interventi etTethwti in una prima fase dal personale scolastico per monitorare l'andamento dei disturbi del comportamento e degli

apprendimenti (osservazione sistematica 2)
Identificazione di giornate dedicate all'osservazione in ambito scolastico da parte di figure specializzate (psicologi, npi)
Elaborazione di schede dedicate ai genitori per l'individuazione di comportamenti-problema in ambito familiare
Costituzione di un canale preferenziale di accesso ambulatoriale in seguito a specifica segnalazione da parte dei pediatri con impegnativa unica per valutazione integrata dell'equipe
Definizione di linee guida per la riabilitazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti
Attivazione di percorsi di psicoterapia familiare ed individuale oltre di counselling scolastici.
Formazione del personale medico per la presa in carico farmacologica in casi selezionati

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Tempi previsti

Obiettivi generali 2 anni (fase 1= 1 anno; fase 2= entro 2 anni)

Obiettivi specifici valutabili semestralmente

INDICATORI NUMERICI

Indicatori di processo

Attivazione di un'equipe specialistica formata da un npi, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un'assistente sociale per ambito di zona (totale: 3 npi, 6 psicologi, 3 logopedisti, 3 terapisti e 3 assistenti sociali) così suddivisi per un numero totale di ore per figura professionale:

1 npi 18h

2 psicologi 24h (cadauno)

1 terapeuta 12h

1 logopedista 18h

1 assistente sociale 12 h

questo per il territorio di Potenza e val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole; nel territorio del vulture-melfese e del Lagonegrese il fabbisogno di ore/figura professionale è stimato essere:

1 npi 6h

2 psicologo 12h (cadauno)

1 terapeuta 6h

1 logopedista 12h

1 assistente sociale 6h

per ciascun territorio (da moltiplicare per due)

Formazione di una rete integrata con la scuola (almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della scuola)

Riunioni mensili con i pediatri territoriali (numero degli incontri per la valutazione della validità delle strategie individuate)

Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e casi clinici presi in carico.

Tipologia e quantità di specifica terapia riabilitativa (terapia globale plurisettimanale)

Interventi di psicoterapia familiare settimanale ed individuale plurisettimanale

Incontri settimanali dell'equipe

Indicatori di risultato

Definizione di 3 poli di strutture territoriali in cui si definisce l'attivazione dell'equipe una per ambito (Ospedale di Venosa, Servizio di Npi territoriale di Potenza, Ospedale di Lauria)

Suddivisione di scuole per territorio: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'Agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese.

Tale distribuzione rende ragione del fatto che l'equipe che lavorerà con il maggior numero di ore è quella del territorio più numeroso è cioè quello della provincia di Potenza e val d'Agri.

Registro regionale con numero di pazienti assistiti

Studi clinici di prevenzione e follow-up

ATTIVITA' PREVISTE

Fase 1

Formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci dei disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione, per la pronta segnalazione all'equipe competente.

Costituzione di un'equipe socio-sanitaria con formazione specifica per l'individuazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti sia con test specifici che con osservazioni cliniche nelle scuole.

Fase 2

Formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento.

Creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e del comportamento.

Formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà.

Formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità, mirati a definire i giusti interventi di sostegno nei confronti di comportamenti disfunzionali.

Valutazione con test specifici di follow-up l'efficacia delle terapie riabilitative indicate.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.15-
TITOLO DEL PROGETTO	15.2 IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI ASSISTENZA AI BAMBINI ED ADOLESCENTI CON PATOLOGIE NEURO-PSICHIATRICHE
DURATA DEL PROGETTO	ANNI DUE
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giovanni Canitano, Dott. Rocco Libutti
REFERENTI AZIENDALI	DR CARLO CALZONE, DR CRISTIANA FIORILLO, DR CATERINA LATTARULO

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 15	Euro 437.475,00
Spesa complessiva stimata (biennio 2013/2014) Progetto 15.2	Euro 250.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 15.2	Euro 198.232,00
Progetto 15.2 e importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 198.232,00

<p>OBIETTIVI QUALITATIVI MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA AI PAZIENTI CON DISTURBI NEURO-PSICHIATRICI ATTRAVERSO UNA RETE TERRITORIALE INTEGRATE E DI GARANTIRE INTERVENTI OMOGENEI IN TUTTO L'AMBITO TERRITORIALE.</p>
<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI NUMERO DI UTENTI PRESI IN CARICO PRECOCEMENTE</p>
<p>INDICATORI NUMERICI INCREMENTO DEL NUMERO DEI PAZIENTI TRATTATI, RIDUZIONE DEL NUMERO DELLE PRESTAZIONI E DEI TEMPI DEI TRATTAMENTI E ABBASSAMENTO DELL'ETÀ DI PRESA IN CARICO</p>
<p>ATTIVITÀ PREVISTE PROGETTAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE CONTINUA DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEGLI OPERATORI DEL CRR, DEI CP E DELLA SR; APERTURA DEL CRR, DEI CP E DELLA SR; STIPULA DEI CONTRATTI PER LE BORSE DI STUDIO E LE ATTIVITÀ AFFIDATE ALLE COOPERATIVE SOCIALI O AD ONLUS; VALUTAZIONE TRIMESTRALE DEGLI OBIETTIVI E RENDICONTAZIONE DELLE SPESE.</p>

LINEA PROGETTUALE N.16

(N.4 Progetti: da16.1 a 16.4)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.16 Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management
TITOLO DEL PROGETTO	16.1 Adeguamento disciplina dell' <i>Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento (OPRA)</i> . Adeguamento del sistema di accreditamento regionale alle previsioni dell' Intesa 20 dicembre 2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull' Accreditamento-TRAC. Istituzione degli organismi tecnicamente accreditanti Preposti a curare l' istruttoria dei procedimenti a livello regionale e locale e le verifiche secondo quanto previsto dall' dell' Intesa 20 dicembre 2012 e in accordo con i requisiti indicati dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull' Accreditamento-TRAC.
DURATA DEL PROGETTO	anni 2013/2015
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia Dirigente Ufficio Questioni Giuridico- Amministrative dei settori sociosanitario e sanitario. Politiche del Personale in Convenzione con il SSR. Autorizzazione ed Accreditamento strutture Tel.0971-668868 e-mail: rocchina.giacoia@regione.basilicata.it
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Angela Bellettieri, D.ssa Lucia Falanga, Dott. Pietro Centolanza, Dott. Vincenzo Fusco

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 16	Euro 1.093.688,00
Spesa complessiva stimata Progetto 16.1	Euro 40.000,00
anno 2013 progetto 16.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 40.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Nell' ambito della linea progettuale n. 16 il presente progetto mira ad intervenire sulle aree prioritarie di seguito descritte le cui attività sono di specifica competenza regionale.

Le Regioni e le Province autonome si sono impegnate a recepire l'intesa sul documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", Rep. Atti n.259/CSR, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 20/12/2011, entro sei mesi dalla data di approvazione. Le modalità ed i tempi di adeguamento ai contenuti del disciplinare saranno definiti entro dicembre 2013 dal Tavolo tecnico, di cui al paragrafo 5 del disciplinare medesimo, che è stato istituito presso il Ministero della Salute in data 6 febbraio 2013 < per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, per garantire un adeguato supporto alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, con le finalità dello sviluppo e dell'applicazione del sistema di accreditamento nazionale e delle "buone pratiche" condivise>. il disciplinare è stato elaborato dal tavolo per la revisione normativa in materia di accreditamento – TRAC-, istituito presso il Ministero della Salute con la partecipazione di esperti dello stesso Ministero, dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano al fine di individuare talune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie debbono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale. Tale esigenza è sorta dall'analisi dello stato dell'accreditamento in Italia che è quanto mai variegato, in quanto, per via del dettato costituzionale (natura 'concorrente' dell'assistenza sanitaria) e della normativa vigente, ogni regione ha identificato non solo propri requisiti "ulteriori" per l'accreditamento ma anche diverse modalità di attuazione delle verifiche.

Il rationale del lavoro è stato appunto quello di definire il massimo denominatore comune dei diversi sistemi di accreditamento delle regioni italiane. Ciò al fine del mutuo riconoscimento degli accreditamenti e della presentazione del "sistema" di accreditamento italiano all'Unione europea.

La Regione, nel rispetto degli impegni assunti in Conferenza Stato-Regioni, recepisce il predetto disciplinare con deliberazione di Giunta Regionale n 697 del 11.06.2013, riservandosi, nel rispetto di quanto innanzi, di intervenire in seguito sul manuale di accreditamento di cui alla DGR 2753/05 e relative procedure ivi comprese quelle di verifica.

Tra gli adempimenti da assolvere da parte delle regioni nel recepimento dell'intesa, il Tavolo tecnico ha ritenuto prioritario istituire "l'organismo accreditante" citato dall'intesa, atteso che "... il "core" di un sistema di accreditamento è rappresentato proprio dalle regole che sono sottese all'attività di definizione dei requisiti, formazione e gestione dei valutatori e verifica delle strutture da accreditarsi" ed ha elaborato apposito documento, approvato nella riunione del 16/12/2013, che fornisce tutti i dettagli per la individuazione dell'organismo ed esplicita i criteri già contenuti nell'Intesa.

Dovendo assolvere al predetto onere adeguando quanto già definito a livello regionale, si ritiene di operare correttamente individuando la collocazione di tale organismo all'interno dell'*Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento* (OPRA), previsto dall'art. 13 della LR n.

112007, che contestualmente viene regolamentato nella sua costituzione, nella sua articolazione e nel suo funzionamento.

L'OPRA costituisce il sistema di accreditamento regionale ed è un' articolazione organizzativa del dipartimento regionale competente in materia di sanità presso cui è costituito.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi specifici e le linee di intervento sono:

Recepimento Intesa 20 dicembre 2012

Regolamentazione del sistema regionale di accreditamento attraverso la disciplina dell'

Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento (OPRA) di cui all'art. 13 della L.R. 1/07.

Istituzione e costituzione dell'organismo tecnicamente accreditante preposto a curare l' istruttoria dei procedimenti a livello regionale e locale e le verifiche secondo quanto previsto dall' Intesa 20 dicembre 2012 e in accordo con i requisiti indicati dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull' Accreditamento-TRAC

Adeguamento del modello di accreditamento regionale alle previsioni dell' Intesa 20 dicembre 2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull' Accreditamento-TRAC

Formazione/Informazione/aggiornamento dei fruitori (titolari delle strutture sanitarie, personale dell'ufficio regionale competente, valutatori accreditamento, ecc.);

Progettazione, realizzazione e manutenzione di una piattaforma Web per la gestione e il monitoraggio delle pratiche di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private

INDICATORI NUMERICI

Provvedimento di recepimento Intesa 20 dicembre 2012

Giornate informative/formative con gli accreditatori regionali

Regolamento dell' OPRA

Regolamento dell' organismo tecnico accreditante

Elaborazione della revisione del manuale di accreditamento regionale secondo le indicazioni fornite dal TRAC

Procedura informatizzazione per la gestione di almeno un processo nell'ambito dell' accreditamento.

ATTIVITA' PREVISTE:

Recepimento Intesa 20 dicembre 2012

Regolamentazione del sistema regionale di accreditamento attraverso la disciplina dell'Osservatorio Permanente Regionale per l'Accreditamento (OPRA) di cui all' art. 13 della L.R. 1/07.

Istituzione e costituzione dell'organismo tecnicamente accreditante preposto a curare l'istruttoria dei procedimenti a livello regionale e locale e le verifiche secondo quanto previsto dall'Intesa 20 dicembre 2012 e in accordo con i requisiti indicati dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull'Accreditamento-TRAC.

Adeguamento del modello di accreditamento regionale alle previsioni dell' Intesa 20 dicembre 2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull'Accreditamento-TRAC.

Formazione/Informazione/aggiornamento dei fruitori (titolari delle strutture sanitarie, personale dell'ufficio regionale competente, valutatori accreditamento, ecc.);
Progettazione, realizzazione e manutenzione di una piattaforma Web per la gestione e il monitoraggio delle pratiche di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

| GENERALITA' |

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.16-
TITOLO DEL PROGETTO	16.2 Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	
REFERENTI AZIENDALI	Direttore U.O.C Internai Audit e Attività Ispettive Dott.ssa Beatrice Nolè

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 16	Euro 1.093.688,00
Spesa complessiva stimata Progetto 16.2	Euro 80.000,00
Anno 2013 Progetto 16.2 : importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 80.000,00

OBIETTIVI UALITATIVI

Premessa.

Nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, l'Azienda Sanitaria ASP di Potenza, con deliberazione n. 387 dell'11 maggio 2012, ha inteso istituire formalmente la funzione aziendale di Risk Management, nominando i componenti del "Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management" e affidando il ruolo di Presidente del Gruppo al Direttore Sanitario.

Il Gruppo in parola si è insediato in data 14/06/2012 e, adempiendo ad uno dei compiti assegnatigli dalla citata deliberazione n. 387/2012, ha lavorato alla stesura del Piano di Risk Management per le annualità 2012, 2013 e 2014, dibattendo al suo interno gli obiettivi da perseguire e le azioni da mettere in campo per una gestione integrata del rischio, a partire dall'analisi dei rischi e degli errori maggiormente rilevanti, per frequenza e significatività, nell'ambito dell'Azienda.

Dalla realizzazione delle attività di risk management che si andranno a programmare, ci si attende nel biennio 2013-2014 il conseguimento dei seguenti risultati:

- messa a regime di un sistema di rilevazione, valutazione e correzione dei rischi e degli errori;
- sviluppo dell' appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di in appropriatezza;
- riduzione degli errori e dei sinistri;

- riduzione dei costi del contenzioso;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e dell'operatore, e più vicina al paziente.

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, *gli obiettivi specifici e le linee d'intervento sono:*

- rilevazione, analisi e valutazione dei rischi per la salute dei pazienti nelle diverse articolazioni aziendali;
- sviluppo delle competenze sul risk management del Gruppo di Coordinamento Aziendale attraverso percorsi formativi dedicati anche in una prospettiva futura che veda il Gruppo nel ruolo di formatore interno a supporto dei servizi;
- attivazione dei protocolli per la gestione dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri, anche in conformità a quanto contenuto nella raccomandazione ministeriale n. 12/2010 "prevenzione degli errori in terapia con farmaci LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE (farmaci LASA)";
- controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali;
- prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie;
- messa a regime di un set dati sugli incidenti e infortuni sul lavoro e sul contenzioso;
- azioni per il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini e per la sensibilizzazione degli utenti sulla tematica del rischio;
- azioni per lo sviluppo del forum aziendale sul risk management.

INDICATORI NUMERICI

- Almeno una campagna informativa rivolta ai cittadini sulla tematica del rischio;
- Almeno due incontri con le associazioni dei cittadini sul governo clinico;
- Attivazione della procedura per la gestione dei farmaci LASA in tutti i Presidi Ospedalieri;
- Attivazione della procedura per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture ospedaliere e territoriali (almeno in tre Presidi Ospedalieri e due Strutture Residenziali);
- Applicazione dei Bundles previsti in almeno tre Presidi Ospedalieri;
- Completamento del percorso formativo da parte di tutti i componenti del "Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management".

ATTIVITA' PREVISTE

- *Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali* attraverso l'applicazione nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda, nel biennio 2013-2014, dei Bundles (Pacchetti comportamentali) di seguito specificati:
 - Bundle per la prevenzione della batteriemia da catetere venosa centrale (CVC)
 - Bundle per l'infezione del tratto urinario associato a cateterismo vescicale (CAUTI)
 - *Attivazione nei presidi ospedalieri della procedura per la gestione dei Farmaci LASA*, procedura già in uso presso il Presidio di Villa d'Agri;

- **Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.** La procedura tiene conto delle componenti multifattoriali delle cadute valutando i rischi ambientali ed individuali. Particolare cura andrà riservata alla valutazione dei pazienti al loro ingresso nelle strutture sanitarie, alla terapia farmacologica in corso, alle condizioni neurologiche ,alla capacità di deambulazione e possibilità di mobilitazione con e senza ausili. E' prevista la compilazione di una scheda unica per la segnalazione degli eventi e le loro conseguenze. Tutto il personale coinvolto nel processo assistenziale deve essere sensibilizzato per attuare misure di prevenzione e ottimizzare la gestione del paziente al verificarsi dell'evento. Andranno previsti periodici aggiornamenti del personale tesi ad una corretta gestione e comunicazione degli incidenti. Occorrerà anche attivare interventi mirati alla informazione dei pazienti e dei familiari perché concorrano al miglioramento dell'assistenza;
- **Percorso formativo sul risk management per il Gruppo di Coordinamento Aziendale.** L'accadimento di un evento avverso, ovvero la " probabilità che il paziente subisca un danno o disagio imputabile alle cure prestate durante il periodo di degenza", solitamente è il risultato dell'interazione di numerosi fattori, umani, tecnici , organizzativi e di processo. Il riconoscimento della complessità del Sistema Sanitario rende necessario un approccio multidisciplinare che ben si evidenzia nella costituzione del "Gruppo di Coordinamento Aziendale del Risk Management". **L'obiettivo generale** che s'intende perseguire attraverso la realizzazione del Corso è dunque quello di sviluppare le conoscenze e le abilità necessarie per :
 1. Rilevare, analizzare e valutare in modo sistematico i fenomeni di interesse (quali reclami, contenziosi, incidenti e rischi strutturali, organizzativi e professionali);
 2. Individuare le priorità di intervento elaborando progetti di intervento e/o miglioramento;
 3. Mettere in atto gli interventi progettati ed ottimizzare i processi organizzativi al fine di ridurre il rischio;
 4. Misurare "sul campo" i risultati raggiunti nelle varie articolazioni aziendali;
 5. Divulgare periodicamente i dati raccolti.

Il percorso di formazione rivolto ai componenti del Gruppo dovrà approfondire i seguenti ambiti:

- 1) economico-sanitario
- 2) gestionale-organizzativo
- 3) giuridico, con indirizzo assicurativo
- 4) tecnologico, per le attrezzature biomedicali.

Metodologia del Corso

I moduli di insegnamento dovranno prevedere sia il ricorso alle *lezioni didattiche tradizionali* con le necessarie verifiche dell'apprendimento, sia anche la realizzazione di *seminari e conferenze* su singoli temi di interesse, tenendo conto delle specificità aziendali. Da sottolineare a tal proposito l'ampio bacino di utenza dell'Azienda Sanitaria di Potenza e le numerose strutture di erogazione dei servizi, oltre quelle ospedaliere (strutture riabilitative e per lungodegenti, RSA, ambulatori specialistici, Centri di Salute Mentale, Uffici amministrativi, ecc.);

Azioni per il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini e per la sensibilizzazione degli utenti sulla tematica del rischio

La gestione del rischio in sanità non può prescindere dalla partecipazione attiva del cittadino/paziente, sia nella ricerca sia nell'applicazione degli interventi correttivi dei rischi.

Azioni previste per il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini

- Censimento delle Associazioni che a vario titolo operano nell'Azienda;
- Organizzazione di incontri tra tali Associazioni e il Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management sulla tematica del rischio clinico e su interventi congiunti da programmare per prevenire il rischio e tutelare la sicurezza dei pazienti;
- Apertura del forum aziendale ai contributi delle Associazioni;

Azioni previste per la sensibilizzazione dei cittadini sulla tematica del rischio

- Campagna informativa che utilizzi, oltre che opuscoli e manuali predisposti ad hoc sulla tematica, anche il canale dei mass media per arrivare in maniera capillare là dove il cittadino svolge la sua vita quotidiana e rafforzare l'azione di informazione ed educazione, favorendo anche l'instaurarsi di una relazione di reciprocità e trasparenza tra l'Azienda e la cittadinanza.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DIPIANO SANITARIO NAZIONALE		-1
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI		
GENERALITA'		
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA	
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)		
LINEA PROGETTUALE	n. 16 Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk Management	
TITOLO DEL PROGETTO	16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico	
DURATA DEL PROGETTO	Triennale (2013/2015)	
REFERENTE REGIONALE		
REFERENTI AZIENDALI	Dr. Aldo DIFAZIO	
ASPETTI FINANZIARI		
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 16	euro 1.093.688,00	
Spesa complessiva anno 2013/2015 Progetto 16.3	euro 2.225.000,00	
Spese stimate anno 2013 Progetto 16.3 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	euro 965.188,00	
OBIETTIVI QUALITATIVI	<p>Attivazione/partecipazione ad Audit clinici sia di tipo clinico che organizzativo;- Analisi e verifica del percorso perioperatorio e della check list di sala operatoria (Boarding Card) con valutazione di nuovi percorsi (cardiologia e radiologia interventistica, day surgery);- Potenziamento della "rete del Rischio Clinico" con il coinvolgimento di altre strutture aziendali e/o regionali;- Supporto al CIO (Presentazioni di dati ed azioni correttive da implementare attraverso la formazione del "Lavaggio delle mani" in Sala Operatoria);- Supporto alla Direzione Strategica sulle tematiche della Clinica! Governance in ambito di sicurezza delle cure;- potenziamento delle linee di ricerca sulle seguenti tematiche:• analisi percettiva "ospedale senza dolore";• trasporto intraospedaliero del paziente;• non tecnica! skills• team work in sala operatoria• glicemia e stress nel Dipartimento di emergenza• prevenzione della trombosi venosa profonda- Supporto al paziente nell'immediatezza dell'evento sfavorevole attraverso una policy aziendale di trasparenza;- gestione del contenzioso, limitatamente agli aspetti medico-legali, di concerto con l'U.O. "Affari Generali e Legali"- monitoraggio (osservatorio) del contenzioso, da realizzarsi attraverso le seguenti azioni:• mappa delle aree di rischio all'interno della struttura• sistemi di identificazione degli eventi avversi e quasi eventi (incident reporting, revisione delle documentazione sanitaria, gestione dei reclami);• attività di analisi degli eventi accaduti (audit clinico e root cause analysis anche attraverso la partecipazione attiva del cittadino danneggiato);• applicazione di metodologie proattive di analisi del rischio (FMEA-FMECA, MM&R);-protocolli, linee guida, raccomandazioni, norme di buona pratica (NBP);• sistemi di analisi e monitoraggio del contenzioso medico-legale, di concerto con l'U.O. "Affari Generali e Legali" (archivio informatizzato dei sinistri), al fine di ottenere un quadro della situazione , continuamente aggiornato e in tempo reale, anche ai fini della definizione di azioni per la riduzione degli eventi avversi e della valutazione dei regimi assicurativi;• gestione del contenzioso medico-legale mediante:</p> <p>a. accertamento della natura e della modalità con cui l'evento sfavorevole si è verificato;</p> <p>b. verifica della fondatezza delle doglianze del cittadino;</p>	

AZIENDA SANITARIA MATERA

- c. "istruttoria" medico-legale della pratica, attraverso la redazione di un parere tecnico medico-legale, anche attraverso il contributo tecnico e scientifico degli specialisti coinvolti nella vicenda;
- d. verifica della sussistenza del nesso di causalità tra la condotta posta in essere e l'evento dannoso, l'entità del danno biologico residuo al paziente in modo da predisporre la chiusura transattiva;
- e. sottoposizione a visita il danneggiato ai fini di una valutazione medico legale degli eventi, tanto in termini di nesso di causalità tra la condotta (commissiva o omissiva) e l'evento sfavorevole verificatosi quanto in termini di danno alla persona derivato al paziente e secondario all'assistenza diagnostica e/o terapeutica prestata;
- f. partecipazione alle operazioni peritali e/o di consulenza tecnica a seconda degli ambiti del procedimento giudiziario (penalistico, civilistico).

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Effettuazione di Audit clinici e organizzativi
- Effettuazione di attività di "Safety Walk Round"
- Effettuazione di incontri formativi sulle tematiche della sicurezza all'anno
- Affiancamento e consulenza nella produzione di percorsi clinico assistenziale e percorsi organizzativi
- produzione annuale di un piano Regionale per il Risk Management

INDICATORI NUMERICI

- n.4 Audit/anno
- n.2 attività di Safety Walk Round/anno
- n.5 incontri formativi/anno
- n.1 piano Regionale Risk Management/anno
- numero generale di istruttorie medico legali prodotte/anno

ATTIVITA' PREVISTE

- Attività di "Safety Walk Round" da tenersi nella U.O. di Pediatria e Focus sulle medesime attività già svolte in precedenza;
 - Attività formativa sulle tematiche di pertinenza da stabilire di concerto con l'UO Formazione e con la Direzione Strategica;
 - Partecipazione ad attività congressuali con produzione di lavori scientifici;
 - Sperimentazione dell'attività di Handover nella U.O. Anestesia e Rianimazione del Presidio di Matera.
 - Osservatorio medico legale
 - Istruttoria medico legale di ogni azione sia stragiudiziale che giudiziale
 - Istituzione di avviso pubblico per borse di studio nei profili di medico (1), infermiere (1) e psicologo (1).
 - Acquisto di materiale tecnologico di supporto per didattica ed implementazione di banca dati per il monitoraggio degli eventi
-

AZIENDA SANITARIA MATERA ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI	PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza
TITOLO DEL PROGETTO	16.4 La prevenzione delle Cadute Accidentali - Progetto pilota
DURATA DEL PROGETTO	1 ANNO
REFERENTE REGIONALE	Dott. Vito Petrara
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Vito Petrara - Dr. Aldo Di Fazio - Dott.ssa Chiara Gentile
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 16	Euro 1.093.688,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 16.4	Euro 4.500,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 16.4 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 1.500,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Prevenire le cadute accidentali in due Unità operative individuate come reparti pilota. Attivare un sistema di monitoraggio e segnalazione delle cadute
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Elaborazione di Procedura sulle cadute accidentali per pazienti ricoverati in 2 Unità Operative individuate come reparti pilota. Attivazione di n. 6 incontri formativi. Attivazione di sistema di monitoraggio e di segnalazione delle cadute nei 2 reparti pilota.
INDICATORI NUMERICI	N. 1 Procedura da elaborare ed implementare. N. 6 incontri formativi per la formazione e l'addestramento degli operatori. N. 1 sistema di monitoraggio e di segnalazione delle cadute, da implementare nei reparti pilota
ATTIVITA' PREVISTE	Attività di studio per l'elaborazione della procedura. Attività di Formazione ed addestramento degli operatori sulla corretta applicazione della procedura. Attività di monitoraggio delle cadute.

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI	PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk management
TITOLO DEL PROGETTO	16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica
DURATA DEL PROGETTO	ANNI 2013/2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Vito Petrara
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Vito Petrara - Dr. Aldo Di Fazio - Dott.ssa Chiara Gentile
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 16	€ 1.093.688,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 Progetto 16.5	€ 21.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 16.5 Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 7.000,00 € 7.000,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Aumentare la sicurezza delle prestazioni infermieristiche. Documentare in maniera appropriata le attività infermieristiche erogate. Migliorare la pianificazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica.
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Revisione e sostituzione della documentazione infermieristica in 3 Unità Operative individuate come reparti pilota. Attivazione di n. 12 incontri formativi. Attivazione di 1 sistema di monitoraggio della documentazione infermieristica 1

INDICATORI NUMERICI	N. 3 Unità Operative in cui implementare la nuova documentazione infermieristica N. 12 incontri formativi per la formazione e l'addestramento degli operatori. N. 1 sistema di monitoraggio
ATTIVITA' PREVISTE	Attività di studio per l'elaborazione della Documentazione Infermieristica. Attività di Formazione ed addestramento degli operatori sulla corretta applicazione della stessa. Attività di monitoraggio.

LINEA PROGETTUALE N.17

(N.1 Progetto: 17.1)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA DEI PROGETTI DA PARTE DELLE PRESENTAZIONE
REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.17
TITOLO DEL PROGETTO	17.1 Implementazione del Codice Etico nelle Aziende Sanitarie
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Maria Luisa Zullo
REFERENTIAZIENDALI	Dott.ssa Beatrice Nolè

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 17	Euro 109.733,00
Spesa complessiva stimata (biennio) Progetto 17.1	Euro 109.733,00
anno 2013 Progetto 17.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 109.733,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

Premessa

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza -ASP ha adottato il Codice Etico con la deliberazione n. 137 del 6/3/2013. Tale Codice Etico, con la sua dimensione valoriale, costituisce parte integrante del Codice di Comportamento aziendale, approvato successivamente con deliberazione n. 756 del 18/12/2013, ai sensi del DPR. N. 62/2013.

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda, oltre ai doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta già delineati dal DPR n. 62/2013, contiene gli ulteriori e più specifici doveri individuati in rapporto ai caratteri, alle funzioni, alle tipologie di azioni e al contesto in cui l'Azienda si trova ad operare. L'adozione del Codice Etico, come pure l'adozione del Codice di Comportamento, hanno visto il pieno coinvolgimento e la convocazione in apposito incontro di associazioni, cittadini-utenti ed Ordini Professionali. Altri soggetti coinvolti: l'UPD, l'OIV, il Collegio di Direzione.

Obiettivi Qualitativi

- Lavorare per una piena condivisione dei principi etici dichiarati nel Codice Etico e nel Codice di Comportamento da parte sia dei soggetti interni all'ASP, sia nei soggetti esterni con cui l'Azienda ha rapporti;
- Favorire il miglioramento della qualità dell'attività erogata, mettendo al centro il paziente e perseguendo efficacia e appropriatezza delle prestazioni;
- Garantire la trasparenza, attraverso la circolazione delle informazioni sulle

risorse impiegate e sui risultati ottenuti, e la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte aziendali di governo clinico e le politiche aziendali;

- Valorizzare le risorse umane, individuando nel personale dell'Azienda un patrimonio culturale e professionale da coinvolgere e motivare, anche attraverso la formazione continua sui temi dell'etica e della integrità;
- Dare continuità alle forme di consultazione e partecipazione dei cittadini e delle associazioni.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Stesura del Codice Etico e del Codice di Comportamento aziendale nell'anno 2013, attraverso procedure partecipate che prevedano la consultazione della società civile e dei portatori di interesse;
- Approvazione con delibera del Codice Etico e del Codice di Comportamento entro l'anno 2013, a seguito della ulteriore consultazione del Collegio di Direzione, dei OIV, e dei UPD;
- Definizione ed implementazione di un percorso formativo rivolto sia alle strutture amministrative di supporto sia anche alle diverse articolazioni aziendali che erogano servizi e prestazioni socio-sanitarie, sui temi dell'etica, dell'integrità e della collaborazione professionale per migliorare la qualità delle cure e l'accoglienza dell'utenza;
- Definizione e relativa approvazione di una procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità cosiddetta "Whistleblowing Policy", allo scopo di tutelare chi segnala situazioni di illeciti (anno 2014);
- Elaborazione e adozione della Carta Etica (anno 2014).

INDICATORI NUMERICI

- Incremento degli incontri promossi dai Direttori delle UU.OO.CC. per la conoscenza del Codice Etico e di Comportamento da parte dei collaboratori nel 2014 rispetto al 2013;
- Riduzione dei reclami da parte dei cittadini-utenti nel biennio 2013-2014;
- Mantenimento degli standard sulla trasparenza già raggiunti nel 2013;
- Incremento del numero di personale da formare sul tema nel 2014 rispetto al 2013;
- Incremento del numero di eventi di consultazione ed informazione dei cittadini sui temi dell'integrità nel biennio di valenza del progetto;
- Incremento di segnalazioni di illeciti ed irregolarità da parte dei dipendenti come indicatore di una nuova cultura volta a far emergere la parte sommersa delle condotte illecite.

ATTIVITA' PREVISTE

Per garantire la piena efficacia del Codice Etico e del Codice di Comportamento, e per guidare l'organizzazione aziendale verso l'integrità e l'osservanza dei valori e delle regole di condotta fissate, sono previste le seguenti azioni e misure da realizzare nel biennio 2013-2014:

- Inserimento della integrità e del rispetto del Codice Etico e di Comportamento tra gli obiettivi della performance individuale e della performance organizzativa attraverso il processo di budgeting ed il collegamento tra il Codice Etico, il Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e il Piano della Performance (anno 2014);
- formazione sui temi dell'etica e della legalità (n. 1 corso nel 2013; n. 2 corsi nel 2014);
- inserimento dell'integrità nella comunicazione istituzionale, attraverso il sito web

aziendale e attraverso la rivista con articoli sul tema;

- realizzazione di n. 2 eventi nell'annualità 2014, come di seguito specificato:
 1. una Conferenza dei Servizi sui temi della trasparenza, legalità, integrità e contrasto alla corruzione;
 2. un Info-Day sulla trasparenza ed integrità rivolto a cittadini-utenti, associazioni di volontariato e portatori di interesse;
- inserimento dell'integrità in percorsi di sensibilizzazione rivolti alle scuole secondarie superiori (anno 2014);
- azioni di informazione/sensibilizzazione per elevare la cultura della segnalazione all'interno dell'amministrazione;
- classificazione delle procedure di acquisizione e gestione delle segnalazioni e del campo di applicazione delle segnalazioni attraverso la stesura e l'adozione di una WHISTLEBLOWING POLICY (anno 2014);
- ricerca attiva del rispetto del Codice Etico anche attraverso verifiche periodiche a cura del Servizio Ispettivo e attraverso periodiche supervisioni della dirigenza (anno 2014)
 - misurazione quantitativa e qualitativa delle violazioni al Codice (anno 2014);
- elaborazione della Carta Etica attraverso una procedura partecipata che veda il coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni all'Azienda (anno 2014).

Molte delle attività esposte vedranno la collaborazione tra il Responsabile della Trasparenza ed il Responsabile della prevenzione della corruzione

LINEA PROGETTUALE N.18

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Deliberazioni di G.R. n. 316/2010; n. 1579/2010; 2252/2010; n.1460/2011 e n.1050/2012 n.2252/2010-n.981/2013
LINEA PROGETTUALE	n. 18 – Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Dal 18.a al 18.t) Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012
DURATA DEL PROGETTO	2 anni, ma prevista proroga come da Documento d'Intesa Stato-Regioni per vigenza al 31/12/2014 condiviso nell'ambito del Coordinamento Interregionale della Prevenzione
REFERENTE REGIONALE	D.SSA GABRIELLA CAUZILLO Dirigente Osservatorio Epidemiologico Regionale Tel.0971668839 Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it Dott. Francesco Locuratolo - Ufficio Politiche della Prevenzione - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Regione Basilicata
ASPETTI FINANZIARI	

SPESA STIMATA ANNO 2013 su totale progetti afferenti la LINEA PROGETTUALE 18 (da 18.a.....18.t)	€ 2.624.849,00
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 18 Piano Nazionale della Prevenzione	€ 2.624.849,00
IMPORTO ASSEGNATO ai Progetti (da 18.a.....18.t) a valere su quota vincolata FSN 2013	€ 2.624.849,00

In merito alla linea progettuale 18 la tabella che segue sintetizza l'insieme dei progetti posti in essere giuste DD.GG.RR. sopra riportate e relativamente a ciascun progetto evidenzia, per l'anno 2013, la spesa di realizzo stimata nonché l'importo del FSN Vincolato 2013 ad esso destinato:

tab.1: L.P.18: Piano Nazionale Della Prevenzione - Quota Vincolata Obiettivi Di Piano Fsn 2013
Euro 2.624.849,00

Progetti afferenti la linea progettuale 18	Spesa stimata per Progetto ANNO 2013 Euro:	IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2013 Euro:
18.a) Prevenzione Primaria Delle Malattie Cardiovascolari	320.500,00	320.500,00
18.b) Stratificazione Prediabetici Per Rischio Cardiovascolare	146.000,00	146.000,00
18.c) Sorveglianza e Prevenzione Incidenti Stradali	60.000,00	60.000,00
18.d) Sicurezza nei Cantieri Edili	83.000,00	83.000,00
18.e) Conoscere e Prevenire gli Incidenti Domestici -CASA SICURA	34.200,00	34.200,00
18.f) Censimento Popolazione 0-24 Anni con Patologie Croniche Invalidanti	103.750,00	103.750,00
18.g) Incremento dell'offerta Vaccinale MPR	547.500,00	547.500,00
18.h) Implementazione Sviluppo Sistemi di Sorveglianza Infezioni da HIV	320.000,00	320.000,00
18.i) Controllo e Riduzione della Echinococosi nelle Popolazioni Animali e Prevenzione Patologia Umana e Correlata	55.000,00	55.000,00
18.l) Prevenzione dell'Obesità con Particolare riguardo a quella Infantile e Promozione Stili di Vita Salutari	33.000,00	33.000,00
18.m) Sicurezza Alimentare Controllo e Riduzione Malattie Trasmesse da Alimenti	55.000,00	55.000,00
18. n) Messa a regime della Rete PASSI e OKKIO ALLA SALUTE	100.000,00	100.000,00
18.o) Promozione Allattamento al Seno	22.000,00	22.000,00
18.p1) Prevenzione Primaria e Secondaria dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)-ASP-	86.000,00	86.000,00
18.p.2) Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) – ASM-	70.000,00	70.000,00
18.q) Individuazione Precoce delle Ipoacusie	30.000,00	30.000,00
18.r) Implementazione delle Attività di cui al Progetto "Percorsi Di Solidarietà"	164.000,00	164.000,00
18.s) Approccio Multidisciplinare Sclerosi Multipla: Miglioramento Dei Percorsi Assistenziali (Implementazione)	376.899,00	376.899,00
18.t) Sviluppo del programma di promozione dell'esercizio fisico e della corretta alimentazione nella popolazione anziana	18.000,00	18.000,00
TOTALE generale progetti da 18.a.....18.t	2.624.849,00	2.624.849,00

Riguardo al piano regionale della prevenzione 2010 - 2012, (rif. DGR n. 2252/2010), prorogato al 2013, giusta DGR n. 981/2013, che recepisce lo specifico Accordo Stato - Regioni (rep. atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013), si fa presente di seguito quanto realizzato al 31/12/2013.

Circa il progetto dal titolo “Prevenzione Primaria Delle Malattie Cardiovascolari”, atteso che la Regione Basilicata ha dato un significativo contributo all’implementazione presso l’ISS delle attività del c.d. "Progetto Cuore", cui è correlata questa linea d’intervento, in continuità con il piano regionale della prevenzione 2005 - 2009, le principali azioni svolte hanno riguardato, in particolare, il monitoraggio dei medici di medicina generale e specialisti partecipanti all’iniziativa, e relativo uso della carta del rischio cardiovascolare messa a punto dallo stesso ISS, con il raggiungimento di tutti gli obiettivi attesi.

Per quanto riguarda il progetto dal titolo “Stratificazione Della Popolazione Prediabetica In Base Al Rischio Cardiovascolare Globale, Con Diagnosi Di Eventuale Danno D’organo Precoce”, è stato sottoposto a screening il 25% del target ed inserito in follow-up il 100% dei soggetti portatori di iniziale danno d’organo rilevato a seguito di screening.

Per il progetto dal titolo “Sorveglianza E Prevenzione Degli Incidenti Stradali”

si evidenzia il pieno raggiungimento di tutti gli obiettivi attesi e si sottolinea che l’attività di prevenzione degli incidenti stradali, in termini di promozione degli stili di vita utili anche ad una "guida sicura", resta un obiettivo di salute prioritario nell’ambito delle azioni previste dal programma nazionale "Guadagnare Salute", oggetto anche di un protocollo d’intesa tra Regione Basilicata ed Ufficio Scolastico Regionale.

Riguardo al progetto dal titolo “Sicurezza Nei Cantieri Edili (Progetto Pilota Dell’azienda Sanitaria Locale di Potenza), l’iniziativa ha subito una fase di standby, legata essenzialmente ai carichi di lavoro aziendali rinvenienti dalle attività di vigilanza, al pari del progetto di “prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo (progetto pilota dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera, ove sono persistite criticità organizzative che hanno portato solo al parziale raggiungimento degli obiettivi attesi).

Il progetto dal titolo “Conoscere E Prevenire Gli Incidenti Domestici - Casa Sicura” è stato portato a termine, con la realizzazione nel corso del 2013 di tutti gli eventi formativi previsti e l’implementazione degli scambi informativi con l’INAIL – Direzione Regionale.

Inoltre, nell’ambito delle azioni previste dal progetto di “Censimento Della Popolazione Di 0-14 Anni Affetta Da Patologie Croniche E/O Invalidanti” per ottimizzarne la copertura vaccinale antinfluenzale, è stata data continuità alle iniziative di sensibilizzazione e sono stati osservati valori di copertura in aumento.

Sono stati raggiunti anche tutti gli obiettivi attesi del progetto d’incremento Dell’offerta Vaccinale Anti-MPR.

In merito ai progetti dal titolo “Controllo E Riduzione Della Echinococcosi/Idatidosi Nelle Popolazioni Animali E Prevenzione Della Patologia Umana Correlata” e “Sicurezza Alimentare, Controllo E Riduzione Delle Malattie Trasmesse Da Alimenti”, è stato predisposto il sistema di sorveglianza della echinococcosi/idatidosi e il relativo protocollo di raccolta/archiviazione dati ed è stata organizzata la formazione del personale sanitario interessato (veterinari e medici) e, rispettivamente, sono state redatte le linee guida per le imprese a fini di autocontrollo, implementate le attività di formazione/informazione ed è stato organizzato il sistema di sorveglianza delle MTA quindi l’input dati in apposita banca dati.

Sono stati altresì raggiunti gli obiettivi attesi dei progetti relativi alla “Messa a regime della rete regionale delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute), cui la Regione Basilicata darà continuità anche nel 2014, alla “Promozione Dell’allattamento Al Seno Nell’azienda Sanitaria Locale Di Matera”, osservando la tendenza all’aumento della percentuale di donne che allattano al

seno in maniera esclusiva, alla “Prevenzione Dell’obesità Con Particolare Riguardo A Quella Infantile.....” (Azienda Sanitaria Locale di Matera - Ambito Territoriale dell’ex ASL n. 4 di Matera) e ai n. 2 progetti di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare:

Riguardo al progetto dal titolo “Adolescenza sana e consapevole”, in cui si prevedeva di creare un portale per la diffusione della cultura del benessere tra gli adolescenti, è in osservazione un portale educativo aziendale al fine di testarne efficacia ed eventuali criticità per valutare le possibilità di applicazione su scala regionale nell’ambito delle azioni di promozione della salute oggetto di specifica intesa tra la Regione Basilicata e l’Ufficio Scolastico Regionale.

Ha raggiunto tutti gli obiettivi fissati anche il progetto di “Razionalizzazione dell’Assistenza Diabetologica Secondo Modelli Omogenei Sul Territorio Regionale” e può ritenersi ormai a regime lo screening neonatale per la “Individuazione Precoce Delle Ipoacusie” dato che tutti i punti nascita sono stati dotati delle attrezzature necessarie ed il personale dedicato è stato opportunamente formato all’uso.

In ordine al progetto di Potenziamento della diagnosi precoce dell’infezione da HIV con particolare riferimento alla diagnosi tempestiva dell’infezione primaria, si è effettivamente incrementata l’attività di diagnosi d’infezione precoce nelle more della definizione di un puntuale programma operativo (in progress).

Infine, circa il progetto di implementazione delle attività di sorveglianza epidemiologico-sanitaria delle patologie asbesto-correlate, si è data continuità alle iniziative regionali in corso (da quelle attinenti al registro mesoteliomi a quelle attinenti al monitoraggio del territorio in termini di siti contaminati e bonifiche), sono stati implementati gli scambi informativi sanità-ambiente, si è aderito, nell’ambito della programmazione del CCM – anno 2012, ad un progetto di definizione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti, nell’attesa tra l’altro dell’esecutività del nuovo piano nazionale amianto, già annunciato nell’ultima conferenza governativa, utile a meglio orientare le azioni progettuali.

LINEA PROGETTUALE N.19

(N.2 Progetti: da19.1 a 19.2)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 19
TITOLO DEL PROGETTO	19.1 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE FISICA NEGLI UTENTI PSICHIATRICI
DURATA DEL PROGETTO	Triennio 2013-2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Rocco Libutti- Dipartimento Politiche della persona- Ufficio Pianificazione sanitaria
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Alfonsina Guarino Direttore Dipartimento Salute Mentale ASP Tel 339/1083486 0973/621803 e-mail alfonsina.guarino@aspbasilicata.it

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 19	Euro 874.950,00
Spesa complessiva stimata Progetto 19.1	Euro 800.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 19.1	Euro 799.954,00
Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 799.954,00

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il Piano di Azioni , Nazionale per la salute mentale (PANSM), approvato in Conferenza unificata con Accordo n. 4/CU del 24 gennaio 2013 , tra gli obiettivi specifici e le azioni programmatiche prevede la Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico.

I soggetti con disturbi psichiatrici incorrono in un rischio di morbilità e mortalità maggiore di quello della popolazione generale. Le malattie somatiche contribuiscono a ridurre la durata di vita dei nostri pazienti e spesso non sono adeguatamente diagnosticate e trattate. L'elevata mortalità è correlabile a stili di vita non corretti ,agli effetti metabolici della terapia psicofarmacologica e alla scarsa attenzione riguardo alla salute fisica da parte degli operatori sanitari e degli stessi pazienti.

I Pazienti con disturbo bipolare e schizofrenico hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare malattie endocrine e metaboliche . Nonostante l' obesità riconosca un elevato rischio genetico , il suo rapido incremento negli ultimi 20 anni sottolinea la rilevante eziologia di cause non genetiche quali stili di vita non salutari. Studi clinici ed epidemiologici suggeriscono che le persone affette da schizofrenia mostrano una percentuale più elevata di aumento ponderate, obesità e diabete r i s p e t t o alla popolazione di controllo. Tale rischio viene ampiamente aumentato dall'uso psicofarmaci. Anche se nella maggior parte dei casi il controllo dei sintomi

psichiatrici giustifica tali rischi è sempre opportuno effettuare uno stretto monitoraggio delle conseguenze metaboliche ed endocrine ,considerando l ' uso dei farmaci a rischio più basso. Obesità addominale, dislipidemia, ipertensione e alterazioni della glicemia costituiscono i criteri diagnostici per la sindrome metabolica. I pazienti schizofrenici sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di tale sindrome. Per il monitoraggio e trattamento della sindrome metabolica è necessario che le valutazioni basali includano la misurazione del peso, della circonferenza vita, della pressione arteriosa, della glicemia a digiuno, dell'assetto lipidico all'inizio del trattamento antipsicotico per gli esordi psicotici e successivamente a intervalli programmati. Una diminuzione dell' apporto calorico giornaliero, un aumento dell'esercizio fisico e consulenze infermieristiche dovrebbero essere raccomandati a qualsiasi paziente che ha aumentato il suo peso e sia a rischio per sindrome metabolica.

-
E' necessario promuovere percorsi diagnostici, terapeutico-riabilitativi multidisciplinari e multiprofessionali

OBIETTIVI QUALITATIVI

- Realizzare uno studio sulla comorbidità fisica e stili di vita dei pazienti psichiatrici.
- Promuovere percorsi di cura attraverso l'integrazione tra servizi.
- Sviluppare un programma di educazione alimentare e di attività fisica rivolto agli utenti dei CSM.
- Stabilire piani di collaborazione con i MMG.
- Elaborare un protocollo di intesa ed operativo con il SIAN.
- Promuovere la collaborazione con gli Istituti Alberghieri del territorio.
- Effettuare incontri psicoeducativi con le famiglie per supportare i pazienti nel percorso riabilitativo.
- Adottare strategie per la promozione della salute fisica degli utenti psichiatrici.
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti psichiatrici.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Raccogliere i dati antropometrici per ogni pz arruolato.
- Raccogliere i dati del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo per ogni pz arruolato.
- Raccogliere i dati del metabolismo e del funzionamento cardiaco per ogni pz arruolato.
- Raccogliere i dati inerenti le abitudini di vita dei pazienti per ogni pz arruolato.
- Attuare n. 4 incontri informativi su alimentazione e attività fisica con il personale del SIAN per ogni pz arruolato.
- Attivare n. 1 laboratorio di cucina per ogni CSM .
- Programmare n. 3 esercitazioni pratiche sulla scelta degli alimenti per una corretta alimentazione.
- Effettuare n. 4 incontri iniziali informativi con le famiglie e periodiche riunioni alla presenza del paziente per le verifiche sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- Effettuare n. 3 incontri con i MMG e il SIAN.

INDICATORI NUMERICI

- N. di CSM coinvolti.
- N. di pazienti psichiatrici a rischio contattati (90%).
- N. di pazienti psichiatrici arruolati(60 %).
- N. di pazienti trattati.
- N. di test di screening del metabolismo e del funzionamento cardiaco allo stato basale e negli intervalli programmati.
- N. dati antropometrici (peso, altezza, circonferenza addominale).
- N. BMI (Body mass index).
- N. GAF (Global Assessment of Functioning).
- N. medio di passi per sessione nel gruppo cammino ,rilevato con il contapassi.
- N. di famiglie coinvolte nel programma.
- N. di MMG coinvolti n e l Progetto.

ATTIVITA' PREVISTE

- Organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti m pazienti psichiatrici e alle loro famiglie.
- Attivare un sistema informativo specifico in cui inserire i dati rilevati.
- Valutare il quadro internistico , i fattori di rischio e lo stile di vita del paziente psichiatrico.
- Valutare le condizioni psicopatologiche e il tipo di psicofarmaco prescritto.
- Discutere il caso clinico in equipe e coinvolgere il MMG nell' assistenza e trattamento del paziente.
- Effettuare incontri motivazionali con il paziente e la famiglia nel CSM per l'adesione al trattamento.
- Effettuare lo screening previsto e il monitoraggio programmato.
- Sostituire l'antipsicotico nei soggetti a rischio.
- Costituire un gruppo di cammino in ogni CSM e organizzare uscite con frequenza settimanale.
- Consegnare agli utenti un contapassi per le uscite.
- Programmare n. 3 esercitazioni pratiche inerenti le scelte del pasto e le porzioni degli alimenti da parte di esperti della nutrizione, con il coinvolgimento delle famiglie.
- Elaborazione di un opuscolo che fornirà informazioni sui fattori di rischio della sindrome metabolica e complicanze cardiovascolari e sulla promozione della salute tistica nei pazienti psichiatrici.

RISULTATI ATTESI

- Individuazione degli utenti a rischio per la sindrome metabolica e disturbi cardiovascolari.
- Modificare le abitudini alimentari dei pazienti.
- Promuovere l'attività tistica nei pazienti psichiatrici molto sedentari.
- Correggere stili di vita non salutari.
- Ridurre le complicanze internistiche e cardiovascolari nei pazienti psichiatrici.

F.to

Il Direttore DSM ASP
Dott. ssa Alfonsina Guarino

AZIENDA SANITARIA MATERA

psico- terapeutiche e riabilitative ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 19 Superamento O.P.G. e Salute Mentale
TITOLO DEL PROGETTO	19.2 - Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale)
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI (2013/2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Rocco Libutti- Dipartimento Politiche della persona- Ufficio Pianificazione sanitaria
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Domenico Guarino
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 19	EURO 874.950,00
Spesa complessiva stimata anni 2013/2015 Progetto 19.2	EURO 236.000,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 19.2	EURO 74.996,00
Progetto 19.2: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	EURO 74.996,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Implementazione delle attività psico-terapeutiche e socio riabilitative rivolte ai pz. con patologie gravi in carico CSM e nelle strutture residenziali e semiresidenziali
OBIETTIVI QUANTITATIVI	Recupero abilità personali e sociali dei pazienti psichiatrici gravi Definizione e utilizzo di una scheda di progetto riabilitativo di progetto socio assistenziale e psico - terapeutico per ogni pz. preso in carico
INDICATORI NUMERICI	Almeno 30 pazienti del DSM presi in carico nei progetti di recupero socio riabilitativo e psicoterapeutico riabilitativo
ATTIVITA' PREVISTE	Indizione di tre borse di studio riservate rispettivamente a 2 Assistenti sociali e uno Psicologo necessari per lo sviluppo di percorsi di presa in carico e di trattamenti integrati bio psico sociale.

LINEA PROGETTUALE N.20

(N.2 Progetti: da20.1 a 20.2)

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
Delibera Regionale (Data e Numero)	
LINEA PROGETTUALE	n. 20 Sicurezza nei luoghi di lavoro
TITOLO DEL PROGETTO	20.1 Osservatorio aziendale per la sicurezza sul lavoro
DURATA DEL PROGETTO	Triennio 2013-2015
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione- Osservatorio Epidemiologico Regionale-Responsabile ReNaM COR Basilicata- Dipartimento Politiche della Persona Regione
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sebastiano Papa

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 20	Euro	218.737,00
Spesa complessiva stimata (anni 2013/2015) Progetto 20.1	Euro	125.000,00
Spesa stimata anno 2013 Progetto 20.1	Euro	121.515,00
Progetto 20.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro	121.515,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'osservatorio aziendale dell'Azienda ASP di Potenza, insieme all'osservatorio regionale per la sicurezza sul lavoro ha quale mission, la sorveglianza, la gestione, ma soprattutto la prevenzione del rischio correlato all'ambiente di lavoro con finalità di abbattimento significativo dell'incidenza di malattie collegate all'attività lavorativa

esso dovrà realizzare:

- una rete territoriale integrata di sicurezza nell'ambiente lavorativo

e dovrà prevedere:

- la programmazione di opportuni protocolli condivisi fra operatori sanitari finalizzati all'emersione e riconoscimento di malattie professionali
- la programmazione di attività coordinate tra i servizi delle aziende per la promozione di stili di vita salutari nell'ambiente lavorativo
- l'istituzione di un numero verde regionale per la segnalazione di situazioni di rischio, per la richiesta di informazioni ed assistenza

Di supporto all'osservatorio risulta di particolare interesse l'adozione di opportuna piattaforma informatica aziendale atta ad integrare informazioni rivenienti:

- dai diversi attori che a vario titolo interfacciano le proprie professionalità nei diversi ambiti di settore;
- dai sistemi di sorveglianza disponibili;

con l'obiettivo di conseguire il consolidamento dei sistemi di monitoraggio del rischio e delle patologie di lavoro.

La piattaforma informativa aziendale dovrà inoltre essere dotata di cruscotto decisionale atto a:

- facilitare il coordinamento dell'attività di vigilanza
- valutare qualità ed efficacia dell'attività di vigilanza e delle iniziative di promozione della salute

realizzate

- facilitare la pianificazione di programmi di controllo e di promozione della salute e della sicurezza
- essere dotato di un set di indici epidemiologici relativi ad infortuni gravi e mortali

La piattaforma dovrà inoltre integrare lo sviluppo di contenuti e procedure condivise tra INAIL e Azienda nell'ambito della piattaforma web (INAIL) per la gestione del flusso "datore di lavoro -INAIL", e dovrà essere di supporto ai decisori al fine di individuare azioni mirate a promuovere la risoluzione dei problemi identificati o alla riduzione, misurabile e verificabile, del rischio nelle aree considerate. Tali rilevazioni, con il monitoraggio e l'analisi dei dati epidemiologici, verranno assicurate dai professionisti dell'Azienda ed in particolare da un medico e da un tecnico della prevenzione coadiuvati da un assistente amministrativo.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Abbattimento dell'incidenza degli infortuni sul lavoro e dell'insorgenza di malattie correlate all'attività lavorativa dei cittadini, con conseguente abbattimento della spesa socio-sanitaria.
- Razionalizzazione della spesa in materia di programmazione di attività coordinate tra i servizi delle aziende per la promozione di stili di vita salutari nell'ambiente lavorativo.

INDICATORI NUMERICI

- Numero segnalazioni rivenienti da numero verde regionale
- %copertura territoriale del sistema informativo
- % utilizzatori del sistema informativo
- Numero infortuni sul lavoro calcolato per trimestre e settore di riferimento
- Ore di malattia professionale su ore lavorative (%) per lavoratore e/o per settore
- Numero casi di invalidità per settore
- Numero casi di invalidità sul territorio regionale
- Percentuale di invalidità

ATTIVITA' PREVISTE

- Istituzione osservatorio aziendale regionale
- Realizzazione piattaforma informatica .
- Attivazione di congrue ed efficaci politiche di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali
- Promozione di programmi di prevenzione
- Miglioramento delle attività di monitoraggio e controllo

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO
NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n.20 Sicurezza nei luoghi di lavoro
TITOLO DEL PROGETTO	20.2 RADIOPROTEZIONE DEI LAVORATORI
DURATA DEL PROGETTO	1 anno
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Gabriella Cauzillo Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione- Osservatorio Epidemiologico Regionale- Responsabile ReNaM COR Basilicata- Dipartimento Politiche della Persona Regione Basilicata
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Maria Molinari

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 20	Euro 218.737,00
Spesa complessiva stimata Progetto 20.2	Euro 97.222,00
Spese stimate anno 2013 Progetto 20.2	Euro 97.222,00
Progetto 20.2 importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013	Euro 97.222,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

1. Disporre di una serie storica e continuativa di rilevazioni; di poter interrogare i parametri del paziente in tempo reale, ed in qualsiasi momento della giornata durante la quale si trova all'interno del reparto, nonché di ridurre drasticamente l'esposizione del personale medico ed infermieristico alle radiazioni emesse dal paziente, rendendo così più sicura l'attività giornaliera.
2. Introdurre e sviluppare un sistema che consenta di misurare i parametri vitali dei pazienti sottoposti a terapie radiometaboliche al fine di non implicare il contatto fisico tra di essi e l'operatore sanitario

La radioprotezione è una disciplina dinamica la cui continua evoluzione è fondata sul progresso delle conoscenze scientifiche e sulla messa a punto di nuove metodiche e di nuovi strumenti tecnologici. L'implementazione delle pratiche radioprotezionistiche è basata su un sistema di laboratori, attrezzature di misura e metodi di indagine che costituiscono complessivamente la tecnologia della radioprotezione.

L'intervento operativo della radioprotezione si attua a diversi livelli, che riguardano da un lato

il monitoraggio dell'ambiente e della popolazione e dall'altro la sorveglianza degli impianti, delle apparecchiature e dei lavoratori potenzialmente esposti.

Nell'ambito della radioprotezione del personale medico e paramedico preposto all'assistenza di pazienti trattati mediante RTM con I-131, il livello operativo maggiore da mettere in atto è l'acquisizione di parametri (ambientali necessari per garantire il monitoraggio continuo delle condizioni dell'ambiente e dell'esposizione del personale.

La radioprotezione di operatori, pazienti e della popolazione in genere è fondata sui principi di giustificazione, ottimizzazione e limitazione delle dosi. Tra gli accorgimenti tecnici da adottare, rientra il monitoraggio ambientale degli aeriformi, il che consente di valutare i valori della radioattività espulsa dal reparto e, quindi, l'impatto ambientale. Per ciò che concerne i rifiuti radioattivi connessi alle attività di reparto di Medicina Nucleare, è d'obbligo mettere in atto specifici criteri di gestione, al fine di arginare i rischi di rilevanza radiologica per la popolazione e per l'ambiente.

In merito alla corretta e specifica gestione di pazienti oncologici e sottoposti a RTM con I131, in regime di ricovero protetto, sarebbe auspicabile l'implementazione di un monitoraggio fisiologico continuo di detti pazienti, garantendo nel contempo la condizione di massima sicurezza possibile per il personale sanitario preposto alle rilevazioni. Per monitoraggio si intende la registrazione in modo continuativo e in tempo reale dei dati relativi ai parametri vitali del paziente

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Riduzione della radioesposizione di lavoratori e pazienti

INDICATORI NUMERICI

- Riduzione di insorgenza di eventi patologici correlati alla radioesposizione

ATTIVITA' PREVISTE

Sviluppare ed applicare un sistema organico, hardware e software, che consenta di effettuare il monitoraggio continuativo dei parametri vitali dei pazienti soggetti a terapie con radionuclidi, con apporto minimo di operatori esterni. In tal modo, si ottiene una visione globale dello stato del paziente, si ha la possibilità di verificare precocemente l'insorgenza di eventi patologici e si hanno informazioni circa la migliore scelta assistenziale e terapeutica, il tutto risparmiando, se non azzerando, la radioesposizione dei lavoratori preposti. Considerando la tipologia di paziente e le relative condizioni cliniche, sarebbe possibile decidere quali sono i parametri vitali che meritano un continuo monitoraggio (ECG, HR, posizione, SP02, temperatura...), laddove il rilievo della radioattività è invece previsto per ciascun paziente. Molteplici vantaggi che avrebbero luogo se un tal sistema fosse messo in pratica:

l'automatizzazione dei processi di misurazione, la fruizione dei dati in tempo reale e un sistema di alert andrebbero a supportare le decisioni del personale medico ed il lavoro del personale infermieristico; un solo strumento in grado di monitorare più parametri e, grazie alla completa modularità del sistema, la possibilità di variare in ogni momento i sensori a seconda delle esigenze specifiche del paziente; un dispositivo non ingombrante, totalmente wireless e facile da indossare grazie ai comodi supporti biocompatibili; il dispositivo e l'intertaccia grafica sono semplici ed intuitivi da utilizzare per i medici, gli infermieri e gli stessi pazienti, senza alcun bisogno di supporto tecnico specializzato

ALLEGATO N.2

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI
AGLI OBIETTIVI DEL PSN 2006-2008, A CARATTERE
PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE**

DGR N.1802/2012

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI
AGLI OBIETTIVI DEL PSN 2006-2008, A CARATTERE
PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE**

DGR N.1802/2012

La Regione Basilicata con la DGR n.1802/2012 ha approvato i progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale secondo le linee di cui all'Allegato A, Parte I e Parte II dell'Accordo rep. n.227/CSR del 22 novembre 2012, come di seguito riportato:

Linea progettuale	Progetto	Finanziam.to ex art 1, c. 34, L.n.662/96 anno 2012
PARTE I		
1. Attività di assistenza primaria	Assistenza territoriale integrata per la Basilicata - (ATIB)	€ 3.894.052
2. Non autosufficienza	Sperimentazione regionale del sistema informativo sociale nella rete dei servizi per la non autosufficienza	€ 2.607.840
	2.a Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali	€ 217.320
	2.b Costituzione ed organizzazione della rete regionale per le demenze	€ 217.320
	2.c Riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione e della lungodegenza	€ 217.320
3. Cure palliative e terapia del dolore	Applicazione della Legge n.38/2010 nella Regione Basilicata: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"	€ 1.086.600
4. Interventi per le biobanche di materiale umano	Progetto per la raccolta e la conservazione di unità di sangue da cordone ombelicale	€ 162.990
	4.a Sviluppo di un Network Regionale per la raccolta, la conservazione e la caratterizzazione di biomateriale oncologico	
5. Sanità Penitenziaria	Attuazione del DPCM 1.04.2008 in materia di assistenza penitenziaria nella regione Basilicata	€ 500.000
6. Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano	Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano	€ 300.000
7. Tutela della maternità e	Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato	€ 217.320

promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	7.a Supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" ed alla prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza	
8. Malattie rare	Istituzione della rete regionale per le malattie rare (MR) in Basilicata	€ 217.320
9./9.a Valorizzazione dell'apporto del volontariato	Verso un "sistema volontariato lucano in ambito socio-sanitario e sanitario"	€ 1.076.321
10. Riabilitazione	Progetto per la realizzazione di un gruppo appartamento-famiglia per giovani alcolisti con finalità di inserimento lavorativo - Attivazione Stroke Unit	€ 467.363 € 500.000
11. Salute mentale	Le attività di ippo-ono terapia nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e nella riabilitazione alcologica 11.a "Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile: proposta di una sperimentazione gestionale	€ 100.000 € 100.000
12. Piano della prevenzione	Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012	€ 2.607.840
PARTE II		
1 Misure dirette al contrasto delle diseguaglianze sociali in sanità	1 Attività e Strumenti per contrastare le diseguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure 1.a Istituzione di un servizio di intermediazione linguistico-culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera "S. Carlo" 1.b Istituzione di un servizio in Odontostomatologia presso il Centro Pediatrico Bambin Gesù – Basilicata 1.c Da un sistema di progetti ad un progetto di sistema	€ 543.300
2 Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità	2 Prevenzione della depressione post-partum e dei disturbi psichici nelle fasi del ciclo vitale della donna. 2.a Attivazione "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo di Potenza	€ 108.660
3 Diagnosi di infezione da HIV	Potenziamento della diagnosi precoce della infezione da HIV con particolare riferimento alla diagnosi	€ 162.990

	tempestiva dell'infezione primaria	
4 Promozione di una rete per i tumori rari	4 Realizzazione di una rete regionale per la valutazione epidemiologica, la diagnosi, il trattamento e la ricerca nei tumori rari 4.a Promozione di protocolli e linee guida nell'ambito della creazione di una rete nazionale e regionale per i tumori rari	€ 162.990
5 Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate	Implementazione delle attività di sorveglianza epidemiologico-sanitaria delle patologie asbesto-correlate	€ 108.660
	Totale	€ 15.576.206

La somma di euro 15.576.206 è stata utilizzata per la realizzazione dell'intero programma regionale di cui si illustrano le attività svolte nell'anno 2013:

1. Attività di assistenza primaria

Assistenza territoriale integrata per la Basilicata

("Riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale")

Referente: D.ssa Rocchina Giacoia – Ufficio Risorse Umane e Rapporti con il SSR – Dip. Politiche della Persona – via Anzio, 74 – 85100 Potenza tel. 0971/668868 e-mail: rogiacoi@regione.basilicata.it

Durata del progetto: triennale ANNO 2010-2012

Soggetti coinvolti:

Medici di medicina generale (MMG, PLS, MCA, personale medico specialista, personale sanitario non medico, personale non sanitario)

Impianto progettuale:

Il progetto si articola nei punti di seguito riportati:

1. valorizzazione dell'associazionismo medico nelle forme della medicina di gruppo e in associazione anche in forma mista;
2. potenziare la medicina territoriale valorizzando il ruolo centrale del medico di medicina generale e l'integrazione ospedale-territorio.
3. integrazione dei medici di c.a. nelle attività distrettuali.

Relazione finale.

In riferimento al progetto presentato per gli anni 2010-2012 dal titolo "Assistenza territoriale integrata per la Basilicata", nell'ambito della reinterpretazione del rapporto territorio – ospedale, continua l'attività di potenziamento e riorganizzazione dell'offerta di prestazioni sul territorio, che diventa il luogo in cui viene intercettato il bisogno sanitario e vengono presi in carico, in modo unitario e continuativo, le necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

In tale contesto il progetto si proponeva, come obiettivo, l'individuazione di forme organizzative strutturali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

Tale obiettivo si persegue potenziando la medicina territoriale, valorizzando il ruolo centrale del medico di medicina generale e l'integrazione ospedale-territorio; sono stati individuati, pertanto, nell'ambito di un territorio geograficamente organizzativamente e culturalmente omogeneo, tre modelli organizzativi da sperimentare:

1. Il primo in un tessuto urbano densamente popolato e dove sono disponibili, spesso in diverse sedi, servizi sanitari di diverse tipologie, presidi ospedalieri, SERT, Dipartimenti di Salute mentale, laboratori specialistici convenzionati ecc.
2. Il secondo in un contesto dove i servizi sanitari sono concentrati, di fatto, nella sede distrettuale e in un centro polifunzionale che si vuole trasformare nella forma organizzativa di che trattasi.
3. Il terzo presso la sede dell'ospedale distrettuale, nel cui ambito è inserita anche la sede distrettuale con tutti i servizi sanitari territoriali, con inserimento di tutti gli studi dei medici di MG nell'ospedale distrettuale che diventerebbe il centro unico per l'erogazione di tutti i servizi sanitari.

La sperimentazione in questione costituisce la naturale evoluzione di esperienze acquisite in precedenza attraverso la riorganizzazione dell'assistenza territoriale che ha implicato il passaggio graduale dalle forme associative semplici a quelle più complesse, con presenza anche di medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali, assicurando, in tal modo, oltre alla continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

In alcune realtà aziendali la sede, dove sono allocati i servizi sanitari, è stata messa a disposizione dal distretto, in tale sede vi è anche il servizio di continuità assistenziale assicurato dalla presenza di un medico per turno, per un totale di 4 medici. Questi svolgono la loro attività nella sede messa a disposizione dal distretto, che pur facendo parte della stessa struttura è dotata di un ingresso indipendente, con la possibilità di collegarsi all'ATIB, garantendo l'apertura 24 ore su 24 con la possibilità di accesso alla cartella personale dei medici di continuità assistenziale attraverso un collegamento alla rete dell'ATIB.

Il progetto si è sviluppato a macchia di leopardo estendendosi dal territorio dell'Azienda di Matera, in cui ha trovato prima applicazione, anche nel territorio dell'Azienda Sanitaria

ASP di Potenza ed in particolare nell'area sud della Regione Basilicata, ambito territoriale di Lagonegro.

Obiettivo centrato con l'ATIB (tra gli altri) di Maratea dove una medicina di gruppo ed un medico che svolge anche attività di continuità assistenziale si sono trasferiti presso il presidio ospedaliero distrettuale occupando una delle quattro ali del distretto. Qui, inoltre, è attiva la continuità assistenziale ed il punto territoriale di primo soccorso. Obiettivo dato agli stessi è quello della riduzione dei ricoveri impropri soprattutto per le patologie di basso peso (DRG). I medici di MG in gruppo hanno inoltre un ufficio di segreteria con due segretarie che mira alla accoglienza dell'utenza ed alla umanizzazione. I MMG inoltre effettuano formazione ai propri assistiti anche mediante specifici video di cui sono dotati negli spazi di attesa.

La fortunata locazione ha permesso da subito di rispondere ai due requisiti principali del progetto ATIB e cioè l'apertura dei studi nelle 24 ore con la collaborazione della continuità assistenziale e la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso (codici bianchi). I MMG inoltre nel periodo estivo collaborano con l'Azienda nell'istituzione della Guardia Medica Turistica, di fatto contribuendo a snellire gli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Gli stessi sono in perfetta sincronia anche con tutte le altre attività di tipo specialistico che si tengono nella stessa sede nonché per i servizi di laboratorio analisi e radiologia che si trovano nella struttura ospedaliera adiacente. Viene utilizzato lo sportello CUP presente per le attività distrettuali ed il centralino presente nel presidio ospedaliero e formato, insieme con il volontariato per dare precise informazioni su tutta l'attività che si svolge in queste sedi. I MMG in gruppo sono inoltre collegati in "rete" e si sono uniformati nel seguire il percorso paziente.

Oltre all'attivazione dei protocolli già in essere con le attività del Dipartimento di prevenzione, con la U.O. Area Cure Primarie e con le attività Ospedaliere, al fine di favorire la necessaria integrazione ospedale/territorio nei processi di prevenzione e cura, nonché dei percorsi di assistenza, è stata svolta opera di sensibilizzazione con i MMG al fine di migliorare l'integrazione ospedale – territorio e portare materialmente gli studi medici nelle strutture distrettuali, sia ospedaliere che ambulatoriali.

Si sono tenute riunioni periodiche a livello distrettuale e sono state proposte attività formative. Proprio la continuità nella formazione e nella collaborazione con la Medicina Primaria ha portato al raggiungimento di importanti obiettivi di contenimento delle spesa e di congruità nelle prestazioni, in modo particolare nei settori del monitoraggio della spesa farmaceutica ed in quello della migrazione sanitaria passiva.

Un contributo fondamentale al processo di integrazione dei MMG e medici ospedalieri aziendali è venuto dalla sperimentazione dell'equipe territoriale (SETAP), valido anche per gli anni 2011-2013, i cui obiettivi, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, consistono in:

- osservatorio della mobilità ospedaliera extraregionale, regionale e aziendale;
- individuazione del livello di evitabilità del ricovero ordinario inappropriato;

- integrazione del governo della domanda e gestione dell'offerta specialistica ospedaliera nel rapporto tra medico di MG, cittadino, Specialista Ospedaliero e Medico Aziendale.

In conclusione importanti obiettivi sono stati raggiunti ma resta di importante rilevanza la necessità di continuare a migliorare il rapporto dei medici di assistenza primaria con i medici ospedalieri, gli specialisti ed i medici di continuità assistenziale per convergere verso l'appropriatezza clinica del ricovero e di tutte le prestazioni sanitarie, già avviata con la presenza dei MMG in gruppo nelle strutture distrettuali.

2. Non autosufficienza

STATO DI AVANZAMENTO PROGETTO SINA

La Basilicata partecipa al progetto sperimentale per la costruzione del Sistema Informativo Nazionale Non Autosufficienza (SINA) del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. In analogia con il Progetto Nazionale, è stata inserita nella Cartella Sociale regionale Informatizzata un'apposita scheda per realizzare un flusso di dati individuali, da trasmettere al sistema sperimentale nazionale, al fine di acquisire una conoscenza più completa ed omogenea sul fenomeno.

A partire dall'estate 2011 i Comuni hanno man mano cominciato ad inserire prioritariamente i dati nel modulo SINA degli utenti in carico ai servizi.

Nel 2013 si è proceduto

- alla sistematizzazione e all'editing dei dati;
- all'analisi di qualità dei dati raccolti;
- alla verifica con i referenti locali circa le difficoltà incontrate e gli eventuali malfunzionamenti.

Con determinazione dirigenziale n. 72AJ.2012/D.00228 del 24/4/2012 è stato affidato all'ATI Synergia S.r.l. di Milano – TAB Consulting di Potenza, per € 80.000,00 a valere sul finanziamento SINA, il potenziamento del Sistema Informativo Sociale della Basilicata (SISB) per la rilevazione di dati individuali caratterizzanti le persone non autosufficienti attraverso la realizzazione di un flusso di dati individuali in rispondenza ai debiti informativi nazionali sul set minimo del SINA, senza gravare i servizi comunali di ulteriori rilevazioni riducendo, nel contempo, i rischi di una duplicazione delle stesse.

Nell'ambito di tale affidamento, l'ATI ha affiancato gli operatori regionali per i solleciti ai Comuni per l'inserimento dei dati SINA e per l'ottimizzazione della gestione del sistema al fine di garantire la cadenza trimestrale degli invii all'INPS.

L'ATI ha, inoltre, svolto le seguenti attività:

- studio per il calcolo di indicatori di programmazione a partire dai dati delle schede SINA;
- supporto scientifico per l'analisi di qualità dei dati raccolti;
- studio di fattibilità per l'integrazione del flusso dati SINA nel più ampio Sistema Informativo Sociale della Basilicata.

Nel 2013 sono stati effettuati n. 2 invii di file xml all'INPS, per un totale di n. 292 schede. I Comuni che hanno inserito almeno un a scheda sono 34 su 131. La distribuzione delle schede inserite per Comune è illustrata dalla seguente tabella

Comune	N.ro schede SINA inserite
Avigliano	16
Balvano	5
Brindisi Montagna	11
Calvello	6
Castelgrande	6
Cirigliano	1
Corleto Perticara	7
Forenza	3
Gorgoglione	4
Grottole	7
Guardia Perticara	4
Lagonegro	10
Lauria	15
Marsicovetere	8
Melfi	41
Missanello	4
Muro Lucano	1
Palazzo San Gervasio	1
Picerno	1
Pietrapertosa	3
Potenza	34
Rionero in Vulture	14
Roccanova	4
Rotonda	6
Scanzano Jonico	1
Spinoso	5
Stigliano	1
Tito	1
Tolve	10
Tramutola	6
Trecchina	8
Vaglio Basilicata	4
Venosa	38
Vietri di Potenza	6
Totale complessivo	292

Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali

Il Centro di Riferimento Regionale per la sclerosi multipla dell'Ospedale San Carlo ha registrato anche nell'anno 2013 un incremento di attività di diagnosi e cura di questa patologia, aumentando la presa in carico di nuovi pazienti provenienti anche dalle regioni limitrofe, inoltre l'immissione in commercio delle terapie orali ha fornito una nuova e aggiuntiva importante opportunità terapeutica. Sin dalla sua istituzione il Centro ha perseguito l'obiettivo di fornire al paziente un'assistenza completa e multidisciplinare, coinvolgendo e coordinando l'intervento di differenti figure professionali ed è in grado di fornire ogni tipo di assistenza medica e infermieristica. Il Centro dispone di spazi dedicati alla somministrazione di terapie infusive con immunosoppressori; attività di day-hospital per la completa gestione routinaria dei pazienti. Esiste la possibilità di attivare, attraverso il day-service percorsi privilegiati per l'esecuzione di indagini di neuroimaging quando il ricovero risulti inappropriato. Il Centro dispone di personale medico rappresentato dal Primario della U.O. di Neurologia e da un Dirigente Medico, che svolgono attività ambulatoriale per 10 giorni al mese e di una infermiera specializzata, dedicata a tempo pieno ed è dotato di un recapito telefonico diretto che risponde alle richieste dei pazienti in tempo reale. Allo stato vengono seguiti circa 450 pazienti, con controlli periodici ogni 3-4 mesi a seconda delle caratteristiche cliniche della malattia e delle terapie in atto.

Per quanto riguarda la gestione della fatica e dei disturbi cognitivo-comportamentali, è prevista la valutazione neuropsicologica dei pazienti, attraverso la somministrazione di opportune batterie di test, mentre per l'aspetto riabilitativo, i pazienti sono sottoposti a trattamenti specifici già durante il periodo di degenza o vengono inviati a strutture specialistiche riabilitative afferenti alla stessa Azienda Ospedaliera.

Gli avanzamenti nella ricerca in ambito farmacologico consentiranno in futuro di influire in maniera sempre più incisiva sul decorso clinico della malattia, pertanto, poiché nei prossimi mesi è prevista l'immissione in commercio di nuove terapie, l'obiettivo è garantire ai pazienti tutte le opportunità terapeutiche disponibili, cercando di personalizzare il trattamento, con l'obiettivo prioritario di modificare in senso positivo il decorso naturale della malattia. Ulteriore obiettivo è la preparazione di nuovo personale infermieristico da dedicare specificatamente all'ambulatorio SM, anche attraverso la partecipazione a corsi nazionali di formazione, per assicurare in maniera continuativa l'assistenza necessaria. Il Centro vuole comunque offrire ai propri pazienti non solo una semplice terapia, ma un processo completo di presa in carico in cui la qualità della vita riveste un ruolo imprescindibile e ciò richiede al medico la capacità di fornire la migliore risposta possibile alle domande poste dai pazienti.

Costituzione ed organizzazione della rete regionale per le demenze

La tendenza progressiva all'invecchiamento si evince da una serie di dati che mostrano l'ineluttabilità della stessa.

E' ormai persino superfluo ricordare che nei prossimi decenni le stime mondiali parlano di un incremento esponenziale delle fasce di età con oltre 50 anni.

Nel 1950 le persone anziane nel mondo rappresentavano l'8% della popolazione nel 2050 raggiungeranno in Europa il 24% ossia nell'arco di 100 anni triplicheranno.

Questo scenario ci pone di fronte ad un altro problema rilevante che coinvolge direttamente la nostra Regione.

E' dato incontrovertibile che la popolazione lucana sia tra le più longeve d'Italia [rapporto CEIS 2009: gli over 65enni rappresentano 1/5 della popolazione, la quota di over 75enni ha un peso pari al 9.9% superiore tanto al valore Italiano (9.6%) che a quello del Sud (8.5%)] e che questo dato, in perfetto accordo con ciò che accade nel resto dei paesi industrializzati, tenderà a consolidarsi nei prossimi decenni.

Il marcato incremento dell'aspettativa di vita, con il numero di anziani che è progressivamente cresciuto ha determinato un mutamento demografico che ha avuto ripercussioni importanti sulla salute pubblica.

Il dato più macroscopico è che il crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative a tal punto che esse diventeranno nel giro dei prossimi anni (ove già non lo siano) una vera e propria emergenza sanitaria.

Accanto alle patologie cardiovascolari, respiratorie, osteometaboliche, traumatiche, neurologiche ... si espande il dato dell'aumento esponenziale negli over 65enni delle patologie involutive cerebrali

E' stato calcolato che circa il 12% dei degenti nei reparti medici è affetto da *demenza*.

Da una indagine del Censis del 2006 si evince che in Italia vi sarebbero circa 520.000 malati con una incidenza annua di circa 80.000 nuovi casi; considerando l'attuale andamento demografico si prevede che nel 2020 ci saranno 213.000 nuovi casi di demenza.

Con decreto Ministeriale 20 luglio 2000 è stato avviato il Progetto Cronos (protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer);

la Regione Basilicata ha individuato 3 UVA (UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER) una delle quali operante all'interno della UO - CEIMI del presidio ospedaliero di Venosa.

L' UVA ha garantito lo studio ed il trattamento nei suoi 10 anni di attività della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio della ex ASL 1 costituendo punto di riferimento per i pz, i familiari, i MMG.

Il 1° obiettivo è la diagnosi. A tale scopo è presente un

Ambulatorio Demenze all'interno del quale viene eseguita una *ValutazionePsicoMetrica* che prevede attraverso la somministrazione di una

batteria di test neuropsicologici (MMSE, ADL, IADL, GDS [Geriatric Depression Scale], Clock test, memoria autobiografica, memoria semantica, test di Corsi, test di racconto, parole di Ray rievocazione immediata-rievocazione differita, Token test, Fluenza verbale per categoria, Matrici attenzionali, Matrici a colori di Raven, Global deterioration scale)

ed una *valutazione clinica*, di esplorare le problematiche di memoria, decadimento cognitivo ed alla fine di diagnosticare le diverse forme di demenza senile (dalla MCI

all'Alzheimer, dalle demenze vascolari alle miste, dalla fronto temporale alla d. a corpi di Levy...);

Inoltre tale valutazione viene anche effettuata (*tutti i giorni della settimana*) attraverso il Day Service Geriatrico opportunità per quei pz che per problematiche vuoi economiche vuoi sociali (la solitudine e l'abbandono sono la principale maledizione della vecchiaia) non hanno la possibilità di poter eseguire in proprio gli esami previsti dal protocollo Alzheimer e che comprendono: emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, Cl, Mg, Ca, Transaminasi, GGT, colesterolo e trigliceridi, elettroforesi proteica, VES, FT3, FT4, TSH, Vit B12, folati, TPHA, es urine; ECG, Rx torace, TC o RMN encefalo, in alcuni casi selezionati la SPECT cerebrale, ecocolor doppler TSA.

I pz individuati quali portatori delle patologie sotto elencate continuano ad essere seguiti nel tempo dall'UVA. Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività dell'ambulatorio UVA nell'anno 2013

dati attività anno 2013- CEIMI Venosa	
DIAGNOSI	quantità
Deterioramento cognitivo	42
Demenza mista	82
MCI	48
M. Alzheimer	53
M. Alzheimer con MCV	49
M. Alzheimer con disturbi psico-comportam	17
S. Depressiva	36
Non deteriorato	10
S. Ansioso depressiva	7
Demenza fronto temporale	2
Demenza a corpi di lewy	6
Oligofrenia	3
Demenza con Parkinson	7
Parkinson	3
Deficit mnesici ed attentivi	8
totale	391
Ambulatorio di Geriatria	

1^ visita	87
Controlli	16
Totale	103

L'Ambulatorio UVA costituisce inoltre l'unico punto di riferimento per i familiari per la risoluzione dei complessi problemi che attengono la gestione del pz demente (non solo Alzheimer) soprattutto quando subentrano disturbi psico-comportamentali.

E' dunque la sua presenza un trait d'union col territorio. La gestione diretta fino allo scorso anno (essendo stato il CEIMI anche il Centro di controllo delle Cure Domiciliari) e successivamente la collaborazione dei servizi con la UO delle CD ha permesso, per quanto attiene strettamente la problematica demenza, di gestire a domicilio, pz con malattia severa non trasportabili in Ospedale, complicati da disturbi psico-comportamentali ed in terapia con *antipsicotici* il cui uso, che necessita di *piano terapeutico (off label)*, comporta il periodico monitoraggio delle condizioni cliniche soprattutto cardiache. (Controllo bimestrale secondo le indicazioni AIFA fatte proprie dalla Regione Basilicata e dalla ex ASL 1 - comunicazione del 6-2-2007).

Il progetto di "costituzione ed organizzazione della rete regionale per le Demenze" offre un modello quanto mai attinente alle esigenze attuali e pur nella complessità reale o apparente della sua realizzazione individua il percorso assistenziale da compiere per la presa in carico globale dei pazienti dementi e delle loro famiglie.

Nell'anno 2012 si è realizzato il progetto regionale "Riorganizzazione della rete regionale delle demenza". Tale progetto approvato con DGR n. 1113/2011e ss.mm.ii, garantisce opportunità ai soggetti nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali) e promuove interventi sia sanitari sia sociali per assicurare il più alto livello di benessere possibile per i pazienti affetti da tale patologia.

Il progetto si pone i seguenti obiettivi:

- a) Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva della demenza.
- b) Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari.
- c) Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali.
- d) Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi.
- e) Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie.
- f) Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali.
- g) Creare una rete di assistenza che individui i percorsi più idonei in base alla fase e

agli stadi in cui la patologia si manifesta nel paziente. A seconda dello stadio della malattia il paziente sarà preso in carico dalle differenti strutture individuate nella rete (nucleo demenze, RAS, riabilitazione, domicilio, centro diurno, DH etc...). A garantire la presa in carico globale del paziente sarà l'Unità Valutativa delle Demenze (UVD) quale centro di riferimento per i pazienti e per le famiglie che dovrà svolgere le seguenti funzioni:

- diagnosi e tipizzazione della demenza avvalendosi, quando necessario, del ricovero in DH geriatrico all'esordio della malattia e di tecnologie di ultima generazione (RMN 3 Tesla);
- valutazione multidimensionale per la pratica di invalidità civile e indennità di accompagnamento;
- valutazione per l'ingresso nei Centri Diurni Alzheimer negli stadi lievi-moderati della malattia;
- valutazione per l'ingresso in strutture residenziali di sollievo;
- prescrizione di presidi e ausili;
- diagnosi e trattamento della comorbidità;
- diagnosi e trattamento dei disturbi psico-comportamentali associati;
- monitoraggio del trattamento con farmaci anticolinesterasici e antipsicotici;
- counselling con i familiari e supporto al care – giver del paziente;
- creazione di una Carta della Memoria (CDM) per ogni paziente.

Così come previsto nel citato progetto l'UVD allocata presso la U.O.C. Geriatria dell'Azienda Regionale San Carlo rappresenta il Centro HUB della rete essendo dotata di specifiche professionalità e apparecchiature tecnologiche e garantisce, oltre alle attività e funzioni svolte dalle UVD territoriali sotto descritte le seguenti funzioni:

- ricerca epidemiologica;
- diagnosi e tipizzazione della demenza e follow up delle popolazioni e/o famiglie a rischio di demenza, quali le forme di Alzheimer familiare e/o giovanile;
- valutazione dei deficit cognitivi post-ictus;
- vasculopatie cerebrali familiari quali il CADASIL ecc;
- forme di malattia di Parkinson familiare;
- ogni utile collaborazione con l' IRCCS di Rionero dove siano testate le potenzialità di test diagnostici su campioni biologici o con neuroimmagini per la diagnosi sia precoce che differenziale delle diverse forme di demenza e per la validazione con neuroimaging funzionale dei test cognitivi comunemente utilizzati nelle demenze;

- l'organizzazione corsi di formazione sia per il personale dell'Azienda e sia per tutte le figure esterne che parteciperanno a tale progetto.

Nel prossimo futuro si prevede la realizzazione di un'altra UVD allocata presso l'Ospedale di Pescopagano che sarà composta dal personale medico geriatra o un neurologo, uno psicologo ed un assistente sociale ed integrata da altre figure professionali (infermiere professionale e/o terapeuta della riabilitazione) e dovrà garantire, come le UVD territoriali:

- diagnosi e tipizzazione delle demenze,
- valutazione multidimensionale per la pratica di invalidità civile e indennità di accompagnamento;
- diagnosi e trattamento della comorbidità;
- monitoraggio del trattamento con farmaci anticolinesterasici e antipsicotici.

L'UVD, inoltre, dovrà svolgere le ulteriori funzioni di seguito indicate:

- raccordo con MMG che pone il sospetto diagnostico e svolge la funzione di raccordo tra il paziente, la sua famiglia e tutte le strutture della rete;
- integrazione con il Centro HUB sopra descritto con il Comitato Tecnico Scientifico Regionale;
- integrazione con i servizi territoriali e con le Associazioni Alzheimer.

Nell'anno 2012 si è costituito, così come prevede il progetto di riferimento, il Comitato Scientifico Regionale composto da:

- responsabili delle UVD presenti nel territorio regionale;
- un epidemiologo della Regione;
- un esperto in Informatica;
- Direttore Scientifico medico, scelto dalla Regione e non più designato dalla Società Scientifica Geriatrica (SIGG- SIGOT) con il compito di coordinare tali Comitato.

Tale organismo suindicato si è riunito più volte nel corso dell'anno 2013 per la programmazione, razionalizzazione e formazione delle attività proprie dello stesso.

Nell'anno 2013, l'ambulatorio UVD ha eseguito n. 155 prime visite e n. 924 visite di follow-up prestazioni; l'ambulatorio delle demenze, allocato presso la U.O.C. di Geriatria, ha erogato n. 316 prestazioni e 30 accessi in regime di Day Hospital.

Rispetto all'annualità precedente si registra un aumento del 10% delle prestazioni ambulatoriali e una significativa riduzione degli accessi in day hospital (-44% anno 2013 vs 2012) così come previsto dalla normativa in materia di *spendig review*. (DGR 298 e ss.mm.ii).

Relativamente all'aggiornamento professionale del personale medico ed infermieristico

nell'anno 2013 la S.S. di U.O.C. Demenze ha realizzato i seguenti percorsi formativi:

- n. 5 corsi di formazione presso la Casa Divina Provvidenza (DON UVA) per counselling ed educazione alle famiglie dei pazienti affetti da demenza;
- un corso di formazione rivolto ai neo assunti infermieri dell'U.O.C. Geriatria per l'assistenza in reparto e in ambulatorio per i pazienti affetti da demenza;
- evento formativo con la collaborazione della psicologa dell'AOR San Carlo, Dr.ssa Tempone M.G, dal titolo "psicologia dell'invecchiamento";
- n.4 meeting dal titolo "Alzheimer e caffè" presso la Casa Divina Provvidenza (DON UVA) al fine di relazionare familiari, operatori sanitari e pazienti;
- corso formazione, in collaborazione con la caposala della U.O.C. Geriatria, rivolto agli studenti del corso di laurea in "Scienze infermieristiche e Logopedia" a sulla gestione del paziente ricoverato nella struttura affetto da demenza;
- formazione on the job rivolto ai MMG sulle modalità di diagnosi e cura delle problematiche inerenti le demenze

Infine, si segnala la collaborazione con la Presidente dell'"Associazione dei familiari dei pazienti affetti da demenza" al fine di implementare un percorso per la stesura e la divulgazione della "Carta dei diritti dei malati affetti da demenza".

Riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione e della lungodegenza

L'Azienda Sanitaria di Potenza – ASP ha attivato n. 6 posti letto per pazienti con postumi di gravi cerebrolesioni acquisite e versanti in coma vegetativo e/o minima responsività in ottemperanza della DGR n 2102/2005.

Pertanto all'interno della UOC area medica di assistenza post-acuzie del PO di Lauria è stato istituito un nucleo operativo autonomo funzionalmente di 6 posti letto a supporto della precedente tipologia assistenziale. Sono stati definiti i criteri di eleggibilità per l'accesso nel nucleo operativo come di seguito descritto

a) sono eleggibili pazienti in coma vegetativo cronico ossia da tre a sei mesi dall'evento acuto se l'evento patologico è sostenuto da un accidente vascolare e/o post anossico, e dopo dodici mesi dall'evento acuto se questo è sostenuto da un fatto traumatico

b) sono eleggibili pazienti nella fase post-acuta che non sono eleggibili nelle unità per gravi cerebrolesioni acquisite (cod 75) ma seguono il percorso tipo 2 di cui al documento stato vegetativo e stato di minima coscienza redatto dalla commissione di studio e ricerca sullo stato vegetativo istituita con decreto del ministero della salute il 12 settembre 2005. Nel corso del 2013 sono stati trattati pazienti con postumi di gravi cerebrolesioni acquisite e coma vegetativo, attraverso un processo già in precedenza iniziato ed attualmente sostenuto con propri oneri di bilancio.

Di seguito si riporta il costo sostenuto per questa linea progettuale nell'anno 2013:

costo anno 2013 una unità coma vegetativi Lauria	
voce di costo	importo
Personale dipendente	410.000
farmaci e presidi	34.000
materiale economale	2.500
Riscaldamento	10.000
Utenze	8.500
Energia elettrica	6.000
Totale costi anno 2013	471.000

Il Piano Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-2015 approvato nell'adunanza del Consiglio regionale del 24 luglio 2012 ha assegnato all'Azienda Ospedaliera San Carlo - AOR un ruolo centrale e strategico per il trattamento di patologie acute e di elevata complessità, indicandola quale struttura di riferimento regionale per una serie di reti cliniche assistenziali interaziendali.

In tale ambito, il progetto di "riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione e lungodegenza", avviato negli anni precedenti, fondato su ampie evidenze di carattere epidemiologico relative a gravi patologie cerebrali e midollari e da analisi ha trovato nell'anno 2013 pieno compimento attraverso la realizzazione di un piano industriale a valenza triennale nel quale vengono definite le modalità, i tempi e le risorse necessarie per l'attivazione di un polo riabilitativo di alta specializzazione.

Al fine di porre in essere attività coerenti con le indicazioni de Piano della Salute, la Direzione Strategica ha costituito un gruppo di lavoro deputato alla predisposizione di un progetto che manifestasse oltre che l'adeguatezza degli interventi da porre in essere anche le concrete incidenze in termini di sostenibilità.

Il progetto, esaminato anche dal Collegio di Direzione nell'ambito della seduta del 25 marzo 2013, è stato successivamente approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 139 del 05 aprile 2013.

Il progetto riabilitativo prevede l'attivazione di nuovi servizi riabilitativi di alta specializzazione che si integrano con le attività riabilitative già esistenti di Fisiopatologia Respiratoria, Ortopedia e Riabilitazione (codice 56), lo sviluppo delle attività ambulatoriali e la condivisione di specifici protocolli di integrazione tra la fase acuta e quella riabilitativa.

Nello specifico il progetto prevede un articolato e puntuale piano di interventi strutturali, tecnologici ed organizzativi finalizzati a :

1. all'attivazione di un Centro riabilitativo di III° livello, dotato dell'Unità per le Gravi

Cerebrolesioni Acquisite (UGCA - con codice disciplina 75), e per le mielolesioni (Unità Spinale U.S., con codice disciplina 28) per il trattamento delle lesioni midollari, l'attivazione di un modulo di lungodegenza (codice 60) riabilitativa, medica e per pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, che si devono integrare con le attività di riabilitazione intensiva (codice 56) per neuromotulesi e riabilitazione cardiorespiratoria e con le restanti attività per acuti già operativi nella struttura;

2. all'implementazione e sviluppo di percorsi assistenziali tra l'Ospedale San Carlo e l'Ospedale di Pescopagano finalizzati alla gestione integrata e multidisciplinare della fase acuta e riabilitativa di pazienti affetti da patologie complesse, sia dal punto di vista clinico che assistenziale, che richiedono, pertanto, un modello organizzativo di "presa in carico" che consenta una risposta adeguata e complessiva alle problematiche di salute e socio-assistenziali del paziente e dei suoi familiari;

3. al potenziamento delle attività ambulatoriali, soprattutto per quelle branche specialistiche che presentano un' elevata domanda.

Relativamente al primo punto, la scelta di integrare all'interno dell'AOR San Carlo le funzioni di eccellenza per acuti con quelle della riabilitazione di alta specialità, consolida da un lato il ruolo di riferimento regionale dell'Ospedale San Carlo per il trattamento delle patologie acute e di elevata complessità, che gli altri ospedali periferici per acuti non possono garantire, e dall'altro valorizza il ruolo e le funzioni dell'Ospedale di Pescopagano nella fase post acuzie, con l'implementazione di attività riabilitative intensive, di alta specialità, per pazienti con gravi cerebrolesioni e per le mielolesioni.

Tale ultima scelta è stata operata nella consapevolezza che tali tipologie di strutture riabilitative sono assenti nella nostra regione, il che costringe spesso a trasferire questi pazienti presso le poche strutture presenti al sud, o presso altre strutture riabilitative presenti nella maggior parte nelle Regioni del Centro-Nord d'Italia.

L'impossibilità di garantire la continuità assistenziale nello stesso ambito territoriale, con l'inevitabile trasferimento dei pazienti cerebrolesi e mielolesi presso strutture riabilitative extraregionali di 3° livello, determina inevitabilmente:

- un'interruzione della continuità di cura con la struttura ospedaliera che ha garantito il trattamento nella fase acuta della malattia;
- un continuo disagio anche nella continuità delle cure a domicilio, conseguenti ai lunghi e faticosi trasferimenti necessari a garantire tutte le attività di controllo della malattia;
- disagi e costi economici per la famiglia, costretta a seguire il congiunto lontano dal loro ambiente di vita;
- un incremento significativo dei costi per la Regione, stimato per tali patologie in circa 2.500.000 di euro l'anno.

Gli obiettivi posti dal progetto assumono, quindi, una rilevanza strategica per l'intero Sistema Salute della Regione Basilicata se si tiene in forte considerazione che il

trattamento delle gravi mielolesioni e/o cerebrolesioni richiede un modello organizzativo che si fonda sul coordinamento e l'integrazione di varie unità operative ospedaliere e territoriali dislocate sul territorio regionale.

Le patologie trattate sono, infatti, gravate dalla possibilità di sviluppare disabilità, transitorie o permanenti, e come tali, richiedono un sollecito e qualificato intervento prima da parte delle unità operative per acuti e successivamente dei servizi di riabilitazione di alta specializzazione, che a loro volta stabiliscono strette relazioni con la rete delle strutture riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere, definendo di concerto con il Sistema dell'Emergenza Urgenza (118) e il DEA, i protocolli di comportamento, dal momento del soccorso sul territorio e nella fase acuta affidata ad altre strutture.

Il percorso assistenziale del paziente con mielo e cerebro lesioni, soprattutto nelle forme prevalenti di natura traumatica, si fonda, infatti, su protocolli operativi condivisi tra le diverse tipologie di strutture coinvolte (emergenza-urgenza, DEA, centri di riabilitazione di terzo livello), nell'ambito della rete regionale del trauma, nel quale si definiscono le modalità ed i tempi dell'intervento, l'integrazione delle diverse competenze e professionalità coinvolte nonché le risorse necessarie, con l'obiettivo prioritario di garantire una risposta unitaria ed appropriata nelle diverse fasi di cui si compone l'assistenza.

In particolare i protocolli devono garantire:

- che il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno necessità (criteri di "accessibilità" e "copertura della rete");
- che gli interventi siano effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socio-ambientali (criterio di "tempestività");
- che vi sia garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali (criterio di "continuità");
- che ogni intervento di presa in carico riabilitativa sia guidato da un progetto riabilitativo individuale e conseguentemente orientato all'outcome globale della persona servita (criterio della "presa in carico omnicomprensiva");
- che vengano effettuati interventi di validità riconosciuta e condivisa (criterio di "efficacia" o dell'Evidence Based Medicine);
- che sia facilitata la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura e riabilitazione al paziente e alla sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente");
- che sia realizzato un sistema indipendente, imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole prese in carico e complessiva della rete

integrata dei servizi di riabilitazione sanitaria e sociale (criteri di "valutazione efficacia" e "valutazione efficienza").

In tale percorso il Centro di Riabilitazione di Alta Specialità dell'Ospedale di Pescopagano deve:

1. soddisfare i bisogni riabilitativi delle persone clinicamente stabilizzate, affette da grave cerebro lesione acquisita e da grave mielolesione;
2. ottimizzare i percorsi di cura e ulteriormente qualificare l'assistenza attraverso la definizione di specifici protocolli con le altre strutture sanitarie della Regione Basilicata;
3. ottimizzare i costi dell'assistenza relativamente alle gravi disabilità.
4. garantire il raggiungimento di standard assistenziali adeguati alla gestione delle disabilità più complesse;
5. offrire risposte adeguate ai bisogni riabilitativi in settori di nicchia, di nuova individuazione o per patologie particolari che non rientrano tra quelle epidemiologicamente più rilevanti sul piano riabilitativo, ma per le quali si registra una domanda da parte delle strutture dell'intera Regione Basilicata;
6. consentire il miglioramento dell'offerta sanitaria complessiva dell'A.O.R. San Carlo mediante l'implementazione e sviluppo di percorsi assistenziali post-acuzie a favore di pazienti ricoverati e necessitanti di cure riabilitative intensive e/o estensive o di alta specialità.

Per quanto riguarda invece i percorsi assistenziali tra l'Ospedale San Carlo e l'Ospedale di Pescopagano, secondo punto del progetto, l'obiettivo è quello di definire e condividere tra i professionisti operanti nelle strutture per acuti e di riabilitazione dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo specifici percorsi integrati e multidisciplinari in grado di gestire in maniera unitaria alcune specifiche patologie, dalla fase acuta alla fase squisitamente riabilitativa, per garantire il recupero e/o il massimo miglioramento possibile delle funzioni psico-fisiche del paziente.

Il completamento del percorso assistenziale integrato "acuzie – riabilitazione" all'interno dell'Azienda consente, innanzitutto, di monitorare l'efficacia degli interventi di cura e terapia messi in atto dai professionisti dell'Azienda, sia nella fase acuta che in quella riabilitativa, favorendo in tal modo il confronto e la verifica dei risultati ottenuti, il confronto degli stessi con gli standard di riferimento nazionali e internazionali e, in caso di scostamenti significativi, la eventuale riprogettazione degli interventi, il tutto finalizzato al miglioramento continuo della qualità (MCQ) delle prestazioni erogate, secondo il modello di presa in carico del paziente.

Infine, Il piano prevede, al terzo punto, il potenziamento delle attività ambulatoriali per quelle branche specialistiche per cui si registra un forte domanda interna ed esterna, attraverso l'ulteriore coinvolgimento di professionisti dell'Ospedale San Carlo, nonché lo sviluppo di processi di integrazioni tra l'ASP e l'AOR, nel rispetto delle indicazioni regionali dettate dal nuovo Piano della Salute.

Nella tabella seguente sono riportate le ore di attività svolte dal personale dell'Azienda Ospedaliera "S. Carlo" con i relativi costi sostenuti nel 2013 necessari per la predisposizione/realizzazione del progetto (sopralluoghi, verifiche delle tecnologie, valutazioni di carichi di lavoro ,individuazione dei team assistenziali etc.):

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore	Costo orario €	Costo Totale €
Ingegnere	3	800	2400	26,20	62.880,00
economista	1	350	350	26,20	9.170,00
geometri e periti tecnici	2	400	800	18,00	14.400,00
amministrativo	1	700	700	18,00	12.600,00
Direzione Sanitaria Pescopagano	1	250	250	26,20	6.550,00
Costi generali					10.000,00
Totale	8	2.500	4.500		115.600,00

3. Cure palliative e terapia del dolore

Le Aziende sanitarie regionali proseguono nel processo di attivazione delle reti di cure palliative e di terapia del dolore, come previsto dalla Legge n.38/2010. E' stata curata la formazione:

- corso ECM sulla tematica: "Le basi della nutrizione artificiale in ospedale e a domicilio - I corso residenziale Basilicata-Calabria nei giorni 19 e 20 aprile 2012;
- I Congresso (SICP) Basilicata sulla tematica: "Cure Palliative non Oncologiche" nei giorni 8-9/06/2012.

Si sono concretizzati protocolli di intesa:

Protocolli per ricovero in Hospice - Protocolli per dimissione da Hospice e presa in carico dall' ADI- Protocolli con associazione di volontariato di assistenza – Protocolli fra COSD aziendali (Venosa) e alcune Unità Operative sul tema "dolore". Nell'ambito del superamento del concetto "Comitato Ospedale Senza Dolore" da trasformare in "Ospedale e Territorio senza dolore", è operativo un tavolo permanente regionale fra i vari esperti aziendali che stanno ponendo in essere una proposta operativa per la riorganizzazione sul Territorio della "Terapia Antalgica" che prevede una strutturazione in rete dei Centri hub e spoke articolati con i MMG e con i Centri di Cure palliative. E' in atto la pianificazione e la strutturazione delle cure palliative pediatriche su tutto il territorio, con il reclutamento dei bambini, dei loro Pediatri e della loro relativa Formazione, in un contesto di piena operatività e di una messa in rete con l'impianto organizzativo delle cure palliative degli adulti. Sono stati attivati i posti letto di hospice, per complessivi 34 posti letto, così distribuiti

- Azienda Ospedaliera San Carlo - Potenza 12 p.l.
- Azienda Sanitaria di Matera (Hospice di Stigliano) 18 p.l.
- C.R.O.B. 8 p.l.

Al fine di rispondere ai requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000 “atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri di cure palliative – hospice, sono stati effettuati lavori di ammodernamento e ristrutturazione degli spazi fisici delle strutture individuate come hospice.

L'analisi dei dati di attività del 2013 è sovrapponibile agli anni precedenti, in quanto se ne rileva una stabilità delle prestazioni.

Va ribadito che a domicilio le prassi e i processi di qualità sono oramai diventati strumenti indispensabili per rispondere ad una domanda sempre più esigente e articolata.

La terapia del dolore e la nutrizione artificiale rappresentano, in termini d'utilizzo di risorse (economiche, strutturali, organizzative e umane) le attività preponderanti e per tale ragione quelle meglio misurabili e, in quanto tali, espressione di qualità. E in ragione della qualità, si è reso necessario adottare quelle misure che stanno contribuendo ad un ulteriore, necessario, consumo di risorse. I dati statistici riferiti alla terapia del dolore denotano un leggero calo rispetto all'anno precedente (-17.11%) e con un decremento del consumo diretto di oppiacei, compensato tuttavia da prescrizioni esterne dirette e indirette che, anche se non quantificabili, esprimono un assetto culturale maturato. Nel 2013 sono stati trattati 293 pazienti in nutrizione artificiale di cui 174 in nutrizione enterale, 83 in nutrizione parenterale e 36 in nutrizione mista. Sono state eseguite 3833 giornate di NPD (nutrizione parenterale domiciliare). Tale fotografia è in perfetta linea con le indicazioni delle linee guida nazionali ed internazionali del settore che tendono a salvaguardare il più possibile la funzionalità di un apparato gastrointestinale inteso anche come organo immunoprotettivo.

Il lieve decremento del numero dei giorni di presa in carico [24456 (2013) vs 27240 (2012)(-10.22%)] correlato con la media dei giorni di presa in carico per paziente (+0.78%) sono in linea con il calo dei pazienti gestiti.

Persistono le gestioni domiciliari difficili [(manutenzione port, cvc, peg e picc) (154 nel 2013 vs 180 nel 2012 con un (-14.44%)] o della somministrazione di terapie complesse (emotrasfusioni, farmaci speciali) (403 nel 2013 vs 313 nel 2012 con un +28.75%). Tale dato, eclatante ed ineccepibile, è l'espressione più autorevole del concetto di “Cure Domiciliari Complesse”, vero unico argine alla ospedalizzazione impropria.

Sono state effettuate 27 visite ambulatoriali, 228 consulenze esterne domiciliari, 60 consulenze intraospedaliere.

Per quanto attiene l'utilizzo delle risorse umane è opportuno fare delle precisazioni. Dal 14 febbraio 2011 si è aggiunta una Unità medica che, pur utilizzata parzialmente anche dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari, ha rafforzato la Parte Pubblica nel consolidato modello in outsourcing con una cooperativa sociale che fornisce prestazioni (mediche, infermieristiche, psicologiche) il cui governo clinico è assicurato dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative, garante e gestore di tutte le prassi e delle modalità operative. Tale risorsa aggiuntiva medica, insieme all'outsourcing ha

salvaguardato anche per il 2013 la copertura della domanda.

A otto anni dall'inizio di allestimenti a domicilio di PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico eco guidato) finalizzati a supportare la qualità delle prestazioni infermieristiche, nel 2013 sono stati eseguiti 176 impianti (+10.69% rispetto al 2012), a testimonianza di una domanda certa e sempre più consolidata.

Una considerazione finale va fatta sulla tipologia delle patologie. Sono infatti confermate come preponderanti le gestioni di malattie neoplastiche terminali a prognosi più infausta (polmone, fegato, pancreas, stomaco, vie biliari), quelle fortemente cronicizzanti a elevato carico assistenziale (prostata) e sembrano stabili quelle a prognosi meno severa come leucemie e mielomi. In particolare sono sempre presenti nella nostra gestione le malattie croniche ad elevata intensità assistenziale (SLA – sclerosi multipla) per le quali si rimarca la necessità di finanziamenti dedicati. Nello specifico emerge un dato che può essere definito storico: il rapporto tra pazienti oncologici e non oncologici è ormai del 50% circa e sembra lontanissimo l'anno 2003 quando tale rapporto era 90 a 10.

Azienda Sanitaria di Matera:

Personale dipendente Hospice Stigliano (2 medici, 7 infermieri di cui 1 coordinatore, 3 OOS);

Medici Dirigenti Distretti (n.15) 1 g/settimana a settimana x medico -

Medici Palliativisti (n.2) 1 g/settimana a settimana x medico -

Medici fisiatri (1), neurologi (1), chirurghi (1) 1 g/mese per medico -

Infermieri territoriali della ASM (n.20) 1 g/mese x infermiere -

Psicologi (3) 1 g/mese x psicologo -

Assistenti sociali (n.4) 1 g/mese x assistente sociale.

Prestazioni ambulatoriali di Cure Palliative: visite, ecografie, iniezione di sostanze terapeutiche, ecc. effettuate c/o Ospedali distrettuali di Tinchi e Stigliano: Prestazioni ambulatoriali totali presso Ospedale distrettuale Tinchi n. 604 - Ospedale Distrettuale Stigliano n. 512

MMG (15 accessi annuali x paziente, mediamente sono 220 nell'anno)

4. Interventi per le biobanche di materiale umano

Progetto per la raccolta e la conservazione di unità di sangue da cordone ombelicale

Scopo di questo progetto è realizzare una collaborazione di alta qualificazione scientifica sulla base della quale definire protocolli per la raccolta e il conferimento di cellule staminali da cordone ombelicale finalizzato al trapianto. L'esecuzione di queste procedure richiede il rispetto di alcuni requisiti, fra i quali rivestono una fondamentale importanza la corretta identificazione dei campioni biologici da cui le cellule sono ottenute, la costante documentabilità del profilo termico di criopreservazione, la definizione, valutazione e registrazione dei parametri relativi alla sicurezza del prodotto manipolato, nonché l'utilizzo di un appropriato Sistema Qualità. Pertanto, nel corso del progetto, verrà realizzata la collaborazione con una Banca di Cellule Staminali Umane che consentirà di mettere a punto programmi di formazione per tutti gli operatori implicati in queste attività.

Obiettivi

- Definizione delle caratteristiche e dei requisiti minimi per l'individuazione dei punti nascita della Regione nei quali effettuare la raccolta dei cordoni ombelicali.
- Definizione di accordi e/o convenzioni con una Banca di cellule staminali per lo stoccaggio dei cordoni e definizione di protocolli operativi per la raccolta ed il trasporto dei cordoni. Attivazione di corsi di formazione specifici per gli operatori coinvolti (ostetrici, ginecologi).

In riferimento agli obiettivi indicati nel progetto, già approvato nel programma anno 2009 con la D.G.R. N.1646/2009, si è provveduto, con il parere del Comitato Tecnico Regionale per il buon uso del sangue, a individuare la Banca Regionale SCO dell'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, quale partner per la collaborazione e per il conferimento delle cellule staminali da cordone ombelicale.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 216/2010 la Regione Basilicata ha preso atto dell'Accordo Operativo con la Banca SCO del Policlinico Umberto I e ha dato mandato all'Azienda San Carlo e all'ASM di procedere alla sottoscrizione dello stesso. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo, il Centro Regionale di Coordinamento e Compensazione (CRCC) dell'Azienda San Carlo ha predisposto il Protocollo Operativo che riporta, tra l'altro, l'elenco delle strutture sanitarie che fungeranno da Centri di Raccolta con l'individuazione dei relativi referenti e definisce le procedure relative all'intero percorso: dall'accettazione della donatrice, al prelievo del cordone, al trasporto e al follow up.

È stato avviato il percorso formativo degli operatori coinvolti, sia del Servizio Trasfusionale che della Sala Parto, dell'Azienda San Carlo e dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, individuate dal progetto quali strutture capofila.

Questi operatori provvederanno a loro volta, secondo la metodologia "a cascata" a formare il personale degli altri Centri di Raccolta di Policoro, Melfi, Villa D'Agri e Lagonegro, individuati dalla legge regionale n. 23/07.

L'esigenza dell'azienda è quella di completare il processo di attuazione di un servizio di raccolta e trasporto del sangue cordonale in attesa che venga attuata in pieno la Legge regionale n. 23 del 18-12-2007. Tale legge infatti prevede l'istituzione di *una rete regionale di raccolta delle cellule staminali cordonali per lo stoccaggio definitivo presso una struttura di Banking di altra Regione già esistente, accreditata e riconosciuta dalla normativa vigente, nell'ambito dei rapporti convenzionali in atto ... (art 8)*".

La creazione di C.Ra.S.Co. (centro di raccolta del sangue cordonale) presso i punti nascita prevede l'acquisto di:

1. Buon quantitativo di sacche dedicate alla raccolta del sco (sangue cordonale)
2. Un frigorifero per la conservazione immediata delle sco raccolte
3. Una Bilancia
4. Una basculante
5. Una saldatrice per sacche
6. Una linea telefonica con apparecchio fax
7. Idoneo training per il personale (medico e ostetrico)

Il trasporto delle sacche di sangue cordonale rappresenta il punto nevralgico del progetto. Le difficoltà da superare sono:

- *Presenza di tre punti nascita (Lagonegro, Villa D'Agri, Melfi) distanti fra loro*
- *Orografia del territorio*
- *Vie di comunicazione*
- *Modalità di trasporto del sangue cordonale*
- *Costi del trasporto*

Già dall'anno 2010 l'azienda ha posto in essere le seguenti azioni:

- Definizione delle caratteristiche e dei requisiti minimi per l'individuazione dei punti nascita aziendali nei quali effettuare la raccolta dei cordoni ombelicali.
- Definizione di accordi e/o convenzioni con una Banca di cellule staminali per lo stoccaggio dei cordoni e definizione di protocolli operativi per la raccolta ed il trasporto dei cordoni.
- Definizione di un percorso formativo specifici per gli operatori coinvolti (ostetrici, ginecologi, ecc)

E' stato concluso l'accreditamento del personale medico e ostetrico deputato alla raccolta del sangue cordonale, presso il presidio ospedaliero San Carlo di Potenza; tale fase è terminata nell'anno 2013. Dopo l'accreditamento del personale, si ritiene che la raccolta delle unità di sangue cordonale possa immediatamente avvenire presso il punto nascita di Lagonegro

Sviluppo di un Network Regionale per la raccolta, la conservazione e la caratterizzazione di biomateriale oncologico

Sono state avviate le attività previste nel progetto:

- Ogni azienda sanitaria locale coinvolta nel network regionale sarà dotata di un sistema sottovuoto per la raccolta e trasporto dei biomateriali alla biobanca dell'IRCCS-CROB;
- Verrà ampliata l'attività di biobanking , già in essere presso l'IRCCS-CROB di Rionero in Vulture, tramite l'utilizzo a tempo pieno di personale dedicato;
- Verranno effettuati studi di espressione genica sui biomateriali conservati nella biobanca mediante TissueMicroarray e Gene Profiling. Parallelamente saranno analizzati anche i livelli di espressione proteica mediante Western-Blotting;
- Verranno ricercati nuovi biomarcatori per la diagnosi, la stratificazione prognostica ed il monitoraggio delle neoplasie solide e di quelle ematologiche, nonché la possibile identificazione di nuovi potenziali "target" terapeutici

5. Sanità Penitenziaria

Il progetto "**tutela della salute mentale nelle strutture penitenziarie regionali**" è una parte fondamentale dell'intero progetto mirato alla garanzia di una corretta e globale assistenza penitenziaria regionale. Secondo uno studio dell'OMS circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da disturbi di personalità , mentre un decimo soffre di disturbi gravi quali psicosi e depressione .E' da considerare ,infine, la consistente prevalenza di comorbilità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti. Pertanto, è necessario un programma sistematico di interventi che affronti la complessità del fenomeno.

Il passaggio della sanità penitenziaria al Ministero della Salute ha determinato un impegno ed una qualificazione delle azioni sanitarie molto più alta e sistematica. Pertanto in un ambiente dove è imposta la privazione della libertà, l'attenzione alla salute mentale è indispensabile e prioritaria, soprattutto alla luce della funzione di recupero che la detenzione riveste in una società sviluppata quale la nostra.

Sono stati identificati 4 indicatori di progetto, come di seguito riportato.

Di fianco a ciascun indicatore è stato riportato lo stato di raggiungimento dell'obiettivo stesso:

1.Valutazione anamnestica e funzionale dello stato mentale dei detenuti che accedono alla struttura penitenziaria;

In entrambe le realtà penitenziarie di Melfi e Potenza sono state attivate le procedure atte alla valutazione psichiatrica di tutti i detenuti che entrano nel circuito penale. Questo obiettivo è arduo ma necessario per il raggiungimento dello stato di salute dei singoli detenuti, in considerazione dello stato di privazione della libertà cui sono sottoposti. Questa azione di prevenzione primaria qualifica lo sforzo operativo ed economico della Azienda nel settore.

E' stata inoltre rilevata la percentuale di soggetti che sviluppano situazioni di disagio mentale e patologie rispetto alla popolazione detenuta:

in entrambe le strutture penitenziarie la percentuale di detenuti che presentano patologie psichiatriche è intorno al 55%. Si tratta comunque per l'80% di patologie ansiose o ansioso depressive su base reattiva e per il 20% di patologie psichiatriche gravi preesistenti o slatentizzate dalla condizione di privazione della libertà. Soltanto una esigua parte è rappresentata da disturbi psicotici. I detenuti nuovi giunti provengono per lo più da altri istituti di Pena e sono già in politerapia con ansiolitici a dosi sostenute, farmaci oggetto di difficile negoziazione con lo psichiatra che ha l'obiettivo di ridurre il dosaggio e pervenire ad una monoterapia, contrastando la dipendenza e assuefazione.

Sono state effettuate visite psichiatriche e psicologiche al 100% della popolazione segnalata.

Sono state effettuate visite psichiatriche, anche presso l'Istituto Penitenziario per minori di Potenza alla popolazione sulla quale è pervenuta richiesta.

E' in atto la collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute Mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, con l'obiettivo di stipulare protocolli di intesa per una gestione integrata delle persone detenute, affette da disturbi psichiatrici.

2. Attività informativa ai detenuti sulle possibili inferenze che lo stato detentivo può determinare sulla psiche umana;

In entrambe le Case circondariali di Potenza e Melfi sono state erogate informazioni sulle inferenze che lo stato detentivo può determinare sulla psiche al 100% della popolazione carceraria che ne ha fatto richiesta.

3. Follow-up dei pazienti che presentano condizioni di rischio per lo sviluppo di una condizione di disagio mentale connessa alla detenzione;

Sono effettuate valutazioni cliniche, colloqui psichiatrici e psicologici, somministrazione di test psicodiagnostici (test di personalità, ecc) su popolazione a rischio. E' in itinere la valutazione del rischio suicidario con la programmazione di interventi di prevenzione.

4. Diagnosi cura e riabilitazione di soggetti con malattia mentale conclamata.

Tale obiettivo è costantemente perseguito poiché sono attivi ambulatori psichiatrici con personale medico e paramedico dedicato. Ambedue questi obiettivi sono stati raggiunti in entrambe le Case Circondariali di Potenza e Melfi in quanto è stato attivato nei rispettivi Carceri un ambulatorio psichiatrico con personale medico e paramedico che ha operato con frequenza almeno decennale. Tanto ha determinato la presa in carico ed il conseguente inquadramento diagnostico e terapeutico dei detenuti in modo rapido ed efficace

Sono stati effettuati raccordi ed inviate relazioni Magistrati per gli inserimenti di alcuni detenuti affetti da disturbi psichiatrici, nelle comunità terapeutiche, quale misura alternativa alla detenzione nelle carceri.

Sono state inviate relazioni ai Magistrati sulle condizioni psichiche di detenuti e incompatibilità con il sistema detentivo.

E' stata fornita assistenza con interventi multidisciplinari ai detenuti in scompenso psichico durante il ricovero nella cella detenuti degli Ospedali.

E' stato richiesto ai Magistrati di fornire assistenza in SPDC, a soggetti minori di 18 anni, in alternativa alla cella detenuti, ritenendo necessaria un'assistenza più adeguata ed umanizzante per minori, nel servizio psichiatrico ospedaliero. Sono stati attuati interventi, durante i ricoveri, con le famiglie, prevedendo la partecipazione e il loro coinvolgimento nel progetto terapeutico comunitario.

6. Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano

“Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano”

Il prolungamento dell'età media di sopravvivenza rappresenta un importante traguardo per il mondo della sanità, ma il suo realizzarsi ha evidenziato un traguardo ancora più ambizioso ovvero l'associazione del prolungamento dell'età media con un invecchiamento di successo che garantisca autonomia ed indipendenza nelle attività elementari del vivere quotidiano.

Pertanto, l'identificazione di protocolli di intervento nella prevenzione della disabilità è la più grande sfida della sanità negli anni a venire.

La motilità e l'esercizio quotidiano rappresentano momenti necessari per il mantenimento della autonomia funzionale nelle attività della vita quotidiana; l'incapacità di eseguire tali attività rivela un importante declino dello stato di salute funzionale, comportando una relazione diretta con l'aumentato rischio di istituzionalizzazione e di mortalità.

Un declino fisico e funzionale può essere la conseguenza di un evento acuto (ischemia cerebrale, frattura di femore, ecc), ma può essere anche il risultato della somma di malattie e condizioni croniche, quali artrosi, malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, tumori o di un naturale fisiologico processo di perdita di tono e forza muscolare.

La sarcopenia, ossia la perdita della massa muscolare età -dipendente, è tipica di tutte queste patologie croniche ma può occorrere indipendentemente dallo stato di malattia; essa contribuisce all'iniziale sviluppo e progressione della disabilità fisica ed è un importante indicatore di fragilità che conduce nel tempo ad uno stato di salute precario e ad una bassa qualità di vita tra anziani.

Il meccanismo che conduce alla perdita della forza e della massa muscolare con il passare degli anni non è ancora chiaramente conosciuto; peraltro sebbene siano ancora da chiarire i meccanismi con cui agiscono, è documentato che i protocolli educazionali sui corretti stili di vita ed i trattamenti farmacologici per la sarcopenia, migliorano la composizione muscolare corporea e la capacità funzionale.

Alle numerose ipotesi invocate per spiegare la perdita muscolare età correlata, si è recentemente aggiunta l'apoptosi, che si ritiene possa giocare un ruolo prevalente. Va tuttavia ricordato che le cause che contribuiscono alla sarcopenia ed alla fragilità sono numerose ed includono un ampio gruppo di fattori correlati a patologie neurologiche, ormonali, immunologiche, nutrizionali, ed infiammatorie, ma anche a cause naturali para-fisiologiche.

Una percentuale significativa di anziani, sebbene in genere sedentari, presentano una buona mobilità e sono liberi da disabilità, ma sono esposti ad un elevato rischio di perdita di mobilità, in rapporto ai più disparati eventi. La eventuale perdita di mobilità, a sua volta, rappresenta un importante fattore predittivo di un ulteriore declino funzionale e di un aumentato rischio di mortalità. Questi soggetti rappresentano la popolazione "bersaglio" per l'intervento proposto da questo programma di studio.

Il programma delineato parte dal presupposto che l'esercizio fisico possa risultare benefico in una serie di condizioni morbose che sottintendono ad una situazione di disabilità;

queste includono malattie cardiovascolari, rischio di cadute, malattie respiratorie, tumori, diabete ed osteoporosi. L'inattività fisica è uno dei più forti fattori predittivi dello sviluppo di disabilità funzionale tra le persone anziane. Studi osservazionali longitudinali rivelano che la pratica di una attività fisica regolare non solo aumenta l'età di sopravvivenza ma riduce anche il rischio di disabilità fisica nella vecchiaia.

Nonostante un ampio numero di studi suggeriscano una benefica influenza dell'attività fisica sulla disabilità e sulle malattie cardiovascolari nella prevenzione secondaria e su una serie di outcomes minori, manca nella letteratura scientifica uno studio sistematico a lungo termine sull'efficacia dell'esercizio fisico nella prevenzione del declino funzionale e della disabilità nella popolazione anziana. Il nostro progetto ha lo scopo di testare nuovi protocolli di intervento per ritardare e/o prevenire non solo la parabola del declino fisico e funzionale ma anche quei processi biologici e morbosi che sottendono a tale processo.

L'ipotesi cardine di questo progetto è che la pratica costante dell'esercizio fisico possa prevenire il declino della performance funzionale età-correlata, attraverso variazioni nella qualità muscolare come misurato tramite lo stress ossidativo, i parametri infiammatori e l'analisi dei processi di proteolisi ed apoptosi nel muscolo.

PROGRAMMA AZIENDALE

Arruolare un numero significativo di anziani con una conservata capacità di movimento e liberi da disabilità, ma esposti per la loro stessa natura di anziani, in rapporto ai più disparati eventi, al rischio di perdita della mobilità e dell'autonomia funzionale, da utilizzare come popolazione "bersaglio" per l'intervento proposto dal programma di studio.

L'intervento di esercitazioni fisiche proposto è stato sviluppato in adesione alle raccomandazioni del Collegio Americano di Medicina dello Sport per lo sviluppo ed il mantenimento della capacità aerobica e della forza muscolare.

Il protocollo presenta quattro livelli di intervento:

- 1) esercizio aerobico
- 2) esercizio contro resistenza
- 3) programma di educazione all' esercizio fisico
- 4) educazione a corretti stili di vita.

Il protocollo dell' esercizio fisico consisterà in una serie di esercizi base comuni a tutti i partecipanti pari a 50 min (83% della sessione) e un protocollo individualizzato mirato sulle necessità individuali dei partecipanti, pari a 10 min (il 17% dell'intera sessione), finalizzato al recupero di . deficit di forza individuali (agli superiori e/o inferiori, deficit dell' equilibrio o della flessibilità).

Pertanto, gli esercizi base in comune consisteranno in un programma combinato tipo aerobico (mediante treadmill, step, rotex) e contro resistenza (utilizzo di macchine e manubri), volti a migliorare sia la capacità aerobica che la forza muscolare. I 10 min di trattamento individualizzato saranno focalizzati su precise necessità del singolo partecipante e verteranno su uno o più elementi: equilibrio, coordinazione, allenamento delle estremità superiori e/o inferiori.

Le necessità di singolo partecipante saranno determinate in seguito ad una consulenza individuale del programmatore atletico.

La componente educativa del programma si svolgerà attraverso incontri centrati sull' argomento "sport e salute". I relatori forniranno informazioni legate ai concetti di salute fisica psicologica e sociale nelle persone anziane

Con tale studio s'intende valutare l'efficacia di un programma di esercizio fisico comparato ad un programma di educazione sanitaria valutata attraverso l'osservazione di outcomes primari:

1. Misurazioni della performance fisica, comprendente il test del cammino per 6 min ed altre scale di valutazione della capacità funzionale ed outcomes secondari:

2. Disabilità nelle ADL (autonomia nella esecuzione delle elementari attività del vivere quotidiano).
3. Valutazione complessiva della qualità della vita e osservazione di altre scale di disabilità (depressione e stato cognitivo)
4. Disabilità agli arti inferiori (incidenza di cadute, misurazione dell'equilibrio e del range articolare)
5. Numero dei ricoveri ospedalieri per tutte le cause e giornate di degenza
6. Istituzionalizzazione in RSA o case di riposo
7. Mortalità per tutte le cause.

Aree di rilevante interesse riguardano:

- Valutazione dei costi-benefici di un programma di esercizio fisico;
- Effetti dell'esercizio fisico sull'infiammazione, fibrinolisi e disfunzione endoteliale,
- Effetti dell'esercizio fisico sul metabolismo glucidico;
- Studi genetici, includendo i rapporti esistenti tra esercizio fisico e polimorfismi dell'infiammazione, del sistema dell'angiotensina, della miostatina e di altri geni correlati alla muscolatura scheletrica;
- Studi sulla composizione corporea, sulla densità minerale ossea, sulla percentuale di massa magra e grassa negli uomini e nelle donne;
- Studi istologici ricavati dalla biopsia muscolare effettuata sul tessuto del vasto laterale della gamba e che sarà praticata nel 10% del campione esaminato

CRITERI DI INCLUSIONE

Per essere eleggibili i partecipanti devono presentare i seguenti requisiti:

1. età superiore ai 70 anni;
2. autonomia nelle ADL (nessuna difficoltà nell'entrare ed uscire dal letto e/o alzarsi e sedersi su una sedia, nel mangiare, nel vestirsi, nel farsi la doccia, nell'igiene personale e non deve utilizzare bastoni, deambulatore o altri ausili per muoversi liberamente) svolgere una vita sedentaria o comunque non partecipare o non aver partecipato ad un programma di esercizio fisico definito come una attività di almeno 20 min o più almeno 2 volte la settimana nei precedenti sei mesi

CRITERI DI ESCLUSIONE

Non adesione al progetto;

Rifiuto alla firma del consenso intervista;

Comorbidità significativa, come: IMA o stroke nei 6 mesi precedenti; scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica severa, ipertensione, trattamento chemioterapico, diabete insulinodipendente,

Malattia psichiatrica, malattia renale ed epatica, anemia, demenza, cecità, Abuso di alcool più di 14 bicchieri di superalcolici alla settimana

Distanza > di 50 km dalla sede dello studio o pianificazione di vivere più di 3 mesi al di fuori del

territorio dello studio questionario

RISULTATI ATTESI

studio definitivo a lungo termine sull'efficacia dell'esercizio fisico nella prevenzione del declino funzionale e della disabilità nella popolazione anziana.

Questo progetto ha lo scopo di testare nuovi protocolli di intervento per ritardare e/o prevenire non solo la parabola del declino fisico e funzionale ma anche quei processi biologici e morbosi che sottendono a tale processo.

7.Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

“Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato”

La rete dei Consultori aziendali dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha promosso sul territorio un progetto con temi legati alla famiglia in modo particolare alle azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato.

OBIETTIVI :

- Assicurare alla donna gravida, un idoneo percorso che le consente di accedere con facilità ai nostri servizi, garantendo un sostegno costante alla coppia, attraverso un livello efficiente di assistenza e monitoraggio della salute della mamma e del bambino prima, durante e dopo la gravidanza.
- Attrezzare ed attivare alcuni servizi innovativi per la famiglia, che abbiano come finalità un approccio globale ai bisogni espressi e non espressi delle famiglie problematiche e non. Servizi che prevedono l'utilizzo del personale consultoriale a tempo pieno, al fine di garantire nel tempo la continuità degli interventi e delle azioni.
- Potenziare le attività già intraprese e metterle in sinergia con i nuovi servizi per completare i percorsi già attivati e capitalizzare attività ed interventi e risorse.

AZIONI

1. Offrire alla donna in gravidanza un percorso idoneo che faciliti l'assistenza e la prepari ad una nuova relazione;
2. Offrire colloqui informativi sulla gravidanza e sui diritti (assistenza, servizi disponibili, facilitazioni relative ai congedi lavorativi, esenzioni ecc).
3. Garantire l'assistenza alla gravidanza per preservare lo stato di salute della donna e del feto;
4. Garantire sostegno e assistenza alla puerpera e il monitoraggio della salute e del benessere del bambino;
5. Sostenere il singolo e la coppia per affrontare serenamente gli aspetti legati alla sessualità e la procreazione;
6. Promuovere consapevolezza e competenza sull'alimentazione della gravida e del neonato;
7. Promuovere l'allattamento al seno
8. Offrire sostegno psicologico individuale e di coppia ed alle gestanti con facoltà di partorire in anonimato, come da legislazione vigente;
9. Individuare le gravidanze problematiche ed a rischio psico-sociale e sanitario: tale attività va offerta attivamente nelle situazioni di gravi difficoltà sociali, con particolare

riferimento alle donne e/o tra comunitarie e/o nomadi, avendo particolare cura di garantire il rispetto delle specifiche culture di appartenenza, anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato operanti sul territorio;

10. Realizzare una operatività congiunta tra servizi ospedalieri e territoriali sui diversi aspetti della paternità e della maternità responsabile. Dare continuità nell'assistenza alla puerpera ed al neonato attraverso interventi di sostegno psico-fisico, di vigilanza rispetto a fattori di rischio e di educazione alla salute;

11. Rimuovere le eventuali cause che la inducono la donna ad interrompere la gravidanza

12. Offrire sostegno e presa in carico sanitario, psicologico delle minorenni che affrontano la maternità senza reti familiari e parentali di appoggio o che intendono affrontare l'IVG;

13. Privilegiare l'accesso ai servizi consultoriali e pubblici ;

14. Ridurre per quanto possibile i tempi d'attesa ed i disagi della gestante;

15. Promuovere la partecipazione attiva alla programmazione e alla valutazione delle attività a loro dedicate;

16. Favorire la pubblica comunicazione sui temi della promozione della salute della donna e del bambino;

TARGET: A tutte le donne che sono in attesa di un bambino e alle puerpere

Il Programma Percorso Nascita: un percorso di umanizzazione – Promozione della vita e del benessere nella donna e nel bambino, è scaturito dall'esigenza di promuovere e tutelare la salute della coppia, della donna, prossima madre, e del bambino, perché convinti che la promozione della salute materno infantile comporta riflessi positivi sulla salute pubblica e quindi sulla migliore qualità della vita di tutta la popolazione. E' stato elaborato, nell'anno 2008, da un gruppo di lavoro che ha sistematizzato un piano di azioni assistenziali, eticamente orientate, capaci di sostenere l'integrazione di tipo dipartimentale tra i servizi territoriali ed ospedalieri e di aderire al Progetto obiettivo Materno Infantile di cui al Piano Sanitario nazionale, agli obiettivi programmatici della Regione ed alla mission aziendale. Con il suddetto programma si è avviato, quindi, un percorso più complessivo in adesione ai principi solidaristici, di efficienza integrata ospedale/territorio e qualità di cui al PSN e PSR. Il Programma ha individuato i seguenti macro obiettivi:

garantire la continuità e la sicurezza nell'assistenza durante la gravidanza, il parto e dopo il parto, promuovendo e sostenendo competenze e consapevolezza (Empowerment) , al fine di assumere la capacità di controllo da parte della donna sul proprio stato di salute;

garantire l'assistenza integrata ospedale/territorio, basate su prove di efficacia e tesa ad affermare la centralità delle donne, dei bambini, delle coppie, tenendo conto dei loro bisogni soggettivi clinici, sociali e psico affettivi;

offrire l'informazione ed il supporto necessario per consentire di prendere decisioni "informate" riguardanti la loro assistenza, anche alle donne con bisogni aggiuntivi;

Ulteriori obiettivi sono:

- l'umanizzazione del percorso Nascita
- la riduzione dei tagli cesarei
- l'integrazione territorio/ ospedale/ territorio
- l'implementazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita
- la continuazione del servizio di Assistenza domiciliare al Puerperio
- presa in carico della famiglia con attenzione alle famiglie a rischio sociale, sanitario e psicologico

Le attività che si svolgono sono:

- Counseling preconcezionale
 - Presa in carico della gestante
 - Prevenzione IVG
 - Consulenza ostetrica –ginecologica di base e di livello avanzato
 - Individuazione di fattori di rischio gestazionali
 - Consulenze psicologiche individuali e di coppia
 - Consulenze sociali ed interventi di supporto sociale
 - Consulenza genetica
 - Primo trimestre di gravidanza
 - Secondo trimestre di gravidanza
 - Corsi di accompagnamento alla nascita
 - Formazione del personale
 - Ambulatorio di libero accesso della gestante "Pronto Soccorso Ostetrico"
 - Promozione del parto attivo
 - Gestione del dolore del parto
 - Assistenza perinatale alla mamma e al neonato
 - Rooming-in
 - Allattamento al seno
 - Prevenzione della SIDS
-

- Assistenza alla mamma e al neonato
- Gruppi di incontro post-partum (baby-party)
- Bilanci di salute
- Vaccinazioni nei bambini a rischio
- Gestione della gravidanza a rischio
- Presa in carico della famiglia con attenzione a quelle a rischio sociale, sanitario e psicologico

I risultati attesi sono:

- aumento delle nascite
- riduzione dei tagli cesarei
- condivisione di procedure operative comuni ospedale/territorio
- aumento di partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita
- aumento di donne che allattano al seno
- aumento del benessere psico-fisico della donna e del bambino
- aumento di gradimento della coppia, della donna relativamente all'offerta del Percorso Nascita

La rete dei Consultori familiari dell'ASP di Potenza dedica molta attenzione all'evento nascita programmando attività e percorsi in sinergia con le Linee Guida Regionali e il Progetto Percorso Nazionale "Percorso Nascita promozione e valutazione della qualità di modelli operativi" voluto dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva Istituto Superiore di Sanità di Roma.

Per il percorso Nascita ed Infanzia vengono implementate una serie di attività che assicurano alla donna gravida, di qualunque nazionalità, un idoneo percorso che le consente di accedere con facilità ai nostri servizi, garantendo un sostegno costante alla coppia, attraverso un livello efficiente di assistenza e monitoraggio della salute della stessa e del bambino prima, durante e dopo la gravidanza.

Azioni complesse in adesione dei principi solidaristici, di efficienza integrata territorio-ospedale e qualità, che hanno basi su un percorso di umanizzazione, prevenzione, comunicazione pubblica della salute e stili di vita salutari. Attività messe in campo con una programmazione di équipe che hanno avuto un lungo e soddisfacente iter informativo e formativo, riscotendo il parere favorevole delle amministrazioni comunali, della popolazione, delle istituzioni, ed una lodevole risonanza sia interna che esterna. Il progetto ha proposto oltre ad una rivisitazione e riprogrammazione delle attività, un'indagine biennale di rilevazione sistematica della nascita con recupero

dell'informazione attraverso una prima intervista alla mamma sui servizi con cui ha interagito e le esposizioni durante la gravidanza, sulle modalità del travaglio parto, anche con l'ausilio della cartella ostetrica e sugli esiti del parto sia riguardo la sua salute sia riguardo la salute del nato/a e sulla modalità di avviamento dell'allattamento al seno per permette di formulare ipotesi esplorative sui fattori di rischio di esposizione alle pratiche inutili, e sui fattori favorenti l'esposizione a quelle raccomandate, sulla loro influenza su alcuni esiti, il più importante dei quali è l'allattamento al seno.

Attività svolte nell'Azienda Sanitaria di Matera – ASM

<p>U.O. Complessa Pediatria Policoro - Integrazione servizi per la Diagnosi precoce "Displasia dell'Anca": 1 Dirigente medico + 1 OSS. X 6 ore settimanali x 46 settimane /anno 1 Dirigente medico + 1 inf. Prof. X 6 ore settimanali x 46 settimane/anno N.425 Ecografie dell'anca</p>
<p>U.O. Complessa Pediatria di Matera - Integrazione servizi per la Diagnosi precoce "Displasia dell'Anca" 1 Dirigente medico + 1 infermiere prof. X 6 ore settimanali x 46 sett./anno 1 Dirigente medico + 1 OOS X 6 ore settimanali x 46 settimane /anno N. 493 Ecografie dell'anca</p>
<p>U.O. di PEDIATRIA - Matera - Integrazione servizi per la Diagnosi Precoce - Patologia Renale 1 Dirigente Medico + 1 O.S.S. X 4ore settimanali x 46 settimane/anno 1 Dirigente Medico + 1 OSS X 4 ore settimanali x 46 settimane /anno N.158 Ecografie renali</p>
<p>U.O. di PEDIATRIA - Policoro - Integrazione servizi per la Diagnosi Precoce - Patologia Renale 1 Dirigente Medico + 1 O.S.S. X 6 ore settimanali x 9mesi 1 Dirigente Medico + 1 O.S.S. X 6 ore settimanali x 9 mesi N.411 Ecografie renali</p>
<p>U.O.Ginecologia -Ostetricia Matera+U.O.Senologia Matera Attività di Counseling ed approfondimento diagnostico riveniente dalle attività di screening del cervicocarcinoma e del tumore della mammella 1 Medico - 1 tecnico di radiologia - 1 infermiere 1 ostetrica x eseguire le prestazioni: 129 colposcopie - 60 biopsie cervice uterina - 41 prelievi x HPV, n.357 ecografie mammarie + 9 agoaspirati+ 6 biopsiastereotassiche + 440 mammografie bilaterali+ 449 visite senologiche</p>
<p>UU.OO. Complesse di Pediatria - Ostetricia e Ginecologia P.O. Matera e Consultori Familiari Matera SOSTEGNO ALL'ALLATTAMENTO: distribuzione ed illustrazione alle puerpere, durante il ricovero e alla dimissione, di un opuscolo informativo sui vantaggi materni e del neonato dell'allattamento al seno esclusivo e sulle modalità concrete per realizzarlo; 1 Inf. Prof. e/o 1 Puericultrice 2 ore al giorno x 7 giorni la settimana in ospedale; 1 Ostetrica e/o 1 infermiera prof. X 4 ore settimanali per 45 settimane 1100 opuscoli anno</p>
<p>U.O.Ginecologia -Ostetricia Matera+U.O.Pediatria Matera - U.O. Nutrizione Clinica Matera Corsi di Preparazione al parto e alla gestione del neonato (8 corsi all'anno, ogni corso prevede 13 incontri) Per ogni corso: 1 dirigente medico ginecologo x 12 ore; 1 dirigente medico pediatra x 8 ore; 1 dirigente medico nutrizionista x 4 ore; 1 ostetrica x 20 ore; 1 inf. Prof. Pediatrica x24 ore.</p>

U.O. Ginecologia -Ostetricia Matera + Consultori Familiari Matera

Presenza in carico della donna che fa richiesta di interruzione volontaria della gravidanza

Percorso integrato Consultorio - Ospedale

Presenza in Consultorio dello specialista Ginecologo che eseguirà l'intervento di IVG in ospedale 1 dirigente medico ginecologo x 120 minuti alla settimana x 48 settimane/anno; 1 ostetrica 90 minuti/settimana x 48 settimane/anno

Personale del Consultorio impegnato nel progetto: 3 Assistenti Sociali (9 ore settimanali - Consultori di Matera e Policoro), 1 Ginecologo (C.F. Matera 2 ore sett., 1 Psicologo (C.F. Policoro 3 ore settimanali). Assistente Sociale 2 ore settimanali.

Supporto alle gravidanze in condizioni di “vulnerabilità” ed alla prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza – Azienda Ospedaliera San Carlo

Nel corso dell'anno 2013, in continuità con quanto già programmato e svolto nel corso degli anni precedenti, sono state attuati vari interventi finalizzati alla “ Promozione e alla tutela della salute della donna e del neonato” già oggetto di progetti e di obiettivi strategici.

A) Tutela della donna durante tutto il percorso nascita attraverso il *Corso di accompagnamento ed educazione alla nascita*. Il corso, che ha visto la partecipazione attiva di un buon numero di donne e di una significativa presenza di mariti o compagni, è articolato in 2 moduli, con incontri pre e post natali a partire dalla 15^a settimana di gravidanza.

In considerazione dell'ampio gradimento riscontrato da parte di tutti i partecipanti, ed in accordo con la politica aziendale orientata sensibilmente verso le problematiche dell'universo femminile, il corso in oggetto sarà disponibile anche per l'anno 2014 con una grande novità: esso sarà offerto gratuitamente a tutte le donne che sceglieranno il S. Carlo per l'espletamento del parto. Ciò determinerà sicuramente un notevole incremento del numero delle iscrizioni e, conseguentemente, un maggiore impegno orario da parte del personale che svolge i corsi.

Il corso è finalizzato all'educazione alla salute, all'attivazione delle risorse psico-biologiche della donna e del bambino e ad una partecipazione attiva dei genitori alla nascita, al fine di prevenire i rischi ostetrici, potenziare la donna e la coppia, promuovere il legame madre-bambino, orientare verso il parto naturale.

B) Percorsi clinici e assistenziali finalizzati a ridurre al minimo le inappropriate variazioni individuali nella pratica clinica.

Si tratta di idonei e specifici percorsi elaborati per ogni singola procedura assistenziale. Oltre ai percorsi già elaborati nel corso degli anni precedenti, sono state aggiornate, con la condivisione da parte dei sanitari della U.O.C. Neonatologia UTIN ed Anestesiologia, le seguenti procedure:

- a. Percorso “Mamma” per la gestione della gravidanza
- b. Percorso clinico-assistenziale per travaglio e parto fisiologico

- c. Percorso clinico-assistenziale per parto analgesia;
- d. Percorso clinico-assistenziale per induzione del travaglio di parto
- e. Percorso assistenziale per le emergenze di sala parto :

distocia di spalla

Si precisa che gli elaborati relativi a dette procedure sono a disposizione sia in forma cartacea (in Reparto ed in Sala Parto-Sala Operatoria) che in formato elettronico.

C) Day Service.

Già in fase avanzata di realizzazione i day service per gravidanza a basso/alto rischio e per la procreazione medicalmente assistita, finalizzati (alla semplificazione delle operazioni di prenotazione delle prestazioni da parte delle pazienti ed alla razionalizzazione delle procedure diagnostiche).

D) Elaborazione del Progetto per lo STEN e lo STAM

relativo al trasferimento dei neonati critici e delle pazienti critiche (c.d. “trasferimento in utero”) dai centri periferici verso l’UTIN e l’UO di Ostetricia dell’AOR S. Carlo. Il progetto, messo a punto nel corso del 2013, è stato definitivamente approvato a livello regionale e reso operativo.

E) Progetto per Pronto Soccorso Ostetrico

Nell’anno di riferimento sono state avviate le attività propedeutiche all’attivazione del PSO-

Il Pronto Soccorso Ostetrico si prefigge come obiettivo la riduzione dei ricoveri impropri garantendo così alla paziente una maggior sicurezza e l’esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati nonché agli operatori una maggiore tranquillità nello svolgimento del proprio lavoro.

F) Promozione, sostegno e protezione dell’allattamento al seno e al puerperio attraverso:

- le iniziative didattiche e formative (svolgimento di un convegno medico- scientifico di aggiornamento sull’allattamento materno),
- l’attivazione delle procedure per il riconoscimento da parte dell’Unicef di “Ospedale Amico del Bambino”,
- la realizzazione del rooming-in.

Sono stati predisposte, inoltre, azioni di formazione di tutto il personale che opera a contatto con le mamme ed i bambini sulla promozione dell’allattamento al seno secondo le indicazioni dell’OMS.

G) Aggiornamento professionale:

Nell’ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, in accordo

con quanto previsto dal programma nazionale per la formazione degli operatori in sanità, è stato reso prioritario l'aggiornamento periodico di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita.

Sono stati organizzati dei corsi periodici di aggiornamento sia nell'ambito della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia che in ambito Dipartimentale.

Accanto a questi incontri, vengono poi periodicamente organizzati dei seminari di audit interno per la discussione, l'aggiornamento e l'approvazione dei singoli capitoli del "Protocol Book".

In tema di formazione, nel corso del 2013 sono stati svolti i seguenti convegni:

1. *"Le Nuove Strategie di Prevenzione del Cancro della Cervice Uterina"*. tenutosi il 19/1/2013 presso l'Auditorium Ospedale S. Carlo);
2. *"Ruolo dell'Ecografia 2D e 3D vs Isteroscopia nello Studio della Cavità Uterina"*. svoltosi il 31 maggio presso l'Auditorium Ospedale S. Carlo;
3. *"Endocrinologia e Ginecologia in 'concerto'. Focus on..."*. il 15 giugno;
4. *"Infezione Congenita da Citomegalovirus"*. svoltosi ad ottobre presso l'Auditorium Ospedale S. Carlo;
5. *"Allattamento al seno: bastano pochi passi"* il 15 ottobre;
6. *"Screening del cervicocarcinoma: update sulle problematiche colposcopiche"*. tenutosi il 07 dicembre;
7. *"Dal Travaglio al Parto...Gli ostacoli da superare per nascere ed adattarsi"*. il 20 dicembre.

H) Contenimento dei tagli cesarei

Anche per l'anno 2013, mediante azioni di formazione del personale medico ed ostetrico, è proseguita l'azione di contenimento dei tagli cesarei già intrapresa negli scorsi anni; attualmente il tasso complessivo di tagli cesarei è del 33,4% in linea con i dati nazionali. L'obiettivo utilizzato come indicatore per consentire la validità dell'investimento proposto, ossia la riduzione del numero dei parti cesarei nel terzo anno pari al 37%, è stato pienamente raggiunto e superato.

I) Parto Analgesia

Nel corso del 2013 sono notevolmente aumentate le procedure di parto-analgesia che hanno raggiunto il numero complessivo di 347, con un lusinghiero incremento dell'11% rispetto al 2012. Si precisa che l'AOR San Carlo di Potenza, unico centro di II° livello della Regione, è anche l'unico punto nascita della regione in cui si praticano routinariamente, in qualunque ora del giorno e della notte ed in qualsiasi giorno dell'anno, le procedure di partoanalgesia.

8. Malattie rare

Istituzione della rete regionale per le malattie rare (MR) in Basilicata

L'avvio delle attività di rilevazione a livello territoriale nei diversi ambiti per le malattie rare (MR) quindi l'avvio del registro aziendale (Registro Aziendale Malattie Rare) è la dimostrazione dell'attenzione che l'ASP di Potenza dedica ad una tematica complessa, delicata e presente nel territorio di competenza.

Si è evidenziata la necessità di disporre di un quadro più completo possibile della numerosità dei casi effettivamente in carico alla ASP e della tipologie di prestazioni fornite ai pazienti affetti da malattia rara, anche al fine di acquisire elementi utili ad una migliore e più efficace integrazione tra le strutture ospedaliere e strutture territoriali. Si è inteso dunque rilevare in modo più possibile completo la presa in carico dei pazienti partendo dalla analisi dei dati riferiti alle esenzioni rilasciate per malattia rara.

Si è ritenuto in tal modo poter ricostruire un quadro probabilmente completo partendo dagli esenti che risultano peraltro essere con buona probabilità sottostimati rispetto alla reale presa in carico dei pazienti. L'indagine, ha avuto al momento un fine conoscitivo ma rappresenta la base per poter costruire un sistema strutturato di analisi e di contestualizzazione delle malattie rare rispetto alla rete territoriale regionale esistente. Sarà opportuno prevedere, oltre che un maggior consolidamento e strutturazione del sistema, il completamento dello stesso con i dati delle cure domiciliari e dei servizi complementari. Il registro ha come obiettivi generali di effettuare la sorveglianza delle malattie rare e di supportare la programmazione regionale ed aziendale, degli interventi per i soggetti affetti da malattie rare, mira infatti ad ottenere informazioni epidemiologiche, (in primo luogo il numero di casi di una determinata malattia rara e relativa distribuzione sul territorio) utili a definire le dimensioni del problema; si tratta, inoltre, di uno strumento utile per stimare il ritardo diagnostico e la migrazione sanitaria dei pazienti, supportare la ricerca clinica e promuovere il confronto tra operatori sanitari per la definizione di criteri diagnostici.

Anche se le MR costituiscono un gruppo mal definito che può modificarsi nel tempo e nello spazio sia per quanto riguarda le malattie in esso contenute sia per quanto riguarda il contenitore (valore soglia nella popolazione), esse riscuotono grande interesse per le caratteristiche assistenziali comuni ed unificanti, che si possono così riassumere:

- 1- le difficoltà diagnostiche
- 2- la scarsità di opzioni terapeutiche
- 3- la scarsità di percorsi assistenziali strutturati
- 4- l'andamento spesso cronico ed invalidante
- 5 -l'impatto emotivo dovuto alla solitudine di fronte alla malattia

L'attivazione del registro di MR consente di programmare e realizzare interventi di sanità pubblica indirizzati ad esse nel loro insieme per realizzare un rapporto costi/benefici superiore a quello ottenuto nel trattamento delle singole malattie.

La malattia rara si propone quindi principalmente a fini assistenziali, comprendendo in essi non solo

diagnosi e trattamento ma anche prevenzione, riabilitazione e sostegno socio-economico.

L'azienda nell'anno 2013 attraverso l'UOSD Farmacologia Clinica ha:

- proceduto alla valutazione dei Piani Terapeutici con molti medici o e loro benefici.;
- Gestito le pratiche sulla corretta erogazione delle terapie per i pazienti affetti da malattie rare;
- Mantenuto i rapporti con l'Ufficio preposto dell'AIFA (contatti mensile);
- Ha preparato e curato delle pratiche di autorizzazione alla erogazione delle terapie per i pazienti trattati (100%) 86 pazienti fino all'anno 2013.

9./9.a Valorizzazione dell'apporto del volontariato

Verso un "sistema volontariato lucano in ambito socio-sanitario e sanitario"

Il progetto "VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO" costituisce una pietra miliare per la definizione delle collaborazioni con il settore del volontariato regionale, realtà forte a discapito delle difficoltà economiche, organizzative e sociali. Il volontariato è sempre più vissuto ed accettato dalla popolazione come una risorsa solida e necessaria. Il progetto regionale parte dall'assunto che questa realtà vada valorizzata e sostenuta sia garantendo tutto il necessario sostegno formativo e professionale, sia sostenendo le attività sanitarie di riprovata ricaduta sulla popolazione. Il progetto consta di tre azioni principali:

1. la sistematizzazione dei dati;
2. la promozione di progetti attuati dalle Aziende Sanitarie in collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato;
3. lo studio e l'analisi dei risultati e dell'impatto di tali progetti

Nell'anno 2013 sono state attuate le seguenti attività :

- N. 8 "sabati" di aggiornamento rivolti al volontariato di settore;
- N. 2 corso monotematico su Associazionismo ed Istituzioni;
- N. 12 riunioni mensili di autosupervisione dei servitori-insegnanti dell'Associazione Provinciale di Potenza dei Club Alcologici Territoriali
- N. 3 Interclub dei Club Alcologici Territoriali della Regione Basilicata
- N. 1 convegno internazionale di Alcologia tenutosi a Maratea
- N. 1 Corso di Sensibilizzazione all'Approccio Ecologico Sociale ai Problemi Alcol Correlati finalizzato alla formazione di volontariato di settore ed al suo aggiornamento, tenutosi a Potenza
- N. 15 Scuole Alcologiche Territoriali rivolte ai volontari ed alle loro famiglie svolte nella Provincia di Potenza
- N. 20 Giornate di prevenzione alcolica rivolte alla popolazione con il contributo del volontariato di settore
- N. 3 nuovi Club Alcologici Territoriali formati nella Regione Basilicata, arrivando così a 20 Club dagli iniziali 20
- N. 5 incontri dell'Equipe Alcolologica Territoriale

Tutto questo ha permesso di:

- la valorizzazione dei gruppi associativi esistenti
- la promozione di una differente cultura e la diffusione di comportamenti adeguati
- la promozione di differenti poli di aggregazione
- la diffusione di specifici e puntuali interventi di prevenzione
- l'inserimento di adolescenti a rischio di esclusione sociale in percorsi educativi extrascolastici e nella vita comunitaria
- la riduzione dei costi sociali per il trattamento e la riabilitazione delle persone con problemi alcol-correlati.

11. Riabilitazione

Progetto per la realizzazione di un gruppo appartamento-famiglia per giovani alcolisti con finalità di inserimento lavorativo - Casa Vladimir

Il progetto ha accolto, dall'inizio dell'attività, un numero di 13 giovani adulti per l'anno 2011, 12 per l'anno 2012 e 11 per l'anno 2013 con un totale di 36 giovani adulti nelle tre annualità, di età compresa tra i 18 e i 40 anni con diagnosi di Alcolismo o Abuso di alcol a cui è stato associato l'uso di Marijuana, Haschisc, Nuove droghe, Cocaina, Abuso di farmaci. Il totale di giornate derivante dalla somma delle giornate di permanenza ed

adesione al progetto dei 36 alcolisti è stato di 2.634, di cui 431 giornate per la prima annualità, 1.142 per la seconda annualità e 1.061 per la terza annualità, per l'appunto.

La selezione degli utenti è stata fatta dall'equipe del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte. Ciascun utente ha svolto un periodo residenziale all'interno del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte. L'inserimento nel progetto ha rappresentato la tappa finale del percorso riabilitativo in una situazione in cui la famiglia non è una risorsa nel processo di separazione/individuazione e/o concomita la necessità di un reinserimento lavorativo se non addirittura di avvio lavorativo.

Il progetto ha necessitato di risorse sia strutturali che di personale. Per quanto concerne il personale necessario vi è stato l'utilizzo di quello di seguito riportato:

Operatori Socio Sanitari: n. due,

Educatori professionali: n. tre,

Psicologo: n. uno,

Responsabile del progetto (Responsabile del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte),

Come si evince in alcuni passaggi del progetto il gruppo appartamento è stato pensato in stretta connessione con i servizi del territorio.

Ogni alcolista è stato in carico agli operatori del Centro di Riabilitazione Alcolologica ed ha frequentato un Club degli Alcolisti in Trattamento del territorio. Vi è stata una comunicazione quotidiana tra operatori delle due strutture e una supervisione sia terapeutica che pedagogica settimanale

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

Obiettivo qualitativo fondamentale del progetto è quello di permettere il supporto e contenimento di quegli alcolisti che dopo un percorso di riabilitazione alcolologica necessitano di un ulteriore periodo in uno spazio protetto per la gestione delle loro necessità ma anche per il loro reinserimento sociale e soprattutto lavorativo; questo con enormi benefici in termini di riduzione delle sofferenze umane per quella fascia di popolazione e per le relative famiglie ma anche in termini di recupero di forza lavoro da riammettere sul mercato, per l'appunto, del lavoro.

Obiettivo quantitativo sarà invece l'importante numero di alcolisti in trattamento, almeno trenta, che si riuscirà ad inviare presso l'appartamento-famiglia nell'arco dei tre anni della progettualità.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

Dopo la prima annualità di attività si è raggiunto l'obiettivo qualitativo mentre nello svolgimento della seconda annualità si è raggiunto l'obiettivo quantitativo, che è rappresentato dalla dimissione dei primi venti alcolisti in trattamento presso l'appartamento-famiglia; alla terza annualità si raggiungerà la condizione di

automantenimento dell'appartamento-famiglia per quello che concerne i costi alberghieri con l'autotassazione degli alcolisti ammessi all'appartamento-famiglia.

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

-Numero di alcolisti in trattamento ammessi all'appartamento-famiglia nell'anno e nel triennio.

-Numero di alcolisti in trattamento immessi nel mondo del lavoro sia alle dipendenze che sotto forma di collaborazione a cooperative sociali nell'anno e nel triennio.

-Numero di alcolisti in trattamento che accederanno all'appartamento-famiglia come prosecuzione del percorso riabilitativo al Centro di Riabilitazione Alcolica di Chiaromonte nell'anno e nel triennio.

-Numero di collaborazioni con varie Istituzioni su diversi livelli e piani, con EE.LL. e/o con rappresentanti del volontariato accreditato come anche con privati che si avvieranno nel triennio.

Attivazione Stroke Unit

la **D.G.R. n.1670 del 13 luglio 2004** ha approvato la direttiva vincolante per l'assistenza all'ictus cerebrale con l'obiettivo di realizzare un modello organizzativo articolato in unità specifiche:

- Stroke Units presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo con dotazione di n.8 posti letto e presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera con dotazione di n.6 posti letto
- Stroke team presso gli Ospedali sede di P.S.A.

la **D.G.R. n°1555 del 25.10.2011** ha approvato il documento "Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) per lo sviluppo della rete dell'ictus cerebrale" elaborato dal gruppo di lavoro, costituito dai rappresentanti delle Unità Operative Aziendali interessate e dai rappresentanti delle strutture afferenti alla rete emergenza/urgenza, entrambi appositamente designati dalle rispettive Direzioni Generali.

Il suddetto percorso garantisce che il paziente con ictus vada sempre ricoverato perché solo gli accertamenti eseguibili in regime di ricovero consentono rapidamente di diagnosticare sede, natura ed origine del danno cerebrale, oltre che evidenziare e curare eventuali complicanze cardiache, respiratorie e metaboliche

L'ictus cerebrale deve essere considerato un'urgenza medica e, in quanto tale, richiede l'attivazione di un percorso di emergenza attraverso la centrale operativa del 118 per accelerare il Triage ospedaliero e la diagnostica all'arrivo dei pazienti presso la Stroke Unit di riferimento. Inoltre per garantire un trattamento appropriato nel caso ricorra detta patologia, è opportuno che la Stroke Unit operi all'interno di una rete di assistenza a copertura regionale e integrata nella rete dell'emergenza/urgenza, per offrire a tutti i soggetti colpiti da ictus cerebrale il trattamento più rapido ed efficace possibile, in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente ed al luogo in cui si verifica l'evento. Pertanto il documento approvato con la DGR n.1555/2011 ha individuato il modello

organizzativo di assistenza in caso di ictus cerebrale, basato su una rete regionale che, a regime prevede:

- Stroke unit di II livello presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo – n.8 posti letto, come già previsto nella direttiva approvata con la D.G.R. n.1670/2004
- Stroke unit di I livello presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera – n.6 posti letto, come già previsto nella direttiva approvata con la D.G.R. n.1670/2004
- Stroke unit di I livello presso PSA di Lagonegro – n.4 posti letto, da non considerarsi aggiuntivi rispetto alla dotazione complessiva di posti letto per acuti attribuita all'Azienda Sanitaria di Potenza – ASP e da collocare nell'area medica con valenza interdipartimentale

Lo stesso documento ha definito il protocollo operativo, propedeutico al percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale dei pazienti con ictus cerebrale e articolato nelle tre distinte fasi: preospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera

Il **“Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2011-2014”**, ha ribadito l'efficienza e l'efficacia dei modelli operativi basati sulle reti integrate tra operatori, strutture e servizi, e ha riservato una specifica sezione alla **“Rete dell'ictus”**, fissandone gli obiettivi e l'organizzazione

La determinazione dirigenziale n.624 del 23.11.2012 ha istituito presso il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità il **Comitato di Coordinamento Permanente della “Rete Stroke”** previsto al punto 8.1 del documento **“Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) per lo sviluppo della rete dell'ictus cerebrale”** approvato con la D.G.R. n.1555/2011

SITUAZIONE ATTUALE

Ad oggi presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo è attiva la Stroke Unit approvata con le DD.G.R. n.1698 del 6.10.2009 e n.2287 del 29.12.2009, rispondente alla direttiva vincolante di cui alla D.G.R. n.1670/2004

L'Unità Operativa Semplice **“Stroke Unit”** è stata attivata in data 6 maggio 2011 ed è stata collocata presso U.O.C. di Neurologia. Si configura come struttura semplice dipartimentale non autonoma, perché allocata all'interno della Neurologia. Tale allocazione determina un carico di lavoro molto significativo che impone un ritmo serrato a tutti gli operatori per rispettare al meglio, in entrambe le Unità e nella fattispecie nella Stroke Unit, i parametri definiti nel percorso diagnostico terapeutico approvato con la DGR n.1555/2011..

Con la DGR 1023 del 12 Luglio 2011 è stata rilasciata dalla Regione Basilicata l'autorizzazione e l'accreditamento provvisorio all'esercizio dell'attività sanitaria della Stroke Unit dell'AOR San Carlo.

Con la D.G.R. 1555 del 25 ottobre 2011 è stato approvato il **“PDTA per lo sviluppo della Rete dell'Ictus cerebrale”** che ha confermato la centralità della Stroke Unit di Potenza quale struttura di II livello con funzione di **“Hub”** della rete.

In data 18 aprile 2012 è stato approvato il **“Percorso assistenziale del paziente con ictus cerebrale”** da parte dell'Azienda Ospedaliera Regionale **“San Carlo”** Prot. 2012 0014773

che definisce i compiti e le funzioni dei diversi servizi dell'AOR San Carlo coinvolti nelle fasi del percorso assistenziale intraospedaliero del paziente con ictus cerebrale.

Con l'autorizzazione n° 100079/72AE del 6 Giugno 2012 da parte del Dipartimento Salute e Sicurezza a firma del Dirigente Generale è stato autorizzato l'uso del farmaco Actilyse per il trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto.

AZIENDA ASP nella sede ASP di Lagonegro viene documentato un incremento dei casi trattati. L'Unità di Lagonegro tende alla Stroke Unit

AZIENDA ASM viene documentata una attuazione certa di quanto previsto con la DGR n.1555/2011, ma non tempestiva, bensì come obiettivo di medio periodo perché connesso, tra l'altro, alla riorganizzazione complessiva aziendale

RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La dimissione del paziente con ictus, è una dimissione protetta, accompagnata da una lettera che comprende diagnosi, valutazione all'ingresso, esame neurologico, evoluzione delle recidive, terapia, follow up. Questa lettera di accompagnamento è inviata alla struttura che accoglierà il paziente per proseguire il percorso riabilitativo iniziato nell'U.O. di ricovero della fase acuta e, nel caso dell'AOR San Carlo, è inviata anche al medico curante MG. Nelle Aziende ASP e ASM, la comunicazione al medico curante MG avviene a completamento del progetto di riabilitazione, ovvero alla dimissione dal centro riabilitativo. In merito a ciò, la rappresentanza dei MMGG, riconosce che l'informazione sullo stato di salute dei propri pazienti comunque avviene, soprattutto in questi casi e anche per sollecitudine della famiglia, tuttavia ritiene che il paziente non debba avere la sensazione di essere scaricato e la famiglia di essere abbandonata. I problemi più gravi emergono proprio alla fine della fase acuta, nel momento della comunicazione di eventuale disabilità e/o di spostamento in struttura diversa. Si ribadisce il ruolo fondamentale del medico curante all'interno della rete per l'ictus cerebrale, così come in altre reti assistenziali. Sarà perciò cura dei Responsabili ASP e ASM informare il medico di MG a percorso intermedio, ossia nel passaggio dalla struttura per acuti alla sede della fase post-acuta.

Attività presso la Stroke Unit dell'Azienda Ospedaliera San Carlo

L'Unità Operativa Semplice a valenza di U.O.C. di Neurologia denominata "Stroke Unit" è stata attivata in data 6 maggio 2011 ed è dotata di 8 posti letto, ciascuno dei quali è provvisto di monitor multiparametrico.

Attesa l'esiguità del personale specificatamente dedicato si è proceduti all'accorpamento della Stroke Unit alla Neurologia per poter garantire su ogni turno l'assistenza infermieristica.

Di seguito si riepilogano le attività svolte nell'anno di riferimento:

<u>Ricoveri</u>				
Ricoveri ordinari totali 320	Maschi		54,6%	
	Femmine		45,4%	
	Età media		71 (17 -99)	
Degenza media	8.5 giorni (degenza media nazionale di 10,4 giorni)			
Ricoveri per Ictus	268	Numero		Percentuale
		ischemici 219	83,75%	ischemici 81%
	emorragici 49			Emorragici 19%
TIA	12		3%	
Altro	40		13.25%	

Dimessi

Dimessi	Domicilio 53%
	Riabilitazione intensiva 26%
	RSA geriatrica 7%
	Trasferimento 6%
Totale deceduti 22	5% sul totale dei ricoveri
Deceduti per ictus	6 % (20% dati nazionali forme ischemiche, 30-50% forme emorragiche)
Trombolisi	n. 9 casi

Valutazione dell'outcome clinico

A tutti i pazienti ricoverati in Stroke Unit viene somministrata la Scala NIHSS che permette di valutare il danno neurologico all'entrata in reparto e alla dimissione. Dai dati riportati si osserva una riduzione significativa del danno neurologico alla dimissione del paziente (Ing. 8.6 – dim. 6.5)

Attività ambulatoriale e diagnostica

L'ambulatorio è dedicato alle visite di controllo dei pazienti già ricoverati presso la nostra UOS o in Neurologia per un evento cerebrovascolare acuto .

Formazione

La formazione e la competenza professionale rappresentano elementi di qualificazione della Stroke Unit. Al fine di garantire percorsi di formazione/aggiornamento di tutte le figure professionali della Stroke Unit sono stati effettuati numerosi seminari che hanno coinvolto anche altre UU.OO. che partecipano al processo assistenziale del paziente ictato.

Percorsi riabilitativi

Un adeguato turnover nella Stroke Unit è fondamentale per la riduzione dei tempi di degenza e può essere assicurato dalla definizione di percorsi ottimizzati verso la riabilitazione o in residenze sanitarie assistite.

Tutti i pazienti afferenti alla Stroke Unit seguono procedure riabilitative già in fase acuta e ed in tempi rapidi viene attivato un collegamento funzionale ed organico con le Strutture di Riabilitazione (in particolare Intensive) del territorio regionale al fine assicurare ai pazienti una continuità tra le cure iniziate in ospedale e quelle necessarie nella fase post-acuta.

Prevenzione secondaria

Al fine di assicurare misure di prevenzione secondaria sono attivate iniziative che migliorano la pratica clinica.

A tutti i nostri pazienti viene assicurato alla dimissione uno Standard di prescrizione :

- ✓ prescrizione di antiaggreganti
- ✓ prescrizione di anticoagulanti e esplicitazione di controindicazioni
- ✓ prescrizione di antipertensivi
- ✓ prescrizione di antipertensivi
- ✓ prescrizione controllo clinico post-dimissione

Prevenzione primaria

Nell'ambito della prevenzione primaria è stata attivata "Alice Basilicata" Associazione onlus per la Lotta all'Ictus Cerebrale con lo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone colpite da ictus cerebrale, dei loro familiari e delle persone a rischio.

Trombolisi: Nell'anno di riferimento è stata attivata la procedura della trombolisi che è stata eseguita su n. 9 pazienti con risultati positivi al 99% .

Altre attività:

Partecipazione del Responsabile della U.O.S. Stroke Unit alla produzione di Linee guida regionali ed aziendali sul percorso assistenziale al paziente con ictus.

Realizzazione di una cartella clinica specifica per la Stroke Unit con scale di valutazione (NIHSS, BSSA, Rankin, Barthel, cartella infermieristica, cartellina trombolisi) in uso dal 1° maggio 2012.

Collaborazione con il Centro U.V.A. (Unità Valutazione Alzheimer) nella diagnosi differenziale con demenze vascolari.

Partecipazione a due studi multicentrici nazionali (SISIFO e Progetto CCM ictus cerebrale).

11. Salute mentale

Le attività di ippo-ono terapia nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e nella riabilitazione alcolica

PREMESSA

L'attività di Ippo-Ono Terapia, in questi ultimi anni, ha subito una rivoluzione concettuale e nella sua applicazione pratica ed inoltre è stata inclusa (come co.terapia) in programmi riabilitativi strettamente basati su regole applicative e valutazione dei risultati.

Per questo la riabilitazione equestre è entrata a pieno diritto tra le metodologie medico-sanitarie atte ad ottenere un recupero funzionale e globale di soggetti disabili, disagiati o disturbati da alterazioni dello sviluppo psico-mentale.

OBIETTIVI

Verificare l'efficacia clinica generale del trattamento attraverso l'utilizzo di adeguata metodologia scientifica e di idonei strumenti di rilevazione e di analisi.

Valutare singolarmente gli effetti terapeutici del trattamento in merito alle seguenti aree:

Autostima

Senso di responsabilità

Empatia

Relazione /Comunicazione

Collaborazione

RISULTATI ANNO 2013

- Studio preliminare dei documenti clinici degli utenti ospiti della struttura residenziale del Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare;
- Analisi sistematica delle schede di attività di ippo-onoterapia e dei questionari di

soddisfazione degli utenti trattati dal 2007 al 2013;

- Predisposizione delle attività progettuali con ipotesi di ripartizione economica sulle voci di spesa.
- Attività di formazione
- Attività di ricerca
- Costituzione del comitato tecnico scientifico di cui faranno parte docenti ed esperti di livello nazionale ed internazionale.

“Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile: proposta di una sperimentazione gestionale

Tale progetto nasce dall'esigenza di questa Azienda ASP di Potenza di promuovere tra le attività del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile un servizio di tipo semiresidenziale e residenziale, da allocarsi presso il plesso ospedaliero di Chiaromonte, rivolto ad interventi riabilitativi psico-educativi per due distinte fasce di età, nei seguenti ambiti:

- Bambini in età prescolare, già valutati presso strutture di Neuropsichiatria infantile, cui sia stata fatta diagnosi o per cui ci sia un fondato sospetto clinico di disturbo dello spettro autistico;
- Ragazzi in età scolare con disturbo dello spettro autistico strutturato, già seguiti e che necessitano di impostare e consolidare un progetto psico-educativo strutturato applicando programmi terapeutici basati sullo sviluppo e di tipo cognitivo-comportamentale.

Per tali casi si prevede necessariamente il coinvolgimento della famiglia e la sperimentazione di un ambiente terapeutico che possa essere riprodotta con un progetto terapeutico a casa e a scuola dopo le dimissioni.

Si prevedono controlli in regime ambulatoriale e/o semiresidenziale.

Per i ragazzi in età scolare si chiede il coinvolgimento della famiglia e della scuola, anche attraverso l'utilizzazione di sessioni di attività videoriprese da utilizzare a distanza e, se necessario, l'intervento diretto di operatori a scuola e/o a casa dopo la dimissione.

Di qui la sottoscrizione del protocollo d'intesa in data 19.03.2007 tra la Regione Basilicata, la soppressa ASL n.3 di Lagonegro, la soppressa Azienda USL n.4 di Matera, il Dipartimento interaziendale DINPEE e l'IRCCS Stella Maris Calambrone di Pisa finalizzato all'attivazione e realizzazione nel territorio regionale di servizi psichiatrici per bambini e adolescenti.

In attuazione di detto protocollo i soggetti interessati hanno avviato il necessario percorso di studio e lavoro per addivenire ad un modello organizzativo utile al perseguimento degli obiettivi fissati.

La Fondazione IRCCS Stella Maris di Calambrone di Pisa cura la supervisione scientifica del progetto, in particolare gli aspetti di ricerca e sperimentazione riguardanti la diagnosi precoce, i fattori biologici correlati ai disturbi dello spettro autistico e la validazione dell'efficacia degli interventi e trattamenti terapeutici. La fondazione Stella Maris in attesa di sviluppare dei programmi di ricerca specificatamente concepiti si è impegnata a coinvolgere la casistica della regione Basilicata nella rete nazionale della ricerca di settore mediante la piena integrazione delle attività svolte presso le sedi della Basilicata nel programma di ricerca strategica finanziata dal Ministero all'IRCCS Stella Maris.

Si sviluppa, pertanto:

- 1) un programma di screening dell'autismo a 12 e 18 mesi di vita
- 2) una valutazione dell'efficacia dei trattamenti avviati in età prescolare;
- 3) l'identificazione di protocolli di valutazione nell'autismo ad alto funzionamento
- 4) lo studio della intersoggettività nell'autismo attraverso nuovi strumenti tecnologici. Tale integrazione ha il duplice obiettivo di coinvolgere direttamente la Basilicata nella rete nazionale di ricerca del settore, sia di impostare un percorso di formazione del personale coinvolto sulle metodologie di ricerca e, più in generale, sulle procedure e le impostazioni di studio nella ricerca clinica e traslazionale.

La fondazione Stella Maris si è impegnata a mettere a disposizione il know how necessario per l'implementazione dei programmi formativi di base del personale, piena intesa gestionale e culturale del Direttore dei DNPEE. Tali programmi sono sostanziali per la buona riuscita della sperimentazione e potranno prevedere anche tirocini e seminari formativi nella sede di Calambrone.

Ad oggi è stato approvato lo Statuto della Fondazione e sono stati nominati il consiglio di amministrazione e il Presidente della stessa. E' stato anche sottoscritto l'atto di convenzione tra i soggetti interessati per la regolamentazione delle funzioni, dei compiti e l'organizzazione dei servizi da erogare nell'ambito delle attività di detta sperimentazione gestionale. Infine, in data 25.05.2010, la Fondazione Stella Maris ha ottenuto il riconoscimento della personalità giuridica da parte della prefettura di Matera.

La collaborazione tra L'Azienda ASP e la Fondazione ONLUS "Stella Maris Mediterraneo nasce nei campi del comportamento alimentare, dell'autismo e dell'alcolologia. La ricerca di base è l'attività sperimentale o teorica sviluppata per acquisire nuova conoscenza su fenomeni fondamentali, iniziata senza la previsione di una sua particolare applicazione. Obiettivo principale è di promuovere la conoscenza dell'iniziativa come strumento per contenere il ricorso a strutture extra-regionali per la cura e l'assistenza nei casi di patologie afferenti ai disordini dello spettro autistico, ai disordini alimentari, alle problematiche connesse all'alcolismo

Tale offerta assistenziale promossa dalla fondazione vede confluire servizi già esistenti nell'azienda ASP di Potenza nell'ambito territoriale di Lagonegro

È opportuno precisare che ad oggi è stato avviato il progetto studio "PRIMA PIETRA-

Progetto collaborativo di assistenza, ricerca clinica e tele riabilitazione dell'autismo”.

Sono in corso di predisposizione le azioni previste dal progetto che si concretizzeranno potenziando gli aspetti formativi sulla diagnosi precoce dell'autismo, che saranno forte volano anche da un punto di vista comunicativo; parte delle risorse sono state già destinate ad attività di ricerca d'intesa con l'IRCCR “Stella Maris di Pisa”.

Sono state avviate le attività per il trattamento e la riabilitazione dell'autismo.

12. Piano della prevenzione

Si rimanda all'allegato n.1 , linea progettuale n.18

PARTE II

1 Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze sociali in sanità

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO

Da un sistema di progetti ad un progetto di sistema

Nel corso del 2013 , sono state avviate e implementate le metodologie di lavoro e sviluppate alcune delle fasi del progetto stesso.

- **OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO**
 - Favorire l'accessibilità ai servizi ed alle prestazioni sanitarie e migliorare i tempi di attesa dell'appropriato iter diagnostico terapeutico, fissando standard di riferimento;
 - Ridurre le variabilità e la personalizzazione dei comportamenti e favorire l'integrazione professionale ed il coordinamento delle strutture organizzative,
 - Ottimizzare e monitorare i livelli di qualità delle cure prestate attraverso la definizione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta ed analisi dei dati,
 - Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con i pazienti.
- **STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO**
 - Progetto avviato : SI
 - In fase di sperimentazione in alcuni ambiti : SI
- **RISULTATI ATTESI A REGIME**
 - Realizzazione sul territorio provinciale di una rete di strutture che garantiscano la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche.
- **RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI IMPATTO**
 - presa in carico integrata del cittadino;
 - riduzione accessi al PS;
 - riduzione delle ospedalizzazioni;
 - maggiore adesione alle raccomandazioni cliniche nei percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti affetti dalle patologia oggetto di osservazione;
 - implementazione percorsi assistenziali per la gestione della cronicità;
 - riproducibilità dei risultati in altri percorsi.
- **PREMESSA:**
- Il percorso assistenziale (PA) è un metodo innovativo utilizzato per la revisione critica ed il ridisegno degli iter assistenziali di specifici target di pazienti. Esso utilizza, come sarà

meglio descritto in seguito, il paziente come “tracciante” per l’analisi delle performance organizzative e cliniche dei servizi realizzata attraverso lo studio dei “prodotti” erogati (output) e dei “processi assistenziali” che li generano.

- E’ stato avviato un percorso di formazione/intervento finalizzato a sperimentare una metodologia comune per lo sviluppo e l’implementazione di percorsi assistenziali.
- Sono stati individuati 4 percorsi “pilota” cui applicare la metodologia, di cui 3 di area medica, (lo Scompenso Cardiaco, Ictus, BPCO) ed 1 di area chirurgica, (frattura del femore nel paziente anziano), che presentano aspetti di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.
- Sono state, inoltre, individuate aree territoriali specifiche (Potenza e Provincia) per consentire da un lato, un approccio per step successivi nell’implementazione dei percorsi, dall’altro il coinvolgimento dell’intera rete dei servizi ospedalieri e territoriali (area del bacino di utenza della popolazione residente e che usufruisce della struttura ospedaliera).
- La metodologia che sarà utilizzata prevede la definizione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali per ciascuna patologia, la messa in campo di interventi organizzativi finalizzati alla strutturazione condivisa dei processi di gestione dei bisogni di gruppi definiti di pazienti e l’adozione di sistemi di monitoraggio adeguati. Lo scopo è aumentare la qualità delle cure lungo il continuum assistenziale migliorando gli esiti clinici, promuovendo la sicurezza, garantendo la soddisfazione dei pazienti ed ottimizzando l’uso delle risorse.
- Il processo di implementazione dei percorsi assistenziali non può avvenire indipendentemente dal contesto aziendale e trova il suo elemento cardine nell’azione di gruppi di lavoro aziendali multiprofessionali e multidisciplinari. A tale scopo sono stati individuati circa 50 professionisti di varie qualifiche e discipline (25 medici, 12 personale sanitario, 6 area sanitaria-amministrativa) che sono stati coinvolti in momenti formativi in aula e in un vero e proprio processo di costruzione e applicazione dei percorsi con metodiche di apprendimento attivo (learning by doing). Sono stati forniti ai gruppi, tutoraggio e supervisione da parte di un gruppo di esperti individuati a livello nazionale tra i professionisti con maggiore esperienza scientifica, didattica ed operativa su questi temi.
- I professionisti formati potranno inoltre svolgere un ruolo di disseminazione e di facilitazione dell’applicazione della metodologia ad altri percorsi clinico-assistenziali.

OBIETTIVI SPECIFICI

- definizione del concetto di percorso di cura;
- analisi di modelli teorici di riferimento sottesi alla metodologia dei percorsi di cura;
- individuazione delle risorse umane coinvolte nella costruzione e applicazione dei percorsi di cura;
- definizione degli strumenti metodologici utili nella costruzione dei percorsi di cura;
- identificazione delle competenze specifiche di professionalità e di ruolo nella costruzione, applicazione, gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale

FASI DEL PROGETTO

- Scelta del problema di salute
- Costituzione del gruppo di lavoro
- Ricognizione dell’esistente (percorso attuale)
- Costruzione del “percorso ideale”
- Costruzione del “percorso di riferimento”
- Sperimentazione del percorso (fase pilota)
- Attuazione del percorso (implementazione e manutenzione)
- Valutazione del percorso

L'Azienda ha valutato la prevalenza e l'impatto economico delle patologie individuate per la costruzione dei percorsi sul proprio territorio come punto di partenza per l'elaborazione successiva di un PDTA per la gestione dei pazienti con questa patologia.

Sono stati estrapolati dati epidemiologici mediante l'utilizzo di dati amministrativi e sanitari.

Selezione della popolazione attraverso i seguenti indicatori:

- Dati anagrafici
- DRG (esecuzione di ricoveri ospedalieri con DRG specifici)

Alla luce dei dati ottenuti si sono messe in atto strategie volte al miglioramento della gestione di questa tipologia di pazienti. In particolare :

istituzione di un gruppo di lavoro costituito dagli specialisti ogni patologia oggetto di osservazione;

- elaborazione delle prime linee guida aziendali per la gestione di questi pazienti quale strumento in grado di rendere omogenei i comportamenti dei professionisti coinvolti nella cura del paziente, cercando, altresì il miglioramento dell'appropriatezza dell'invio alle prestazioni specialistiche e dell'appropriatezza prescrittiva terapeutica.

Tenuto conto dei principi di riferimento (eguaglianza, diversità e uguaglianza) in salute si arriva alle differenze sistematiche, prodotte socialmente e ingiuste, e ancora che equità nell'assistenza sanitaria non può essere il raggiungimento dello stesso livello di salute per tutti in quanto il sistema sanitario è solo uno dei molti fattori che contribuiscono alle differenze di salute nella popolazione, ci si è confrontati sul concetto di equità e si è arrivati a definire equità nell'assistenza come:

- ✦ Equità nell'accesso alle cure disponibili per i medesimi bisogni assistenziali;
- ✦ Equità nell'utilizzo dei servizi di cura per i medesimi bisogni assistenziali;
- ✦ Equità nella qualità (sicurezza) delle cure;

Il progetto ha l'obiettivo di trasferire buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento ai pazienti/utenti nei servizi sanitari della Regione Basilicata.

RISULTATO

Individuare, trasferire e valutare buone pratiche volte a favorire equità di accesso e di trattamento nei percorsi clinico-assistenziali, di promozione della salute.

Gli interventi individuati intendono sostenere l'Azienda e per essa le UU.OO.CC. coinvolte nei processi di sviluppo di piani per l'equità che siano in grado di:

- Raccogliere le evidenze relative alla inequità;
- Implementare i cambiamenti organizzativi e culturali necessari;
- Sviluppare coinvolgimento e partecipazione;
- Adottare strumenti di valutazione di impatto e di risultato

E' stata individuata la popolazione TARGET per ogni percorso, gruppi di popolazione più vulnerabili e che rischiano maggiormente di essere soggetti a iniquità nell'accesso ai servizi e nel trattamento

Ogni percorso ha dei destinatari specifici, facendo tuttavia attenzione di garantire che la stessa buona pratica possa essere utilizzata per affrontare le potenziali iniquità cui sono soggetti altri gruppi target (immigrati, poveri, disabili, etc).

“Istituzione di un Servizio di intermediazione linguistico – culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati presso l'AOR San Carlo”

RELAZIONE ATTIVITA' SVOLTE ANNO 2013

Il progetto si pone l'obiettivo di individuare interventi organizzativi che, all'interno dell'Azienda, possano migliorare accesso, adeguatezza e fruibilità delle prestazioni sanitarie rivolte ad utenti stranieri.

Per la realizzazione di tale obiettivo sono state individuate le seguenti linee di attività:

- informazione plurilingue sui servizi erogati dall'Azienda, modalità di accesso alle prestazioni, ubicazione dei reparti e dei servizi ospedalieri;
- informazione plurilingue sulla iscrizione al SSN e sulla partecipazione alla spesa sanitaria;
- consulenza per gli operatori delle UU.OO. di degenza ed i servizi in caso di disagi, difficoltà, problemi con l'utenza straniera;
- traduzione della documentazione clinico – sanitaria in uso presso l'Azienda (consenso informato);
- informazione e comunicazione sulle tematiche sanitarie di interesse per la popolazione locale straniera (interventi di promozione e organizzazione di giornate formative in lingua madre rivolte ai diversi gruppi etnici);
- produzione di strumenti per monitorare e valutare:
 - o le attività svolte,
 - o il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori dell'Azienda,
 - o il bisogno dei reparti/servizi ospedalieri inerenti la popolazione straniera.

Nella prima fase di progetto è stata individuata la struttura organizzativa composta da professionalità multidisciplinari e costituita da un referente aziendale, un gruppo tecnico ristretto ed un nucleo operativo allargato a tutte le risorse aziendali sensibili alla problematica affrontata.

Il gruppo tecnico ha provveduto alla definizione del crono - programma delle attività da completare nel biennio 2013 – 2014.

In particolare nella fase di avvio sono state identificate le attività propedeutiche alla piena realizzazione dell'obiettivo e su ciascuna di essa si riporta lo stato di attuazione:

- Ricognizione della esistenza in ambito regionale di figure professionali idonee alla attività di mediazione linguistico – culturale.

Non esiste ad oggi un albo regionale di queste professionalità. Si è deciso, pertanto, almeno nella fase iniziale di far ricorso alle Associazioni di volontario iscritte all'albo aziendale e che avessero indicato all'interno del protocollo operativo stipulato le attività di mediazione linguistico-culturale.

Si conta, tuttavia, nell'anno 2014 di creare un albo aziendale di facilitatori linguistici da arruolare a chiamata previa selezione con regolare avviso pubblico.

- Ricognizione della documentazione informativa disponibile sul sito aziendale e della documentazione clinico – sanitaria rivolta ai pazienti.

Copia di tutto il materiale pubblicato sul sito aziendale e di interesse per i cittadini nonché i documenti sanitari di primario interesse per i pazienti quale il consenso informato è stato consegnato alla Associazione AUSER per la traduzione nelle lingue di appartenenza degli iscritti in possesso della certificazione di lingua italiana rilasciata dall'Università di Siena.

Ad oggi, attesa la copiosità della documentazione reperita, sono stati tradotti solo parte dei documenti consegnati, si conta, entro la fine dell'anno in corso di completare tale attività di traduzione e renderla disponibile sul sito aziendale ed alle UU.OO. di degenza.

- Definizione di un percorso interno condiviso con l'Associazione AUSER per l'attivazione del servizio di mediazione linguistico – culturale.

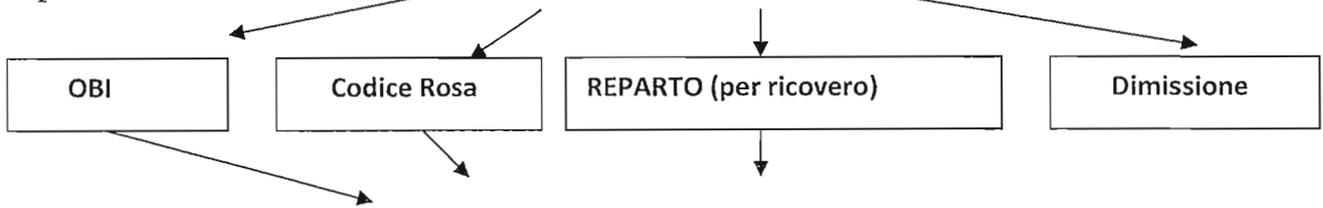
In questa fase sono state organizzate numerose riunioni a cura del gruppo tecnico ristretto con i coordinatori di tutte le UU.OO. di degenza e dei servizi diagnostici dell'Azienda, le PP.OO. della Direzione Sanitaria per sensibilizzare gli operatori alla problematica ed incentivarli alla individuazione delle situazioni di reale difficoltà dei pazienti stranieri e avviare le procedure per la attivazione del supporto linguistico idoneo.

Successivamente sono stati tenuti diversi incontri allargati ai rappresentanti della Associazione AUSER per pianificare incontri periodici su tematiche di interesse sanitario da tenere a cura del personale dell'Azienda e rivolti agli iscritti e alla popolazione interessata.

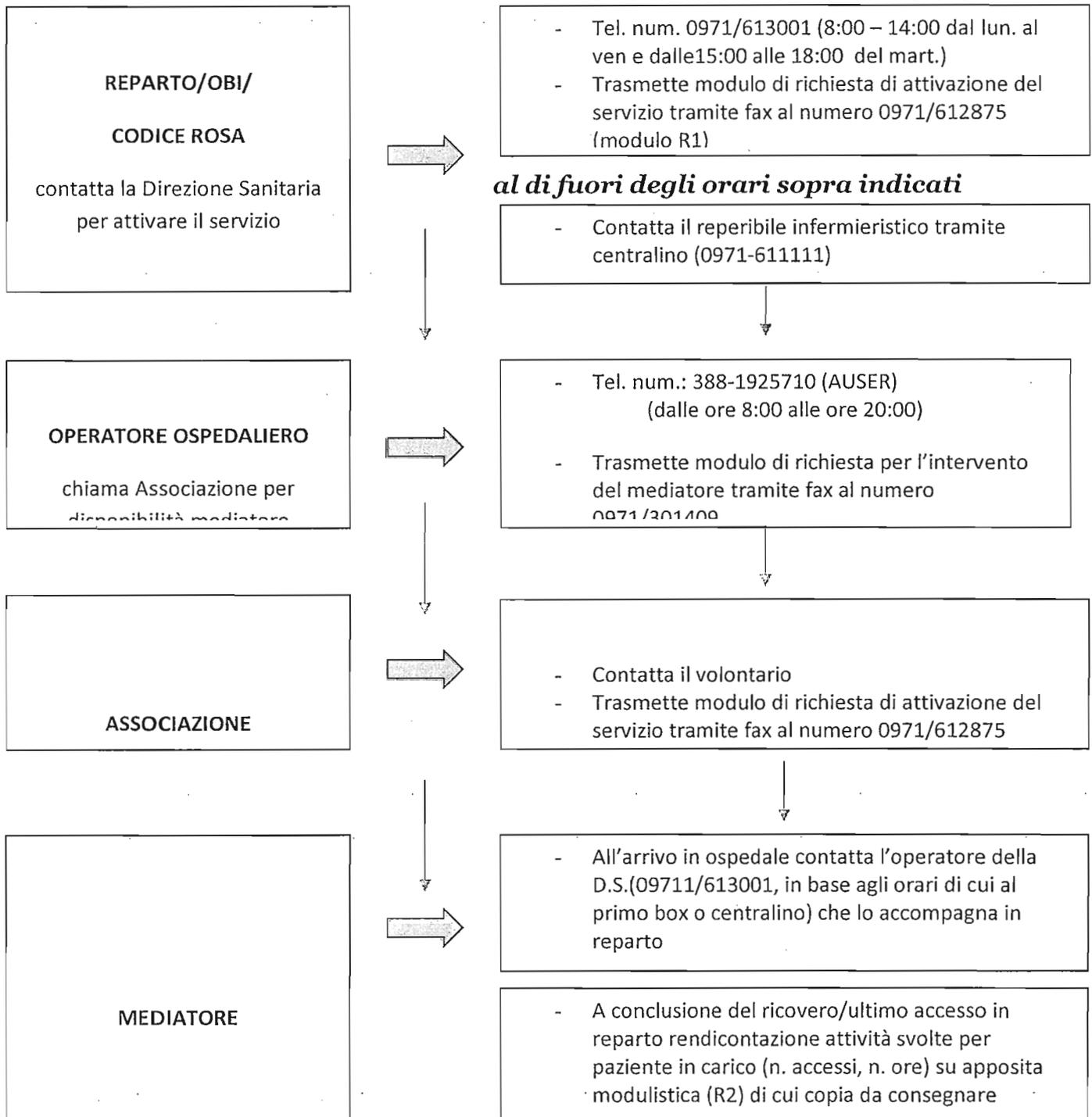
Di seguito si riporta il percorso identificato e condiviso con l'Associazione AUSER

SERVIZIO DI MEDIAZIONE CULTURALE A CHIAMATA

Il paziente arriva in P.S.



ATTIVAZIONE SERVIZIO DI MEDIAZIONE



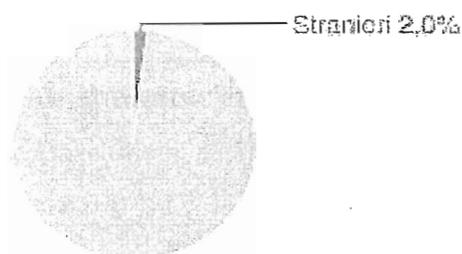
AZIENDA SANITARIA DI POTENZA - ASP

I dati disponibili per valutare il fenomeno delle disuguaglianze in sanità ,in ambito ASP evidenziano la necessità di continuare a dedicare,nell'anno 2013,particolare attenzione alla tutela della salute delle popolazioni migranti ,in particolare, rimuovendo gli ostacoli all'accesso delle suddette popolazioni ai servizi sanitari e socio sanitari.

Infatti, quale che sia il patrimonio di salute iniziale del migrante, esso viene più o meno rapidamente minato da una serie di fattori di rischio legati alle generali condizioni di vita. Pertanto, devono essere assicurati, anche per tale fascia di popolazione, livelli essenziali di copertura delle prestazioni attraverso una politica di tutela della salute volta ad attuare una piena parità degli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari pubblici

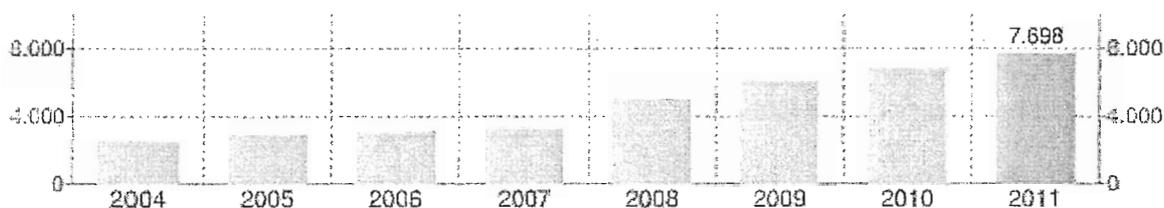
La promozione e il mantenimento della salute pubblica, come attività di prevenzione delle malattie, si assicura anche con il mantenimento dello stato di salute degli stranieri immigrati, anche irregolari.

Gli stranieri residenti in provincia di Potenza al 1° gennaio 2013 sono **7.861** e rappresentano il 2,0% della popolazione residente.



La tabella seguente mostra che, negli ultimi otto anni ,si registra il continuo aumento della popolazione straniera residente in Provincia di Potenza

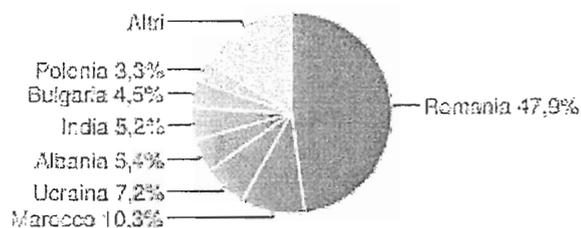
Naturalmente il fenomeno dei migranti, degli stagionali, dei temporaneamente presenti è "oltre" questi dati



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2011

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 47,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (10,3%) e dall'**Ucraina** (7,2%).



Più del 50% della popolazione straniera residente è nella classe di età compresa tra 18 e 39 anni;

si assiste ad una femminilizzazione dei flussi (le donne rappresentano più del 50%; i minorenni rappresentano il 16%circa ;

Dalla classifica dei comuni in provincia di Potenza per popolazione straniera residente emerge che i comuni con più intensità di popolazione oltre il capoluogo di provincia sono Melfi, Lavello, Rionero in Vulture, Venosa, paesi ricadenti nell'area del Vulture – Melfese. Tale fenomeno è dovuto prevalentemente alla facilità degli immigrati di trovare lavoro come braccianti agricoli. Trattasi di una opportunità per queste zone, soprattutto in virtù della giovane età e del conseguente alto tasso di natalità presente in questa nuova categoria di residenti.

La presenza di persone migranti quindi, non può più essere considerato come problema contingente, ma è un fenomeno strutturale anche per i servizi sanitari e sociali.

In tale contesto l' Azienda ASP è orientata a promuovere attività sanitarie rivolte alla popolazione straniera, ne favorisce l'accesso ai servizi della rete sanitaria e sociale rendendo efficaci i percorsi attraverso la formazione continua degli operatori ed una programmazione sanitaria che tenga conto delle nuove richieste culturalmente determinate.

Nel 2010 l'ASP ha aderito al progetto nazionale promosso e interamente finanziato dall'INMP –Istituto Nazionale Migranti e Povertà, per la promozione dell'accesso delle popolazioni immigrate ai servizi socio-sanitari nelle ASL italiane.

L' adesione a questo progetto ha favorito una maggiore "attenzione" dei servizi sanitari e socio sanitari alla domanda di salute della popolazione straniera; ha favorito la produzione di materiale informativo per facilitare l'accesso ai servizi sanitari della ASP da parte dei migranti ; il materiale è stato distribuito dai servizi territoriali (Consultori Familiari) ed è stato pubblicato sul Sito; con lo stesso progetto sono state formate come mediatrici culturali, due giovani rumene residenti a Melfi.

Nell'estate del 2011 e in quella del 2012 nell'ambito degli interventi che la Regione Basilicata e la Provincia di Potenza hanno attivato per far fronte al fenomeno stagionale della forte presenza a Boreano di migranti per la raccolta del pomodoro, questa ASL ha siglato una convenzione con la Provincia di Potenza ed Emergency per garantire in un'area, priva di servizi di trasporto pubblici e a circa 10 Km dalle strutture sanitarie più vicine, un ambulatorio mobile con un'equipe costituita da un medico, un infermiere, due mediatori culturali e un logista/autista.

Attività Polibus Emergency

Anno	Numero pazienti	Numero visite
2011	132	205
2012	243	375

In seguito all'emergenza regionale sul fenomeno degli immigrati stagionali verificatosi soprattutto nel 2011, l'Azienda ASP nell'anno 2012 e 2013, in considerazione della maggiore presenza di migranti nell'area del Vulture-Melfese , ha istituito un **ambulatorio di medicina dedicato** ai migranti presso l'ospedale distrettuale di Venosa che ha operato con cadenza settimanale .

Nell'ambulatorio ha operato una equipe composta da: Medico della Medicina Ospedaliera, personale infermieristico, Coordinatore Attività Socio-Sanitarie, Amministrativo per l'attivazione degli STP, Personale del Volontariato (CRI),Assistente Sociale e Mediattrice Culturale.

L' ambulatorio dedicato è stato attivo per circa 6 settimane ,sino a quando è durata l'emergenza. L'afflusso è stato mediamente di 15 pazienti a seduta.

L'attività ambulatoriale ha visto la collaborazione delle Associazioni di Volontariato che hanno garantito un servizio navetta per l'accesso all'ambulatorio e ai Servizi CUP e ai Punti Salute, che hanno assicurato la massima informazione ai migranti per l'orientamento ai vari servizi ASP (Consultori familiari, Ambulatori specialistici ecc.). L'attività è stata supportata con materiale informativo cartaceo tradotto nelle varie lingue e disponibile in tutti i servizi ASP e nei Campi e Centri di Accoglienza.

In particolare, l'attività svolta è riportata nelle seguenti tabelle:

Ambulatorio ASP c/o ospedale territoriale di Venosa

Anno	Numero visite
2013	115 e 10 prestazioni (RX e prestazioni odontoiatriche)

Gli Uffici della ASP nell'anno 2013 hanno iscritto 210 stranieri al SSN e ad altri 140 stranieri irregolari hanno rilasciato codici per l'accesso alle cure urgenti ed essenziali.

STP* rilasciati dall'ASP (presso 14 sportelli aziendali)

Anno 2012	15
Anno 2013	140

*Codici rilasciati a stranieri irregolari extracomunitari per garantire l'accesso alle cure sanitarie urgenti ed essenziali, validi per sei mesi.

Cittadini stranieri iscritti al SSN

Anno	Totale iscritti	Di cui Femmine	Di cui maschi
2012	147	63	84
2013	210	112	98

Si segnala inoltre l'attività di ricovero che nel triennio 2011-2013 ha interessato 287 persone.

Anno	PP.OO. Melfi		P.O. Villa d'Agri		PP.OO. Lagonegrese		Totale ricoveri	
	PP.OO. Venosa							
	D.O.	D.H.	D.O.	D.H.	D.O.	D.H.	D.O.	D.H.
2011	66	10	29	14	12	2	107	26
2012	41	2	19	11	7	1	67	14
2013	23	3	17	10	18	2	58	15

D.O.=Ricovero ordinario D.H.= day hospital Fonte: procedura AIRO

2 Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità

In riferimento allo stato di attuazione del progetto afferente alla linea n. 2 "Misure dirette all'approccio di genere in sanità" e relativo all'attivazione del codice Rosa presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo - AOR si relaziona quanto segue:

Il contesto sociale caratterizzato da un progressivo allargamento delle fasce fragili della popolazione e l'affermarsi della violenza di genere come risposta al crescente disagio, ha indotto la Direzione Strategica a ripensare il ruolo dell'Azienda all'interno del contesto in cui opera adottando il modello del "Codice Rosa" quale approccio sistemico e organizzato a tale problematica

In tale ambito, l'Azienda ha attivato una serie di scambi interistituzionali, in grado di stimolare la partecipazione, la formazione e la sensibilizzazione del personale a un corretto

intervento operativo, per garantire specifiche modalità di accesso al pronto soccorso per le vittime di violenze che si possono sinteticamente sintetizzare :

1. supporto all'implementazione e sviluppo del Percorso Rosa mediante sottoscrizione del protocollo d'intesa con l'Azienda USL n. 9 di Grosseto (deliberazione n. 249 del 10.06.2013) che, in tale ambito, ha fortemente consolidato negli anni importanti e significativi risultati;
2. costituzione di un gruppo di lavoro formato da operatori aziendali (deliberazione n. 2013/00296 dell'11.07.2013) in grado di collaborare in maniera profondamente sinergica con il precipuo compito di individuare e superare eventuali specifiche criticità nell'attuazione del percorso Rosa, relazionando periodicamente al Direttore Generale sullo stato di attuazione del progetto;
3. costituzione di una "Task Force Interistituzionale", formata da magistrati appartenenti alla Procura della Repubblica di Potenza, un pool di medici e infermieri della AOR San Carlo e le forze dell'ordine, finalizzata ad ottimizzare risorse ed energie, a migliorare la qualità delle risposte offerte alle vittime I compiti della task force, istituita il 12 luglio 2013 con la sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra le parti coinvolte (Procura della Repubblica, Prefettura, AOR San Carlo e Forze dell'ordine) sono:
 - a. mettere a punto azioni integrate tra l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza e la Procura della Repubblica di Potenza per sviluppare un piano di programmazione condivisa e integrata, anche attraverso periodici confronti con individuazione e studio delle attività realizzate, valutandone l'impatto, i punti di forza e le criticità;
 - b. coordinare la raccolta dei dati sulla violenza sessuale attraverso la monitoraggio del fenomeno, effettuata dal Centro di Coordinamento per le Vittime di Violenza dell'AOR San Carlo e comunicate nei casi di emergenza alla Procura della Repubblica di Potenza per l'attivazione congiunta della Task Force;
 - c. fornire, nel rispetto del segreto istruttorio e d'ufficio, nonché delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza, gli elementi ed i dati necessari alla raccolta ed all'elaborazione delle statistiche relative all'andamento del fenomeno, al fine di consentire un costante monitoraggio dello stesso;
 - d. promuovere azioni comuni per affrontare le situazioni di criticità individuate;
 - e. promuovere strategie pubbliche di intervento contro la violenza ed azioni specifiche sui problemi rilevati;
 - f. favorire e incentivare il costante aggiornamento professionale dei componenti della Task Force al fine di garantire un servizio sempre più efficace, efficiente e tecnicamente avanzato per adeguare il lavoro del gruppo alle differenti realtà nelle quali si troveranno ad operare;
 - g. promuovere in modo condiviso e sinergico campagne di informazione e di sensibilizzazione sul territorio rivolto sia alla popolazione in genere che ad alcune specifiche realtà (ad es. scuole, gruppi a rischio);
 - h. collaborare alla realizzazione di mirati percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari e alle Forze dell'Ordine, curando iniziative idonee a facilitare la raccolta delle denunce (in condizioni di rispetto della riservatezza ed in ambienti consoni a tale scopo, considerata la particolare condizione di fragilità psicologica in cui si trova la vittima di una violenza) .
4. corso di formazione tenuto dagli operatori della Task Force di Grosseto il 13 e 14 novembre 2013 nelle giornate del presso l'AOR San Carlo e destinato a tutti gli operatori individuati dall'Azienda e dalle istituzioni firmatarie del Protocollo

d'Intesa, finalizzato a trasferire i contenuti esponenziali e cognitivi derivanti dalla consolidata esperienza procedurale afferente al "percorso rosa";

Nella tabella seguente sono riportate le ore di attività svolte dal personale medico ed infermieristico con i relativi costi sostenuti nell'anno 2013:

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore	Costo orario €	Costo Totale €
Dirigenti Medici e Sanitari (Psicologo, Farmacista)	15	100	1.500	€ 26,20	€ 39.300,00
Infermieri	6	100	600	€ 18,00	€ 10.800,00
Altro personale area amministrativa	2	150	300	€ 18,00	€ 5.400,00
Costo ore di docenza corso di formazione					€ 6.400,00
Rimborso spese di viaggio, vitto e alloggio per corso di					€ 4.031,00
Totale	23	350	2400		€ 65.931,00

3 Diagnosi di infezione da HIV

Il progetto "Politiche di Prevenzione dell'HIV" pone l'attenzione su un problema che, dopo la fase di allarme socio-sanitario degli anni 80-90, è caduto nel dimenticatoio determinando una nuova situazione di pericolo vista l'attuale tendenza di diffusione. Si tratta di una patologia infettiva che grazie alle diverse campagne di prevenzione ha perso le peculiarità di malattia a trasmissione ematica e si è caratterizzata sempre più come malattia a trasmissione sessuale. Certamente la probabilità di trasmissione per via sessuale è sicuramente inferiore a quella ematica ma il rischio si è diffuso a tutta la popolazione e non solo ai tossicodipendenti o agli omosessuali maschi.

Inoltre le ondate immigratorie da paesi dell'est Europa ha determinato una recrudescenza dell'infezione a trasmissione ematica vista la presenza in quelle popolazioni di tossicodipendenti sieropositivi per l'HIV e con ceppi di virus differenti da quelli locali e molto aggressivi.

Il progetto regionale pone in modo inequivocabile l'attenzione al problema diffusione dell'HIV e ripropone le azioni di attivazione di tutti i soggetti istituzionali e dei professionisti coinvolti in modo da costituire una rete multi istituzionale e multidisciplinare per prevenire diagnosticare e curare in modo tempestivo la patologia, prima che torni a diventare emergenza nazionale:

Sono stati identificati 4 indicatori di progetto, come di seguito riportato:

Di fianco a ciascun indicatore è stato riportato lo stato di raggiungimento dell'obiettivo stesso:

1. Costituzione Gruppo di lavoro (Regione - UU.OO. Malattie Infettive Ospedaliere - SERT) per la pianificazione delle attività di comunicazione e di diagnosi precoce: 4 mesi dall'avvio del progetto.
2. La A.S.P. nell'anno 2013 si è resa disponibile al Gruppo di lavoro partecipando all'individuazione dei componenti e monitorando attentamente le categorie di pazienti maggiormente a rischio (tossicodipendenti).

3. Applicazione del test di avidità anticorpale a partire dalle categorie a maggior rischio: 20 mesi dalla fine della fase 1.

Per tale azione è necessaria la formulazione di uno specifico accordo con il Reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale San Carlo di Potenza

4. Coinvolgimento di MMG – PLS – Ginecologi - Laboratori di analisi – Scuole - Carceri a supporto delle azioni da mettere in campo: 10 mesi dalla fine della fase 1.

Questa azione, pur complementare per larga misura alla costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale, è stata in parte compiuta. Nel 2013 sono state attuate azioni di prevenzione in alcune Scuole Medie Superiori del territorio (Liceo Classico di Venosa, Scuole 2° e 3°); inoltre è da diversi anni che si procede ad una informazione corretta a tutti gli utenti dei SerT dell'A.S.P. che ha determinato l'azzeramento della diffusione dell'AIDS tra gli stessi utenti.

5. Realizzazione di specifica campagna informativa (su conoscenza del fenomeno, comportamenti a rischio, importanza del test ecc...): 10 mesi dalla fine della fase 2.

4 Promozione di una rete per i tumori rari

Realizzazione di una rete regionale per la valutazione epidemiologica, la diagnosi, il trattamento e la ricerca nei tumori rari

Sono state avviate le attività previste:

- Ogni struttura sanitaria coinvolta nel network regionale è stata dotata di un sistema informatico di tele-consultazione via web, con adeguata garanzia di protezione e sicurezza dei dati sensibili.
- Registrazione dei casi di tumore raro in un unico data-base di rete ed inserimento nel Registro Tumori regionale e in quello nazionale.
- Integrazione ed implementazione della definizione operativa di tumori rari prevista dal progetto europeo "RARECARE".
- Attivazione di trials clinici con congruo numero di pazienti e di adeguata potenza statistica, coinvolgendo e stimolando le company farmaceutiche a fornire i farmaci necessari, in particolare quelli "orfani" e utilizzando adeguatamente i fondi AIFA dedicati alla ricerca indipendente.
- Stimolare l'attività di ricerca nell'ambito di gruppi cooperatori nazionali ed internazionali, favorendo, per motivi di numerosità, gli studi di fase I-II e l'utilizzo "compassionevole" dei farmaci.
- Elaborazione di linee guida condivise per la diagnosi e il trattamento dei tumori rari.
- Stoccaggio presso la Biobanca dell'IRCCS-CROB di materiale biologico (tessuto e sieri) per studi molecolari.
- Pubblicazioni scientifiche (studi clinici prospettici, analisi retrospettive e studi biologici).
- Informazione al pubblico e ai pazienti sulle attività della rete, coinvolgendo le associazioni dei pazienti

Promozione di protocolli e linee guida nell'ambito della creazione di una rete nazionale e regionale per i tumori rari

Sono state avviate le attività previste:

Estensione di linee guida per la pratica clinica, specifiche per il gruppo di tumori rari.

Realizzazione di una rete regionale per la valutazione epidemiologica, la diagnosi, il trattamento e la ricerca di tumori rari, progetto promosso dall'IRCCS CROB di Rionero in Vulture.

5 Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Implementazione delle attività di sorveglianza epidemiologico-sanitaria delle patologie asbesto-correlate

Sono state avviate le principali attività previste:

1. raccordo tra tutti i referenti aziendali del progetto e con il Dipartimento Regionale all'Ambiente per la predisposizione del programma di dettaglio per linee d'intervento e relativo crono-programma
2. predisposizione e sottoscrizione del protocollo d'intesa per la presa in carico dei soggetti con patologie asbesto – correlate
3. riorganizzazione delle attività del registro regionale mesoteliomi (riordino archivio storico, definizione dell'eventuale nuova allocazione ed individuazione delle risorse umane necessarie per il suo funzionamento ottimale e per dare operatività al linkage tra dati sanitari ed ambientali)

Azienda Ospedaliera San Carlo

”Istituzione di un Servizio di Odontostomatologia presso il Centro Pediatrico Bambino Gesù - Basilicata”

La Regione Basilicata, al fine di perseguire l’obiettivo di una efficiente ed efficace assistenza pediatrica, ha realizzato una Rete Pediatrica Interaziendale (RIPED) allo scopo di soddisfare pienamente il fabbisogno sanitario regionale nonché far fronte alla domanda di prestazioni delle regioni limitrofe che ne facciano richiesta. La Rete è stata implementata grazie alla collaborazione delle diverse strutture regionali ed in particolare dell’A.O.R. San Carlo di Potenza e l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, quest’ultimo il maggior Centro di assistenza pediatrica in Italia sia per numerosità di casi trattati sia per l’elevato livello delle prestazioni erogate. Tra l’A.O.R. San Carlo e l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è stato quindi stipulata una apposita convenzione avente lo scopo di disciplinare la realizzazione del Centro Pediatrico Bambino Gesù – Basilicata – presso l’A.O.R. S. Carlo quale HUB di assistenza pediatrica di I (primo) e II (secondo) livello delle rete interaziendale di assistenza pediatrica RIPED.

Con tale collaborazione le parti hanno deciso di perseguire i seguenti obiettivi strategici generali:

- 1) dotare la Regione Basilicata di un Centro Regionale Pediatrico per l’assistenza di I e II livello con i requisiti strutturali ed organizzativi corrispondenti agli standard di eccellenza, di attività, di processo e di prodotto indicati nelle normative vigenti;
- 2) limitare la mobilità in uscita di pazienti pediatrici verso altre Regioni con contestuale riduzione degli oneri a carico della Regione Basilicata;
- 3) costituire un polo di attrazione per la popolazione pediatrica di altre regioni con conseguente incremento della mobilità attiva e delle entrate da queste derivanti;
- 4) realizzare gli obiettivi di prestazioni e di risultato indicati nel Progetto.

In tale contesto di riferimento, la Direzione Strategica Aziendale, al fine di ottemperare all’Accordo Stato-Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale validi per gli anni 2012 e 2013, ha interessato, nell’ambito della linea progettuale n. 1 avente ad oggetto “cure primarie” e, specificamente nell’attuazione del sub-obiettivo “Istituzione di un Servizio di Odontostomatologia presso il Centro Pediatrico Bambino Gesù – Basilicata”, il Dr. Salata ed il Dr. Garzone, quali referenti dell’azienda.

Tale progetto è nato con lo scopo di consentire al Centro Pediatrico Bambino Gesù – Basilicata, assistenza odontostomatologica ai pazienti affetti da patologie del cavo orale di norma in attività ambulatoriale e nei casi più gravi in regime di ricovero diurno, ai bambini di età compresa tra 0-18 anni che, in quanto portatori di disabilità (sindromici, motori, intellettivi, sensoriali e psicopatologici), non trovano risposte adeguate presso le strutture del territorio.

La realizzazione del progetto è stata progettata in sette fasi successive:

Fase 1: adozione di atti necessari all'avvio del Progetto;

Fase 2: analisi dello stato dei luoghi (spazi ed impianti) e del fabbisogno di dotazioni tecnologiche e strumentali idonee allo svolgimento delle attività;

Fase 3: approntamento delle dotazioni strutturali, tecnico impiantistiche, necessari alla realizzazione del Progetto.

Fase 4: valutazione congiunta delle esigenze organizzativo-funzionali.

Fase 5: approntamento ed inizio attività del Centro.

Fase 6: attività amministrative volte all'attivazione dell'ambulatorio dedicato, con creazione di una agenda di prenotazione dedicata da tenere a cura della segreteria del Centro Pediatrico; Visite programmabili inizialmente ogni quindici giorni, salvo verifica dei risultati e riprogrammazione dei giorni di ambulatorio dedicato in corso d'opera.

Fase 7: monitoraggio della consistenza numerica da quantificare nel corso delle attività.

Fase 8: sviluppo delle sottorete aziendale RIPED, con riferimento al Servizio di Odontostomatologia, con coinvolgimento degli odontoiatri operanti sul territorio regionale, con la finalità di renderli partecipi del buon andamento del Servizio.

Fase 9: valutazione della attività complessivamente svolta e dei corrispettivi economici, finalizzata a programmare l'intera attività per l'anno successivo.

Con riferimento al punto **n. 1**, l'Azienda ha attivato una serie di incontri, nel corso dell'anno 2013, tra la Direzione Strategica del S. Carlo e quella dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, finalizzate a verificare la fattibilità e la sostenibilità del progetto, nonché, dei sopralluoghi e degli incontri per verificare lo stato dei luoghi (spazi ed impianti) e dei fabbisogni di dotazioni tecnologiche e strumentali idonee allo svolgimento delle attività.

In particolare, circa la **verifica della strategicità del progetto**, si sono svolte riunioni tra le Direzioni dei due Enti, finalizzate a programmare le attività propedeutiche all'avvio del progetto:

- analisi degli spazi da adibire all'attività con calendarizzazione delle date per i sopralluoghi;
- analisi delle attrezzature disponibili e di quelle da acquistare per garantire le attività;
- elencazione delle diverse modalità di fruizione dei servizi offerti;
- coinvolgimento di tutti gli attori che partecipano alla Rete Pediatrica Interaziendale (RIPED).

Circa la **verifica degli spazi da adibire all'attività**, occorre dire che, alla luce di un attento sopralluogo dei locali disponibili e dei confronti intercorsi tra i tecnici dei due Enti, si è concordato di adibire una stanza, sufficientemente spaziosa, anche per il tramite di

ingenti lavori di ristrutturazione, da consentire l'accesso al riunito dei bambini di età compresa tra 0-18 anni, portatori di disabilità ed anche non collaboranti, e di provvedere a garantire a presenza in stanza di acqua demonizzata, aria compressa ed attrezzature di aspirazione.

Circa la **verifica delle attrezzature necessarie**, è stata coinvolta l'Ingegneria Clinica, la quale, ha verificato, assieme ai tecnici dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, la assenza di attrezzature specifiche. La Direzione del Bambino Gesù ha quindi comunicato la sua disponibilità, in nome e per conto del S.Carlo, all'acquisto delle attrezzature e dei materiali necessari per l'avvio delle nuove attività e tale elenco è stato sottoposto al vaglio del Servizio di Ingegneria Clinica, che ha dato parere favorevole agli acquisti.

Circa la **verifica delle diverse modalità di fruizione dei servizi offerti** si è confermato nel rispetto delle linee guida del progetto stesso, attraverso il coinvolgimento del Servizio Gestione delle attività ambulatoriali, di attivare un ambulatorio dedicato, con creazione di una agenda di prenotazione dedicata da tenere a cura della segreteria del Centro Pediatrico e di programmare, inizialmente, visite ogni quindici giorni, salvo verifica dei risultati e riprogrammazione dei giorni di ambulatorio dedicato in corso d'opera.

Le fasi successive inerenti il progetto saranno implementate nel corso dell'anno 2014. Occorre infatti specificare che i processi descritti si basano su un modello organizzativo a rete integrata di cure pediatriche, che trova un primo ed articolato intervento assistenziale a livello territoriale, da parte dei pediatri di famiglia e altre figure professionali a supporto, attribuendo, per l'appunto, all'Ospedale Regionale San Carlo il ruolo di struttura di riferimento in caso di patologie particolari, come quelle descritte, che non possono trovare soluzioni diagnostiche e terapeutiche sul territorio. Nel 2014 quindi, saranno ulteriormente stimulate le necessarie azioni di sensibilizzazione volte a favorire la diffusione e la conoscenza della nuova offerta di servizi parte del Centro Pediatrico Bambino Gesù della Basilicata, con riferimento alla odontostomatologia pediatrica, in modo tale da far confluire all'A.O.R. San Carlo, dal bacino regionale, un adeguato numero di prenotazioni tale da giustificare l'acquisto nel 2014 delle nuove attrezzature.

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 per Linea Progettuale
1 -interventi x riassetto organ.e srutt. Dei serv assist osped e territoriale-farmacia dei servizi	1.1.1 Ospedale Distrettuale -UCCP -Farmacia dei servizi nuovi orizzonti d'integr.-punto 1: amB codici bianchi ASP	749.785,00	
	1.1.2 Ospedale Distrettuale-UCCP-Farmacia dei Servizi Nuovi Orizzonti d'integr.-punto 2: ambulatorio codici bianchi ASP	649.814,00	
	1.1.3 Ospedale Distrettuale-UCCP-Farmacia dei Servizi Nuovi Orizzonti d'Integr.-punto3: Farmacia dei Servizi ASP	299.914,00	
	TOT. PROGETTO 1.1...	1.699.513,00	1.699.513,00
	1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)	254.927,00	254.927,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)	249.929,00	249.929,00
	1.4 -Incentivare il percorso attivazione Aggreg delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ASM	329.906,00	329.906,00
	1.5 Potenziamento Distribuzione Farmaci alla dimissione da Reparto e dopo Visita Specialistica Ambulat. E presa in carico dei pazienti cronici affetti da Fibrosi Cistica. (A. O. San Carlo- Pz).	199.943,00	199.943,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 1:	2.734.218,00	2.734.218,00
	2 modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	2.1 SPERIMENT. IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MMMMG E PPLLSS (ASP)	959.725,00
2.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM)		719.794,00	719.794,00
2.3 Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze (ASM)		55.984,00	55.984,00
2.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM)		175.950,00	175.950,00
2.5 Attivazione Day Service secondo il Cronic Care Model (ASM)		199.943,00	199.943,00
2.6 La persona malata al centro... della ricerca organizzat oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) -(CROB)		75.978,00	75.978,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 2:		2.187.374,00	2.187.374,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata per Linea Progettuale
3 implement.piano di indir.x riabil.d cui accordo stato regione 19/2/11	3.1 Percorso di cura del paziente disabile (ASP)	73.000,00	73.000,00
	3.2 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio ASM	73.000,00	73.000,00
	3.3 "La presa in carico efficace"il percorso riabilit.intergrato osped territ.nel paziente affetto da insuff respirat. -ASM	72.737,00	72.737,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 3:	218.737,00	218.737,00
4 implement.della linea per l'assist.ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti- acc.stato reg 5/5/11	4.1 Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti -ASP-	246.079,50	246.079,50
	4.2 SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM	246.079,50	246.079,50
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 4:	492.159,00	492.159,00
5 Assist anziani in cond.di fragilità e di non autosufficienza	5.1 PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)	385.644,00	385.644,00
	5.2 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilita e non autosufficienza (ASM)	154.258,00	154.258,00
	5.3 Studio sull' efficacia dell'esercizio fisico e della dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano asm	6.941,00	6.941,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 5:	546.843,00	546.843,00
6 Tutela della fragilità e contrsto alle disuguaglianze in sanità	6.1 Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseg.e garant l'equità di accesso alle cure-(ASP)	270.000,00	270.000,00
	6.2 Istit.serv.interm.ling.cultur. A favore di cittadini stranieri ricover.c/o az Osp San Carlo	60.000,00	60.000,00
	6.3 Attivazione "codice rosa" nel Pronto Soccorso dell'osp.San Carlo di Potenza	162.159,00	162.159,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 6:	492.159,00	492.159,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
7 cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa special.	7.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-(ASP)	397.705,00	397.705,00
	7.2 Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).	331.420,00	331.420,00
	7.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)	165.710,00	165.710,00
	7.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO)	198.852,00	198.852,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 7:	1.093.687,00	1.093.687,00
8 sviluppo processi di umanizzaz.all'interno dei percorsi assistenziali	8.1 Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e o inguaribile -(ASP)	100.000,00	100.000,00
	8.2 La valutazione del dolore nel paziente pediatrico -(ASP)	140.000,00	140.000,00
	8.3 Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana. (A.O. SAN CARLO).	97.475,00	97.475,00
	8.4 " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)	100.000,00	100.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 8:	437.475,00	437.475,00
9 Interv per l'impl.della rete Nazion malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	9.1 Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari -(ASP)	55.000,00	55.000,00
	9.2 Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed ematologia ed altre UU.OO ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare.(ASM)	300.000,00	300.000,00
	9.3 Attività rivolte alla realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti oncologici affetti da malattie rare. (ASM)	11.500,00	11.500,00
	9.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)	50.000,00	50.000,00
	9.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)	185.028,00	185.028,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 9:	601.528,00	601.528,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata “ALLEGATO A”

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
10 TUTELA MATERNITA- PERCORSO NASCITA-PARTO ANALGESIA	10.1 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASP)	115.612,00	115.612,00
	10.2 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASM)	18.168,00	18.168,00
	10.3 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE CORSI PREP AL PARTO (ASM)	14.864,00	14.864,00
	10.4 TUTELA MATERNITA E PROMOZ APPROP.DEL PERCORSO NASCITA- (A.O. SAN CARLO PZ)	179.462,00	179.462,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 10:	328.106,00	328.106,00
11 TUTELA FERTILITA E FUNZIONE ORMONALE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE ISTITUZ DI BIOBANCHE DEL TESSUTO OVARICO E CELLULE GERMINALI	11.1 Tutela fertilità e della funzione ormonale giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule staminali—(ASP)	288.336,00	288.336,00
	11.2 Formazione specifica per medici ginecologi, senologi, oncologi medici-chirurghi- urologi – reumatologi-clinici medici ed infermieri delle branche e costruzione di una rete multidisciplinare di specialisti per la diffusione della conoscenza dei questi temi, la diffusione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità femminile e maschile. (ASM)	149.139,00	149.139,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 11:	437.475,00	437.475,00
12 IMPLEMENTAZ PERCORSI DIAGNOSTICI ASSISTENZIALI DI SUPPORTO	12.1 ENDOMETRIOSI INFILTRANTE(ASP)	59.535,00	59.535,00
	12.2 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)	11.907,00	11.907,00
	12.3 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO	92.611,00	92.611,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 12:		164.053,00	164.053,00
13 IMPLEM. RETE NAZ. DEI CENTRI TERRIT. PER LA PREVENZ.PRIMARIA E LA DIAGN. PRECOCE DELLE INFEZ. DA HPV	13.1 Programma di recupero per le ragazze dai 14 ai 19 anni che non hanno iniziato o completato il ciclo vaccinale HPV secondo il calendario ministeriale-campagna di sensibilizzazione sulla prevenzione primaria e la diagnosi precoce da infezione da HPV rivolta alla popolazione scolastica femminile del territorio della ASM E AI mmg E PLS	164.053,00	164.053,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 13:	164.053,00	164.053,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
14 Rete per la prevenz. E diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	14.1 utilità della diagnosi precoce per il tumore della prostata e del testicolo.(ASP)UTILITA DELLA DIAGNOSI PRECOCE PER IL TUMORE DELLA PROSTATA E DEL TESTICOLO -ASP	130.127,00	130.127,00
	14.2 Rete per la prevenz. E diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO	33.926,00	33.926,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 14:	164.053,00	164.053,00
15 Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche etc	15.1 Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche- (ASM)	198.232,00	198.232,00
	15.2 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione.(ASP)	239.243,00	239.243,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 15:	437.475,00	437.475,00
16 Sviluppo governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management	16.1 Adegua. Disciplina dell'Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento (OPRA). Adeg.sistemadi accreditamento regionale alle previsioni dell'Intesa 20dic.2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della normativa sull'Accreditamento-TRAC . Istituzione.....-(A.O. SAN CARLO PZ)	40.000,00	40.000,00
	16.2 Sviluppo degli strumenti del e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management. (ASP)	80.000,00	80.000,00
	16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico. (ASM)	965.188,00	965.188,00
	16.4 la prevenzione delle cadute accidentali- Progetto pilota (ASM)	1.500,00	1.500,00
	16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica. (ASM)	7.000,00	7.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 16:	1.093.688,00	1.093.688,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata "ALLEGATO A"

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
17 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie	17.1 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie ASP da 65000 a 109733	109.733,00	109.733,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 17:	109.733,00	109.733,00
18 Piano Nazionale della Prevenzione (DGR 981/2013)	18. a) PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	320.500,00	320.500,00
	18.b) STRATIFICAZIONE PREDIABETICI PER RISCHIO CARDIOVASCOLARE	146.000,00	146.000,00
	18.c) sorveglianza e prevenzione incidenti stradali	60.000,00	60.000,00
	18.d) sicurezza nei cantieri edili	83.000,00	83.000,00
	18.e) conoscere e prevenire gli incidenti domestici - CASA SICURA	34.200,00	34.200,00
	18.f) censimento popolazione 0-24 anni con patologie croniche invalidanti	103.750,00	103.750,00
	18.g) incremento dell'offerta vaccinale MPR	547.500,00	547.500,00
	18.h) Implementazione sviluppo sistemi di sorveglianza infezioni da HIV	320.000,00	320.000,00
	18.i) Controllo e riduzione della echinoccosi nelle popolazioni animali e prevenzione patologia umana e correlata	55.000,00	55.000,00
	18.l) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile e promozione stili di vita salutari	33.000,00	33.000,00
	18.m)sicurezza alimentare controllo e riduzione malattie trasmesse da alimenti	55.000,00	55.000,00
	18. n) Messa a regime della Rete PASSI e OKKIO ALLA SALUTE	100.000,00	100.000,00
	18.o) Promozione allattamento al seno	22.000,00	22.000,00
	18.p1)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASP	86.000,00	86.000,00
	18,p.2)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASM	70.000,00	70.000,00
	18.q) Individuazione precoce delle ipoacusie	30.000,00	30.000,00
	18.r) Implementazione delle attività di cui al Progetto "percorsi di solidarietà"	164.000,00	164.000,00
	18.s) Approccio multidisciplinare Sclerosi Multipla:miglioramento dei percorsi assistenziali(implementazione)	376.899,00	376.899,00
	18.t) Sviluppo del programma di promozione dell'esercizio fisico e della corretta alimentazione nella popolazione anziana	18.000,00	18.000,00
		TOTALE LINEA PROGETTUALE 18:	2.624.849,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2013, art.1 comma 34 L.662/96- Regione
Basilicata “ALLEGATO A”

Linee progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto e Quota Vincolata 2013 Art. 1, C.34 L 662/96 Assegnata	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
19 SUPERAMENTO O.P.G. E SALUTE MENTALE	19.1 La promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici. (ASP)	799.954,00	799.954,00
	19.2 Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano delle Azioni Nazionali per la Salute Mentale) ASM	74.996,00	74.996,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 19:	874.950,00	874.950,00
20 SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	20.1 Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro. (ASP)	121.515,00	121.515,00
	20.2 Radioprotezione dei Lavoratori (IRCCS)	97.222,00	97.222,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 20:	218.737,00	218.737,00
	TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO FSN VINCOLATO 2013	15.421.352,00	15.421.352,00