



DELIBERAZIONE N° 808

SEDUTA DEL 1 2 LUG. 2016

DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA
DIPARTIMENTO

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2013 (ACC.STATO REGIONI 13/CSR DEL 20/2/2014) RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA PROGETT.LE MISURE DIRETTE CONTRASTO DISUGUAGLIANZE IN SANITA' (punto 4 ACC.126/CSR 30/7/2015). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2014 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. N. 126/CSR DEL 30/7/2015

Relatore **ASSESSORE DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA**
La Giunta, riunitasi il giorno **1 2 LUG. 2016** alle ore **15,00** nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Aldo BERLINGUER Componente	X	
4.	Luca BRAIA Componente	X	
5.	Raffaele LIBERALI Componente		X

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° **10** pagine compreso il frontespizio e di N° **4** allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE _____ **0 5 LUG 2016**

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

LA PRESENTE DELIBERAZIONE NON COMPORTA VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE

Atto soggetto a pubblicazione integrale integrale senza allegati per oggetto per oggetto e dispositivo sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

VISTO

il D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 recante: *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche Amministrazioni"*

VISTA

la legge regionale 2 marzo 1996 n. 12 e successive modificazioni ed integrazioni recante *"Riforma dell'organizzazione amministrativa regionale"*

VISTA

la D.G.R. 13 gennaio 1998 n. 11 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale

VISTA

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

VISTA

la D.G.R. 19 febbraio 2014 n. 227 *"Denominazione e configurazione dei dipartimenti Regionali relativi alle aree istituzionali Presidenza della Giunta e Giunta Regionale"*

VISTA

la D.G.R. 19 febbraio 2014 n. 231 *"Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona"*

VISTA

la D.G.R. 10 giugno 2014 n. 693 *"Ridefinizione numero e configurazione dei Dipartimenti Regionali relativi alle aree istituzionali Presidenza della Giunta e Giunta Regionale"*. Modifica parziale della DGR 227/2014

VISTA

la D.G.R. 10 giugno 2014 n. 694 *"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"*

VISTA

la D.G.R. 22 maggio 2015 n. 689 *"Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale. Modifica alla D.G.R. 694/2014"*

VISTA

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

VISTA

la D.G.R. 9 giugno 2015 n. 771 di modifica delle DD.GG.RR. n. 689/2015 e n. 691/2015

VISTO

il D.Lgs. 23.06.2011 n.118 recante *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, ai norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42 e successive ulteriori disposizioni integrative e correttive"* (D.lgs. 10.8.2014 n. 126, L. 23.12.2014 n.190, D.L. 19.06.2015 convertito con modificazioni dalla L. 06.08.2015 n.125 e s.m.i.

VISTO

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

- VISTO il D.P.C.M. del 29/11/2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza -
- VISTO la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al “Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale” e s.m.i.
- VISTA la Legge regionale del 06.09. 2001 n. 34 recante “Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata” e s.m.i.
- VISTA la Legge regionale dell’1.07.2008 n.12, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n.28 del 2.07.2008, come modificata e integrata dalla L.R. n.20 del 6.08.2008 e dalla L.R. 7 agosto 2009, n.27 , relativa al “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale” e s.m.i.
- VISTA La Legge regionale n. 3 del 9 febbraio 2016 “Legge di Stabilità Regionale 2016”
- VISTA La Legge regionale n. 4 del 9 febbraio 2016 “Bilancio di Previsione Pluriennale per il triennio 2016-2018”
- VISTA la L.R. n. 5 del 04.03.2016 che ha approvato il “Collegato alla Legge di Stabilità 2016”
- VISTA La D.G.R. n. 111 del 10 febbraio 2016 recante “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 2016-2018”
- 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 l'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 , che attribuisce alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune
- 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
- VISTA l'Intesa rep. n.243/CSR del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute 2010-2012
- VISTA 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.

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.

VISTO

l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (Rep. n. 44/CU del 5 maggio 2011)

VISTO

l'Accordo sancito tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali nella seduta del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti 13/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013;

VISTA

l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

VISTA

l'Intesa sancita dalla Conferenza il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti 27/CSR) sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2013;

VISTA

l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014) (di seguito Patto della Salute) che all'art. 1 co. 5 recita: "Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività."...

VISTO

l'articolo 17 del Patto della Salute che al comma 2 recita: " Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori

VISTA

l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 (Rep. 15/CSR del 13 novembre 2014)

VISTO

l'art. 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1 /quater dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112- convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133 -, che ha introdotto, a partire dall'anno 2009, un nuovo criterio di assegnazione delle risorse alle Regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale

CONSIDERATO CHE

Con DGR n.1802 del 28.12.2012 sono stati approvati 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 all' Accordo Stato-regioni rep.n.227/CSR del 22 novembre 2012

PREMESSO CHE

Con D.G.R. 1478 del 17 novembre 2015 e relativi allegati , di modifica della DGR 759 del 24 giugno 2014, si sono approvati i Progetti regionali 2013 , rimodulati, 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" unitamente alla Relazione Illustrativa (ALLEGATO 2) sulle linee progettuali di cui all'accordo Stato-Regioni rep.n.227/CSR del 22 novembre 2012 e alla DGR N.1802/2012

CONSIDERATO

che per l'anno 2014, l'Intesa rep . n. 172/CSR del 4 dicembre 2014 , tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella definizione delle linee progettuali ha

- individuato aree prioritarie di intervento e strategie adeguate alla gestione delle cronicità e della non autosufficienza orientate alla realizzazione di attività necessarie a garantire servizi funzionali ai bisogni delle persone fragili sempre nell'ottica di sviluppo dei processi di umanizzazione nell'ambito dei percorsi assistenziali. Il tutto anche in continuità con le indicazioni dell'Accordo 20 febbraio 2014 (Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2013) ed in coerenza con il nuovo Patto per la Salute 2014-2016;
- ha assegnato, fermo restando i vincoli sulle risorse destinate al fine di realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, complessivamente alla regione Basilicata la somma di euro 15.124.702,00=

RICHIAMATO

l' **Accordo rep. n. 126/CSR del 30 Luglio 2015** che per l'anno 2014 indica le linee progettuali, definendone per alcune apposito vincolo di ripartizione, (giusto Allegato A e B) circa per l'utilizzo, da parte delle Regioni delle risorse vincolate e **ribadisce** per la regione Basilicata vincoli finanziari per un totale complessivo pari ad euro **15.124.702,00**==

ATTESO CHE

come sancito nell'**Accordo Rep. n. n. 126/CSR del 30 luglio 2015** 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 presentati per l'anno 2014 e di una specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni

CONSIDERATO

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

DATO ATTO

-che la Regione Basilicata con nota prot. n. 169979 del 21 ottobre 2013 ha confermato alle Aziende Sanitarie ASP e ASM, all'Azienda Ospedaliera San Carlo e all'IRCCS-CROB anche per l'anno 2014 l'assegnazione di riparto provvisorio del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata di cui alla DGR 1606/2012;

-che con successiva D.G.R. 571 del 29 aprile 2015 "*Riparto definitivo delle disponibilità finanziarie, di parte corrente a destinazione indistinta, vincolata e finalizzata, per il Servizio Sanitario Regionale anno 2014. Approvazione*" ha attribuito alle stesse la quota spettante e comunque vincolata alla realizzazione progettuale, ai sensi dell'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662 giusta Intesa n. 172/CSR del 4 dicembre 2014

TENUTO CONTO

Che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell' **Accordo rep. n. 126/CSR del 30 Luglio 2015 per l'anno 2014** la regione Basilicata ha inteso ripartire la somma complessiva pari ad **15.124.702,00** sulle linee progettuali riassunte nella tabella di seguito indicata:

Linea progettuale		Vincoli sulle risorse euro
1	ATTIVITA' PRIMARIA	1.574.664,00
2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	250.000,00
3	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE .SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	1.231.485,00
4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	3.849.857,00
5	GESTIONE DELLE CRONICITA'	6.706.068,00
6	RETI ONCOLOGICHE	1.512.628,00
	Totale	15.124.702,00

VISTA

La documentazione allegata, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, comprensiva

- dei Progetti “**ALLEGATO 1/2014**” redatti per l'anno 2014 ed in rispondenza della nuova definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo Rep. n. 126/CSR del 30 luglio 2015 e dell'Intesa rep. n. 172/CSR del 4 dicembre 2014 per un importo complessivo di spesa pari ad euro **15.124.702,00**==
- della **Relazione Illustrativa “ALLEGATO 2/2014”** sugli esiti dei progetti regionali 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 -Fondi vincolati anno 2013- approvati con D.G.R. 1478/2015 di modifica alla DGR 759/2014.
- della **Relazione Illustrativa “ALLEGATO 3/2014”**, come prevista al punto 4 dell'Accordo Stato regioni Rep. n. 126/CSR del 30 luglio 2015, sui risultati conseguiti sul territorio regionale ed a livello di governance a seguito dell'implementazione progettuale relativa alla Linea n.1 “Misure dirette al contrasto alle disuguaglianze in sanità” -Allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012- giuste DGR n.1802/2012 e DGR 1478/2015 (linea n.6 “Contrasto alle disuguaglianze in sanità” Allegato A Accordo Stato-Regioni Rep. 13/CSR del 20/2/2014)

ATTESO Che

- i Progetti regionali, giusto “**ALLEGATO 1/2014**” con relative schede per numero sei linee progettuali, **riassunti** nell'acclusa tabella denominata - Progetti Obiettivi anno 2014, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata – “**ALLEGATO A/2014**” 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 **15.124.702,00** 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 minimi imposti
- la quota di euro **15.124.702,00** 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 1/2014) sono redatti secondo la definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo **Rep. n. n. 126/CSR del 30 luglio 2015**

DATO ATTO

che le su dette risorse finanziarie euro **15.124.702,00** sono state accertate sul capitolo E16105 n. accertamento n.3498 /2014 bilancio corrente - regione Basilicata.

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

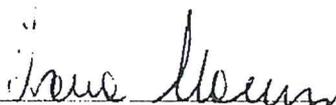
Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato ed approvato
Di:

- approvare i Progetti 2014 "ALLEGATO 1/2014" con relative schede per n. 6 linee progettuali, parti integranti e sostanziali del presente atto, relativi alle linee progettuali di cui all' Accordo Rep. n. 126/CSR del 30 luglio 2015 e all'Intesa rep. n. 172/CSR del 4 dicembre 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/2014" ad invarianza dell'importo di spesa complessiva anno 2014 di euro **15.124.702,00**
- di confermare per i progetti dell'anno 2014 gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati
- di approvare la tabella: - Progetti Obiettivi anno 2014, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata- " ALLEGATO A/2014", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di euro **15.124.702,00** (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 dei progetti collegati agli obiettivi di Piano Fsn vincolati anno 2013 "ALLEGATO 2/2014", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sui risultati raggiunti dai progetti presentati ed approvati con DGR n.1478/2015 di modifica della DGR 759/2014
- di approvare la Relazione Illustrativa "ALLEGATO 3/2014", come prevista al punto 4 dell'Accordo Stato regioni Rep. n. 126/CSR del 30 luglio 2015, parte integrante e sostanziale

della presente deliberazione, sui risultati conseguiti in regione a livello territoriale e di governance a seguito dell'implementazione progettuale relativa alla Linea n.1 "Misure dirette al contrasto alle disuguaglianze in sanità" di cui all'allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012 giuste DGR n.1802/2012 e DGR n.1478/2015 (linea 6 "Contrasto alle disuguaglianze in sanità" Allegato A Accordo Stato-Regioni Rep.13/CSR del 20/2/2014)

- di ribadire che il predetto accordo di programma non comporta operazioni contabili sul Bilancio Regionale
- di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute che proporrà alla Conferenza Stato Regioni l'ammissione al finanziamento per euro **15.124.702,00** quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l'Intesa rep 172/CSR del 4 dicembre 2014 e ai fini dell'erogazione del restante 30% del finanziamento sopra indicato
- di dare atto che le su dette risorse finanziarie pari ad euro **15.124.702,00** sono state accertate al capitolo E16105 accertamento n.3498 /2014 del Bilancio corrente della Regione Basilicata e sono state incassate per il 70% con reversale d'incasso n.201503498 del 29/09/2015.

L'ISTRUTTORE

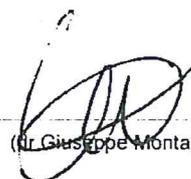


(dott.ssa Ivana Nanni)

IL RESPONSABILE P.O.

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE



(Dr. Giuseppe Montagano)

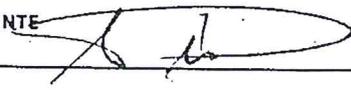
In ossequio a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 la presente deliberazione è pubblicata sul portale istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente:	
Tipologia atto	Altro
Pubblicazione allegati	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Note	RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2013 (ACC.STATO REGIONI 13/CSR DEL 20/2/2014) RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA PROGET. LE MISURE DIRETTE CONTRASTO DISUGUAGLIANZE IN SANITA' (punto 4 ACC.126/CSR 30/7/2015). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2014 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. N. 126/CSR DEL 30/7/2015
Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa o 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



IL PRESIDENTE



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16.07.2016
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

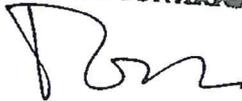


PER C. U.

Provincia,

14 LUG. 2016

IL FUNZIONARIO



Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
 Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2014 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
1 ASSISTENZA PRIMARIA	1.1 : Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseg.è garant l'equità di accesso alle cure-(ASP)- prosieguo annualità 2014 progetto 6.1 DGR 1478/2015	487.250,00	487.250,00
	1.2 : Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 1.2 DGR 1478/2015)	348.464,00	348.464,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 1,3 DGR1478/2015)	239.000,00	239.000,00
	1.4 -Incentivare il percorso attivazione Aggreg delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ASM- (prosieguo annualità 2014 progetto 1.4 DGR 1478/2015)	300.000,00	300.000,00
	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).- (prosieguo annualità 2014 progetto 1.5 DGR 1478/2015)	199.950,00	199.950,00
	Tot Linea progettuale 1	1.574.664,00	1.574.664,00
2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	2.1 - Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana. (A.O. SAN CARLO). -(prosieguo annualità 2014 progetto 8.1 dgr 1478/2015)	200.000,00	200.000,00
	2.2- " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)- (annualità 2014 prosieguo progetto 8.4 DGR 1478/2015)	50.000,00	50.000,00
	Tot. Linea progettuale 2	250.000,00	250.000,00
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	3.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-(ASP)- (prosieguo annualità 2014 progetto 7.1 DGR1478/2015)	202.295,00	202.295,00
	3..2 - annualità 2014 prosieguo progetto 7.2 -Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).- DGR 1478/2015	529.038,00	529.038,00
	3.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 7.3 DGR1478/2015)	236.893,00	236.893,00
	3.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO) - (prosieguo annualità 2014 progetto 7.4 DGR1478/2015)	263.259,00	263.259,00
	Tot. Linea Progettuale 3	1.231.485,00	1.231.485,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2013 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
L.P. 4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale di Prevenzione	3.570.024,51	3.570.024,51
	4.2 Piano nazionale prevenzione : Svolgimento attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio nazionale Screening, Airtum e NIEPB	12.832,49	12.832,49
L.P. 4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	progetto 4.3 : Prevenzioni delle Patologie da esposizione professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici: Centro di riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale (ASP)-	267.000,00	267.000,00
	Tot. Linea progettuale 4	3.849.857,00	3.849.857,00
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1 SPERIMENT. IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MMMMG E PPLLSS (ASP)- (prosieguo annualità 2014 progetto 2.1 DGR1478/2015)	1.459.700,00	1.459.700,00
	5.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM) -(prosieguo annualità 2014 progetto 2.2 DGR1478/2015)	900.000,00	900.000,00
	5.3 Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 2.3 DGR1478/2015)	77.008,00	77.008,00
	5.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM) - (prosieguo annualità 2014 progetto 2.4 DGR1478/2015)	135.950,00	135.950,00
	5.5 Attivazione Day Service secondo il Cronic Care Model (ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 2.5 DGR1478/2015)	199.943,00	199.943,00
	5.6 La persona malata al centro... della ricerca organizzata oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) -(CROB) - (prosieguo annualità 2014 progetto 2.6 DGR1478/2015)	95.000,00	95.000,00
	5.7 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio (ASM) -(prosieguo annualità 2014 progetto 3.2 DGR1478/2015)	153.206,00	153.206,00
	5.8 "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria. -ASM- (prosieguo annualità 2014 progetto 3.3 DGR1478/2015)	172.737,00	172.737,00
	5.9 Percorso di cura del paziente disabile (ASP) - (prosieguo annualità 2014 progetto 3.1 DGR1478/2015)	176.500,00	176.500,00
	5.10 Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti- -ASP-(prosieguo annualità 2014 progetto 4.1 DGR1478/2015)	1.262.400,00	1.262.400,00
	5.11 - SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM- (prosieguo annualità 2014 progetto 4.2 DGR1478/2015)	327.421,00	327.421,00
	5.12 - PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)- (prosieguo annualità 2014 progetto 5.1 DGR1478/2015)	500.000,00	500.000,00
	5.13 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilita e non autosufficienza (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 5.2 DGR1478/2015)	345.758,00	345.758,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
 Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2014 Art. 1, C.34 L. 662/96 assegnata
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.14: 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) - (proseguito annualità 2014 progetto 11.1 DGR1478/2015)	290.000,00	290.000,00
	5.15: ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)- (proseguito annualità 2014 progetto 12.1 DGR1478/2015)	40.000,00	40.000,00
	5.16 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)- (proseguito annualità 2014 progetto 12.2 DGR1478/2015)	25.168,00	25.168,00
	5.17 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione.(ASP) - (proseguito annualità 2014 progetto 15.2 DGR1478/2015)	177.902,00	177.902,00
	5.18 Unità di valutazione geriatrica ospedale-territorio (UVGOT)per il paziente anziano- (ASP)	367.375,00	367.375,00
	tot. Linea Progettuale 5	6.706.068,00	6.706.068,00
6 RETI ONCOLOGICHE	6.1 Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari -(ASP) -proseguito annualità 2014 progetto 9.1 DGR1478/2015	448.881,00	448.881,00
	6.2 Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed ematologia ed altre UU.OO ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare.(ASM)-proseguito annualità 2014 progetto 9.2 DGR1478/2015	200.000,00	200.000,00
	6.3 Attività rivolte rete tumori rari -(proseguito annualità 2014 progetto 9.3 DGR1478/2015)	11.500,00	11.500,00
	6.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)-(proseguito annualità 2014 progetto 6.4 DGR1478/2015)	38.500,00	38.500,00
	6.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)-(proseguito annualità 2014 progetto 9.5 DGR1478/2015)	210.012,00	210.012,00
	6.6 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE -AO SAN CARLO- (proseguito annualità 2014 progetto 12.3 DGR1478/2015)	140.435,00	140.435,00
	6.7 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- proseguito annualità 2014 progetto 14.1 DGR1478/2015	340.300,00	340.300,00
	6.8 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO-(proseguito annualità 2014 progetto 6.8 DGR1478/2015)	123.000,00	123.000,00
	Tot. Linea progettuale 6	1.512.628,00	1.512.628,00
TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO FSN VINCOLATO 2014		15.124.702,00	15.124.702,00

ALLEGATO N.1/2014

PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2014 COLLEGATI AGLI
OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL
PSN SECONDO LE LINEE PROGETTUALI INDIVIDUATE DALL'ACCORDO
STATO-REGIONI REP. N. 126/CSR DEL 30/7/2015

LINEA PROGETTUALE N.1

ASSISTENZA PRIMARIA

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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015 Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	N. 1 ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO DEL PROGETTO	1.1 Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure (prosecuzione annualità 2014 progetto 6.1/2013)
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Maria Frangione

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 1	€ 1.574.664,00
Spesa Complessiva Stimata Progetto 1.1. (proseguo annualità 2014 progetto 6.1 dgr 1478/2015))	€ 487.250,00
Progetto 1.1. : importo assegnato a valere su FSN VINCOLATO 2014	€ 487.250,00

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

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
ACCORDO STATO REGIONI N. 126/CSR 30 LUGLIO 2015	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	N. 1- ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO DEL PROGETTO	1.2. Presa in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 affetti da pluri-patologie (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.2 DGR 1478/ 2013)
DURATA DEL PROGETTO	Anni 3 (2013/ 2014 /2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia, Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	dr V. Cilla
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€ 1.574.664,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 1.2	€ 348.464,00
Importo Assegnato 2014 progetto 1.2 a valere FSN Vincolato 2014	€. 348.464,00

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
ACCORDO STATO REGIONI N. 126/CSR 30 LUGLIO 2015	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1: ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO DEL PROGETTO	1.3. PHARMACEUTICAL CARE (INTERVENTI DI RIASETTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE DELLA RETE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE) (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.3 dgr1478/2015- FSN VINC. 2013-)
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	€ 1.574.664,00
Spese stimata anno 2014 Progetto 1.3.	€. 239.000,00
Progetto 1.3. importo assegnato 2014 a valere su FSN vincolato 2014	€. 239.000,00
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 - ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO DEL PROGETTO	1.4. Incentivare il percorso di attivazione delle Aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di cure Primarie (UCCP)- (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.4 DGR 1478/2015 FSN VINC2013
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013- 2014 - 2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia
REFERENTI AZIENDALI	Dr. Cilla - Dr Taratufolo

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 1	€ 1.574.664,00
Spesa stimata anno 2014 Progetto 1.4 (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.4 DGR 1478/2015 FSN VINC2013	€ 300.000,00
Progetto 1.4.: Importo Assegnato 2014 a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 300.000,00

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)		
LINEA PROGETTUALE	n. 1 ASSISTENZA PRIMARIA	
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 –AOR SAN CARLO - PZ (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.5 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)	
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	€	1.574.664,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 1.5 (prosecuzione annualità 2014 progetto 1.1.5 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)	€	199.950,00
Progetto 1.5: Importo Assegnato a valere su FSN Vincolato 2014	€	199.950,00
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 dei 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 porterà 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

SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

(N.2 Progetti: da 2.1 a 2.2)

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

GENERALITA'	 <p style="font-size: 1.2em;">Azienda Ospedaliera Regionale <i>San Carlo</i> Potenza</p>
-------------	---

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Accordo Stato Regione 20 FEB2014- Accordo Stato Regione 30 luglio 2015
LINEA PROGETTUALE	n. 2: Sviluppo dei processi di Umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	2.1 Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM).- AOR "SAN CARLO" PZ – prosecuzione annualità 2014 progetto 8.3 dgr 1478/2015 FSN VINC 2013-
DURATA DEL PROGETTO	Biennale (2013- 2014)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Angela Pia Bellettieri - Direzione Sanitaria- Responsabile Struttura"Qualità, Risk Management, Accreditamento".

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 2	Euro 250.000,00
Spese stimate Progetto 2.1 (prosecuzione annualità 2014 progetto 8.3 dgr 1478/2015 FSN VINC 2013)	Euro 200.000,00
Progetto 2.1: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 200.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI
<ul style="list-style-type: none"> - 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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)	Accordo Stato Regioni 20 febb2014-Accordo stato regioni 15 luglio 2015
LINEA PROGETTUALE	n. 2: Sviluppo dei processi di Umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	n.2.2 (annualità 2014 Progetto 8.4 DGR 1478/2015- FSN VINC 2013)- "Ripartiamo dalla persona ammalata" - IRCCS CROB Rionero-
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale (24 mesi) 2013/ 2014
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa ZULLO Maria Luisa
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Maria Molinari

ASPETTI FINANZIARI

Tot. Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale N. 2	Euro 250.000,0
Spese stimate 2014 Progetto 2.2 (annualità 2014 Progetto 8.4 DGR 1478/2015- FSN VINC 2013)	Euro 50.000,00
Progetto 2.2: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 50.000,00

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.3

**CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.
SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE
PALLIATIVA SPECIALISTICA**

(N. 4 Progetti: da 3.1 a 3.4)

**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)	Accordo Stato Regione 30 luglio 2015 Accordo Stato Regione 20 Febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	3.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) - prosieguo annualità 2014 progetto 7.1/ DGR 1478/2015-
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott.ssa Gabriella SABINO
REFERENTI AZIENDALI	Dr Giovanni Vito Corona

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 3	Euro 1.231.485,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 3.1 (proseguo progetto 7.1 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)	Euro 202.295,00
Progetto 3.1: importo assegnato a valere su quota FSN Vincolato 2014	Euro 202.295,00

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)	Accordo Stato Regione 30 luglio 2015 - Accordo Stato Regione 20 Febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n. 3 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	3.2 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE: SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA (anno 2014 prosieguo Progetto 7.2/2013 dgr 1478/2015 FSN VINC 2013)
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (Tre anni- 2013/ 2014 /2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Montagano,
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Marilena Frangiane, Dott. Giuseppe Agneta
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea progettuale 3	Euro 1.231.485,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 3.2 (proseguo annualità 2014 PROGETTO 7.2 DGR 1478/15 FSN VINC.2013)	Euro 529.038,00
Importo assegnato Progetto 3.2 a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 529.038,00
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

Presa 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)	Accordo Stato Regione 126/CSR 30 luglio 2015 - Accordo Stato Regione 20 Febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n. 3- Cure Palliative e Terapia del Dolore- Sviluppo dell'Assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	3.3 Percorso di cura x Cure Palliative e terapia del dolore Dolore (proseguo anno 2014 progetto 7.3/DGR 1478/2015 FSN vinc.2013)
DURATA DEL PROGETTO	3 anni (2013/ 2014 /2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Montagano Giuseppe
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa E. Pinto

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 3	€ 1.231.485,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 3.3 (proseguo anno 2014 progetto 7.3/DGR 1478/2015 FSN vinc.2013)	€ 236.893,00
Progetto 3.3: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 236.893,00

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, analgesedazione 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)	Accordo Stato Regione 30 luglio 2015 Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n. 3
TITOLO DEL PROGETTO	n. 3.4 - INTEGRAZIONE HOSPICE-CURE PALLIATIVE DOMICILIARI- AOR SAN CARLO PZ - (Proseguo annualità 2014 progetto 7.4 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)
DURATA DEL PROGETTO	TRE ANNI (2013- 2014 -2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Gabriella SABINO
REFERENTI AZIENDALI	A.O. S. CARLO POTENZA DR. M. RICCIUTI

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 3	€ 1.231.485,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 3.4 (prosieguo anno 2014 progetto 7.4 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)	€ 263.259,00
Progetto 3.4 importo assegnato anno 2014 a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 263.259,00

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.4

(Progetto 4.1 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE –
Progetto 4.2 - Supporto Piano Nazionale Prevenzione-
Progetto 4.3 Nuovo progetto)

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO
AL
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE	Delibere di Giunta regionale nn. 91/2015 – 710/2015 – 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	4.1 Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	2014/2018
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 4 (Accordo Stato Regioni 126/Csr Luglio 2015)	EURO 3.849.857,00
IMPORTO ASSEGNATO ANNO 2014 A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC 2014 (al netto della quota assegnata per il supporto al Piano)	EURO 3.570.024,51

IL PROGETTO	
CONTESTO	Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/14, prevede all'art. 1, comma 2, che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo: <ul style="list-style-type: none"> • di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP; • la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • la definizione degli elementi – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	Nelle more dell'approvazione del Documento Operativo del PRP 2014-2018 in ottemperanza agli indirizzi nazionali ex Intesa Stato-Regioni di riferimento per gli anni 2014/2018, la Regione Basilicata, con le Delibere di Giunta Regionale nn. 91/2015 e 710/2015, ha recepito la suddetta Intesa ed individuato linee generali di piano e programmi preliminari, in coerenza con quanto previsto dalla stessa Intesa ed in continuità con le attività locali di prevenzione per il 2014, con i quali dare attuazione ai macro obiettivi centrali, sulla base degli elementi di contesto regionale.

	<p><input type="checkbox"/> essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto ambientale sull'incidenza delle malattie oncologiche, attraverso studi integrati, già previsti peraltro nel PRP. In ultimo la regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l'expertise del NIEBP.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni; <input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening); <input type="checkbox"/> miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati. <p>Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti; <input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori; <input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali; <input type="checkbox"/> attività di formazione; <input type="checkbox"/> supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti. <p>In ultimo, si prevede di sviluppare metodologie dirette ad un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto avvalendosi del NIEBP.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN 2014 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di euro 12.832,49 verrà assegnata rispettivamente per il:

- 40% per la realizzazione degli interventi supportati dall'ONS
- 30 % per la realizzazione degli interventi supportati dall'AIRTUM
- 30% per la realizzazione degli interventi supportati dal NIEPB

	IMPORTO IN EURO
ONS	5.132,996
AIRTUM	3.849,747
NIEBP	3.849,747
Totale	12.832,49

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO
AL
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE	Delibere di Giunta regionale nn. 91/2015 – 710/2015 – 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni
LINEA PROGETTUALE	4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	4.2 Piano regionale di prevenzione Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB
DURATA DEL PROGETTO	2014/2018
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 4 ACCORDO STATO REGIONI 126/CSR LUGLIO 2015	EURO 3.849.857,00
IMPORTO ASSEGNATO ANNUALITA' 2014 A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC 2014 (al netto della quota assegnata per il supporto al Piano)	EURO 12.832,49

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Negli ultimi quindici anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto attraverso l'attivazione dei programmi di screening organizzati. Tali programmi di screening sono Livelli Essenziali di Assistenza e come tali devono essere garantiti a tutta la popolazione bersaglio.</p> <p>Già da tempo la Regione Basilicata ha attivato tali screening oncologici, quello per i tumori della mammella e della cervice uterina dal 1999/2000 e quello per i tumori colon-rettali dal 2005, prevedendo anche nel Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 di verificare i dati di estensione e promuoverne l'adesione con il supporto dell'ONS.</p> <p>Inoltre, la regione Basilica intende utilizzare la banca dati AIRTUM al fine di perseguire le seguenti finalità:</p> <p><input type="checkbox"/> ottimizzare gli interventi di prevenzione oncologica</p>

	<p>primaria e secondaria;</p> <p><input type="checkbox"/> monitorare l'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le Aziende Sanitarie regionali;</p> <p><input type="checkbox"/> essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto ambientale sull'incidenza delle malattie oncologiche, attraverso studi integrati, già previsti peraltro nel PRP. In ultimo la regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l'expertise del NIEBP.</p>
DESCRIZIONE	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <p><input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni;</p> <p><input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening);</p> <p><input type="checkbox"/> miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati.</p> <p>Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <p><input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti;</p> <p><input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori;</p> <p><input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali;</p> <p><input type="checkbox"/> attività di formazione;</p> <p><input type="checkbox"/> supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti.</p> <p>In ultimo, si prevede di sviluppare metodologie dirette ad un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto avvalendosi del NIEBP.</p>
OBIETTIVI	<p>Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN 2014 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di euro 12.832,49 verrà assegnata rispettivamente per il:

- 40% per la realizzazione degli interventi supportati dall'ONS
- 30 % per la realizzazione degli interventi supportati dall'AIRTUM
- 30% per la realizzazione degli interventi supportati dal NIEPB

	IMPORTO IN EURO
ONS	5.132,996
AIRTUM	3.849,747
NIEBP	3.849,747
Totale	12.832,49

**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 -Piano Nazionale Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	4.3 Centro di Riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza Epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale
DURATA DEL PROGETTO	Anni 3
REFERENTE REGIONALE	Dr.ssa Gabriella Cauzillo Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione- Osservatorio Epidemiologico Regionale- Responsabile ReNaM COR Basilicata- Dipartimento Politiche della Persona Regione Basilicata Prof.ssa Marina Musti Responsabile ReNaM COR Puglia- DIMIMP- Sezione di Medicina del Lavoro- Università degli Studi di Bari- Partner Tecnico- Scientifico del ReNaM COR Basilicata
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Angelo Caputo- Responsabile del "Centro di riferimento regionale Salute, Ambiente e Lavoro" dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 3 di Lagonegro per le problematiche inerenti alla presenza di amianto naturale sul territorio di competenza

ASPETTI FINANZIARI |

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC 2014 - LINEA PROGETTUALE 4 - ACCORDO STATO REGIONI 126/CSR LUGLIO 2015	EURO	3.849.857,00
SPESA COMPLESSIVA STIMATA ANNO 2014 PROGETTO 4.3	EURO	267.000,00
IMPORTO ASSEGNATO Progetto 4.3 ANNO 2014 A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC 2014	EURO	267.000,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

- Realizzazione studi e ricerche scientifici;
- Sviluppo della comunicazione per la gestione dei rischi ambientali e per la salute sia nelle fasi di studio e valutazione che in quelle di gestione valorizzando il ruolo delle istituzioni locali e degli altri stakeholder;
- promozione della formazione e della diffusione delle conoscenze;
- istituzione di una bio-banca virtuale;
- formazione e informazione delle figure professionali del Centro;

OBIETTIVI QUALITATIVI

1. valutazione delle relazioni tra esposizioni ambientali ad amianto e salute;
2. valutazione e previsione dell'impatto sulla salute;
3. comunicazione e gestione del rischio da esposizione ad amianto;
4. counselling per la cessazione dell'abitudine tabagica;
5. presa in carico globale degli esposti ad amianto naturale;
 - o iter diagnostico delle patologie asbesto-correlate;
 - o iter terapeutico delle patologie asbesto-correlate;
 - o iter riabilitativo;
 - o tutela medico legale;
6. produzione di materiale scientifico di carattere epidemiologico e clinico.

INDICATORI NUMERICI

- n. 1 report su valutazione di cui al precedente punto 1;
- n. 1 report di valutazione e previsione di cui al punto 2;
- n. 2 workshop di comunicazione di cui al punto 3;
- n. esposti di cui al punto 5 presi in carico / popolazione esposta: 10%;

ATTIVITA' PREVISTE

- Sorveglianza epidemiologico-sanitaria dei soggetti residenti, o che abbiano risieduto per un minimo di 10 anni, in insediamenti su territorio interessato da affioramenti ofiolitici;
- Flusso informativo sulla sorveglianza esposti (ex art. 244 D.Lgs 81/08) diretto verso INAIL, con coordinamento delle attività da parte della ASL competente;
- Attività di controllo di attività antropiche che interessino il suolo, per il contenimento del rischio:
 - o Campionamento ambientale
 - o Campionamento personale
- Valutazione del rischio, Protocolli Diagnostici e Ricerca Scientifica;
 - o Ricerca di corpuscoli dell'asbesto nell'espettorato indotto
 - o Analisi dell'espirsto con tecnica gascromatografica ed e-nose per la diagnosi precoce delle patologie asbesto-correlate
- Attuazione di protocolli di prevenzione per la tutela della salute della popolazione
 - o Elaborazione di linee guida e norme di buona prassi per il contenimento del rischio di esposizione
 - o Educazione sanitaria e promozione della salute (i.e. Counselling anti-tabagismo)
 - o Attività di informazione e formazione degli operatori sanitari e tecnici
- Attuazione di protocolli terapeutici e riabilitativi per la cura e la gestione dei soggetti affetti da patologie asbesto-correlate
 - o Centro di Chirurgia ed Oncologia
 - o Centro di riabilitazione cardio-respiratoria
 - o Terapie pre-adiuvanti, adjuvanti e palliative
 - o Tutela medico legale

Inoltre:

- Sostegno ai governi locali e regionale con le necessarie informazioni e basi scientifiche, per le attività programmatiche e per gli altri compiti istituzionali connessi alla gestione dei rischi ambientali ed alla promozione della salute;
- accompagnamento del paziente attraverso l'iter diagnostico, terapeutico, riabilitativo e medico-legale della patologia grazie ad un approccio multidisciplinare e multidimensionale;
- integrazione di professionalità, strumenti e competenze che, a vario titolo, studiano i temi dell'ambiente e della salute per uno sviluppo armonico della presa in carico dei soggetti

affetti da patologie asbesto-correlate (medicina, epidemiologia, tossicologia, scienze ambientali, economiche, politiche, sociali, giuridiche, tecnologiche) attraverso la condivisione di linguaggi e lo sviluppo di approcci metodologici integrati;

- accordi di collaborazione con istituzioni di ricerca nazionali ed internazionali, con particolare riferimento alla dimensione mediterranea e con l'obiettivo di qualificarsi come interfaccia nazionale riconosciuta dall'OMS per tutte le tematiche da esso presidiate.

LINEA PROGETTUALE 5

GESTIONE DELLE CRONICITA'

N.18 Progetti: da 5.1 a 5.18

**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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015 Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014 – Dgr 1478/2015
LINEA PROGETTUALE	n.5 GESTIONE DELLE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.1 Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS (ASP) - prosieguo annualità 2014 progetto 2.1/DGR 1478/2015 FSN2013)
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa ZULLO Maria Luisa
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Massimo De Fino

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.1: annualità 2014 prosieguo progetto 2.1/DGR 1478/2015 -	€ 1.459.700,00
IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2014 Progetto 5.1	€ 1.459.700,00

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 equipe 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 poter 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 diagnostico-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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015 -Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	n. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (prosieguo annualità 2014 progetto 2.2/ DGR 1478/2015 FSN VINC 2013)
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI (2013/2014/2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia,
REFERENTI AZIENDALI	Dr. DE NISI
ASPETTI FINANZIARI	
Tot. Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.2. (prosieguo annualità 2014 progetto 2.2/ DGR 1478/2015)	€ 900.000,00
IMPORTO ASSEGNATO a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 900.000,00
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	Preso 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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015-Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014
LINEA PROGETTUALE	N. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.3 SPERIMENTAZIONE DI UNA RETE DEI SERVIZI PER LE MALATTIE CRONICHE AMBULATORIO PER LE "DEMENZE" annualità 2014 prosiegua progetto 2.3 DGR 1478/2015 FSN VINC 2013
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI (2013-2014-2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dr. GRIECO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 5	€ 6.706.068,00
Progetto 5.3 spesa stimata anno 2014: prosiegua progetto 2.3/2013	€ 77.008,00
Progetto 5.3: Importo Assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 77.008,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	Presenza 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 settimane. X 46 settimane/anno. 1 Infermiere prof. 8 ore settimane 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)

Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015-Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014

LINEA PROGETTUALE

N. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'

TITOLO DEL PROGETTO

5.4 Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali (**annualità 2014 prosieguo progetto 2.4 DGR 1478/2015 FSN VINC.2013**)

DURATA DEL PROGETTO

Tre anni (2013/**2014**/2015)

REFERENTE REGIONALE

Dott. Giuseppe Montagano

REFERENTI AZIENDALI

Dott.ssa Coniglio

ASPETTI FINANZIARI

Quota Vincolata Obiettivi di Piano **Linea progettuale 5**

€ **6.706.068,00**

Spesa complessiva stimata anno 2014 Progetto 5.2 (annualità 2014 prosieguo progetto 2.4/ DGR 1478/15)

€. **135.950,00**

Progetto 5.2 Importo Assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014

€. **135.950,00**

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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015-Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014- DGR 1478/2015
LINEA PROGETTUALE	N.5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	N. 5.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model (annualità 2014 prosiegua progetto 2.5 DGR 1478/2015 FSR VINC. 2013)
DURATA DEL PROGETTO	Anni 3 (2013/2014/2015/2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	dr V. Cilla
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.5 (prosiegua progetto 2.5 DGR 1478/2015)	€ 199.943,00
Progetto 5.3: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 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)	Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015-Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014-
LINEA PROGETTUALE	n.5 GESTIONE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.6 La persona malata al centro..... ..della Ricerca organizzativa oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) - (annualità 2014 prosieguo progetto 2.6 DGR 1478/2015 FSN VINC2013) (IRCCS CROB)
DURATA DEL PROGETTO	Tre anni (2013-2014-2015)
REFERENTE REGIONALE	Dott.sa Maria Luisa ZULLO
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Sergio Maria Molinari

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.6 (proseguo progetto 2.6 DGR1478/15)	€ 95.000,00
Progetto 5.6: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	€ 95.000,00

**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

AZIENDA SANITARIA MATERA

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	ACCORDO STATO REGIONI 30 LUGLIO 2015- ACCORDO STATO REGIONI 20FEBBRAIO 2014 – DGR 1478/2015
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.7 "La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. annualità 2014 prosiegua progetto 3.2/ DGR 1478/2015-
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano,
REFERENTI AZIENDALI	DR. CILLA, DR DICANDIA,
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.7:prosiegua progetto 3.2 DGR1478/15	€ 153.206,00
Progetto 5.7: Importo Assegnato 2014 a valere su FSN Vincolato 2014	€ 153.206,00
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)

ACCORDO STATO REGIONI 30 LUGLIO 2015- ACCORDO STATO REGIONI 20FEBBRAIO 2014
Dgr 1478/2015

LINEA PROGETTUALE

n. 5 GESTIONE DELLA CRONICITA'

TITOLO DEL PROGETTO

5.8 "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria
- annualità 2014 **proseguito** progetto **3.3 DGR 1478/2015 FSN VINC.2013-**

DURATA DEL PROGETTO

Tre anni 2013/**2014**/2015

REFERENTE REGIONALE

Dott. Giuseppe Montagano

REFERENTI AZIENDALI

DR. E. PISCIOTTA, DR L. DICANDIA

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano 2014 **Linea Progettuale 5**

€ 6.706.068,00

Spese stimate anno 2014 Progetto 5.8

€ 172.737,00

Progetto 5.8 : Importo Assegnato 2014 a valere su FSN Vincolato 2014

€ 172.737,00

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	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.
ATTIVITA' PREVISTE	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.

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	
LINEA PROGETTUALE	n. 5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.9 (annualità 2014 prosiegua progetto 3.1 DGR 1478/2015 Percorso di cura del paziente disabile (ASP)
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013- 2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano,
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Nicola De Rosa

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano 2014 Linea Progettuale 5	€ 6.666.068,00
Spesa Complessiva Stimata 2014 Progetto 5.9 (prosiegua progetto 3.1/2013)	€ 176.500,00
Progetto 5.9 prosiegua progetto 3.1/2013: Importo Assegnato 2014 a valere su FSN	€ 176.500,00

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

INDICATORI NUMERICI

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

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 Regioni 30 luglio 2015
LINEA PROGETTUALE 2014	n.5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.10 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) -- annualità 2014 progetto 4.1 dgr1478/2015 FSN VINC 2013-
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013- 2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Gianvito Corona

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spesa stimata anno 2014 Progetto 5.10 -annualità 2014 progetto 4.1 DGR1478/2015 FSN VINC 2013-	€ 1.262.400,00
Progetto 5.10: Importo Assegnato 2014 a valere su FSN Vincolato 2014	€ 1.262.400,00

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

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- 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, fisiatrici, 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

ATTIVITA' PREVISTE

- 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)	Accordo Stato regioni 30 luglio 2015- accordo stato regioni 20 febbraio 2014 –DGR 1478/2015
LINEA PROGETTUALE 2014	n.5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	n. 5.11 SPECIALE UNITA' DI ACCOGLIENZA PERMANENTE PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA (annualità 2014 prosieguo progetto 4.2 DGR 1478/2015 FSN VINC. 2013)
DURATA DEL PROGETTO	3ANNI
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	DR. VINCENZO DENISI
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spesa stimata anno 2014 Progetto 5.11	€ 327.421,00
Progetto 5.11: Importo Assegnato 2014 a valere su FSN Vincolato 2014	€ 327.421,00
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>

**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)	Assistenza anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
LINEA PROGETTUALE	n.5 GESTIONE DELLA CRONICITA
TITOLO DEL PROGETTO	5.12 Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile- (proseguo annualità 2014 progetto 5.1 DGR 1478/2015 FSN VINC./2013)
DURATA DEL PROGETTO	Biennio 2013-2014
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano, Dott.ssa Maria Luisa ZULLO
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Giovanni B. Bochicchio

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spesa Complessiva Stimata anno 2014 Progetto 5.12 (annualità 2014 prosieguo progetto 5.1 DGR 1478/2015)	€ 500.000,00
Progetto 5.12: importo assegnato a valere su FSN vincolato 2014	€ 500.000,00

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 per anno	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 -GESTIONE DELLE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.13 (annualità 2014 prosiegua Progetto 5.2 FSN VINC 2013 DGR 1478/2015) 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	€ 6.666.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.13 (annualità 2014 prosiegua Progetto 5.2/2013 DGR 1478/2015)	€ 345.758,00
Progetto 5.13: importo assegnato a valere su FSN VINCOLATO 2014	€ 345.758,00
OBIETTIVI QUALITATIVI	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.
OBIETTIVI QUANTITATIVI	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.

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.</p> <p>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 LINEA PROGETTUALE)	
LINEA PROGETTUALE	n. 5- GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.14 (proseguo annualità 2014 progetto 11.1 DGR 1478/2015 FSN VINC2013): 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 5	€ 6.706.068,00
Spese stimate Progetto 5.14 proseguo annualità 2014 progetto 11.1 FSN VINC.2013 DGR 1478/2015:	€ 290.000,00
Progetto 5.14: importo assegnato a valere su quota Vincolata FSN 2014	€ 290.000,00

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 far 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 1ScGy, 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 AIRC 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

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	5 GESTIONE DELLA CRONICITÀ
TITOLO DEL PROGETTO	5.15 Endometriosi Infiltrante\Vulvodinia\Cistite Interstiziale:Malattie croniche della donna."dal dramma alla tranquillità personale,familiare e sociale" (sensibilizzazione-evidenziazione- consapevolezza\prevenzione-terapia-riabilitazione) –ASP- (annualità 2014 prosieguo progetto 12.1 DGR 1478/2015 FSN VINC.2013)
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 5	Euro 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.15 (prosecuzione anno 2014 progetto 12.1 DGR 1478/2015)	Euro 40.000,00
Progetto 5.15: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 40.000,00

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 (Sviluppati 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 perimenzstruale. 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 idrodilatazione 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 (sovrappubico, 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 sovrappubica 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)	Accordo stato regioni luglio 2015- DGR 1478/2015
LINEA PROGETTUALE	5 GESTIONE DELLA CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.16. Attivazione di un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso il P.O. di Matera – (proseguo annualità 2014 progetto 12.2 DGR 14478/2015 FSN VINC.2013)
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (2013/ 2014 /2015-)
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giovanni Canitano, Dott.ssa Patrizia Damiano
REFERENTI AZIENDALI	DOTI. S. ANASTASIO
ASPETTI FINANZIARI	
Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 5	Euro 6.706.068,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 5.16	Euro 25.168,00
Progetto 5.16: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 25.168,00
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)	
LINEA PROGETTUALE	n.5 GESTIONE DELLE CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	5.17 (proseguo annualità 2014 progetto 15.1 DGR 1478/15) 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- 2014 -2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Lucia Colicelli, D.ssa Maria Toriello,
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Cristiana Fiorillo

| ASPETTI FINANZIARI |

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spesa stimata anno 2014 Progetto 5.17 (proseguo annualità 2014 progetto 15.1 DGR 1478/2015)	Euro 177.902,00
PROGETTO 5.17: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 177.902,00

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 terapeuti 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.

**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-Regioni 15 LUGLIO 2015-
LINEA PROGETTUALE	n.5 GESTIONE DELLE CRONICITA
TITOLO DEL PROGETTO	5.18 Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano
DURATA DEL PROGETTO	Triennale (2014-2015-2016)
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Maria Luisa ZULLO
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Biagio Ierardi + Dott.N. Libutti + D.ssa Motola (ASP)

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata Obiettivi di Piano Linea Progettuale 5	€ 6.706.068,00
Spesa Complessiva Stimata anno 2014 Progetto 5.18	€ 367.375,00
Progetto 5.18 : importo assegnato a valere su FSN vincolato 2014	€ 367.375,00

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'invecchiamento della popolazione e la nuova organizzazione sanitaria inducono a progettare nuovi setting assistenziali basati sulla continuità delle cure, al fine di cercare di risolvere nel modo più appropriato possibile il problema della continuità delle cure al momento della dimissione ospedaliera. Gli obiettivi del progetto sono la presa in carico del paziente fragile e anziano che si realizza attraverso l'integrazione tra ospedale e territorio (servizi sanitari e sociali) allo scopo di fornire percorsi assistenziali personalizzati e appropriati.

Per monitorare la fragilità intervenendo sui determinanti e, conseguentemente, limitandone l'evoluzione in disabilità, si propone la costituzione di una Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera Territoriale (UVGOT) per screenare e valutare l'anziano fragile ricoverato e garantire la continuità delle cure anche a domicilio. La struttura avrà lo scopo di:

- Individuare attraverso score validati e approccio clinico mirato la condizione di fragilità quantificandone la portata patologica e funzionale in relazione all'impatto sull'outcome previsto.
- Definire, attraverso una appropriata valutazione multidimensionale (VMD), gli ambiti (nutrizionale, fisiopatologico mirato, cognitivo, farmacologico ecc.) su cui operare per

limitarne l'impatto sulla salute del paziente, garantire una corretta risposta ai bisogni sanitari e alla domanda di assistenza, migliorandone, al meglio possibile, l'outcome patologico. Concorrere, quando ritenuto utile, alla programmazione del trattamento e alla adeguata collocazione del paziente nell'ambito del percorso ospedaliero.

- Definire attraverso il concorso di tutte le professionalità ritenute necessarie, gli ambiti che possano giovare, quando possibile, di un piano riabilitativo volto a migliorare l'outcome funzionale.
- Individuare mediante VMD i pazienti geriatrici con multi o comorbilità che abbiano aspettativa di vita sufficiente per essere eleggibili a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive, evitando in tal modo ingiustificati fenomeni di ageismo e contribuendo così all'ottimizzazione delle risorse sanitarie disponibili.
- Individuare, mediante VMD ed il concorso di tutte le professionalità ritenute necessarie, i pazienti fragili che possano giovare di approccio mirato riabilitativo prima del ritorno presso il proprio domicilio.
- Individuare mediante VMD e score validati i pazienti geriatrici "fragili" con bassa aspettativa di vita, grave compromissione delle condizioni generali ed outcome clinico negativo nel breve periodo, in cui si debbano preferire approcci palliativi che migliorino la qualità della vita rimanente.
- Stabilire, alla dimissione del degente o quando ritenuto utile, rapporti con strutture ospedaliere che siano interfaccia con il territorio (ambulatori, servizi di Day hospital geriatrico e Day Service geriatrici o di altre discipline) al fine della tempestiva valutazione dei trattamenti impostati o per programmare approfondimenti clinici quando ritenuti necessari.
- Integrazione con i servizi territoriali al momento della dimissione ospedaliera per la valutazione e la pianificazione del Programma terapeutico;
- Acquisizione di elementi utili per la didattica e la ricerca anche attraverso l'uso di software dedicati.
- Promuovere la formazione di personale sanitario in ambito ospedaliero favorendo l'organizzazione di momenti di aggiornamento e di confronto clinico su temi di attualità.
- Formazione e informazione ai caregiver.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Gli obiettivi si realizzeranno nell'arco di 3 anni. Essi riguarderanno la valutazione, per stratificazione prognostica dell'80% nei primi due anni e del 100% nell'ultimo anno dei pazienti con sindrome clinica da "fragilità" afferenti alla struttura ospedaliera in fase di stabilizzazione clinica o che debbano essere avviati a procedure invasive e indirizzati per la continuità delle cure verso i servizi territoriali.

INDICATORI NUMERICI

- Numero pazienti presi in carico al momento del ricovero dall'UVGOT come pazienti fragili sui ricoveri ospedalieri nella UO di Geriatria rispetto ai criteri e standard stabiliti nei PDTA (Numero di pazienti a cui viene effettuato la valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITÀ DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY);

- Numero di pazienti eleggibili a procedure invasive rispetto a criteri e standard stabiliti nei PDTA;
- numero pazienti dimessi come pazienti fragili, di cui anche con problematiche di tipo sociale;
- valutazione del rispetto dei tempi di segnalazione del paziente fragile da Unità Operativa di Geriatria a Territorio rispetto a quanto previsto nella procedura;
- re-ingressi non programmati (entro 7 giorni dalla dimissione) di pazienti presi in carico dall'UVGO costituenda.

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 Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera Territoriale** al fine di effettuare la valutazione clinica dei soggetti affetti da sindrome da fragilità nella Unità Operativa di Geriatria e in tutte le unità operative che ne facciano richiesta attraverso l'utilizzo di Scores validati (eventuale integrazione con altri test se ritenuti utili);
- **formazione del personale** per l'acquisizione di competenze nell'individuare i pazienti fragili e per l'uso di specifiche scale di valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITA' DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY);
- **integrazione con il territorio ed implementazione di PDTA** specifici e integrati con i Servizi Territoriali (ADI) riguardanti le principali patologie dell'anziano quali anziano con multimorbilità o comorbilità complesse (patologia neurodegenerativa, BPCO, scompenso cardiaco, Insufficienza renale cronica, patologie cardiocerebrovascolari, diabete mellito, patologie ematologiche, sindrome ipocinetica, etc) .con la finalità ultima di redigere al termine del percorso ospedaliero, insieme agli attori dei servizi territoriali (MMG, personale medico e sanitario dell'ADI), il piano terapeutico personalizzato che tenga conto delle condizioni del paziente e che faciliti il percorso di cura;
- **raccolta dei dati** riferiti a fattori prognostici sull'aspettativa di vita dei soggetti affetti da sindrome da fragilità mediante **l'utilizzo di software** dedicati (da acquistare) con la finalità di realizzare studi osservazionali per l'implementazione di un futuro Osservatorio regionale sulle patologie correlate all'invecchiamento della popolazione nonché per individuare i costi per livelli di intensità, relativi all'assistenza di pazienti trattati in ospedale, in strutture domiciliari e in quelle residenziali;
- **interazione a distanza con il caregiver delle persone coinvolte, attraverso l'utilizzo sperimentale di app informatiche applicate su digital smart** collegati alla rete Internet, studiate per il paziente fragile anziano al fine di accedere alle informazioni pertinenti in forma digitale (es. ricezione di messaggi generici o personalizzati per fornire, dallo staff della piattaforma remota, informazioni utili e scientificamente validati al caregiver).

LINEA PROGETTUALE N.6

RETI ONCOLOGICHE

N.8 Progetti: da 6.1 a 6.8

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	N.1802/2012- DGR 1478/2015
LINEA PROGETTUALE	6 RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.1- Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei tumori rari (prosieguo annualità 2014 progetto 9.1 DGR 1478/2015)
DURATA DEL PROGETTO	PLURIENNALE (TRE ANNI: 2013- 2014 -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 6	Euro 1.512.628,00
Spese stimate PROGETTO n. 6.1 (prosieguo nell'annualità 2014 progetto 9.1 DGR 1478/2015)	Euro 448.881,00
PROGETTO n. 6.1 importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 448.881,00

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. 6. RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.2 ATTIVITA' INTEGRATE TRA UU.OO.FARMACIA OSPEDALIERA E EMATOLOGIA ED ALTRE UU.OO. OSPEDALIERE -MMG PER GESTIONE PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE RARE (prosieguo nell'annualità 2014 progetto 9.2 - DGR 1478/2015) -
DURATA DEL PROGETTO	3ANNI (2013/ 2014 /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 6	Euro 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.2	Euro 200.000,00
(per prosieguo anno 2014 progetto 9.2 DGR 1478/2015)	
Progetto 6.2013: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 200.000,00
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 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	6 RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.3 (proseguito annualità 2014 progetto 9.3 dgr 1478/2015) 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
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 6	EURO 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.3 (proseguito annualità 2014 Progetto 9.3 DGR 1478/15)	Euro 11.500,00
Progetto 6.3 importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	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'	ASM
REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	n. 6 RETI ONCOLOGICHE-
TITOLO DEL PROGETTO	6.4 ATTIVAZIONE BREAST-UNIT – (proseguo annualità 2014 progetto 9.4 DGR 1478/2015)
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 6	EURO 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.4 (proseguo progetto 9.4/DGR 1478/2015)	EURO 38.500,00
Progetto 6.4: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	EURO 38.500,00
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.6 RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.5 RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE -TUMORI RARI DEL POLMONE- (prosieguo annualità 2014 progetto 9.5 DGR 1475/2015)
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Domenico Bilancia

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 6	Euro	1.512.628,00
Spese stimate PROGETTO 6.5 (prosieguo annualità 2014 progetto 9.5 DGR 1475/2015)	Euro	210.012,00
PROGETTO 6.5: importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro	210.012,00

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 deregolazione 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.

**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	6 RETI ONCOLOGICHE EX n.12	
TITOLO DEL PROGETTO	6.6 Riprenditi la tua vita: stop al dolore – AOR SAN CARLO PZ (prosieguo annualità 2014 progetto 12.3 DGR 1478/2015)	
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 6	€ 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.6 (proseguito annualità 2014 progetto 12.3 dgr 1478/2015)	€ 140.435,00
Progetto 6.6 importo assegnato a valere su Quota Vincolata FSN 2014	€ 140.435,00

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.

**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	6 RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP)- prosieguo annualità 2014 progetto 14.1 DGR 1478/2015-
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 6	Euro 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.7 (annualità 2014 progetto 14.1 DGR 1478/2015)	Euro 340.300,00
Progetto 6.7 : importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 340.300,00

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)	Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014- Accordo Stato Regioni luglio 2015
LINEA PROGETTUALE	6 RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile (AOR San Carlo PZ)- (proseguito annualità 2014 progetto 14.2 DGR 1478/2015)
DURATA DEL PROGETTO	Triennale (2013-2015)
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano,
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Angela Vita

ASPETTI FINANZIARI

Quota vincolata obiettivi di piano Linea progettuale 6	Euro 1.512.628,00
Spese stimate anno 2014 Progetto 6.8 (proseguito annualità 2014 progetto 14.2 DGR 1478/2015)	Euro 123.000,00
Progetto 6.8 : importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2014	Euro 123.000,00

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.

ALLEGATO 2/2014

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2013 - SECONDO LE LINEE DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. 13/CSR DEL 20/2/2014 E ALL'INTESA REP.27/CSR DEL 20/2/2014 -

DGR 1478 del 17 novembre 2015 di modifica della DGR 759/2014

La Regione Basilicata con DGR N. 759 del 24 giugno 2014 ha approvato i progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2013 secondo le linee di cui all'Accordo Stato-Regioni REP. 13/CSR del 20/2/2014 e all'Intesa Rep.27/CSR del 20/2/2014. Progetti che sono stati successivamente rimodulati e riapprovati ad invarianza di spesa e senza oneri a carico della regione con DGR 1478 del 17 novembre 2015 con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e smi anno 2013 come di seguito riportato:

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2013
1 -Interventi x riassetto organ.e strutt. 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
	1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)	254.927,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)	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
	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 1:	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
	2.3 Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze (ASM)	55.984,00
	2.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM)	175.950,00
2 modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	2.5 Attivazione Day Service secondo il Cronic Care Model (ASM)	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 2:	2.187.374,00

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 anno 2013
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
	3.2 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio ASM	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 3:	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
	4.2 SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM	246.079,50
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 4:	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
	5.2 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilita e non autosufficienza (ASM)	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 5:	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
	6.2 Istit.serv.interm.ling.cultur. A favore di cittadini stranieri ricover.c/o az Osp San Carlo	60.000,00
	6.3 Attivazione "codice rosa" nel Pronto Soccorso dell'osp.San Carlo di Potenza	162.159,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 6:	492.159,00
7 Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell' assistenza domiciliare palliativa specialistica	7.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-(ASP)	397.705,00
	7.2 Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).	331.420,00
	7.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)	165.710,00
	7.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO)	198.852,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 7:	1.093.687,00

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 anno 2013
8 Sviluppo Processi di Umanizzazione 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
	8.2 La valutazione del dolore nel paziente pediatrico - (ASP)	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
	8.4 " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)	100.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 8:	437.475,00
9 Intervento per l'implementazione della rete Nazionale 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
	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
	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
	9.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 9:	601.528,00
10 TUTELA MATERNITA- PERCORSO NASCITA-PARTO ANALGESIA	10.1 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASP)	115.612,00
	10.2 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI-(ASM)	18.168,00
	10.3 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE CORSI PREP AL PARTO (ASM)	14.864,00
	10.4 TUTELA MATERNITA E PROMOZ APPROP.DEL PERCORSO NASCITA- (A.O. SAN CARLO PZ)	179.462,00
		TOTALE LINEA PROGETTUALE 10:

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 anno 2013
11 TUTELA FERTILITA E FUNZIONE ORMONALE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE ISTITUZIONI 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
	11.2 Formazione specifica per medici ginecologi, senologi, oncologi medici-chirurgi-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 diffusione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità femminile e maschile. (ASM)	149.139,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 11:	437.475,00
12 IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICI ASSISTENZIALI DI SUPPORTO	12.1 ENDOMETRIOSI INFILTRANTE(ASP)	59.535,00
	12.2 ATTIVAZIONE AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)	11.907,00
	12.3 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO	92.611,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 12:	164.053,00
13 IMPL. RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE INFEZIONI 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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 13:	164.053,00
14 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	14.1 Utilità della diagnosi precoce per il tumore della prostata e del testicolo.(ASP)UTILITÀ DELLA DIAGNOSI PRECOCE PER IL TUMORE DELLA PROSTATA E DEL TESTICOLO -ASP	130.127,00
	14.2 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO	33.926,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 14:	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
	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 15:	437.475,00

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 anno 2013
16 Sviluppo governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management	16.1 Adeguam. 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
	16.2 Sviluppo degli strumenti del e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management. (ASP)	80.000,00
	16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico. (ASM)	965.188,00
	16.4 la prevenzione delle cadute accidentali- Progetto pilota (ASM)	1.500,00
	16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica. (ASM)	7.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 16:	1.093.688,00
	17 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie	17.1 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie ASP da 65000 a 109733
TOTALE LINEA PROGETTUALE 17:		109.733,00
18 Piano Nazionale della Prevenzione (DGR 981/2013)	18. a) PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	320.500,00
	18.b) STRATIFICAZIONE PREDIABETICI PER RISCHIO CARDIOVASCOLARE	146.000,00
	18.c) sorveglianza e prevenzione incidenti stradali	60.000,00
	18.d) sicurezza nei cantieri edili	83.000,00
	18.e) conoscere e prevenire gli incidenti domestici - CASA SICURA	34.200,00
	18.f) censimento popolazione 0-24 anni con patologie croniche invalidanti	103.750,00
	18.g) incremento dell'offerta vaccinale MPR	547.500,00
	18.h) Implementazione sviluppo sistemi di sorveglianza infezioni da HIV	320.000,00
	18.i) Controllo e riduzione della echinocosi nelle popolazioni animali e prevenzione patologia umana e correlata	55.000,00
	18.l) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile e promozione stili di vita salutari	33.000,00

18 Piano Nazionale della Prevenzione (DGR 981/2013)	18.m)sicurezza alimentare controllo e riduzione malattie trasmesse da alimenti	55.000,00
	18. n) Messa a regime della Rete PASSI e OKKIO ALLA SALUTE	100.000,00
	18.o) Promozione allattamento al seno	22.000,00
	18.p1)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASP	86.000,00
	18.p.2)Prevenzione Primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ASM	70.000,00
	18.q) Individuazione precoce delle ipoacusie	30.000,00
	18.r) Implementazione delle attività di cui al Progetto "percorsi di solidarietà"	164.000,00
	18.s) Approccio multidisciplinare Sclerosi Multipla:miglioramento dei percorsi assistenziali(implementazione)	376.899,00
	18.t) Sviluppo del programma di promozione dell'esercizio fisico e della corretta alimentazione nella popolazione anziana	18.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 18:	2.624.849,00
19 SUPERAMENTO O.P.G. E SALUTE MENTALE	19.1 La promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici. (ASP)	799.954,00
	19.2 Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano delle Azioni Nazionali per la Salute Mentale) ASM	74.996,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 19:	874.950,00	
20 SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	20. 1 Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro. (ASP)	121.515,00
	20.2 Radioprotezione dei Lavoratori (IRCCS)	97.222,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 20:	218.737,00	
TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO 2013	15.421.352,00	

La somma assegnata, pari ad **euro 15.421.352,00** è stata utilizzata per la realizzazione dell'intero programma regionale di cui si illustrano le attività svolte nell'anno 2014:

Linea progettuale 1: INTERVENTI PER IL RIASSETTO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA E TERRITORIALE- FARMACIA DEI SERVIZI

Obiettivo dell'azione congiunta Stato regioni è rendere sempre più incisiva la dimensione organizzativa e gestionale dell'Assistenza Primaria fattore cruciale dell'ottimizzazione sociale ed economica del sistema sanità. Servono procedure atte a rimuovere gli ostacoli esogeni ed endogeni e a rendere efficaci i conseguenti strumenti organizzativi, procedurali e tecnici con continua verifica dei bisogni del territorio. Il tutto nella prospettiva di spostare il baricentro

del S.S.N. dall'ospedale al territorio e dalla malattia alla persona. La presente linea progettuale riprende integralmente anche per il 2013 le indicazioni contenute nell'Allegato A- parte I- dell'Accordo del 2012 a cui si aggiunge l'individuazione di Aree Prioritarie d'intervento giuste art. 1 del D.L. 158/2012 convertito in legge 8 novembre 2012 n.189. Il processo di riorganizzazione ospedale – territorio con il progresso delle cure primarie prevede, altresì, lo sviluppo della Farmacia dei Servizi, debitamente supportata dall'innovazione tecnologica (Sanità Elettronica, CUP etc) con concreto contributo delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero cinque progetti così riassunti giusta tabella sottostante:

Linea Progettuale	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 anno 2013
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
	1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)	254.927,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)	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
	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 1:	2.734.218,00

Progetto 1.1 OSPEDALE DISTRETTUALE -UCCP- FARMACIA DEI SERVIZI- realizzato dall'azienda Sanitaria di Potenza (ASP)

Referenti regionali:

Dott.ssa Rocchina Giacoia –

Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata –

Dipartimento Politiche della Persona

Email: rocchina.giacoia@regione.basilicata.it - tel. 0971/668868

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento
Politiche della Persona-
Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata del progetto: Triennio 2013-2015

Impianto progettuale:

Il presente progetto si sviluppa incentrandosi su tre parametri fondamentali :

- a) Rimodulazione dei Presidi Ospedalieri Distrettuali di Venosa e Maratea prevedendone priorità organizzative e gestionali (es. ambulatorio codici bianchi, potenziamento specialistica etc);
- b) Integrazione della Continuità Assistenziale con l'Emergenza Urgenza: sperimentazione di due Unità Complessa di Cure Primarie UCCP (una nell'ambito del Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa ed un'altra in quello di Maratea), Ambulatorio codici bianchi.;
- c) Farmacia dei Servizi: partecipazione delle farmacie al processo di riorganizzazione ospedale- territorio quali centri polifunzionali dei servizi con ausilio di procedure informatiche e protocolli definiti.

Relazione finale:

Premesso che con l. r. Basilicata n. 17/2011 l'attività ospedaliera per acuti viene svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA di IO (Matera) e II0 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 ed in ogni caso sono garantite le attività previste dalla Legge Regionale 3 agosto 1999,-n. 21 e s.m.i.. L'azienda Sanitaria di Potenza (ASP) in attesa del completamento della trasformazione dell'ospedale di Venosa in ospedale Distrettuale e al fine di risolvere le problematiche dei tempi di attesa al pronto soccorso di PSA di Melfi ha realizzato, quale prima risposta ospedaliera per la gestione dei casi di minore gravità, gli Ambulatori dei Codici Bianchi. Tale modello organizzativo di livello ospedaliero è modello utilizzabile , nella fase di transizione, quale migliore risposta alla problematica assistenziale nelle more dello sviluppo di un modello organizzativo territoriale. Migliorare la qualità e la gestione delle attività di P.S. presenta molteplici vantaggi: recupero in termini di appropriatezza organizzativa, attività opportunamente riservata al trattamento dei casi di emergenza-urgenza con ricorso ottimale agli accertamenti radiologici, di laboratorio e alle consulenze specialistiche, e recupero in termini di risorse efficacemente destinate ai casi che necessitano di prestazioni di P.S. con conseguente contenimento dei costi impropri. A ciò si aggiunge l'indubbio beneficio in termini di abbattimento dei tempi di attesa e del fenomeno del sovraffollamento dei P.S. atteso che per i pazienti che non necessitano di interventi di pronto soccorso (che possono rivolgersi al proprio medico di famiglia) è stato strutturato un percorso ambulatoriale dedicato all'interno del quale alcune regioni italiane hanno fatto rientrare anche i Codici Verdi.

Attraverso la rimodulazione di alcune priorità organizzative e gestionali si è proceduto dapprima all'attivazione dell' Ambulatorio Codici Bianchi in particolare a Venosa e Maratea e successivamente nel P.O. di Melfi a seguito, presso quest'ultimo, dell'avvenuto trasferimento del servizio continuità assistenziale ed in esito al reperimento e alla ristrutturazione di locali dedicati nell'area ospedaliera destinata all'emergenza-urgenza in un P.S.

Riguardo alla realtà del P.O di Melfi l'attivazione dell'ambulatorio codici bianchi ABC ha assunto valenza di provvedimento organizzativo determinante che congiuntamente ad altri, quali la reperibilità infermieristica notturna e l'estensione del servizio di guardiania alle 24 h, ha consentito una maggiore sostenibilità da parte della struttura delle condizioni di iper-afflusso al P.S.A. Si è proceduto alla definizione di un disciplinare tecnico e alla stipula di apposita intesa sindacale per l'utilizzo dei medici di C.A, per ora, con il ricorso alle ore di plus orario. L'ambulatorio è attivo dalle 9 alle 13 (fascia oraria considerata critica dal lunedì al venerdì), nella fascia notturna e prefestivi e festivi opera il medico della C.A di turno. È stato stilato un Protocollo disciplinare di regolamentazione per l'Accesso al Servizio relativamente al Triage del Pronto Soccorso, all'Accesso Spontaneo del Paziente e agli Ambiti di Intervento dell'ambulatorio ABC. Le risorse utilizzate sono state il Personale medico di CA, un ambulatorio nell'area dell'emergenza-urgenza con attrezzature oltre alla minima prevista per un ambulatorio visite, a cui si aggiungono test per glicemia, otoscopio, saturimetro, set di farmaci per terapia infusione, intramuscolo ed orale, materiale informativo e modulistica varia. Gli esiti sono stati: riduzione dei tempi di attesa di Pronto Soccorso particolarmente prolungati insieme ad una proporzionata riduzione dei tempi di attesa per gli altri pazienti con conseguente apprezzabile diminuzione della conflittualità, decremento dell'occupazione di ambulatori in PS per problematiche improprie ed attuazione di una adeguata informazione sanitaria. Il monitoraggio delle attività svolte nei PS ha mostrato, tra altro, un incremento percentuale dell'8,6% del numero di accessi nell'anno rispetto a quello dell'anno precedente ed una adeguata gestione dei codici bianchi e dei codici verdi.

Riguardo all'obiettivo **Integrazione della Continuità Assistenziale con l'Emergenza Urgenza**: sperimentazione di due Unità Complessa di Cure Primarie UCCP, risultano avviati i lavori per la sperimentazione di due UCCP: una nell'ambito del Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa ed un'altra in quello di Maratea. L'utilizzo degli specialisti ambulatoriali, in essi presenti, in collaborazione ai medici di continuità assistenziale e di altri professionisti sanitari del territorio (operatori del Dipartimento Salute Mentale del consultorio familiare, ADI, ecc) permetteranno, nei tempi previsti, l'esplicazione di tale modello organizzativo ai fini di una completa integrazione dei suddetti operatori con i MMG, PLS, finalizzato a garantire i LEA, la presa in carico dell'utente e la medicina d'iniziativa.

Relativamente alla **Farmacia dei Servizi nel** il processo di riorganizzazione ospedale territorio si è previsto che le farmacie convenzionate col SSN ricadenti nei Comuni piccoli, al di sotto di una popolazione pari a 1000 abitanti (Accordo Regionale per la Medicina Generale), o che presentano particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale, possano rivestire il ruolo della "*farmacia dei servizi*" e sperimentino le attività di progetto quali centri polifunzionali dei servizi in applicazione di opportuni protocolli e accordi. Sono in itinere le azioni per l'attuazione del programma presentato la cui realizzazione è considerata prioritaria per il buon andamento delle cure, l'efficacia del servizio e la customer satisfaction dell'utente.

Progetto 1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluri -patologie – realizzato dall' Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referenti regionali:

Dott.ssa Rocchina Giacoia –

Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata – Dipartimento Politiche della Persona

Email: rocchina.giacoia@regione.basilicata.it - tel. 0971/668868

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona- Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata del progetto: Triennio 2013-2015

Impianto progettuale:

Obiettivo principale del presente progetto , finanziato con FSN vincolato 2013, è aumentare la capacità di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie.

Relazione finale

L'azienda ASM ha, nel corso dell'anno, svolto attività che hanno permesso il consolidamento della capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini ultrasessantacinquenni affetti da pluripatologie assicurando l'intensificazione della continuità delle cure e l'intercettazione della domanda a bassa intensità. Ha, altresì, rafforzato il sistema di emergenza territoriale da parte dei MCA, registrando una riduzione delle liste di attesa ed il decongestionamento delle prestazioni dei Pronto Soccorso per accessi impropri. L'implementazione dell'hard where house aziendale ha determinato il miglioramento dei contatti dei MMG e PLS con le strutture sia ospedaliere che territoriali. E' stato effettuato un monitoraggio periodico della popolazione affetta da patologie croniche quali: Affezioni sistema circolatorio (2.139), Insufficienza cardiaca (83), Insufficienza renale cronica (194), Insufficienza respiratoria cronica (196) e Neoplasie (1.548). Si sono organizzati incontri periodici con i MMG, MCA, medici ospedalieri, titolari di farmacie, associazioni di Volontariato e altre agenzie presenti sul territorio per predisporre protocolli operativi condivisi sulla presa in carico globale dei pazienti.

Progetto 1.3 “ Pharmaceutical Care” realizzato dall' Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referenti regionali:

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata del progetto: Triennio 2013-2015

Impianto progettuale:

“Pharmaceutical care” è il modello di farmacia dei servizi che punta ad offrire servizi a misura di paziente prevedendone la presa in carico, la gestione attiva della cronicità, la verifica dell’aderenza terapeutica ed il monitoraggio delle terapie farmacologiche. Le figure oggetto del progetto sono il paziente protagonista del processo di cura, il Farmacista che verifica l’applicazione corretta ed efficace del piano di cura, definito dal MMG. Si prevede l’implementazione di protocolli terapeutici e linee guida in condivisione con le altre linee professionali in campo (MMG ed altri).

Relazione finale

In questo progetto la Farmacia ed il Farmacista, integrandosi con le altre figure professionali concorrono al miglioramento della qualità delle cure ed alla riduzione dei costi: ottimizzazione dell’uso dei medicinali al fine di migliorare gli effetti sulla salute con contenimento della spesa sanitaria.

Il paziente è protagonista del processo di cura: il progetto Pharmaceutical care ha previsto il consulto del paziente per valutare la sua effettiva comprensione e capacità di assunzione della terapia farmacologica ed identificazione delle relative problematiche (es. effetti collaterali, interazione di più farmaci, limitata aderenza e compliance del paziente) eventualmente conseguenti. Proprio grazie alla sinergia delle azioni poste in campo quali l’implementazione di percorsi formativi adeguati ed una maggiore comunicazione tra tutti gli operatori, in particolare tra medico specialista ospedaliero, medico di medicina generale e farmacista ospedaliero nonché sul territorio, si riesce a spostare l’attenzione dalla semplice dispensa del farmaco alla sistematica erogazione di un servizio finalizzato ad una corretta fruizione della terapia farmacologica ed al raggiungimento degli obiettivi di cura, misurabili e verificabili in termini di out-comes clinici (es. fornire ai pazienti e/o agli operatori sanitari informazioni utili sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi medici, rapida evasione delle richieste soprattutto per particolari patologie quali le malattie rare, implementazione di protocolli terapeutici e Linee guida, sorveglianza e registrazione della tollerabilità degli esiti e la compliance alle terapie).

Progetto 1.4 -Incentivare il percorso attivazione Aggreg delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- realizzato dall’ Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referenti regionali:

Dott.ssa Rocchina Giacoia –

Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata – Dipartimento Politiche della Persona

Email: rocchina.giacoia@regione.basilicata.it - tel. 0971/668868

Durata del progetto: Triennio 2013-2015

Impianto progettuale:

Il presente progetto , finanziato con FSN vincolato 2013, intende accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nella prospettiva dell' integrazione dei servizi assistenziali con garanzia della presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali sul territorio aziendale ASM.

Relazione finale

Ai fini della realizzazione degli obiettivi del presente progetto l'azienda ASM , nel corso del 2013, ha svolto attività di consolidamento delle aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), attività di incentivazione dei servizi impegnati nella presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali e di preparazione di quattro incontri organizzativi-formativi tra MMG, PLS e MCA, Emergenza-Urgenza, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale con trattazione specifica di singole patologie croniche in ogni singolo incontro. Sono state così predisposte linee operative, condivise, sulla gestione dei pazienti e sulle modalità di accesso al Pronto Soccorso per evitare ricoveri inappropriati. Si è provveduto all' implementazione del server informatico sulle reti aziendali, con consolidamento del collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri. Si sono ridotte le aree AFT con localizzazione UCCP e si è reso operante presso la sede centrale un ufficio dedicato alla raccolta e conservazione (cartacea ed informatica) del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo Sanitario Elettronico.

Progetto 1.5 “Potenziamento Distribuzione Farmaci alla dimissione da Reparto e dopo Visita Specialistica Ambulatoriale e presa in carico dei pazienti cronici affetti da Fibrosi Cistica” - realizzato dall'Azienda Ospedaliera San Carlo – Pz-

Referenti regionali:

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata del progetto: biennio 2013-2014

Impianto progettuale:

Distribuzione del farmaco alla dimissione ospedaliera con duplice vantaggio di garantire al paziente la copertura terapeutica subito nei giorni successivi al fine di evitare un'interruzione che inficia i benefici dei trattamenti effettuati durante il ricovero e di abbattere la spesa

farmaceutica convenzionata regionale (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) mediante sistemi ottimizzati dall'ospedale per l'acquisto che è fortemente influenzato da sconti.

Relazione

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 farmacia. In relazione a quanto previsto dalla L.R. 17/2011 in materia di prescrizioni mediche (art. 15) sono state predisposte apposite direttive a tutti i dipartimenti sugli obblighi previsti dalla normativa menzionata. A partire da settembre 2011, è stato effettuato il monitoraggio mensile sulle prescrizioni su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (ricette rosse), che ha consentito di verificare l'incremento dal 28% di settembre 2011 al 34% del mese di dicembre dello stesso anno, fino al valore del 50% ottenuto nel mese di ottobre 2012. Tali valori, seppur con un trend in crescita, erano comunque molto bassi. Il progetto di rimodulazione del processo di prescrizione e distribuzione dei farmaci alla dimissione ha previsto l'attivazione di un "punto dimissione", ubicato in un'area dell'ospedale facilmente accessibile, dotato anche di un armadio farmaceutico automatizzato (busterspeed) contenente i farmaci (medicinali di Fascia A) da distribuire ai pazienti all'atto della dimissione. In tale punto un farmacista dedicato, con l'ausilio di personale di supporto, provvede alla consegna dei farmaci al paziente o ad un suo familiare dalle ore 9,30 alle ore 14,30 e dalle ore 15,00 alle ore 17,00 fornendo, altresì, eventuali informazioni aggiuntive relative all'assunzione (informazioni per altro già fornite dal clinico e riportate da questi sulla lettera di dimissione) il tutto con l'ausilio di strumenti e programmi informatici dedicati. Le azioni di riorganizzazione hanno determinato nel 2014 un netto incremento dei valori percentuali per ciascun indicatore individuato, con valori medi al di sopra dell'S O, come si evince dalla tabella seguente:

	Anno 2014											
indicatore	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	89	90	89	90	91	91	89	91	91	90	90	90
B	88	87	86	84	88	89	90	87	89	88	85	87

A = %di pazienti dimessi con ricetta e/o con nota su totale dimessi.

B = %di pazienti transitati in Farmacia sul totale dei dimessi con ricetta

Va precisato che il potenziamento della distribuzione dei farmaci ha determinato un progressivo risparmio della spesa farmaceutica convenzionata, passata dai 14.000 euro del mese di novembre ai 42.573 euro del mese di marzo, per attestarsi nei mesi successivi su una media mensile di 40.000 euro così da far stimare un risparmio annuale di circa 500.000 euro. Le ricette spedite ai pazienti in dimissione a seguito ricovero ospedaliero o a visita specialistica per l'anno 2014 sono state n. 34264 in aumento del 3,32% rispetto all'anno

2013 (con n. ricette 33163 ed una differenza di 1101 ricette in più) determinando una spesa complessiva di euro 334.011,80. Tenuto conto che se le sopra dette ricette fossero state spedite dalle farmacie private convenzionate la spesa sanitaria sarebbe stata di euro 855.968,07 pertanto si è conseguito, per l'anno 2014, un risparmio pari di euro 521.956,27.

Linea progettuale 2 : MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Affrontare la cronicità della malattia richiede lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'azione integrata dei professionisti e dei servizi nella definizione e gestione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona. Lo sviluppo di modalità organizzative di lavoro in rete sulla base di modelli teorici, es. Chronic care model, intende superare le difficoltà proprie del sistema unitario Ospedale Territorio mediante l'individuazione di strumenti utili per favorirne le potenzialità unitamente alla condivisione di scelte terapeutiche basate sull'EBM ed alla promozione dell'empowerment del paziente sulla base dei piani di cura.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero quattro progetti così riassunti giusta tabella sottostante:

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
	2.3 SPERIMENTAZIONE DI RETE DEI SERVIZI PER LE MALATTIE CRONICHE AMBULATORIO PER LE DEMENZE (ASM)	55.984,00
	2.4 APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA SCLEROSI MULTIPLA. MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI (ASM)	175.950,00
	2.5 ATTIVAZIONE DAY SERVICE SECONDO IL CRONIC CARE MODEL (ASM)	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 2	2.187.374,00

PROGETTO: 2.1 Sperimentazione in tema di Management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLSS - realizzato dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Referenti regionali:

dott.ssa Maria Luisa ZULLO – Ufficio Pianificazione Sanitaria

Dipartimento Politiche della Persona

Email: maria.zullo@regione.basilicata.it – tel. 0971/668920

Durata del progetto: triennio 2013-2015

Impianto progettuale:

Il modello di Chronic Care Model (CCM) è un sistema complesso che presuppone una vera e propria rivoluzione culturale della Medicina Generale, l'ASP avvia per la durata di due anni una fase sperimentale con una o più USIB aziendali al fine, con verifica positiva di fattibilità, di una sua estensione a tutto il territorio aziendale. Obiettivo: per tutti i medici di Assistenza Primaria l'adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Previsione di alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (quattro AMO - Ambulatori Medici Orientati e 4 Ambulatori codici bianchi). Definizione del nucleo di base dell' Equipes (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, gli Specialisti ove individuati) che può essere integrato con servizi opzionali, aggiuntivi a seconda delle differenti necessità territoriali.

Relazione prima annualità

L'ASP di Potenza, in linea con l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari internazionali, ha posto tra gli obiettivi strategici del biennio 2013-2014 lo sviluppo di una **“sanità d’iniziativa”**, ovvero di un modello assistenziale che , integrando quello classico della “medicina d’attesa” disegnato sulle malattie acute, sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi e, ancora, di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso garantendo al paziente il miglioramento della qualità della vita anche attraverso interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Questo nuovo concetto di sanità, ascrivibile al modello Chronic Care Model (CCM) già proposto e sperimentato in alcune realtà regionali italiane, si basa sulla presa in carico del bisogno di salute e di continuità del Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale.

L'ASP ha avviato “la medicina d’iniziativa” con un progetto pilota che ha interessato i MMG e i PLS mediante la partecipazione di una o più Equipes Territoriali della Medicina Generale e/o équipes semi strutturate già presenti in alcuni Distretti della Salute (ex USIB) ed in particolare in quello di Lauria ed in quello di Senise. Il progetto ha posto come primo obiettivo per tutti i medici di assistenza primaria l'adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Si sono attivate alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (tre AMO – Ambulatori Medici Orientati e 1'ambulatorio codici bianchi), come sotto specificato :

-Attività sperimentale :

A- Le Equipes Territoriali

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 portando materialmente gli studi medici nelle strutture distrettuali, sia ospedaliere che ambulatoriali. Ciò è già avvenuto nei Comuni di Trecchina, Rivello, Rotonda, Senise, Maratea, Chiaromonte e parzialmente a Lauria. Sono stati individuati e ristrutturati i locali da adibire a tali attività. Le attività poste in essere e soprattutto il potenziamento di quelle ambulatoriali nella sede Distrettuale di Rotonda e nei Comuni di Trecchina e Rivello, hanno già dato negli anni scorsi un buon risultato in termini di abbattimento del Tasso di ospedalizzazione e di migrazione sanitaria passiva.

Sono state attivate le seguenti Equipes Territoriali e Semistrutturali:

Equipe funzionale Lagonegro:

- *Dott. Sangineti Domenico – MMG – Coordinatore*
- Dott.ssa La Rocca Serafina – PLS
- Dott. Paggi Gerardo – MMG
- Dott.ssa Verbena Rosa Maria – MMG
- Dott. Volzone Simone – MMG
- Dott.ssa Di Sabato Caterina – MCA
- Dott. Pecorelli Antonio – MCA

Equipe funzionale Valle del Mercure

- *Dott. ssa Caputo Rita – MMG - Coordinatore*
- Dott. Mauro Luigi – MMG
- Dott. Palazzo Emidio – MMG
- Dott. Rinaldi Domenico – MMG

Equipe Biagio Maria Alberti e Terme Latronico

- _ *Dott. Albamonte Emilio – MMG - Coordinatore*
- _ Dott.ssa La Polla Rosa – MCA
- _ Dott. Paracampo Domenico – MMG
- _ Dott.ssa Pesce Carmela – MCA
- _ Dott.ssa Suanno Gina Angela – MMG
- _ Dott. De Biase Vincenzo – MMG
- _ Dott. Auletta Giovanni - MCA
- _ Dott. Giordano Egidio – MCA
- _ Dott. Gangone Fernando– MCA

Equipe Humanitas

- _ *Dott. Morelli Corrado – MMG- Coordinatore*
- _ Dott. Di Filippo Antonio – MMG
- _ Dott. Di Lascio Angelo - MMG
- _ Dott. Larocca Conte Giacomo – MMG
- _ Dott.ssa Console Angela Rosaria – MMG
- _ Dott. Glosa Biagio- MMG

Equipe semistrutturale - Nuova dimensione medica -

- _ Dott. Giordano Egidio- Coordinatore;
- _ Dott. Di Lascio Giacomo - MMG
- _ Dott. Gallo Pasquale - MMG
- _ Dott.ssa Gesuladi Felicetta – MMG
- _ Dott. Pisani Claudio – MMG
- _ Dott. Ponzio Marcello – MMG

Equipe semistrutturale – Valle del Noce-

- _ Dott. Evoli Cesare – MMG - Coordinatore;
- _ Dott. Arleo Pasquale - MMG
- _ Dott. Lauletta Rosario - MMG
- _ Dott. Marsiglia Vincenzo- MMG
- _ Dott. Papa Vincenzo - MMG
- _ Dott.ssa Papaleo M. Giuseppina- MMG

ATTIVITÀ SVOLTE DALLE EQUIPES

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

a) attività ambulatoriale tradizionale e per gli Ambulatori Medici Orientati alla gestione delle patologie croniche (Ipertensione- Diabete Sindrome Metaboliche- BPCO)

Dei quattro AMO attivabili, sono state svolti ambulatori per Ipertensione, BPCO e Diabete. Nei due Distretti della Salute di Lauria e Senise sono state tenute riunioni con i MMG e con gli specialisti che erogano le prestazioni da inserire nei RAO al fine di tracciare un percorso comune circa l'appropriatezza prescrittiva.

I Temi trattati nelle riunioni di equipes sono stati:

- potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri, ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita (quali diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche ostruttive, al fine della attivazione degli AMO);
- applicare le linee guida e percorsi condivisi per **“Diabete, Patologie cardiologiche, BPCO, Prescrizioni radiologiche, Scompenso Cardiaco”**, con definizione di procedure semplificate di accesso alle prestazioni ambulatoriali di 2° livello per i pazienti seguiti dai MMG e dagli Specialisti;
- prevedere affinità di comunicazione al fine di ridurre la lista di attesa soprattutto per le prestazioni cardiologiche attraverso intesa tra MMG e Specialisti ospedalieri per le congruità delle richieste da effettuare quali priorità. I relativi tempi di attesa delle prestazioni vengono monitorati ed aggiornati anche presso la ASP e pubblicati sul sito aziendale mensilmente.

AMO IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO

Con la D.G..R. n. 418 del 28 marzo 2007 è stato approvato il protocollo attuativo della rete regionale per lo scompenso cardiaco. Il progetto ha previsto per l'anno 2014:

-la completa funzionalità in ambito ospedaliero degli ambulatori dedicati per lo S.C che devono essere dotati degli spazi e delle attrezzature per il regolare svolgimento delle attività, nonché del personale infermieristico e di supporto alla attività dei Dirigenti Medici

responsabili, già individuati dai Direttori Generali nelle Delibere di recepimento della DGR 418/2007;

- l'assistenza in ADI ai pazienti con SC, in comune accordo con i MMG che restano i coordinatori clinici dei pazienti;

- l'avvio delle procedure, di concerto con il Gruppo regionale dello SC, di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale e Specialisti operanti sul Territorio, sugli aspetti della prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con SC.

- l'avvio, di concerto con il Gruppo regionale dello SC, di specifici corsi di formazione per il personale infermieristico da impiegare nelle strutture dedicate e nell'ADI a favore di pazienti con SC;

- l'attivazione di protocolli interni con i MMG e Specialisti territoriali per alimentare il flusso dei pazienti con Scompenso Cardiaco, afferenti alle strutture ospedaliere e territoriali, verso il follow-up garantito dalle Unità Operative dedicate per lo S.C. e dagli Ambulatori dedicati AMO dei MMG.

RISULTATI

Nell'ambito territoriale di Lagonegro, come in Basilicata, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morbi-mortalità, per cui è utile e necessario condividere il programma regionale che prevede il coinvolgimento dei MMG per la somministrazione della Carta del Rischio cardiovascolare Assoluto dell'Istituto Superiore di Sanità alla popolazione residente in età compresa tra i 35 e i 69 anni, ed il monitoraggio dei soggetti a rischio. E' stato definito un piano attuativo degli obiettivi già fissati con la DGR n.1713/2006 che vede coinvolti tutti gli attori previsti: MMG, Specialisti Ospedalieri e Territoriali, Responsabili dei Distretti, Responsabile delle Cure Primarie, Responsabile del Dipartimento di Prevenzione. Sono state realizzate le attività formative promosse dalla Regione Basilicata a favore dei MMG.

In ossequio a quanto previsto nel Progetto CUORE della Regione Basilicata, sono stati formati 55 MMG su un totale di 68, pari quindi all'80%;

AMO BPCO

Sono stati attivati specifici ambulatori per BPCO collegati con la U.O. di broncopneumologia del PSA di Lagonegro che ha messo a disposizione un Day Service in Pneumologia, per pazienti affetti da :

- **Asma;**
- **Insufficienza Respiratoria Cronica;**
- **BPCO stadio III – IV;**

Il Day Service rappresenta un modello ambulatoriale con caratteristiche peculiari che deve fornire ai pazienti una serie di indagini chimico-cliniche e strumentali per l'inquadramento diagnostico, il monitoraggio delle eventuali complicanze e la prescrizione terapeutica adeguata, inviati dai MMG.

I fruitori del progetto sono i pazienti affetti dalle patologie indicate che comportano esenzione del pagamento dei ticket e nel caso della BPCO, che al momento non determina esenzione del ticket, a pazienti con età superiore ai 65 anni che rientrano negli stadi III e IV GOLD.

Tra gli obiettivi si ricordano :

- Evitare ricoveri impropri in Day Hospital e nel reparto di Broncopneumologia in quanto i problemi clinici verranno risolti ambulatorialmente.

- Venire incontro alle esigenze dei Medici di Medicina Generale che necessitano di avere risposte in tempi brevi per alcuni pazienti con particolari problemi clinici legati alle problematiche broncopneumologiche.

AMO DIABETE

Nel corso dell'anno 2014 sono continuate le azioni propedeutiche all'attivazione **dell'Ambulatorio multidisciplinare del piede diabetico di I° livello**. Il progetto rientra nell'ambito della delibera regionale "Approvazione protocollo attuativo per la gestione in rete integrata Ospedale-Territorio della malattia diabetica". L'ambulatorio ha provveduto, in via sperimentale, anche all'applicazione dei microinfusori per i pazienti affetti da diabete giovanile del Tipo 1.

Per quanto concerne il **Day service di Senise**, questa rappresenta a livello regionale l'unica esperienza attualmente eseguita in Regione di gestione integrata del diabete.

b) 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.

La attività prevista per la medicina associativa o di gruppo, secondo gli accordi vigenti, è pari a 6 ore giornaliere per le medicina di gruppo con apertura degli ambulatori fino al raggiungere le ore 19,00.

In questa prima fase le ore di assistenza dedicate ai pazienti sono salite dalle 6 giornaliere alle 9 giornaliere. Solo per i MMG di Maratea, anche per assicurare le funzioni di Guardia Medica Estiva, trattandosi di Comune altamente turistico, è assicurata la assistenza h 24 (12 ore MMG e 12 ore Continuità Assistenziale) nel periodo estivo. In più dal 15 giugno al 15 settembre, il sistema di emergenza – urgenza Aziendale garantisce oltre al PTS di III livello (ospedaliero), anche la presenza di PTS di I Livello (ambulanza) con medico a bordo.

c) Monitoraggio Tempi di attesa per le prestazioni interessate dagli Ambulatori Medici Orientati e dai Day Service oggetto della fase progettuale sperimentale.

Il monitoraggio dei tempi di attesa effettuato dal mese di giugno a quello di novembre 2014, e riferite a tutte le sedi aziendali ove vi è offerta di prestazioni di Diabetologia, Cardiologia e Bronco pneumologia ha messo in evidenza come, da un lato, l'attesa media sia sempre nei parametri previsti sia dal Piano regionale che da quello Aziendale (30giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali), e dall'altro come comunque nel territori dei Distretti di Lauria e Senise(ove attivato il progetto) gli stessi siano comunque più bassi rispetto agli altri territori aziendali.

Progetto 2.2 Attivita' di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata –
realizzato dall' Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dott.ssa Rocchina Giacoia – Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina
Convenzionata – Dipartimento Politiche alla Persona

Email: rocchina.giacoia@regione.basilicata.it - tel. 0971/668868

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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 con apertura 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. Attivazione percorso per numero tre patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco ipertensione arteriosa) gestite secondo il Chronic Care Model, fra MMG e medici ospedale di Tricarico.

Relazione finale

La presa in carico delle patologie croniche, che rappresentano oramai da diversi anni la vera sfida per i sistemi sanitari nazionali, è una problematica che in Italia riguarda molti milioni di persone (20 milioni circa), e prevede, secondo i modelli già sperimentati e collaudati in altre realtà, italiane e non (v. Chronic Care Model), una netta differenziazione rispetto all'approccio alle patologie acute, con percorsi diversi già a partire dagli orari di ricevimento dei MMG, che hanno attivato ambulatori dedicati solo ai pazienti con patologie croniche.

Per quanto concerne la realizzazione del progetto per l'implementazione di modelli avanzati per la presa in carico delle patologie croniche, l'Azienda ASM ha lavorato innanzitutto per il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio aziendale: gli operatori dei Distretti Sanitari, il servizio di Assistenza Primaria, la Specialistica Territoriale, i Servizi Amministrativi, i servizi che forniscono protesi e presidi vari (es. per diabetici, per cateterizzati vescicali, per colonstomizzati, per pazienti in ossigenoterapia domiciliare, per pazienti necessitanti di medicazioni per ulcere da decubito etc.). L'attività ha ricompreso il Distretto di Matera, il Distretto di Policoro, il Distretto di Tricarico con gli Ospedali Distrettuali aziendali (Tinchi, Stigliano e Tricarico). Il Referente aziendale di tale modello di presa in carico è il dr. Vincenzo Denisi, Direttore Distretto Medio Basento e Ospedale Distrettuale di Tricarico.

L'attivazione degli ambulatori dei MMG per le patologie croniche, aperti in orari diversi, è stato completato con l'addestramento del personale di studio (infermieri), dei familiari e delle associazioni di volontariato attivi nel campo socio sanitario per l'autocura, l'auto-aiuto finalizzato alla gestione, più o meno autonoma, di alcune patologie croniche.

In particolare è stato messo il focus sull'attivazione di tali percorsi per n. tre patologie croniche come il diabete, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa, gestite secondo il Chronic Care Model che ha perseguito l'obiettivo di determinare, ove possibile, il cosiddetto "empowerment" dei pazienti-utenti, previa adeguata formazione-informazione sulla loro patologia ed il suo stadio cercando, in tal modo, di ridurre anche quella che è l'asimmetria informativa fra sistema sanitario ed utente.

Lo stadio della patologia e la compliance complessiva del paziente sono stati determinanti al fine di determinare il livello di "autogestione" da delegare al paziente o ai suoi care givers; la presa in carico ha riguardato un numero di pazienti molto superiore rispetto ai preventivi, favorito questo dalla organizzazione in rete delle strutture specialistiche aziendali, che hanno garantito anche la continuità delle cure mediante gestione integrata dei pazienti nel loro percorso territorio-ospedale e viceversa. Questa modalità di presa in carico delle patologie croniche è stato facilitato in alcune aree aziendali dove i diversi setting assistenziali ed i vari attori del sistema sono tutti fisicamente presenti e, cioè, presso la Casa della Salute/Medicina di Gruppo allocata c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico od in alcune altre realtà dove gli studi dei MMMMG sono collocati all'interno di distretti sanitari o Ospedali Distrettuali.

La ratio di tale fenomeno è da ricercare nella logica che favorisce la integrazione delle diverse professionalità (incontri tra specialisti ospedalieri, personale del distretto, MMG, MCA, e varie associazioni presenti sul territorio) con l'acquisizione di uno stesso linguaggio nell'implementazione dei percorsi PDTA. Sono state inoltre erogate nell'ambito di percorsi

privilegiati le prestazioni ambulatoriali eseguite presso le sedi comunali distrettuali dagli specialisti medici aziendali insieme a prestazioni di radiologia, dei laboratorio analisi, eseguite sia presso gli Ospedali Distrettuali aziendali sia presso le strutture ambulatoriali di odontoiatria, dermatologia, neurologia, psichiatria, N.P.I., pneumologia, ortopedia, cardiologia, ginecologia, urologia.

Progetto 2.3: Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze - realizzato da azienda ASM -MT-

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale:

Presa in carico multidisciplinare degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali. Definizione di percorsi diagnostico – terapeutici. Collaborazione con MMMGG per segnalazione (telefonica alla segreteria della U.O. di neurologia) e per prescrizione esami. Compilazione cartelle e assistenza ai pazienti in sala di attesa. Collaborazione con la Farmacia ospedaliera per dispensazione gratuita dei farmaci con Piani Terapeutici nei primi tre mesi di trattamento. Collaborazione con i Fisiatri per segnalazione pazienti da trattare con terapia cognitivo comportamentale.

Relazione finale:

Nel corso dell'anno si sono svolte le seguenti attività rivolte ai pazienti con queste problematiche e alle loro famiglie:

- Apertura di un ambulatorio dedicato alle demenze;
- Collaborazione con i Medici di base per segnalazione telefonica alla segreteria della U.O. di neurologia per richiesta visita e prescrizione esami;
- Controlli periodici anche tramite contatto telefonico con caregiver;
- Compilazione cartelle e assistenza ai pazienti in sala di attesa;
- Visita e conseguente presa in carico del paziente;
- Definizione di percorsi diagnostico – terapeutici, applicazione degli stessi al 100% dei pazienti che si rivolgono all'ambulatorio per le demenze;
- Approccio multidisciplinare alla malattia con consulti e visite effettuate da altri specialisti, quali Geriatri e in particolar modo Fisiatri, per segnalazione dei pazienti da trattare con terapia cognitivo comportamentale;
- Selezione e studio dei test neuropsicologici da somministrare ai pazienti;
- Collaborazione con la farmacia ospedaliera per la somministrazione gratuita dei farmaci con definizione del Piano terapeutico per i primi tre mesi di trattamento;
- Frequenza ai corsi di aggiornamento regionali da parte del personale medico ed infermieristico della U.O. di neurologia.

Progetto: 2.4 Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi Assistenziali. Prestazioni di ricovero per pazienti affetti da sclerosi multipla, prestazioni sanitarie effettuate dai medici specialisti di Neurologia e Urologia.

Relazione finale

In riferimento al progetto in oggetto, nel corso dell'anno , si sono svolte le seguenti attività rivolte ai pazienti affetti da sclerosi multipla:

- Attività di studio dei casi con definizione di percorsi per i pazienti con SM (Sclerosi Multipla);
- Approccio multidisciplinare alla malattia con consulti e visite effettuate da altri specialisti, in particolar modo urologi;
- Attività ambulatoriali dedicate quali, visite, ecografie, stimolazione del nervo tibiale posteriore;
- Addestramento auto cateterismo;
- Somministrazione di farmaci ai pazienti con SM con età inferiore ai 18 anni (non compresi nel file F);
- Collaborazione con i Medici di base per trattamento pazienti con Sclerosi Multipla;
- Prestazioni di ricovero per pz. affetti da sclerosi multipla.

Progetto n. 2.5: Attivazione Day Service secondo il Chronic Care Model -
realizzato dall'Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale:

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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.

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 . Organizzazione del team multidisciplinare e multi professionale in grado di offrire prestazioni integrate in un tempo ristretto.

Relazione finale

Il progetto ha lo scopo principale di attivare il Day Service quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento di utenti che presentano problemi complessi e che non richiedono sorveglianza medico–infermieristica prolungata.

Nel corso dell'anno si sono svolte le seguenti attività:

- consolidamento del Day Service;
- attivazione degli infermieri in servizio presso le sedi distrettuali per il contatto periodico dei cittadini affetti da malattie croniche presso i propri domicili;
- monitoraggio dello stato di salute dei cittadini affetti da malattie croniche, in particolare dei pazienti ricoverati presso gli Ospedali di Matera e di Policoro, quali: Scopenso cardiaco (622), BPCO (379) e Diabete (50);
- consolidamento tra gli aspetti organizzativi e quelli operativi;
- trasferimento del baricentro dell'assistenza dall'Ospedale al Territorio con conseguente consolidamento del supporto alla persona presso il proprio domicilio;
- organizzazione, presso le varie sedi distrettuali, del team multidisciplinare e multiprofessionale in grado di offrire prestazioni integrate in un arco di tempo ristretto;
- consolidamento della pratica d'integrazione tra i vari servizi e i rispettivi operatori in modo da costruire percorsi condivisi con conseguenti risposte adeguate e complesse;
- incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero ospedaliero tramite l'utilizzo del plus orario dei MCA per assistenza a domicilio dei pazienti scompensati.

Progetto 2.6: La persona malata al centro. della Ricerca Organizzativa Oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) - realizzato dall'IRCCS di Rionero.

Referente regionale

Dott.ssa Zullo Maria Luisa - Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email :maria.zullo@regione.basilicata.it – tel. 0971/668920

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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'Unità di cura si pone accanto al malato con compassione per

consentirgli di acquisire il bagaglio umano e la competenza "sul proprio caso" perché, da succube o sospettoso o peggio disorientato, acquisisca la capacità di partecipare alle decisioni.

Relazione finale

Il progetto “La persona malata al centro...della ricerca organizzativa oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree)”, in attesa che parta la implementazione della fase nazionale, ha portato avanti le azioni descritte e sotto riportate:

- Cineforum realizzato nel 2014 per rendere più serena la permanenza in ospedale a malati e accompagnatori è stato realizzato un cineforum durante l’anno 2014;
- Recupero funzionale area caregiver: è stata individuata un’area al piano seminterrato e ne sono stati finanziati i lavori di recupero. Quest’area all’interno, del progetto di ricerca, è dedicata agli accompagnatori a vantaggio dell’obiettivo di intensificare i percorsi di umanizzazione secondo quanto indicato nella (delibera 678 del 18 dicembre) “Nome provvisorio Sala Fiordaliso” delibera 678 del 18 dicembre);
- Cartella informatizzata per pazienti e caregiver in “Sala Fiordaliso” e di RT: Cartella informatizzata per pazienti e caregiver secondo il modello della medicina partecipata della Malattia cronica (parte accreditamento Planetree);
- Finanziamento CUG “Comitato per il benessere del paziente”: nel CUG istituito ad agosto 2015 è stato individuato un “Comitato per il benessere del paziente” che provvederà a realizzare la “Festa della Vittoria” con cadenza biennale per istituire un mutuo aiuto tra i pazienti lungo sopravvivenza e quelli di nuova diagnosi;
- Festa della Vittoria (i lungo sopravvivenza che accolgono i malati di nuova diagnosi): la prima festa della Vittoria si celebrerà in occasione dell’inaugurazione dell’area dedicata al ristoro dei caregiver detta “Sala Fiordaliso”;
- Partecipazione al Congresso Planetree di Chicago che si terrà in Novembre 2016 per studiare la Planetree Designation: in Italia la Designation Planetree non è stata raggiunta ad oggi da nessuna struttura italiana. E’ auspicabile la partecipazione al Congresso Planetree di Chicago che si terrà in Novembre 2016 per studiarne la fattibilità direttamente con le agenzie internazionali.

Linea Progettuale N. 3: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INDIRIZZO PER LA RIABILITAZIONE DI CUI ALL’ACCORDO STATO REGIONI DEL 10 FEBBRAIO 2011

Secondo le indicazioni di cui all’Accordo Stato Regioni “Piano di indirizzo per la riabilitazione” del 10 febbraio 2011 le regioni devono rivedere il proprio modello di offerta delle prestazioni riabilitative secondo i criteri e i principi in esso indicati. L’obiettivo è una maggiore omogeneità delle risposte riabilitative su tutto il territorio nazionale , una più chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione ed alla presa in carico territoriale(domiciliare o residenziale).

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero tre progetti giusta tabella sottostante:

3 IMPLEMENT.PIANO DI INDIR. PER RIABIL. DI CUI ACCORDO STATO REGIONE 19/2/11	3.1 Percorso di cura del paziente disabile (ASP)	73.000,00
	3.2 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio ASM	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
	Totale Linea Progettuale 3	218.737,00

Progetto 3.1: Percorso di cura del paziente disabile – realizzato dall'azienda Sanitaria Locale di Potenza(ASP).

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : biennio 2013/2014

Impianto progettuale

Il progetto prevede l'implementazione del modello organizzativo del percorso di cura del paziente disabile tramite 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. Sono previsti, tra altro,: 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; iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo ed aggiornamento dei protocolli operativi; l'Aggiornamento di protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio distrettuale di Lauria.

Relazione finale

Nell'anno 2014 è stato effettuato il primo stage (5 giorni interattivi) dei tre previsti per il trattamento del paziente neurologico. I rimanenti due verranno effettuati nell'anno 2015. Sempre nell'anno 2014 è stato effettuato il " Corso sulla disfagia del paziente neurologico nella fase post-acuta" (3 giorni interattivi).

Tali corsi sono stati tenuti da specialisti del settore di rilevanza nazionale e sono stati rivolti al personale aziendale operante nel settore riabilitativo.

Si è provveduto ad aggiornare i protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione con particolare attenzione alla gestione del malato rendendo il soggiorno più gradevole attrezzando il reparto con apparecchi televisivi ed un salottino, posizionato al centro del reparto e dotato di televisore di maggiore dimensione, di n. 8 poltrone e di tavoli

dove i degenti nella fase più avanzata del trattamento riabilitativo possono recarsi per socializzare, usufruire in gruppo dei programmi televisivi e consumare i pasti.

I pazienti sono stati rilevati in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti.

Nell'anno 2014 si è proceduto ed effettuare controlli sul territorio aziendale riassunti nella tabella sottostante:

Visite di Controllo	685
di cui Visite Domiciliari	39
Pratiche Controllate	987
Pratiche Controllate ed Autorizzate	152
Pratiche Variate	486

Progetto 3.2 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Il progetto ha come scopo principale quello di garantire la continuità assistenziale della presa in carico riabilitativa dall'Ospedale al Territorio della ASM. Sono previsti: l'implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo della persona dalla dimissione ospedaliera del P.O. di Matera alla fase territoriale; la verifica della corrispondenza tra bisogni riabilitativi espressi dalla persona inserita nelle strutture riabilitative territoriali del distretto di Matera e il trattamento effettivamente erogato; l'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.

Relazione finale

Nel corso dell'anno si sono svolte le seguenti attività:

- consolidamento della presa in carico riabilitativa da parte del Territorio,
- implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo,
- attenzionamento sulla corrispondenza tra bisogni riabilitativi e trattamento effettivamente erogato dai centri di riabilitazione;
- implementazione del sistema di valutazione multidisciplinare dei bisogni riabilitativi tramite l'utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone ricoverate in

Ospedale affette in particolare dalle seguenti patologie: ictus (circa 120) e neoplasie mammarie (circa 50);

- monitoraggio di almeno l'80% delle persone, affette dalle patologie citate sopra, ricoverate in Ospedale e della sclerosi multipla;
- valutazione degli esiti a seguito delle osservazioni prodotte dalle quali risulta che le persone osservate hanno migliorato la propria autonomia di almeno il 50% con conseguente maggiore partecipazione agli eventi della loro vita quotidiana;
- dotazione del sistema informatizzato di strumenti atti ad individuare le persone affette da tali patologie;
- predisposizione dei Protocolli operativi con le UU.OO ospedaliere interessate;
- predisposizione dei Protocolli operativi con le strutture estensive presenti sul territorio;
- individuazione team di riabilitazione, composto da: medico fisiatra, medico ospedaliero e tecnico della riabilitazione (fisioterapista e/o logopedista);
- affidamento al team di riabilitazione della responsabilità della presa in carico e del monitoraggio sia del percorso che dei relativi outcome.

Progetto 3.3: “La presa in carico efficace” Il Percorso Riabilitativo Integrato Ospedale Territorio nel Paziente affetto da Insufficienza Respiratoria – realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Il progetto ha come scopo principale quello di garantire nel territorio ASM la Presa in Carico e la Continuità Assistenziale Riabilitativa dall'ospedale al territorio per Utenti affetti da Insufficienza Respiratoria

Relazione finale

Nel corso dell'anno si sono svolte attività di :

- 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.
- 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.
- 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.

- 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 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.
- Predisposizione dei Protocolli operativi con le UU.OO ospedaliere interessate, predisposizione dei Protocolli operativi con le strutture estensive presenti sul territorio, individuazione team di riabilitazione, composto da: medico fisiatra, medico ospedaliero e tecnico della riabilitazione (fisioterapista e/o logopedista), affidamento al team di riabilitazione della responsabilità della presa in carico e del monitoraggio sia del percorso che dei relativi outcome.

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)

Secondo le indicazioni di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 "Linee di indirizzo per le persone in Stato Vegetativo e in stato di Minima Coscienza" occorre prevedere per questa tipologia di persone soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in strutture extra ospedaliere e ove possibile favorire la domiciliarizzazione, l'inserimento dei pazienti in strutture residenziali dedicate quali SUAP o Domicili protetti.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero due progetti giusta tabella sottostante:

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
	4.2 SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM	246.079,50
TOTALE LINEA PROGETTUALE 4:		492.159,00

Progetto 4.1: Assistenza ai Pazienti in Condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella Fase degli Esiti- realizzato dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : biennio 2013/2014

Impianto progettuale

Il sistema integrato “Coma to Community” deve supportare le famiglie quale “sistema esperto” integrato a rete di percorsi “dal coma al domicilio”, con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure. Di fatto una rete che governa tutte le fasi (clinico-gestionali) della malattia compresa la quarta fase, quella degli esiti.

Relazione finale

L'ASL di Potenza ha inteso realizzare un assetto organizzativo in grado di rispondere al meglio ai bisogni crescenti dei pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti e delle loro famiglie, con particolare attenzione rivolta ai percorsi di cura ospedale-domicilio mediante specifici provvedimenti finalizzati a creare condizioni assistenziali certe e omogenee su tutto il territorio. Nell'anno si è proceduto all'identificazione degli operatori e delle strutture territoriali da integrare alla rete-sistema "Coma to Community". E' in fase di costituzione, da parte della Direzione Strategica, del gruppo di coordinamento aziendale (GDC) dei responsabili delle strutture territoriali abilitate alla gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. I Responsabili delle Cure Domiciliari dei vari ambiti e le relative U.O. sono stati individuati come risorse utili all'espletamento del progetto. Al loro interno è avvenuta la ricognizione di tutte le risorse (strumentali e umane). E' in fase di attuazione finale il processo di omogeneizzazione della modalità di offerta assistenziale tra le diverse strutture territoriali (modalità di distribuzione presidi, modalità di inserimento nelle cure domiciliari, modalità di gestione delle tracheostomie e della nutrizione artificiale, figure specialistiche coinvolte, ecc.). Sono in corso di attuazione la predisposizione di una scheda-tipo per la raccolta dati salienti, l'individuazione dei livelli e dei bisogni formativi, la creazione DB di pazienti, referenti, unità, esperienze, livelli formativi. Sono stati oramai acquisiti elementi normativi sull'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011. E' in corso di attuazione la produzione di schede dati clinici di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. Si stanno predisponendo corsi di formazione teorici per gli operatori suddivisi per categoria e corsi di formazione teorici per i familiari e per i care giver;. E' già in atto la formazione degli operatori e dei familiari : "on the job training". Sono in corso di elaborazione 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. Vengono rispettate in pieno tutte le procedure inerenti il trattamento dati, la privacy e il consenso informato. Si sta definendo l'algoritmo della procedura per raccogliere dati e informazioni sui pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. L'accesso condiviso tra gli operatori sanitari è

divenuta prassi consolidata, la tracciabilità del paziente avviene in modalità condivisa, è in corso un processo di omogeneizzazione, tra i vari ambiti territoriali, dei report con tabelle riepilogative. Nell'ambito territoriale di Venosa, l'attività clinica riferita a quanto suesposto è attualmente svolta dall'unità di oncologia critica territoriale e cure palliative che, trimestralmente, invia i propri dati di attività al centro controllo di gestione.

Progetto: 4.2 Speciale Unità di Accoglienza Perman. per Pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza – realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio

Impianto progettuale

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.

Previsione di utilizzo degli stessi a domicilio del paziente con assistenza portata dagli stessi operatori della SUAP. Obiettivo: 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.

Relazione finale

Per quanto concerne la realizzazione del progetto per l' "Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti", dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM), nel corso dell'annualità 2013, è stato implementato con l'attivazione e gestione di n.5 posti letto dedicati ed allocati nell'Ospedale Distrettuale di Tricarico. Referente aziendale di progetto è il dr. Vincenzo Denisi direttore del Distretto e dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico. Nell'anno di riferimento sono transitati in tale struttura di ricovero dedicata n.9 pazienti in "stato vegetativo o di minima coscienza" per un totale di n.1531 giornate complessive di degenza e con una degenza media di circa 170 giorni. I pazienti sono stati presi in carico secondo le Linee Guida nazionali approvate in Conferenza Stato-Regioni il 05.05. 2011 e recepite dalla regione Basilicata con DGR n.462 del 24.04.2012; la provenienza dei pazienti ricoverati in tale unità riguarda tutta la Regione Basilicata.

Nell'anno 2013 gli obiettivi perseguiti per l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo e quindi necessitanti di cure intensive che richiedono un controllo in tempo reale h24 delle condizioni cliniche, sono stati facilitati dall'utilizzo di sistemi intelligenti che, applicati ai pazienti con elettrodi cutanei, trasmettono direttamente, con sistema wireless, il valore dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno etc....) alla centrale operativa collocata all'interno della medicheria del reparto.

Per quanto concerne la possibilità di assistere tale tipologia di pazienti a domicilio, per vari motivi legati all'impegno importante che questo comporta per le famiglie, già peraltro gravate da problematiche di tipo economico oltre che sociale, non è stato ancora possibile sperimentare tale modalità assistenziale. Nell'ambito di tale attività assistenziale la formazione teorica continua e l'addestramento che avviene sul campo del personale medico, del personale infermieristico e degli OSS è senza dubbio la carta vincente e l'approccio caratterizzante.

La presa in carico di tali pazienti non può però prescindere dalla collaborazione della famiglia, che viene adeguatamente informata e con la quale vengono condivise tutte le decisioni rilevanti in merito al percorso di cura del paziente. Determinante per una buona compliance complessiva del processo di cura è stato il confronto continuo con il medico di medicina generale del paziente (medico di famiglia).

Linea Progettuale n.5 : ASSISTENZA ANZIANI IN CONDIZIONI DI FRAGILITA' E DI NON AUTOSUFFICIENZA

La presa in carico dei soggetti con fragilità e o/ del soggetto non autosufficiente è obiettivo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti. Data la complessità dei bisogni tale linea progettuale prevede lo sviluppo di un'assistenza che favorisca un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari con debita valutazione delle esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona con individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza e che tutelino la dignità della persona.

Nell'ambito di tale linea progettuale per il S.S.R. Basilicata ha presentato numero tre progetti così riassunti giusta tabella sottostante:

5 Assistenza anziani in condizione di fragilità e di non autosufficienza	5 .1 PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE - (ASP)	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
	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
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 5:	546.843,00

Progetto N. 5.1: Progetto Raf -Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile – realizzato da azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : Biennio 2013-2014

Impianto progettuale

Definire modalità organizzative e operative che consentano la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi insieme alla valutazione delle condizioni di bisogno. Determinazione del PAI con individuazione della figura di riferimento del progetto, ruolo e compiti del MMG, definizione, tra altro, dei fattori predittivi di fragilità e degli indici qualitativi di assistenza all'anziano fragile e benchmark fra i vari setting assistenziali aziendali. Classificazione del bisogno per isogravità, valutazione dei connessi costi complessivi; attività di mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali rivolti all'anziano fragile e dei rispettivi metodi di valutazione e di lavoro; condivisione con le UU.OO. ospedaliere e territoriali della metodologia della Valutazione Multidimensionale, creazione di un sistema informativo ad hoc, formazione del personale di assistenza e del caregiver: Creazione della Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano fragile.

Relazione finale

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 crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative. 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 suo merito è stato anche quello di far venire a galla la "problematica demenza" e di dare la certezza che alla punta dell'iceberg corrisponde una più profonda dimensione del problema.

Non esiste solo l'Alzheimer; si deve più propriamente parlare di "Demenze" di varia forma. Quindi il 1° obiettivo è la diagnosi. A tale scopo è presente nel Reparto un Ambulatorio Demenze all'interno del quale viene eseguita una Valutazione Psico Metrica 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 frontotemporale alla diagnosi a corpi di Levy...). L'Ambulatorio Demenze è attivo nei giorni Martedì e Mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 13.00- Prenotazioni c/o il CUP con impegnativa del MC recante la

dicitura: “1° visita con VPM presso Ambulatorio Demenze-UVA”. La sopra detta 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.

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all’attività dell’ambulatorio UVA nell’anno 2013.

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
1^ visita	87
Controlli	16
Totale	103

Risultati raggiunti

L’Ambulatorio UVA è unico punto di riferimento dei 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’ 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).

Sono seguiti dal Centro 60 pz con demenza in fase severa, i Geriatri del CEIMI eseguono al domicilio del pz il controllo attraverso un esame ECG, la visita specialistica, la visione degli esami ematochimici e provvedono, quando non controindicato, al rinnovo del PT per gli antipsicotici atipici.

Il sostegno al malato e alle famiglie passa non solo attraverso la intuizione del problema e poi della sua comprensione ma anche attraverso la gestione delle opportunità previdenziali assistenziali e fiscali che le leggi dello Stato mettono a disposizione; pertanto mediante la Valutazione Multidimensionale Geriatrica: (visita specialistica volta all'accertamento del grado di autosufficienza e disabilità attraverso la esplorazione degli ambiti clinici, cognitivi, comportamentali e funzionali) si procede anche al rilascio di certificazioni per assegno di accompagnamento e altre tipologie di indennità, nonché alla prescrizione di presidi (pannoloni, carrozzine etc). La valutazione viene eseguita il Mercoledì dalle 14,00 alle 17.00.

Diverse sono le possibilità di intervento non farmacologico per agire sul benessere del malato di demenza: dal campo cognitivo a quello comportamentale, dalla sfera psichica a quella fisica, dalla cura individuale alla struttura dei servizi sociosanitari.

La definizione di demenza è essenzialmente basata sulla presenza di disturbi cognitivi. Fra questi, l'attenzione è stata rivolta soprattutto al deterioramento della memoria e dell'orientamento spazio-temporale, ai sintomi precoci e comuni delle sindromi dementigene, con l'affermazione di due tecniche: la riabilitazione della memoria e la "ROT" (Terapia di orientamento alla realtà), che ha l'obiettivo di mantenere il contatto cognitivo con la realtà (spazio, tempo, identità personale) attraverso stimoli continui frutto di un programma continuo. Nelle fasi moderate severe i disturbi non cognitivi e soprattutto quelli comportamentali rappresentano la maggiore fonte di stress per la famiglia e il caregiver, anche professionale. I farmaci antipsicotici e antidepressivi in genere non sono in grado da soli di risolvere le situazioni più complesse, derivanti da incapacità di gestire i rapporti con l'ambiente (falsi riconoscimenti, incapacità a compiere movimenti volontari, vagabondaggio, disturbi sensoriali, false interpretazioni, agitazione verbale). Di conseguenza si sono tentati approcci psicosociali secondo diversi modelli.

Di concerto con la Cooperativa Onlus Auxilium, che ha da sempre mostrato una sensibilità ed una profonda conoscenza del problema, si sta procedendo ad un programma sperimentale di "Doll therapy" nell'ambito delle terapie non farmacologiche. Tali metodiche innovative sono sempre più supportate da dati scientifici che ne attestano validità ed efficacia; la Doll Therapy si prefigge come end point primari quelli di ridurre alcuni disturbi comportamentali del pz Alzheimer come il wandering (movimento afinalistico), l'affaccendamento, l'aggressività, e l'agitazione psicomotoria con conseguente riduzione del carico farmacologico e quindi con un miglioramento della qualità della vita sia del pz che del caregiver; e la stimolazione di alcune abilità cognitive (attenzione, memoria procedurale e a lungo termine).

La perdita di autonomia

Gli studi dimostrano che la demenza è attualmente la prima e più importante causa di disabilità grave fra le persone anziane. Le fasi più avanzate della demenza sono sicuramente fonte di instabilità clinica per le patologie associate, e sono responsabili di un forte aumento dei costi della cura. Le fasi gravi della demenza ~~che~~ implicano un dilemma etico: rianimazione cardiopolmonare; ricoveri ospedalieri; uso di antibiotici; alimentazione artificiale.

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 ha individuato il percorso assistenziale da compiere per la presa in carico globale dei pazienti dementi e delle loro famiglie.

Tale percorso va dall'identificazione della patologia alla adozione della terapia medica più appropriata e poi necessariamente vira verso la organizzazione di una rete strutturale di servizi che pone al primo posto la formazione e l'aggiornamento di personale specializzato all'interno delle strutture ospedaliere (destinate ad accogliere un n* sempre crescente di pz dementi con comorbilità) e all'esterno di esse (ad esempio nell'ambito dell'ADI), nonché la

formazione dei care giver informali (badanti e/o familiari), la costituzione di Centri diurni e Residenze protette residenziali o semiresidenziali che attualmente non esistono in Basilicata (1 sola RSA con Nucleo Alzheimer c/o il Don UVA di PZ); necessita altresì un Centro di Coordinamento (individuato c/o la UO di Geriatria del S. Carlo di PZ) che insieme al Comitato Scientifico Regionale appronti dei piani di intervento che attraverso le UVD territoriali e le strutture distrettuali di assistenza socio-sanitaria rendano uniforme e capillare la gestione del pz demente.

Progetto 5.2: Riorganizzazione della Rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott. Antonio Di Gennaro- Dipartimento Politiche della Persona-

Email: Antonio.digennaro@supporto.regione.basilicata.it - tel. 0971/668870

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Presa 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). 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 per garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera con successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali. Stesura di Protocolli: con la RSA di Tricarico per la presa in carico di anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di tipo sanitario ancora importanti; con le Residenze Protette presenti sul territorio ASM per i percorsi e Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.

Relazione finale

Nel corso dell'annualità 2013, il presente progetto è stato implementato utilizzando come strutture di riferimento gli Ospedali Distrettuali aziendali di Tricarico e Stigliano che come è noto sono dedicati alla fase post-acuta del percorso di cura del paziente a domicilio e dei pazienti che hanno concluso la fase acuta del loro percorso di cura negli Ospedali aziendali per acuti (Matera e Policoro). Referente aziendale di tale progetto è il dr. V. Denisi Direttore del Distretto Medio Basento-Bradano e dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico. La valutazione dei bisogni dei pazienti fragili, e per lo più non-autosufficienti, ha rivestito un momento fondamentale nella misura in cui solo la conoscenza diretta e certa delle necessità del paziente, compreso il suo contesto socio-familiare, può indirizzarlo alla struttura più idonea per avere le risposte più coerenti. La Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), che al suo interno vede la presenza del medico geriatra, dell'infermiere, dell'assistente sociale e, di volta in volta, degli specialisti della patologia prevalente del paziente (es. neurologo, ortopedico, psichiatra etc.), è l'organismo che, previa valutazione complessiva dei bisogni, inserisce il paziente nel percorso con la presa in carico.

Le strutture coinvolte nel dare risposte ai pazienti fragili sono state sostanzialmente: le UUOO di Lungodegenza Medica presenti negli Ospedali Distrettuali, le Lungodegenze Riabilitative e le UUOO di Degenza Riabilitativa Intensiva per i pazienti per i quali i bisogni sanitari non erano prevalenti. Dove, invece, era dominante il bisogno sociale o socio-sanitario, il paziente è stato indirizzato, in mancanza di compliance familiare, alle residenze protette con le loro diversificate specificità. Il percorso di cura per il paziente post-acute è stato quindi strutturato, nei vari setting assistenziali della rete di riabilitazione e di lungodegenza, e della residenzialità per pazienti fragili e non autosufficienti. Strategica è stata l'attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (Ospedali per acuti di Matera e Policoro e gli Ospedali Distrettuali di Tricarico, Stigliano e Tinchi) e i Medici di Medicina Generale al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti con perdita temporanea permanente delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali, nel percorso ospedaliero e nella successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.

La diversa classificazione delle patologie e delle problematiche sociali che sostengono la non-autosufficienza dei pazienti ha permesso di indirizzare gli stessi verso strutture residenziali con caratteristiche coerenti ai loro bisogni; il territorio aziendale conta sulla presenza di RSA (R3 e R2 e cioè con diverso impegno assistenziale sanitario) e diverse altre Residenze Protette con caratteristiche diversificate per quanto concerne la tipologia di pazienti assistibili. Accordi e protocolli sono attivi con le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Protette presenti sul territorio ASM finalizzate a perseguire la Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.

Progetto 5.3: Studio sull'efficacia dell'esercizio fisico e della dieta per la prevenzione e trattamento della sarcopenia nell'anziano- realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM).

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott. Antonio Di Gennaro- Dipartimento Politiche della Persona-

Email: Antonio.digennaro@supporto.regione.basilicata.it - tel. 0971/668870

Durata : tre anni

Impianto progettuale

Lavoro di equipe multi professionale , visite domiciliari per pazienti dimessi dall'Assistenza domiciliare , selezione campione di anziani da seguire e valutazione requisiti- Incontri con associazioni e enti pubblici e sportivi per individuazione strutture. Obiettivo: miglioramento delle condizioni di vita degli anziani affetti da sarcopenia e sostegno ai familiari degli stessi.

Relazione finale

In riferimento al progetto **Studio sull'efficacia dell'esercizio fisico e della dieta per la prevenzione e trattamento della sarcopenia nell'anziano** nel corso dell'anno diverse sono state le attività rivolte alla realizzazione di interventi nei confronti degli anziani quali:

- Visite domiciliari a pazienti dimessi dall'Assistenza Domiciliare unitamente a visite fisiatriche, visite nutrizionali e visite geriatriche. Il tutto mediante la collaborazione di tre Medici, ciascuno appartenente all' U.O. Assistenza Sanitaria, all' U.O. Fisiatria e all' U.O. Nutrizione Clinica e U.O. Geriatria territoriale.
- Incontri di equipe per studio casi con selezione campione di anziani da seguire con valutazione dei requisiti, nonché incontri con associazioni e enti pubblici e sportivi per individuazione strutture.

Linea progettuale n.6 - CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ

Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate : si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo 22 novembre 2012.

La presente linea progettuale ha l'obiettivo di misurare e monitorare le disuguaglianze geografiche e sociali in sanità attraverso la realizzazione di sistemi di misura e monitoraggio epidemiologico della variabilità geografica e sociale, a livello sub regionale, dei principali indicatori di mortalità e morbosità della popolazione.

Nell'ambito di tale linea progettuale per il S.S.R. Basilicata ha presentato numero tre progetti così riassunti giusta tabella sottostante:

6 Tutela della fragilità e contrasto 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
	6.2 Istit.serv.interm.ling.cultur. A favore di cittadini stranieri ricover.c/o az Osp San Carlo	60.000,00
	6.3 Attivazione "codice rosa" nel Pronto Soccorso dell'osp.San Carlo di Potenza	162.159,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE 6:		492.159,00

Progetto 6.1: Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le disuguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure- realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott.ssa Zullo Maria Luisa – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-

Email :maria.zullo@regione.basilicata.it –tel. 0971/668920

Durata : Biennio 2013-2014

Impianto progettuale

Porre attenzione alle difficoltà dell'immigrazione: analisi dei dati inerenti alla distribuzione degli immigrati presenti per Comune con evidenza delle aree geografiche su cui intervenire. Risolvere il problema della comunicazione: dare informazioni, tradotte in diverse lingue, sui servizi sanitari e socio-sanitari offerti favorendone, altresì, l'accesso con sperimentazione di

ambulatori dedicati unitamente ad accordi con associazioni. Compimento, tramite la valorizzazione del sistema informativo aziendale, del monitoraggio della salute di una determinata area geografica (Venosa, Melfi) al fine di individuarne i bisogni a cui adeguare l'offerta dei servizi.

Messa in relazione dei dati e delle informazioni sanitarie e socio-economiche disponibili, aggregate con effettuazione di profili epidemiologici e socio-economici.

Relazione finale

Nell'anno 2014 così come negli anni 2012 e 2013 per fronteggiare l'emergenza regionale del fenomeno degli immigrati stagionali, l'Azienda ASP, 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.

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.

Ambulatorio ASP c/o ospedale territoriale di Venosa

Anno	Numero visite
2013	115 e 10 prestazioni (RX e prestaz odontoiatriche) 42 visite ambulatoriali (di cui 8RX)
2014	2 richieste di analisi di laboratorio – 5 visite specialistiche – chirurgia, otorino, odontoiatria – 1 caso in dialisi

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
Anno 2014?

*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.

	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
------	----	---	----	----	----	---	----	----

Il fenomeno della immigrazione si inserisce in un contesto economico che, nella nostra regione, come nel resto del Paese, dall'inizio della crisi è andato via via peggiorando: dal 2007 al 2013 il reddito delle famiglie si è ridotto. Sono peggiorati anche tutti gli indicatori occupazionali: tasso di disoccupazione generale e giovanile, in aumento anche il tasso di inattività tra le donne e tra i giovani e il numero di coloro che non cercano lavoro né studiano.

Con la finalità di migliorare il monitoraggio della salute in relazione alla variabilità territoriale e sociale l'ASP ha costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare, composto da rappresentanti delle Unità Organizzative Osservatorio Epidemiologico, Farmaceutica territoriale, Dipartimento Salute umana, SIA e Controllo di gestione, che attraverso la elaborazione ed analisi dei dati distinti per aree geografiche di mortalità, morbosità, esenzioni per patologie e consumo di farmaci ha inteso pervenire alla individuazione di adeguate risposte in grado di potenziare le proprie funzioni di tutela della salute. L'area geografica presa a riferimento per la suddetta analisi, **in una prima fase**, è stata l'ambito territoriale di Venosa che fa parte del territorio della Provincia di Potenza. Di seguito il lavoro effettuato:

CONTESTO DEMOGRAFICO E SOCIO ECONOMICO DI RIFERIMENTO

Il territorio dell'Asp di Potenza si estende per 6.546 Km², comprende 100 Comuni con una popolazione complessiva di 377.258 abitanti al 31/12 2012 ed una densità abitativa media di 57,63 ab/km² (tra le più basse tra le provincie italiane)

Il quadro generale del contesto demografico della Provincia di Potenza risulta caratterizzato dai seguenti fenomeni:

1. diminuzione della popolazione residente;
2. mutamenti nella piramide dell'età della popolazione;
3. invecchiamento della popolazione;
4. riduzione della natalità;
5. mutamenti relativi alla composizione delle famiglie (riduzione medio dei componenti; incremento delle famiglie mono genitoriali queste ultime correlate all'aumento del numero di separazioni e divorzi).

DIMINUZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

La popolazione residente registra un trend negativo, dal 2008 al 2012 è diminuita dell'2,8%.

I Comuni della Provincia che hanno evidenziato un incremento complessivo della popolazione dal 2008 al 2012 sono rispettivamente: Pignola (+9,3%), Tito (+4,9%), Marsicovetere (+3,5%) Ripacandida (3,3%) Melfi (+1,5%) e Viggiano (+0,5%) .

MUTAMENTI NELLA PIRAMIDE DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE

Si registra un declino delle fasce d'età più giovani, cui si accompagna un aumento delle generazioni più anziane con una elevata quota di donne nelle età più avanzate. La tendenza all'invecchiamento demografico non solo produce effetti sul carico sociale per la popolazione attiva ma ha anche evidenti implicazioni di natura sociale e sanitaria sul fronte della domanda di servizi.

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto fra la popolazione anziana (oltre 65 anni) e quella giovane (sotto i 14 anni), vede un trend in crescita, infatti nel 2012 si attesta sul valore stimato di 157% registrando un aumento rispetto al 2006 del 8,4%. *dato stimato *Fonte: Ns elaborazione su dati datawarehouse Istat www.dati.istat.it*

RIDUZIONE DELLA NATALITÀ

Il trend di tasso di natalità (rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per mille) registrato nella provincia di Potenza vede un costante decremento, infatti si passa da un tasso di 8,2 del 2006 ad un tasso del 7,5 del 2011 con una riduzione di circa il 9,2%.

MUTAMENTI RELATIVI ALLA COMPOSIZIONE DELLE FAMIGLIE

- Il tasso di nuzialità si riduce progressivamente nel periodo di riferimento, anche se in modo meno rapido rispetto alla media nazionale.
- Il numero di figli è, invece, sostanzialmente stabile, mentre a livello nazionale è in progressivo aumento.

AUMENTO DEL FLUSSO MIGRATORIO IN ENTRATA

- Il tasso migratorio (rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e la popolazione residente, moltiplicato per mille) nel 2011 è stato pari a -1,5‰. Il dato evidenzia un aumento del flusso migratorio rispetto all'anno precedente (+0,2‰) e risulta superiore alla media regionale che è pari al -0,5‰.

IL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO.

Il peggioramento delle condizioni economiche generali e del mercato del lavoro degli ultimi anni, si sono riflessi sul reddito delle famiglie della Basilicata, che ha accusato una evidente contrazione, scendendo ai livelli registrati nei primi anni del duemila; in termini pro-capite il reddito disponibile nelle famiglie ha raggiunto 12.933 euro, quindi 1.800 euro in meno rispetto al 2008. Inoltre, la perdita del potere d'acquisto, ha determinato un forte taglio dei consumi da parte delle famiglie, soprattutto negli ultimi cinque anni.
(tab.1e 2)

Tab.1 – Reddito disponibile pro-capite delle famiglie (in Euro).

	2008	2010	2012
Provincia Potenza	14.132	13.518	12.933
Basilicata	13.818	13.136	12.502
Mezzogiorno	12.476	12.020	11.244
Italia	16.920	16.214	15.271

Fonte: Rapporto economia Basilicata 2012- Centro Studi Unione Camere-Elaborazione su dati Prometeia.

Tab.2 – Spesa per consumi pro-capite delle famiglie (in Euro).

	2008	2010	2012
Provincia Potenza	10.280	10.215	9.729
Basilicata	10.418	10.341	9.817
Mezzogiorno	11.280	10.936	10.433
Italia	14.533	14.343	13.696

Fonte: Rapporto economia Basilicata 2012- Centro Studi Unione Camere-Elaborazione su dati Prometeia.

Al basso reddito pro capite in Basilicata si associano alti livelli di disoccupazione, con quella giovanile che raggiunge nel 2012 il 39,6 (Italia il 29,1), un tasso di occupazione con 10 punti in meno di quello nazionale ed un tasso di attività anche questo più basso di 9 punti rispetto all'Italia. Tali fenomeni, nel quinquennio 2006-2011, mostrano tra l'altro un continuo peggioramento della situazione del lavoro in Basilicata tanto che, ad una diminuzione del

tasso di occupazione di 2 punti, cresce il tasso di disoccupazione giovanile di quasi 10 punti. (Tabb. 3-4)

“In particolare, l’occupazione è diminuita lo scorso anno (2012) dell’1,5%, circa 2,7 mila posti di lavoro in meno, per un saldo negativo complessivo, dall’inizio della crisi, che sfiora ormai le 11 mila unità. Dal punto di vista settoriale, il maggiore decremento si è registrato in agricoltura (-6,4%, circa un migliaio di unità in meno) che, nel biennio precedente, aveva mostrato un trend occupazionale moderatamente espansivo.

Nell’industria invece la flessione è stata nell’ordine dell’1,6%, con perdite particolarmente consistenti nel settore delle costruzioni; mentre l’insieme delle attività terziarie ha ceduto lo 0,8% degli occupati registrati nel 2011” (tratto da Rapporto economia Basilicata 2012- Centro Studi UnioneCamere pag. 104-)

Tab.3-Indicatori sintetici del mercato del lavoro - Anno 2012 (valori percentuali)

Indicatori sintetici	Basilicata	Mezzogiorno	Italia
Tasso di attività	55,3	53,3	64,1
Tasso di occupazione	47,3	44,1	57,2
Tasso di disoccupazione	14,5	17,2	10,7
Tasso di disocc. femm.	13,2	16,1	9,6
Tasso di disocc giovan.	39,6	40,4	29,1

Fonte: Rapporto economia Basilicata 2012- Centro Studi UnioneCamere- Dati Istat -- ^ Anno di riferif. 2011.

Tab. 4 – Indicatori sintetici del mercato del lavoro In Basilicata e in Italia – Variazione 2006-2011(valori percentuali).

Indicatori sintetici	Anno 2006 Basilic.	Anno 2011 Basilic.	Anno 2006 Italia	Anno 2011
Tasso di occupazione	49,91	47,84	61,48	61,16
Tasso di disoccupazione	10,52	11,95	6,09	8,41
Tasso di disoccupaz. femm.	15,17	13,16	8,80	9,61
Tasso di disoccupaz. giovan.	31,95	39,60	21,60	29,10

- Dati Istat –

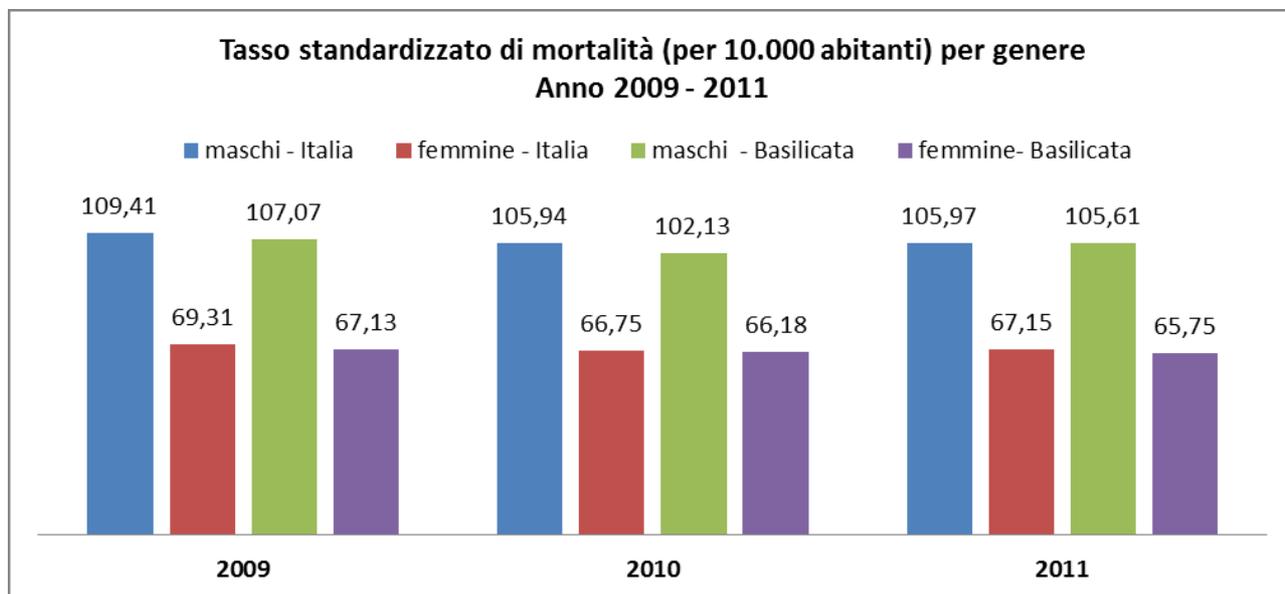
Basso reddito, calo dell’occupazione e crescita dei livelli di povertà relativa, non possono non avere effetti negativi sulle condizioni di salute della popolazione. E’ noto dalla letteratura che la condizione socioeconomica di un individuo, intesa come l’insieme delle variabili di reddito, livello culturale, radicamento nel tessuto sociale, rappresenta uno dei determinanti delle sue condizioni di salute, accanto all’ambiente e agli stili di vita.

La condizione socio-economica è inoltre in grado di influenzare l’accesso ai servizi sanitari e il tipo di utilizzo degli stessi. La condizione di marginalità sociale ed economica spesso si accompagna a forti difficoltà nella fruizione dei servizi, nell’accesso alle informazioni relative ai servizi esistenti e alle modalità di utilizzo dei servizi stessi, generando così ulteriore ineguaglianza.

MORTALITA’

•I dati del 2011, relativi all’intero territorio italiano, mostrano negli uomini un calo generalizzato della mortalità complessiva rispetto al 2009, mentre per le donne il tasso risulta costante.

•In Basilicata la mortalità si riduce per gli uomini attestandosi comunque ai livelli nazionali; anche per le donne si registra un calo della mortalità che rimane più bassa rispetto al tasso italiano.



Progetto 6.2 Istituzione di un servizio di intermediazione linguistico-culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera "S. Carlo" – realizzato da azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.

Referente Regionale:

Dott.ssa Zullo Maria Luisa - Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email :maria.zullo@regione.basilicata.it – tel. 0971/668920

Durata del Progetto: 2 Anni

Impianto progettuale :

Accordo Stato Regione 20 aprile 2012 e successivo Accordo Stato Regioni 20 febbraio 2014 (ex linea progettuale n.l dell'Accordo 2012): Sviluppo di interventi organizzativi per migliorare le condizioni di accesso, adeguatezza e fruibilità delle prestazioni offerte ai cittadini stranieri mediante approccio multidisciplinare e trans-culturale orientato al riconoscimento delle diversità culturali con una offerta di servizi meno standardizzata a garanzia della centralità dell'individuo. Previsioni di attività rivolte sia al paziente ricoverato con interventi diretti di mediazione linguistico-culturale e di supporto per l'espletamento di pratiche burocratiche-amministrative e sia agli operatori delle UU.OO. e servizi dell'Azienda con interventi di formazione, informazione e consulenza e di traduzione linguistica delle pratiche cliniche (raccolta dati anamnestici, consenso informato, informazioni sullo stato clinico e orientamento diagnostico).

Relazione finale

Il progetto, di durata biennale (2013-2014), ha inteso realizzare una struttura funzionale, interna alla Azienda, capace di intercettare il bisogno di cittadini stranieri, ricoverati per problematiche urgenti e con scarsa o nulla padronanza della lingua italiana o inglese tale da impedire loro un corretto dialogo con i medici o gli infermieri addetti alla assistenza ed assicurare la presenza di un mediatore linguistico per facilitarne l'accoglienza.

Nel corso del primo anno è stata ultimata la fase di progettazione e definizione delle linee di attività, è stata realizzata la struttura organizzativa interna ed individuato un referente coordinatore del progetto. Si è stipulato un protocollo di intesa con la associazione di volontariato AUSER per la fase operativa di contatto con cittadini di etnia e ceppo linguistico compatibili con quelli del paziente richiedente la mediazione.

E' stato predisposto un formulario per la richiesta di accesso al servizio di mediazione reso disponibile a tutte le Unità Operative di degenza e dedicata una linea telefonica- fax per l'invio tempestivo della stessa al referente aziendale e da questo al referente dell'Associazione AUSER. E' stata garantita la disponibilità di personale interno per facilitare l'accesso al reparto richiedente del mediatore nonché riservato un posto auto gratuito negli orari di esecuzione dell'intervento. La fase di partenza effettiva ha avuto inizio nei primi mesi dell'anno 2014 e i risultati possono essere così riassunti:

N.ro richieste di mediazione pervenute= quattordici,

N.ro interventi effettuati= dodici,

Nazionalità interessate: due (Nigeria), uno (Marocco), uno (Moldavia), uno(Romania), uno (Sudan), uno(Ucraina), uno (Mali), due(Cina).

Le Unità Operative con maggiori richieste di intervento sono state: l'area materno-infantile (Pediatria e Ginecologia) e l'area della Emergenza (Traumatologia e Neurochirurgia).

Al termine di ciascuna mediazione è stato consegnato ai medici del reparto e al paziente interessato un questionario per la valutazione di qualità del servizio offerto.

La analisi di questi dati ha confermato il buon gradimento sia del personale delle Unità Operative di degenza che dei pazienti per i quali era stato richiesto l'intervento seppure qualche criticità traspare sui tempi di effettuazione della mediazione.

In prospettiva, terminata la fase sperimentale del progetto, l'Azienda si era riservata la possibilità di strutturare un servizio permanente di mediazione con la creazione di un albo aziendale di facilitatori linguistici da arruolare a chiamata previa selezione con regolare avviso pubblico. L'esperienza maturata in questo biennio ha evidenziato un esiguo numero di richieste dai reparti legate prevalentemente a pazienti stranieri temporaneamente presenti sul territorio lucano, gli stranieri regolarmente residenti, invece, hanno raggiunto un ottimo livello di integrazione sociale e autosufficienza nella gestione del colloquio con i medici curanti ed il personale di assistenza. Si conta, pertanto, di proseguire la collaborazione con la associazione AUSER per il bisogno di mediazione laddove dovesse manifestarsi.

Progetto 6.3: Attivazione "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso dell'ospedale San Carlo di Potenza - realizzato da AOR "S. Carlo" di Potenza

Referente regionale

Dott.ssa Zullo Maria Luisa- Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche alla Persona

Email :maria.zullo@regione.basilicata.it - tel. 0971/668920

Durata : 2 anni

Impianto progettuale

Accordo Stato-Regione del 20 aprile 2012 e successivo Accordo 20 febbraio 2014 n.6 (ex 2 Accordo 2012) "Codice Rosa" è l'attivazione, con stanza apposita dedicata, di un percorso di accesso al pronto soccorso riservato alle vittime di violenze, donne, ma anche minori, anziani, immigrati. Avvio, a seguito di assegnazione del codice da parte del personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita, anche se non dichiarata, di una "task force inter istituzionale" composta da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi}, forze dell'ordine e magistrati appartenenti alla Procura della Repubblica di Potenza finalizzata ad ottimizzare risorse ed energie e a migliorare la qualità delle risposte offerte alle vittime.

Relazione finale

In riferimento allo stato di attuazione del progetto afferente alla linea n. 6 (ex 2 Accordo 2012) relativo all'attivazione del codice Rosa presso la AOR "S.Carlo" di Potenza si specifica che nel corso dell'anno 2013 si è istituito il 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 settore ha fortemente consolidato negli anni importanti e significativi risultati. Si è, poi, costituito 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 a cui è seguita l'istituzione di una "Task Force Inter- istituzionale" con sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra tutte le parti coinvolte (Procura della Repubblica, Prefettura, AOR San Carlo e Forze dell'ordine) per l'espletamento del percorso di progetto.

Le azioni poste in campo nel 2014 hanno riguardato il consolidamento del rapporto tra i membri della "Task Force Inter-istituzionale", (composta da magistrati appartenenti alla Procura della Repubblica di Potenza, da medici e infermieri della AOR San Carlo e dalle forze dell'ordine), finalizzato, anche attraverso la simulazione di casi pratici, ad un servizio sempre più efficace, efficiente e tecnicamente avanzato per adeguare il lavoro del gruppo alle differenti realtà nelle quali si troveranno ad operare. Nell'ambito dell'evento "il Rosa che unisce" si è tenuto un incontro dal forte orientamento operativo che ha visto la partecipazione di tutti i componenti sia interni che esterni alla Task force e della Dr.ssa Doretta. Successivamente vi è stato un incontro con mondo del volontariato, le associazioni di categoria, gli stakeholder ed i soggetti istituzionali per condividere quanto già realizzato e definire assieme i nuovi impegni, i contributi e gli apporti necessari per le ulteriori fasi necessarie a garantire assistenza e sostegno ai soggetti deboli vittime della violenza. Si è provveduto a ristrutturare i locali del Pronto Soccorso, per assicurare un accesso riservato e protetto per le vittime. In data 06.03.2014 è stato trasmesso telematicamente il manuale operativo "Codice Rosa", adottato dalla Squadra di Grosseto, ai componenti della Task Force aziendale. Si sono tenuti diversi incontri della Task Force aziendale, in data 12.03.2014, si è proceduto alla lettura congiunta del Manuale di cui sopra, con relativa discussione circa le modalità organizzative da porre in essere a livello aziendale. In data 28.03.2014, sono state analizzate le procedure da rendere esecutive, con definizione del percorso di ingresso delle "vittime" in Pronto Soccorso e la relativa presa in carico. Sono stati, altresì, esaminati alcuni aspetti critici relativi alla necessità di assicurare la linearità di detto percorso mediante integrazione delle nostre

azioni con la ASP (118 e territorio), nonché alla necessità di prevedere il coinvolgimento di figure aziendali deputate 1) ad un primo intervento sanitario nella "stanza rosa" (infermiere professionale), 2) a fungere da "collettore" dei vari referti di visite e/o esami sostenuti dalle vittime nonché delle eventuali prove giudiziarie, 3) alla mediazione con le figure istituzionali del territorio per la presa in carico della vittima al momento della dimissione (assistente sociale). Tale incontro si è concluso con l'impegno di provvedere, sulla base delle procedure definite, alla stesura del Manuale del Codice Rosa, con relativa nuova cartella clinica, e all'individuazione di spazi all'interno del Pronto Soccorso per l'ascolto protetto dei bambini e delle donne vittime di ogni forma di violenza. Il 2 aprile 2014 si è tenuta la cerimonia di inaugurazione della "stanza di Elisa". Le autrici del libro "Elisa tra cielo e terra - il romanzo di una storia vera" (L. Pellegrini Editore) hanno deciso di devolvere i proventi dei diritti di autore all'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo che ha provveduto a destinarli per il finanziamento delle attività del "Codice Rosa".

LINEA PROGETTUALE 7: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL' ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

Con la presente linea progettuale si dà conferma delle indicazioni dell'accordo del 22 novembre 2012 circa la realizzazione omogenea su tutto il territorio nazionale di quanto previsto dall'intesa del 25 luglio 2012 relativamente allo Sviluppo della Rete Locale di cure Palliative quale aggregazione funzionale ed integrata delle attività delle cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali in un ambito territoriale definito a livello regionale. Sono previsti interventi di equipe specialistiche multiprofessionali e progetti di assistenza individuale (PAI) per pazienti adulti e pazienti pediatrici, per malati oncologici e non oncologici. Si amplia l'offerta di cure palliative domiciliari con diversificazione tra assistenza palliativa di base e specialistica con garanzia al paziente, in carico alla rete, di continuità assistenziale tra hospice e domicilio.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero quattro progetti giusta tabella sottostante:

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
	7.2 Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).	331.420,00
	7.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)	165.710,00
	7.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO)	198.852,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 7:	1.093.687,00

Progetto 7.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale- realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : Biennio 2013-2014

Impianto progettuale

Creare un assetto organizzativo ad hoc per offrire a pazienti allettati, con performance status compromesso e indice di Karnosky inferiore a 30, la possibilità di: ricevere a domicilio un dispositivo in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa; 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 di devices specifici. Utilizzo dei PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e dei Midline, gold standard degli accessi venosi. Costituzione di PICC team aziendale a carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti), in grado di rispondere alla domanda di tutti i territori, di migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali, oncologici e non oncologici. Obiettivo ridurre le ospedalizzazioni inappropriate con l'implementazione delle cure domiciliari.

Relazione finale

L'Asp nel corso dell'anno ha provveduto a redigere gli atti deliberativi inerenti la costituzione di una Scuola PICC aziendale con PICC team disseminati nei vari ambiti territoriali unitamente all'approvazione delle linee guida aziendali per gli impianti in ospedale e a domicilio dei PICC.

Sono previste le seguenti attività organizzate dalla Scuola PICC aziendale:

- 1) Formazione del personale;
- 1) Corsi specifici anche di carattere universitario;
- 2) On the job training;
- 2) Monitoraggio delle procedure determinate dalle linee guida aziendali approvate.
- 3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto;
- 4) Coordinamento delle equipe 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.).

Le attività summenzionate sono attualmente svolte dall' Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative che, trimestralmente, invia i propri dati di attività al centro Controllo di Gestione ed è in possesso di una reportistica (sulle indicazioni, gli impianti, la gestione e le complicanze) che periodicamente presenta in consessi scientifici. Negli anni 2013 e 2014 sono stati impiantati (prevalentemente a domicilio) circa 350 Devices fra PICC e Midline.

Progetto 7.2 : Cure Palliative e Terapia del Dolore: sviluppo dell' Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica – realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : Tre anni- 2013/2016

Impianto progettuale:

Gestione di una rete integrata e funzionale delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in hospice, a domicilio ed in altre strutture residenziali nell'ambito territoriale ASM.

Obiettivo: garantire ai pazienti un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno spirituale.

Relazione finale

Il presente progetto, nel corso dell'annualità 2013, è stato implementato con attività multisettoriali con partenza dall'assistenza domiciliare e toccando tutte le fasi di presa in carico dei pazienti affetti da problematiche oncologiche e non solo (es. Sindromi neurologiche gravi ed evolutive). I Referenti aziendali hanno perseguito gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e quanto previsto dalla Legge n.38/2010 unitamente agli specialisti in Cure Palliative utilizzati nel progetto. L'attività di cure palliative ha interessato, a seconda del tipo di bisogno dell'assistito, quasi tutti i setting assistenziali, costruendo attorno al paziente un percorso personalizzato che mediante l'utilizzo delle strutture, aziendali e non, ha cercato di dare una risposta assistenziale organica. La rete ha ricompreso le UUOO per acuti degli ospedali aziendali, la Lungodegenza Medica degli Ospedali Distrettuali, l'Hospice, le Residenze Assistenziali (RSA) ed il domicilio degli utenti. I medici palliativisti oltre alla gestione diretta dell'Hospice hanno rappresentato per gli utenti un diretto e continuo punto di riferimento nei bisogni relativi alla prescrizione ed alla gestione della terapia del dolore (oppioidi), nella prescrizione dei presidi vari (Ossigenoterapia, letti, carrozzine, presidi per incontinenza, alimentazione parenterale, alimentazione entrale etc.)

In questa attività la piattaforma organizzativa di base utilizzata (attivazione del MMG, intervento degli infermieri etc..) è stata quella dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) che, a partire da una valutazione multidimensionale dei pazienti, ha innescato l'intervento degli specialisti di Cure Palliative per l'erogazione oltre che delle cure fisiche anche dell'educazione sanitaria ai familiari dei pazienti, del sostegno psicologico al paziente e ai familiari, del sostegno spirituale ed anche all'inserimento, in virtù di appositi protocolli condivisi, di associazioni di volontariato formate nell'assistenza a tali pazienti.

Tutto questo è stato reso possibile soprattutto dall'attività di interlocuzione diretta e continua attraverso incontri formali ed informali fra MMG, Medico Palliativista, Medico del Distretto che hanno operato con l'ottica multidimensionale e multidisciplinare dei bisogni degli assistiti. Inoltre presso l'Hospice dell'ASM e presso gli Ospedali Aziendali sono attivi da tempo gli ambulatori di "Terapia del dolore" che svolgono attività sia con modalità ambulatoriale che a domicilio degli utenti.

Progetto 7.3: Percorso di cura per cure palliative e terapia del dolore – realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale:

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : Tre anni- 2013/2016

Impianto progettuale

Organizzare le attività al fine di far fronte alle richieste di prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore provenienti , in ordine di frequenza, da specialisti oncologi o oncoematologi, da reparti ospedalieri per pazienti già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMGO . Soddisfacimento della domanda proveniente dal bacino d'utenza ASM, con contenimento dei tempi di attesa in 24-48 ore per la maggior parte delle prestazioni ed in sette giorni per prestazioni più complesse che prevedono l'impiego della sala operatoria. Definizione delle attività per le **Cure Palliative e la Terapia del Dolore**.

Relazione finale

Nel corso del 2013 sono state svolte attività, in linea con il progetto **Percorso di cura per cure palliative e terapia del dolore**, da parte delle varie strutture nelle quali è articolata l'Azienda Sanitaria di Matera (presidi e professionalità territoriali, ospedalieri, distrettuali: PP.OO. di Matera e di Policoro, presidi distrettuali di Stigliano, sede dell'Hospice, di Tinchì, di Tricarico). Gli operatori del P.O. di Matera, anche per i volumi storici e consolidati di prestazioni, hanno focalizzato l'attività nella cura di pz oncologici per i quali si è reso necessario l'allestimento di un impianto endovascolare di media-lunga durata per il trattamento chemioterapico, antalgico, nutrizionale: Port a Cath, cateteri semitunnellizzati, PICC e Mideline per un totale di circa 280 impianti. Ciò si è reso possibile utilizzando una seduta operatoria settimanale (il lunedì) ed un ambulatorio per due giorni alla settimana, martedì e giovedì, a gestione prevalentemente infermieristica, per la verifica di efficacia e la manutenzione dei presidi impiantati per un totale di circa 4000 prestazioni. Sono stati altresì presi in carico pz affetti da malattia cronica non oncologica (SLA, sindromi genetiche con severa disabilità) portatori di tracheotomia e sottoposti a Ventilazione Artificiale Meccanica, a nutrizione artificiale entrale o parenterale. Le famiglie di questi pazienti hanno potuto contare su un rapporto diretto e continuo con gli infermieri ed i medici della SC di Anestesia e Rianimazione per ricevere consigli terapeutici e rassicurazioni. Ad intervalli regolari sono stati trasportati in sicurezza in Ospedale, con assistenza infermieristica, per la sostituzione dei presidi (cannula tracheostomica, tubo gastrostomico) e secondo le necessità, sono stati sottoposti alla correzione chirurgica di complicanze o comorbidità (granulomi peritracheostomia, granulomi perigastrostomia ecc.). Anche presso il P.O. di Policoro sono state effettuate prestazioni di terapia antalgica, impianti di accessi vascolari di media-lunga durata per il trattamento chemioterapico, antalgico, nutrizionale: Port a Cath, cateteri semitunnellizzati. Il servizio di somministrazione di chemioterapia è stato direttamente affidato alla S. C. di Anestesia e Rianimazione secondo le prescrizioni e con la consulenza di strutture di Oncologia regionali o extraregionali. L'Hospice collocato presso l'Ospedale

distrettuale di Stigliano ha effettuato, nel corso del 2013, 181 ricoveri di cui 90 in DH. Le prestazioni ambulatoriali di cure Palliative e Terapia antalgica sono state 358 presso l'Ospedale di Stigliano e 807 presso l'Ospedale di Tinchì. A cura di Medici ed Infermieri dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico sono state effettuate prestazioni di Terapia Antalgica, posizionamenti di cateteri venosi centrali, PICC, Mideline, sostituzioni di cannule tracheali, presa in carica di pz. per le Cure Palliative anche al domicilio dei pazienti.

Progetto 7.4 Integrazioni Hospice-Cure Palliative Domiciliari - realizzato dall'A.O.R. San Carlo di Potenza

Referente regionale:

Dott.ssa Gabriella SABINO - Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it tel. 0971/668831

Durata : tre anni (2013-2014-2015)

Impianto progettuale

Realizzare 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) al fine di creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete di cure palliative. Utilizzo di uno strumento comune di valutazione e di monitoraggio del paziente: software dedicato all'assistenza specialistica palliativa montato su un hardware tipo smartphone in dotazione di ciascuno, da fruire congiuntamente dalle équipes dei due setting assistenziali, che permette, in tempo reale, di consultarsi e di realizzare un passaggio nella presa in carico senza soluzione di continuità proprio delle cure palliative circa le terapie adottate, i risultati delle stesse e le loro modificazioni in relazione all'andamento dei sintomi.

Relazione finale

Le cure palliative dei pazienti oncologici in fase avanzata e terminale necessitano di continuità delle cure sia nel passaggio da quelle attive a quelle palliative, sia, proprio in quelle palliative nei diversi setting assistenziali, in particolare in quello residenziale, in Hospice, e in quello domiciliare. Nel corso dell'anno è stato condiviso il protocollo di intesa predisposto tra l'azienda Ospedaliera San Carlo e la ASP: "Dimissioni protette e continuità delle cure", si sono utilizzati strumenti utili alla valutazione del paziente (Indice di Karnofsky - scala di valutazione del dolore- scheda di valutazione del rischio delle lesioni da decubito). I membri dell'équipe dell'Hospice (medici e infermieri) hanno effettuato prestazioni in affiancamento all'équipe domiciliare, per meglio realizzare la continuità di cura e assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice. Tali interventi sono stati: il pre-ricovero in Hospice che ha previsto la valutazione congiunta dei criteri di accesso in Hospice, la conoscenza del paziente e dell'unità familiare, la pianificazione degli obiettivi da perseguire in Hospice, la post-dimissione dall'Hospice e particolarmente per la gestione di device impiantati in Hospice che necessitano di competenza professionale e di strumenti in possesso dell'équipe dell'Hospice. E' stata fatta formazione ed affiancamento ai professionisti dell'assistenza domiciliare specialistica ADI- ANT del distretto di Potenza al fine di rendere prestazioni specialistiche a domicilio in pazienti che non potevano afferire al

Day-Hospice. Si è aggiunto il supporto di un ulteriore medico acquisito con borsa di studio finalizzata in particolare all'attività di ricerca e raccolta dati.

Indicatore	Numero	%
Numero di pazienti seguiti dalle due equipe (Hospice e Assistenza Specialistica ADI –ANT distretto di Potenza).	50	30% dei pazienti che sono afferiti in Hospice segnalati dall'assistenza domiciliare ADI-ANT
Numero di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice / numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno.	15	10%
Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche o Convegno formativo con la partecipazione delle due equipe	Convegno dal titolo Oncopallium tenutosi il 18 ottobre 2014	

Gli obiettivi potranno ritenersi conclusi nell'arco di 3 anni. Per quanto fatto nell'anno 2014 hanno riguardato il 30% dei pazienti seguiti dalle due equipe e il 10% di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice rapportati al numero totale dei pazienti ricoverati in Hospice nell'anno.

Linea Progettuale 8: SVILUPPO PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Il processo di umanizzazione coinvolge tutti: pazienti ed operatori. Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo deve rappresentare l'elemento fondamentale delle decisioni operate in tema di definizione delle strategie organizzative e dei percorsi assistenziali, ad ogni livello del "sistema salute". Diviene necessario promuovere cambiamenti organizzativi orientati alla minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali attraverso lo sviluppo di specifiche attività progettuali sull'umanizzazione delle modalità di assistenza e sull'incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali. Occorre inoltre, tra altro, promuovere iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *care giver* per fornire i necessari elementi di conoscenza allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute e alla comunicazione di prognosi infausta.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero quattro progetti giusta tabella sottostante:

8 Sviluppo Processi di Umanizzazione 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
	8.2 La valutazione del dolore nel paziente pediatrico - (ASP)	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
	8.4 " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)	100.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 8:	437.475,00

Ai fini dell'incremento dei processi di umanizzazione per la gestione delle malattie croniche/gravi o inguaribili dei bambini l'Asp ha organizzato i progetti : **8.1 Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e o inguaribile** – ed il **Progetto 8.2: La valutazione del dolore nel paziente pediatrico** - entrambi di durata pluriennale (Biennio 2013- 2014) i cui referenti regionali sono:

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona- Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott.ssa Zullo Maria Luisa - Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email :maria.zullo@regione.basilicata.it – tel. 0971/668920

Impianto progettuale

Obiettivo primario del primo progetto è stato il contenimento delle conflittualità che possono generarsi nella gestione delle malattie croniche gravi o inguaribili dei bambini nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale cercando di favorire l'empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni. Si è voluto: dare la possibilità a tutte le famiglie, coinvolte nella problematica, del territorio aziendale di avere occasioni di ascolto, incontro e condivisione dei propri problemi; offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto ed inoltre coinvolgere il volontariato in un progetto comune.

Relazione finale

Nell'anno 2013 sono stati presi in carico, nel territorio dell'ASP, 14 minori affetti da malattia cronica grave e/o inguaribile, sono deceduti due bambini presso il proprio domicilio. Nell'anno 2014 sono stati presi in carico 11 minori ed è deceduto un bambino presso il proprio domicilio. Dal mese di maggio 2013 tutti i minori e le loro famiglie vengono regolarmente seguiti da una psicologa psicoterapeuta, che assicura la propria assistenza anche per l'elaborazione del lutto. Attualmente, nel territorio dell'ASP, sono seguiti 31 bambini affetti da malattie croniche gravi.

Nell'anno 2014 per il progetto specifico finanziato dalla Regione Basilicata “ Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile” si sono realizzate le seguenti attività:

- 1) Consulenza psicologica assicurata a tutti i minori e le loro famiglie da parte di una psicologa psicoterapeuta formata in cure palliative pediatriche (cpp), con presa in carico dei minori e dei componenti familiari;
- 2) Colloqui con la coppia genitoriale per la condivisione e la gestione delle conflittualità della coppia, della famiglia e della rete parentale con interventi dell'assistente sociale per problematiche lavorative e finanziarie della famiglia, con il coinvolgimento delle realtà associative operanti sul territorio;
- 3) Realizzazione di un momento formativo, organizzato insieme con l'Associazione Maruzza Basilicata, con docenti esperti in gestione dei gruppi di auto- mutuo- aiuto al quale hanno partecipato operatori e genitori e durante il quale si è proceduto ad individuare gli operatori motivati per la gestione dei gruppi stessi;
- 4) Costituzione di un gruppo di operatori specificatamente formati per la realizzazione ed il tutoraggio di gruppi di autoaiuto tra genitori, a livello domiciliare, con lo scopo di favorire lo scambio di informazioni tra le famiglie, la condivisione dei problemi e delle esperienze, al fine di favorire l'empowerment della famiglia stessa;
- 5) Organizzazione di incontri formativi volti anche a realizzare una formazione "a cascata" da parte degli operatori formati, rivolta ad altri operatori ed a volontari;
- 6) Attivazione di un primo gruppo di genitori nell'ambito territoriale del vulture-melfese e del potentino, con la previsione di riunioni periodiche;
- 7) Elaborazione e somministrazione dei questionari ai genitori ed agli operatori;
- 8) Coinvolgimento delle realtà associative, in particolare dell'Associazione Maruzza Basilicata la cui mission è l'aiuto alle famiglie di bambini con malattie inguaribili.

INDICATORI NUMERICI

Indicatore		
N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari	Su 32 famiglie in carico hanno aderito 18 coppie genitoriali ai gruppi di auto-mutuo-aiuto	
N° di gruppi che vengono organizzati in un anno	Si è dato l'avvio a due gruppi, uno nell'ambito territoriale del potentino, uno nel vulture-melfese	
N° di operatori che aderiscono al progetto	Al progetto hanno aderito 11 operatori	

Sono stati somministrati questionari di gradimento ai genitori e questionari agli operatori.

Progetto 8.2: La valutazione del dolore nel paziente pediatrico - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP).

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : pluriennale (Biennio 2013- 2014)

Impianto progettuale:

Diversi sono stati gli obiettivi di tale progetto quali: elaborare in maniera condivisa un protocollo per la valutazione del dolore in pediatria (impiego delle scale algometriche idonee per età del paziente) con diffusione in tutte: le UU OO di pediatria ospedaliera, le sedi di Pronto Soccorso e le sedi ambulatoriali pediatriche del territorio dell'Azienda; adottare la scheda di valutazione e terapia del dolore nella cartella clinica del paziente; fornire strumenti per la valutazione del dolore a tutti gli operatori pediatrici o dell'emergenza-urgenza ed ancora, 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. Promuovere durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sia a livello ospedaliero che domiciliare una corretta applicazione delle scale di valutazione del dolore.

Relazione finale

Nell'anno 2013 l'Azienda ASP di Potenza attraverso la promozione del progetto "la valutazione del dolore nel paziente pediatrico" ha cercato di sviluppare tra gli operatori che lavorano nel campo pediatrico la concezione che il dolore deve essere considerato come una malattia nella malattia perché peggiora la vita della persona ammalata, con effetti negativi sul piano fisico, psicologico e relazionale.

A volte, il dolore è sottovalutato e considerato un evento ineluttabile o indifferente rispetto alla cura. L'ASP ha improntato la propria attività riconoscendo ai propri cittadini il diritto di essere curati per il dolore e di avere sollievo nella malattia. Si è cercato di diffondere la cultura delle terapie contro il dolore garantendole in ospedale ed in assistenza domiciliare. Di questo sistema fanno parte le cure palliative nelle fasi avanzate della malattia. A questi temi sono stati dedicati i numerosi eventi - convegni, conferenze, stand informativi negli ospedali dagli operatori aziendali che in collaborazione alle associazioni di volontariato hanno organizzato presso l'Ospedale di Melfi per l'edizione 2013 la Giornata nazionale del sollievo celebrata. Sono stati organizzati incontri formativi sulla valutazione del il dolore rivolto a medici e operatori sanitari ed è stato diffuso un righello per la misurazione del dolore da usare in ogni luogo di cura, con la scala numerica per gli adulti (NRS, Numerical Rating Scale) e la scala pediatrica (FPS, Facies Pain Scale).

Per la realizzazione di questo progetto sono state previste ed attuate le seguenti attività:

- Elaborazione condivisa, da parte degli operatori delle Unità Operative di pediatria e di quelli delle UU.OO. di Cure domiciliari e Palliative del protocollo per la valutazione del dolore in pediatria
- Ampia diffusione del protocollo di valutazione con l'impiego delle scale algometriche idonee per l'età del paziente in tutte le UUOO di pediatria ospedaliera, le sedi di pronto soccorso e le sedi ambulatoriali pediatriche del territorio dell'Azienda;
- Adozione da parte dell'UU.OO. di pediatria della scheda di valutazione e terapia del dolore nella cartella clinica del paziente,
- E' stato individuato per ciascun ospedale un anestesista responsabile per la valutazione e terapia del dolore,
- E' stata data ampia diffusione attraverso incontri tra operatori per coinvolgerli nell'estendere l'uso delle scale algologiche anche a livello domiciliare
- Gli operatori oltre ad essere stati addestrati sull'utilizzo delle scale di valutazione sono stati formati sull'approccio farmacologico e non farmacologico al dolore in pediatria con la realizzazione di corsi di aggiornamento ed incontri tra operatori.

Nell'anno 2013 sono stati presi in carico, nel territorio dell'ASP, 14 minori affetti da malattia cronica grave e/o inguaribile, sono deceduti due bambini presso il proprio domicilio.

Dal mese di maggio 2013 tutti i minori e le loro famiglie vengono regolarmente seguiti nella valutazione del dolore.

Attualmente, nel territorio dell'ASP, sono seguiti 31 bambini affetti da malattie croniche gravi.

Indicatori quantitativi

- N°3 UUOO di pediatria ospedaliera in cui si effettua valutazione del dolore/ N°3 totale delle uuoo di pediatria
- N° 3 di UUOO di pediatria ospedaliera che hanno inserito la scheda di valutazione del dolore nella cartella clinica/ N°3 totale di UUOO di pediatria
- N° 30 di pediatri di famiglia raggiunti / N° totale 37
- N° 10 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

Progetto 8.3: Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana - realizzato da A.O.R. " San Carlo" di Potenza

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : Biennale (2013-2014)

Impianto progettuale

La personalizzazione delle cure è un'esigenza prioritaria della medicina contemporanea per motivi assistenziali, etici, organizzativi e medicolegali. Identificare gli strumenti necessari per realizzare una medicina personalizzata che sia scientificamente rigorosa e nel contempo sia capace di dialogare con l'unicità bio-psico-socio-ambientale complessa dell'individuo. Molteplici sono gli obiettivi: migliorare le capacità degli operatori sanitari di comunicare con i pazienti e, più in generale, con gli utenti dei servizi sanitari , cercare di penetrare più in profondità nella narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato e comprendere meglio il vissuto del paziente, soprattutto nel caso di patologie oncologiche supportati da report delle storie accolte anche mediante la somministrazione di diari al 50%dei pazienti ricoverati nel periodo del progetto.

Relazione finale

Il presente progetto sperimentale focalizza l'attenzione sugli strumenti basati sulle evidenze esistenti e su un cambiamento di approccio epistemologico che consenta di considerare la complessità della personalizzazione delle cure: dal come si costruisce la relazione medico paziente a come scegliere i dati che si osservano fino alla loro modellizzazione nella cornice di un quadro organizzativo che permetta a tutto ciò di essere attuato (medicina personalizzata). Questo nuovo approccio della medicina, **attraverso test innovativi e una visione** globale di ciascun individuo, crea percorsi diagnostici e terapeutici altamente personalizzati al fine di promuovere la salute attraverso un approccio globale al paziente, considerato nella sua interezza, al di là dello specifico problema di salute. Si basa sul miglioramento della capacità degli operatori sanitari di comunicare con i pazienti e, più in generale, con gli **utenti dei servizi sanitari, spingendosi** più in profondità nella narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato e comprendere meglio il vissuto del paziente, soprattutto nel caso di patologie oncologiche, croniche. Il progetto è avviato e i risultati attesi a regime sono l'istituzione di un Laboratorio Permanente di Medicina Narrativa e di una Struttura Aziendale "Unità di cure personalizzate e Systems medicine". Nel corso dell'anno 2013 si è costituito con Deliberazione del Direttore Generale n° 2013/00281, in data 02/07/2013 un Gruppo di Lavoro (GdL) formato da personale ospedaliero e con la partecipazione di un antropologa culturale. Si è fatta Formazione degli operatori, mediante la partecipazione di alcuni dei componenti il GdL, al Master, presso la Fondazione ISTUD di Milano, dal titolo "*Master di Narrazione in Medicina per le Organizzazioni Sanitarie*", con un percorso snodato in cinque mesi, luglio novembre 2013 con giornate formative in aula e successivo tutorship a distanza. In data 23 novembre 2013 si è organizzato in azienda il Convegno (Evento ECM) "Medicina Narrativa - Narrazione ed evidenze per una sanità da trasformare". Si sono, altresì, prodotti gli strumenti da impiegare nell'ambito della medicina narrativa: il Diario del paziente; il diario del caregiver; il diario dell'operatore. Un primo step di sperimentazione è stato fatto nelle U.O. di Ematologia, Reumatologia ed Oncologia Medica. All'interno delle stesse, sono state raccolte complessivamente n. 57 'storie di malattia' attraverso la somministrazione dei diari strutturati in precedenza. Alle stesse, mediante approccio interpretativo di carattere fenomenologico, è stata applicata un'analisi contenutistica mirante a categorizzare gli elementi più ricorrenti. Le osservazioni sono state ricondotte alle dimensioni della illness (percezione soggettiva della malattia) e della *disease* (la malattia nell'aggettivazione biomedica). Dallo studio-pilota sono emerse le linee-guida per la pianificazione delle attività da realizzare lungo tutto il 2014, prevedendo innanzitutto un secondo step di raccolta storie, con il coinvolgimento di ulteriori U.O.. Tenendo conto del fatto che l'obiettivo finale del progetto rimane la realizzazione della cartella clinica/integrata, ovvero, uno spazio che possa dare voce all'intera storia del paziente, la raccolta delle storie di malattia, all'interno di ogni singola U.O. è finalizzata al raggiungimento di singoli micro-obiettivi. Nello specifico:

Obiettivo generale: Cartella clinica integrata

Obiettivi specifici interni alle U.O. individuate:

- **Oncologia Medica:** osservare il rapporto con l'operatore
- **Hospice:** ascolto del caregiver
- **Reumatologia:** osservare quali sono gli elementi della fidelizzazione e il rapporto tra fidelizzazione e aderenza terapeutica.
- **Ostetricia / Traumatologia:** utilizzare la narrazione come strumento che indichi come alla base dell'errore spesso ci sia una non adeguata comunicazione.

Dopo la fase di raccolta delle storie, si è passati a quella successiva di analisi delle stesse. Quest'ultima, molto più approfondita e completa rispetto alla prima, si sta conducendo attraverso l'utilizzo del Software N-Vivo 10, dopo aver appurato essere il software più accreditato e utilizzato già negli altri percorsi di Medicina Narrativa situati nel panorama nazionale. Si tratta infatti, di un sofisticato strumento usato nell'ambito della Ricerca Qualitativa e in grado di esaminare i concetti più ricorrenti all'interno delle storie. I risultati delle analisi saranno presentati nel Corso dell'Anno 2015, durante la giornata Informativa Formativa, alle Istituzioni e al Personale dell'Azienda.

Progetto 8.4 : " Ripartiamo dalla persona ammalata" realizzato da I.R.RC.C.S di Rionero (Crob) -Delibera Regionale 1802/2012

Referente regionale

Dott.ssa Zullo Maria Luisa - Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email :maria.zullo@regione.basilicata.it – tel. 0971/668920

Durata : Pluriennale (24 mesi)

Impianto progettuale

Il progetto, si inserisce nell'ambito della linea di ricerca n. 4 dell'Istituto IRCCS , ed in particolare nel suo obiettivo "promozione della qualità nell'assistenza e sviluppo di modelli per la gestione della cronicità di pazienti oncologici. Istituti debbano possedere la "certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute". Il coinvolgimento della persona malata rappresenta 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. Il richiamo ad una ricerca trasparente (centro Cochrane Italiano e Associazione Alessandro Liberati) oltre che alla completa pubblicazione dei risultati, vede altresì 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.

Relazione finale

In merito al Progetto: “Ripartiamo dalla persona ammalata sono state svolte molteplici attività :

- identificazione e analisi delle problematiche morali presenti nella pratica clinica e nella sperimentazione clinica e facilitazione della decisione eticamente appropriata;
- supporto alle persone coinvolte nei processi decisionali (pazienti, famiglie, medici, sanitari non medici, altri decisori) nella pianificazione di orientamenti assistenziali condivisi di fronte a dubbi o conflitti etico-deontologici che emergono nella pratica clinica e negli aspetti organizzativi collegati;
- valutazione concreta di casi specifici e delle conseguenze delle decisioni sul piano oggettivo e sul piano soggettivo: appropriatezza clinica e adeguatezza etica dei trattamenti;
- introduzione della medicina narrativa: esplicitazione e chiarificazione dei valori etici impliciti nei processi decisionali e facilitazione di una comunicazione che rispetti ed integri le differenti prospettive valoriali;

- stesura delle procedure di bioetica clinica previste per l'accreditamento OEIC con una particolare attenzione al patient empowerment;
- predisposizione del programma per il corso di formazione dei volontari e svolgimento delle lezioni per gli aspetti di etica clinica.

Diverse sono state le questioni etico- cliniche affrontate [es. relazione paziente (familiari-tutori)/operatori sanitari; disaccordo con i desideri dei congiunti; attenzione agli aspetti di "Patient Centred Care"; affermazione dei valori etici impliciti nella bioteca biologica; validità etico-scientifica della sperimentazione clinica (in particolare: ricerca indipendente e pubblicazione di tutti i risultati)ed altro], nonché i progetti orientati alla "patient centred care" attraverso riflessioni di bioetica clinica [es. Tele Consulto Oncologico" ai medici di Pronto Soccorso delle aziende sanitarie della Basilicata; "Il cinema entra in ospedale"; Ottimizzazione degli esami ematochimici per i Day Hospital della Unità Operativa di Oncologia ed Ematologia" ed altro].

Linea Progettuale 9: INTERVENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RARE E PER LA PROMOZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI TUMORI RARI

Promozione della rete nazionale dei tumori rari-Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi. Vengono confermate le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero cinque progetti giusta tabella sottostante:

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
	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
	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
	9.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)	50.000,00
	9.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-Inell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)	185.028,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 9:	601.528,00

Progetto 9.1 Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : pluriennale (2013/2015)

Impianto progettuale

Conoscere l'entità del fenomeno Malattie Rare: istituzione Sportello Unico Malattie Rare , specifico punto di riferimento per pazienti, loro familiari e Operatori Sanitari per informazioni relative alle varie tipologie di malattie rare ed alla normativa vigente. 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. Costituzione di un *team* multi professionale, composto da Responsabile Medico dello Sportello Unico Malattie Rare, Medico, Farmacista ed Amministrativo, avente funzioni di coordinamento delle attività.

Relazione finale

Il progetto redatto e portato avanti dalla U.O.S.D. di Farmacologia Clinica ASP per l'anno 2014 annoverava i seguenti obiettivi: conoscenza della entità del fenomeno Malattie Rare con l'istituzione dello Sportello Unico Aziendale dedicato alle Malattie Rare (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); la 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; la costituzione di un *team* multi professionale con funzioni di coordinamento delle attività. Lo Sportello Unico Aziendale per le Malattie Rare ha sede presso la U.O.S.D. di Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza è anello di congiunzione tra Centri/Presidi di rete del territorio. Rispetto alle componenti interne della ASP esso si è posto quale struttura funzionale: - per la presa in carico a livello distrettuale di pazienti affetti da Malattia Rara; - per la segnalazione di criticità/tematiche di carattere generale da parte dei Servizi ASP o dalle Direzioni Distrettuali (ad esempio problemi derivanti dai Presidi di rete); - per le problematiche legate alla gestione integrata tra i diversi livelli del Paziente con Malattia Rara. Ferme restando le funzioni e le attività assolte a livello territoriale dai Distretti, lo Sportello è riferimento per l'acquisizione di segnalazioni, criticità, richieste, ecc. da parte dei Distretti e Presidi di rete per i quali diventa struttura di riferimento centrale. Inoltre, è riferimento per interlocutori esterni alla ASP, quali innanzitutto pazienti e familiari, Associazioni dei pazienti, Istituzioni ed altri soggetti coinvolti nelle Malattie Rare. L'iniziativa

che si avvale di una casella mail e presto di un'area specifica nel sito web dell' ASP, contribuisce a raccordare ed integrare, laddove necessario, le diverse componenti interne ed esterne alla ASP per costruire e rendere efficace il percorso del paziente, collabora con il Centro di coordinamento Regionale, anche per proporre interventi o azioni volte a migliorare l'attività dei Presidi di Rete, collabora con le articolazioni aziendali preposte per la definizione ed attuazione di un sistema organico di studio e monitoraggio delle malattie rare nel territorio, propone/collabora con le articolazioni aziendali coinvolte nella realizzazione di iniziative di formazione per il personale e gli operatori interessati, propone/collabora con le articolazioni aziendali coinvolte per l'attività di ricerca, progettazione. In applicazione della delibera aziendale n.289/2006, lo Sportello provvede alla autorizzazione della erogazione, in regime di distribuzione diretta, di farmaci e presidi non a carico del S.S.N. ai Pazienti affetti da Malattia Rara che ne fanno richiesta, muniti di diagnosi e piano terapeutico, facilitando 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), anche orientando gli stessi ed i loro Medici di famiglia e/o direttamente verso i Centri di Diagnosi e Cura della Rete Nazionale Malattie Rare. Inoltre, la U.O. di Farmacologia Clinica ha provveduto: a 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; ad informare i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e tutti gli Operatori Sanitari dell'esistenza di un Centro dedicato, in grado di fornire indicazioni in merito; a coinvolgere alcune Associazioni di Pazienti affetti da Malattia Rara nelle attività di formazione ed informazione attraverso programmi di condivisione e di cooperazione; a fare la formazione degli operatori territoriali in tema di Malattie Rare per un efficace raccordo tra le varie articolazioni della ASP. Ad oggi, sappiamo che nel contesto della ASP di Potenza, con una popolazione di 376.182 assistibili al 01/01/2013, dal 2006 al 2013 sono noti 1.943 pazienti affetti da Malattie Rare e sono presenti 150 forme patologiche. La prevalenza di ciascuna è estremamente variabile, sino ai casi in cui solo una persona in tutta la ASP ne è affetta.

Tabella 1 – Distribuzione dei casi per grandi categorie diagnostiche nella ASP di POTENZA – Anni 2006-

RC	MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	CASI
RC0020	KALLMANN SINDROME DI (SINONIMO: IPOGONADISMO CON ANOSMIA)	4
RC0030	REIFENSTEIN SINDROME DI	1
RC0040	PUBERTÀ PRECOCE IDIOPATICA	5
RC0110	CRIOGLOBULINEMIA MISTA	1

RC0150	WILSON MALATTIA DI (SINONIMO: DEGENERAZIONE EPATOCEREBRALE)	4
RC0170	RACHITISMO IPOFOSFATEMICO VITAMINA D RESISTENTE	1
RC0190	ANGIOEDEMA EREDITARIO	3
RC0200	CARENZA CONGENITA DI ALFA 1 ANTITRIPSINA	1
RC0210	BEHÇET MALATTIA DI	32
RC0220	SJOGREN SINDROME DI (DGR n. 645 del 06.04.2009)*	11
RCG010	IPERALDOSTERONISMI PRIMITIVI	4
RCG020	SINDROMI ADRENOGENITALI CONGENITE	12
RCG030	POLIENDOCRINOPATIE AUTOIMMUNI	3
RCG040	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	36
RCG060	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI ESCLUSO: DIABETE MELLITO	6
RCG080	DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI	8
RCG100	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DEL FERRO	34
RCG130	AMILOIDOSI PRIMARIE E FAMILIARI	1
RCG140	MUCOPOLISACCARIDOSI	4
RCG150	ISTIOCITOSI CRONICHE	9
RCG160	IMMUNODEFICIENZE PRIMARIE	5
RD	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	CASI
RD0010	SINDROME EMOLITICO UREMICA	1
RD0030	PORPORA DI HENOCH-SCHONLEIN RICORRENTE	6
RD0040	NEUTROPENIA CICLICA	2
RD0050	MALATTIA GRANULOMATOSA CRONICA	2
RD0060	CHÉDIAK-HIGASHI MALATTIA DI	1
RDG010	ANEMIE EREDITARIE	59
RDG020	DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	97
RDG030	PIASTRINOPATIE EREDITARIE	11
RDG040	TROMBOCITOPENIE PRIMARIE EREDITARIE	13

RF	MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	NOTE
RF0020	KEARNS-SAYRE SINDROME DI	2
RF0021	GILLES DE LA TOURETTE SINDROME DI (DGR n.1296 del 15.10.2013)*	1
RF0060	EPILESSIA MIOCLONICA PROGRESSIVA	1
RF0080	COREA DI HUNTINGTON	5
RF0090	DISTONIA DI TORSIONE IDIOPATICA	10
RF0100	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	18
RF0110	SCLEROSI LATERALE PRIMARIA	1
RF0120	ADRENOLEUCODISTROFIA	1
RF0130	LENNOX GASTAUT SINDROME DI	1
RF0140	WEST SINDROME DI	2
RF0150	NARCOLESSIA	2
RF0170	STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI SINDROME DI (SINONIMO: PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA)	2
RF0180	POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	9
RF0200	VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE	1
RF0220	BEHR SINDROME DI	1
RF0230	CICLITE ETROCROMICA DI FUCH	1
RF0270	COGAN SINDROME DI	3
RF0280	CHERATOCONO	154
RF0321	SIRINGOMIELIA E SIRINGOBULBIA (DGR n. 645 del 06.04.2009)*	4
RFG010	LEUCODISTROFIE	4
RFG040	MALATTIE SPINOCEREBELLARI	5
RFG050	ATROFIE MUSCOLARI SPINALI	1
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	8
RFG070	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE	8
RFG080	DISTROFIE MUSCOLARI	24
RFG090	DISTROFIE MIOTONICHE	4

RFG110	DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE	28
RFG120	DISTROFIE EREDITARIE DELLA COROIDE	1
RFG140	DISTROFIE EREDITARIE DELLA CORNEA	2

RG	MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	CASI
RG0010	ENDOCARDITE REUMATICA	2
RG0020	POLIANGIOITE MICROSCOPICA (SINONIMO: POLIARTERITE MICROSCOPICA)	3
RG0040	KAWASAKI SINDROME DI	4
RG0050	CHURG-STRAUSS SINDROME DI	4
RG0070	GRANULOMATOSI DI WEGENER	7
RG0080	ARTERITE A CELLULE GIGANTI	5
RG0090	TAKAYASU MALATTIA DI	2
RG0100	TELEANGECTASIA EMORRAGICA EREDITARIA	2
RG0110	BUDD-CHIARI SINDROME DI	1
RG010	MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE	18

RH	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	CASI
RHG011	SARCOIDOSI POLMONARE (DGR n. 645 del 06.04.2009)*	46

RI	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	CASI
RI0010	ACALASIA	9
RI0030	GASTROENTERITE EOSINOFILA	2
RI0050	COLANGITE PRIMITIVA SCLEROSANTE	2
RI0060	SPRUE CELIACA	672

RJ	MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	CASI
RJ0020	FIBROSI RETROPERITONEALE	1
RJ0030	CISTITE INTERSTIZIALE	9

RL	MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	CASI
RL0020	DERMATITE ERPETIFORME	1
RL0030	PEMFIGO	23
RL0040	PEMFIGOIDE BOLLOSO	3
RL0060	LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS	5
RL0070	SINDROME SISTEMICA DA ALLERGIE AL NICHEL (DGR n.1296 del 15.10.2013)*	1

RM	MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	CASI
RM0010	DERMATOMIOSITE	11
RM0020	POLIMIOSITE	6
RM0030	CONNETTIVITE MISTA	9
RM0040	FASCITE EOSINOFILA	1
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE	126

RN	MALFORMAZIONI CONGENITE	CASI
RN0010	ARNOLD-CHIARI SINDROME DI	29
RN0020	MICROCEFALIA	1
RN0050	LISSENCEFALIA	2
RN0110	ANIRIDIA	2
RN0120	COLOBOMA CONGENITO DEL DISCO OTTICO	1
RN0150	BLUE RUBBER BLEB NEVUS	1
RN0160	ATRESIA ESOFAGEA E/O FISTOLA TRACHEOESOFAGEA	1
RN0170	ATRESIA DEL DIGIUNO	1
RN0200	HIRSCHSPRUNG MALATTIA DI	1
RN0210	ATRESIA BILIARE	1
RN0220	CAROLI MALATTIA DI	2
RN0230	MALATTIA DEL FEGATO POLICISTICO	2

RN0250	RENE CON MIDOLLARE A SPUGNA	3
RN0260	FOCOMELIA	2
RN0310	KLIPPEL-FEIL SINDROME DI	1
RN0430	POLAND SINDROME DI	1
RN0480	SINDROME TRISMA PSEUDOCAMPTODATTILIA	1
RN0550	DARIER MALATTIA DI	1
RN0570	EPIDERMOLISI BOLLOSA	2
RN0630	PSEUDOXANTOMA ELASTICO	3
RN0640	APLASIA CONGENITA DELLA CUTE	1
RN0650	PARRY-ROMBERG SINDROME DI (SINONIMO:ATROFIA EMIFACCIALE PROGRESSIVA)	3
RN0660	DOWN SINDROME DI	21
RN0680	TURNER SINDROME DI	11
RN0690	KLINEFELTER SINDROME DI	12
RN0710	MELAS SINDROME (SINONIMO: MIOPATIA MITOCONDRIALE - ENCEFALOPATIA-ACIDOSI LATTICA – ICTUS)	3
RN0750	SCLEROSI TUBEROSA	4
RN0760	PEUTZ-JEGHERS SINDROME DI	2
RN0780	VON HIPPEL-LINDAU SINDROME DI	7
RN0850	CHARGE ASSOCIAZIONE	1
RN0880	EEC SINDROME (SINONIMO: ECTRODATTILIA –DISPLASIA ECTODERMICA – PALATOSCHISI)	3
RN0940	KABUKI SINDROME DELLA MASCHERA	2
RN0950	KARTAGENER SINDROME DI	4
RN1010	NOONAN SINDROME DI	6
RN1060	ROBERTS SINDROME DI	1
RN1130	SINDROME BRANCHIO-OCULO-FACCIALE	1
RN1170	SINDROME PROTEO	1
RN1200	SMITH-LEMLI-OPITZ, TIPO 1 SINDROME DI	1
RN1310	PRADER-WILLI SINDROME DI	3

RN1320	MARFAN SINDROME DI	7
RN1330	SINDROME DA X FRAGILE	1
RN1360	ALPORT SINDROME DI	1
RN1510	KLIPPEL-TRENAUNAY SINDROME DI	3
RN1530	LEOPARD SINDROME	2
RN1610	POEMS SINDROME	1
RN1690	SINDROME TROMBOCITOPENICA CON ASSENZA DI RADIO	2
RN1700	SJÓGREN-LARSONN SINDROME DI	7
RNG010	PSEUDOERMAFRODITISMI	1
RNG020	ARTROGRIPOSI MULTIPLE CONGENITE	1
RNG040	ANOMALIE CONGENITE DEL CRANIO E/O DELLE OSSA DELLA FACCIA	5
RNG050	CONDRODISTROFIE CONGENITE	6
RNG060	OSTEODISTROFIE CONGENITE	10
RNG070	ITTIOSI CONGENITE	12
RNG090	SINDROMI DA DUPLICAZIONE/DEFICIENZA CROMOSOMICA	4
RNG100	ALTRE ANOMALIE CONGENITE MULTIPLE CON RITARDO MENTALE	2

RP	ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	CASI
RP0060	KERNITTERO	1

RQ	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	CASI
RQ0010	GERSTMANN SINDROME DI	1
RQ0020	SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA – MCS (DGR n.396 del 21.03.2006)*	4

*Integrazione elenco tramite Delibere Regionali

La tabella 2 presenta la distribuzione dei pazienti per sesso, mostrando la maggior prevalenza di donne (1.194) rispetto agli uomini (749),

Tabella 2 – Distribuzione dei casi per sesso - Anni 2006-2013

Sesso	Numero casi
Maschi	749
Femmine	1194
Totale	1943

Nella tabella 4 sono elencate le quaranta patologie rare più frequentemente certificate nella ASP di Potenza dal 2006 al 2013. La Sprue celiaca risulta essere la più certificata, seguita dal Cheratocono e dalle Connettiviti indifferenziate, mentre tra i gruppi di patologie quelli più frequentemente certificati sono le Malattie dell' apparato digerente, le Malattie del Sistema nervoso, le Malformazioni congenite, le Malattie del sangue e degli organi ematopoietici, le Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari e le Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, che complessivamente rappresentano il 90% delle diagnosi, come mostra la tabella 5.

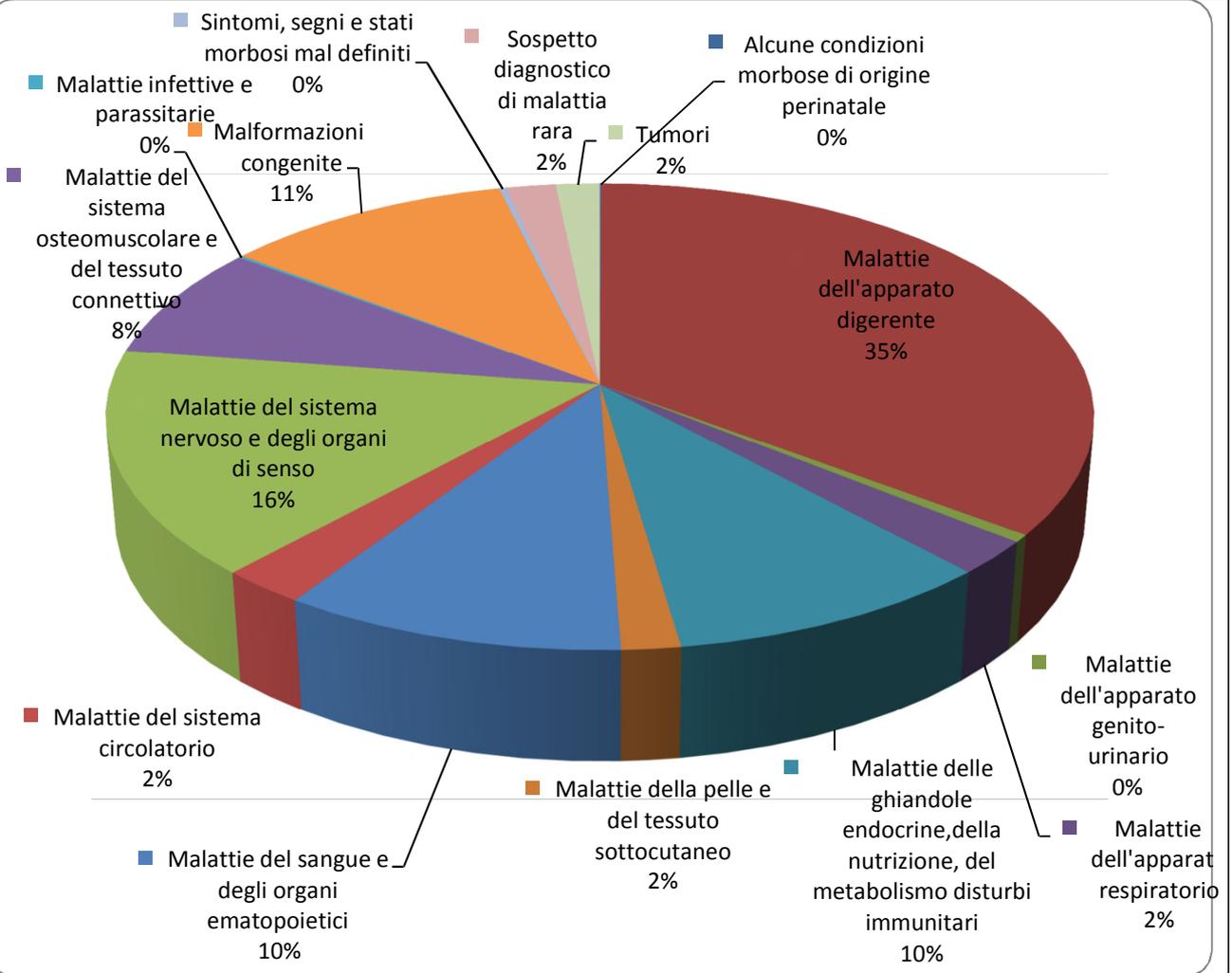
Tabella 4 – Patologie più frequentemente certificate nella ASP di Potenza - Anni 2006-2013

Codice patologia	Patologia	Numero di casi
RI0060	SPRUE CELIACA	672
RC0210	BEHÇET MALATTIA DI	32
RN0010	ARNOLD-CHIARI SINDROME DI	29
RFG110	DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE	28
RFG080	DISTROFIE MUSCOLARI	24
RBG010	NEUROFIBROMATOSI	23
RL0030	PEMFIGO	23
RN0660	DOWN SINDROME DI	21
RF0100	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	18
RGG010	MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE	18
RDG040	TROMBOCITOPENIE PRIMARIE EREDITARIE	13
RCG020	SINDROMI ADRENOGENITALI CONGENITE	12
RN0690	KLINEFELTER SINDROME DI	12
RNG070	ITTIOSI CONGENITE	12
RC0220	SJOGREN SINDROME DI (DGR n. 645 del 06.04.2009)	11
RDG030	PIASTRINOPATIE EREDITARIE	11
RM0010	DERMATOMIOSITE	11
RN0680	TURNER SINDROME DI	11
RF0090	DISTONIA DI TORSIONE IDIOPATICA	10
RNG060	OSTEODISTROFIE CONGENITE	10
RCG150	ISTIOCITOSI CRONICHE	9
RF0180	POLINEUROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA DEMIELINIZZANTE	9
RI0010	ACALASIA	9
RJ0030	CISTITE INTERSTIZIALE	9
RM0030	CONNETTIVITE MISTA	9
RCG080	DISTURBI DA ACCUMULO DI LIPIDI	8
RFG060	NEUROPATIE EREDITARIE	8

RFG070	MIOPATIE CONGENITE EREDITARIE	8
RG0070	GRANULOMATOSI DI WEGENER	7
RN0780	VON HIPPEL-LINDAU SINDROME DI	7
RN1320	MARFAN SINDROME DI	7
RN1700	SJÓGREN-LARSONN SINDROME DI	7

Tabella 5- Patologie suddivise per gruppi - Anni 2006-2013

Gruppi di Patologie	Numero casi
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1
Malattie dell'apparato digerente	685
Malattie dell'apparato genito-urinario	10
Malattie dell'apparato respiratorio	46
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo disturbi immunitari	185
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	33
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	192
Malattie del sistema circolatorio	48
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	304
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	153
Malattie infettive e parassitarie	3
Malformazioni congenite	210
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5
Sospetto diagnostico di malattia rara	36
Tumori	32
Totale	1943



Considerando le classi di età, i gruppi di patologie maggiormente diagnosticati nella totalità dei casi (Malattie dell'apparato digerente, Malattie del Sistema nervoso, Malformazioni congenite, Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari) sono presenti nella fascia di età compresa tra i 21 ed i 60 anni, come mostra la tabella 6.

Le Malattie dell'apparato digerente, le Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, le Malformazioni congenite e le Malattie del sangue e degli organi ematopoietici interessano maggiormente il sesso femminile; mentre le Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, le Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari ed i Tumori interessano maggiormente il sesso maschile.

Tabella 6 - Distribuzione per gruppi di patologia ed età - Anni 2006-2013

	0-20	21-60	> 61	
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	1	0	1
Malattie dell'apparato digerente	211	423	51	685
Malattie dell'apparato genito-urinario	0	6	4	10
Malattie dell'apparato respiratorio	0	38	8	46
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo disturbi immunitari	49	106	30	185
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0	19	14	33
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	37	140	15	192
Malattie del sistema circolatorio	10	27	11	48
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	35	231	38	304

Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2	122	29	153
Malattie infettive e parassitarie	0	3	0	3
Malformazioni congenite	88	109	13	210
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0	4	1	5
Sospetto diagnostico di malattia rara	3	32	1	36
Tumori	9	21	2	32
Totale	444	1282	217	1943

La tabella 7, invece, mostra i gruppi di patologie certificati nei due sessi.

Tabella 7 - Distribuzione per gruppi di patologia e sesso - Anni 2006-2013

Gruppi di Patologie	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	1	1
Malattie dell'apparato digerente	178	507	685
Malattie dell'apparato genito-urinario	0	10	10
Malattie dell'apparato respiratorio	25	21	46
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo disturbi immunitari	98	87	185
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	10	23	33

Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	92	100	192
Malattie del sistema circolatorio	25	23	48
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	180	124	304
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	15	138	153
Malattie infettive e parassitarie	1	2	3
Malformazioni congenite	92	118	210
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3	2	5
Sospetto diagnostico di malattia rara	10	26	36
Tumori	20	12	32
Totale	749	1194	1943

Progetto 9.2 Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed Ematologia ed altre UU.OO Ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti ai pazienti affetti da malattie rare e ai loro congiunti. 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.

Relazione finale

Le malattie rare sono molte e diverse e i pazienti hanno spesso serie e molteplici difficoltà ad accedere alle terapie: mancata disponibilità di farmaci adeguati, problemi organizzativi, difficile reperibilità di alcuni farmaci o per la complessità della normativa che a volte si presta ad interpretazioni non univoche. Risulta indispensabile parlare delle malattie rare nella loro totalità ponendo al centro il malato al fine di riconoscere e risolvere le problematiche assistenziali comuni e progettare interventi mirati, condivisi e coordinati che coinvolgano pazienti e sanitari. Il trattamento delle malattie rare spesso richiede l'utilizzo di medicinali orfani, ovvero contenenti principi attivi o dosaggi non reperibili in Italia, o il ricorso a preparazioni galeniche da allestire in farmacia ospedaliera. Uno degli obiettivi principali è stato quello di consentire la disponibilità di medicinali "orfani",

attraverso una stretta collaborazione tra clinici e farmacisti ospedalieri, garantendo un uso appropriato dei medicinali disponibili in commercio e dei galenici allestiti in laboratorio. Attività integrate fra farmacisti, medici ospedalieri e MMG e con colleghi medici di altri ospedali nazionali mirano a realizzare la presa in carico multidisciplinare ed auspicano la formulazione del Piano di trattamento di malattie specifiche per la migliore gestione possibile del paziente con malattia rara. Si vuole raggiungere la presa in carico del 100% dei pazienti affetti da malattie rare nel corso dei prossimi due anni.

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 - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : 3 anni (2013-2015)

Impianto progettuale

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.

Relazione finale

Nel corso dell'anno 2013, diverse sono state le attività svolte per la realizzazione di una rete regionale per il trattamento dei tumori rari. Il servizio di Senologia Medica del P.O. di Matera ha partecipato attivamente al progetto mediante due propri dirigenti medici che oltre che nelle attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici sono stati 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. Si è rilevata la presenza con cadenza quindicinale per 4 ore ciascuno di due specialisti medici (radioterapista ed oncologo medico) dell'IRCCS -CROB di Rionero (in regime di convenzione). Una parte delle ore effettuate presso la U.O. di Senologia è stata dedicata alle attività di valutazione epidemiologica, diagnosi e trattamento dei tumori rari. Nel 100% dei casi di presenza presso la U.O. di Senologia di 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. Il tutto al fine della presa in carico multidisciplinare del paziente, compreso anche una fase dedicata allo studio e valutazione epidemiologica delle patologie rare.

Progetto **9.4 Attivazione BREAST-UNIT** - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Ing. Donato Pafundi

Direttore Generale Dipartimento Politiche alla Persona e dirigente ad interim Ufficio Prestazioni Assistenziali e Farmaceutico-

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : 3 anni

Impianto progettuale

Preso in carico di almeno 100 donne affette da patologia mammaria diagnosticata presso l' U.O. di Senologia del P.O. di Matera con organizzazione e gestione di un 'ambulatorio dedicato per garantire l'accesso ad un trattamento chirurgico adeguato dopo l'esame diagnostico. Obiettivo: migliorare la qualità e la sicurezza delle attività clinico assistenziali.

Relazione finale

L'istituzione della Breast Unit nasce dall'esigenza di inserire la Chirurgia Senologica in modelli organizzativi convalidati secondo le raccomandazioni della Comunità Europea diventate leggi dal 2016 secondo le quali la patologia mammaria si tratta solo ed esclusivamente nei centri che rispettano i modelli organizzativi delineati . A tale fine già dal 2013 L'ASM ha iniziato a organizzare i PDTA per la presa in carico delle pazienti con patologia mammaria che prevedono ambulatorio di chirurgia senologica ,ambulatorio integrato ,audit mensili ,sedute chirurgiche dedicate . L'attività ambulatoriale svolta nel 2013,ha registrato circa 300 prestazioni, abbiamo preso in carico e operato 76 pazienti, sono state fatte riunioni interdisciplinari per la programmazione e la discussione dei casi clinici. Gli obiettivi primari in linea con le direttive aziendali sono stati :

- . confermare e migliorare del 10% i dati di performance relativamente sia all'attività chirurgica che ambulatoriale
- . ridurre di conseguenza la mobilità del 5% la mobilità passiva interregionale e aumentare nella stessa misura quella attiva
- . garantire il rispetto dei tempi di attesa in particolare per la patologia neoplastica
- . protocolli scritti per tutto il percorso della paz. dalla diagnosi al follow-up alla gestione del rischio eredo-familiare
- . costituzione di un data-base
- . implementazione dell'applicazione di nuove tecnologie allo scopo di migliorare la qualità delle cure offerte secondo protocolli e linee guida
- . implementare audit e incontri multidisciplinari
- . partecipare alla stesura di PDTA al fine dell'accreditamento multidisciplinare
- . coordinare il gruppo di lavoro costituito dalle diverse Unità Operative nella cura della patologia neoplastica mammaria giacché l'approccio multidisciplinare rappresenta l'unica modalità riconosciuta di trattamento
- effettuare specifica formazione nei professionisti coinvolti.

Progetto 9.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1 nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- realizzato da A.O.R. “ San Carlo” di Potenza

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : 3 anni

Impianto progettuale

Le attività del progetto si inseriscono in un più ampio quadro della continuità delle cure. Nello specifico sono così riassunte : **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 unitamente alla **raccolta dei dati** mediante **l'utilizzo di software** dedicati realizzando così studi osservazionali nonché per l'implementazione dei trattamenti specifici.

Relazione finale

I tumori rari rappresentano da sempre una sfida importante per la medicina proprio perché 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: unaricromolecolain 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 molo di una nuova alterazione genetica. I tumori che presentano riarrangiamenti del gene ROS1 sono solo l'1-2% per cento dei cancn 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. "ROSI codifica per una proteina che è importante per la crescita e la sopravvivenza cellulare e la deregolamentazione del ROSI -attraverso riarrangiamento cromosomico, guida la crescita dei tumori. Il gene ROSI 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 ROSI-positiva, suggerendo che i tumori ROSI- 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 ROSI-positivi. E a testare il farmaco in un malato di cancro ai polmoni il cui tumore non avevano risposto a farmaci inibenti il recettore EGFR ed era negativo all' ALK, pur presentando la riorganizzazione ROSI. 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.

Di seguito si riepilogano le attività svolte nell'anno di riferimento (2014):

- Esecuzione di esami di diagnostica molecolare (laboratorio di biologia molecolare IRCCS CROB di Rionero in Vulture).
- Valutazione, per stratificazione prognostica dell'80% dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative del Dipartimento Funzionale Oncologico.

- Raccolta dei dati

Numero casi investigati attraverso l'esecuzione degli esami di diagnostica molecolare/numero	43
N. di casi trattati con inibitori della TKI/n. di casi con mutazioni	4

LINEA PROGETTUALE 10: TUTELA MATERNITA' -PERCORSO NASCITA-PARTO ANALGESIA. Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli Accordi.

Si confermano le indicazioni contenute nell'accordo del 22 novembre 2012

Prosecuzione Azioni di Tutela e Promozione della Salute della donna e del neonato(ex n.7 Accordo 2012).

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).

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero quattro progetti giusta tabella sottostante:

10 TUTELA MATERNITA- PERCORSO NASCITA-PARTO ANALGESIA	10.1 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI- (ASP) Tutela della maternità, Caring nel percorso nascita, Promozione e sostegno delle funzioni genitoriali, Integrazione dei servizi.	115.612,00
	10.2 AZIONI DI TUTELA E PROMOZ SALUTE DONNA E NEONATO PERCORSI INTEGRATI- (ASM)	18.168,00
	10.3 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE CORSI PREPARAZIONE AL PARTO (ASM)	14.864,00
	10.4 TUTELA MATERNITA E PROMOZIONE APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA- (A.O. SAN CARLO PZ)	179.462,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 10:	328.106,00

Progetto 10.1 Azioni di tutela e promozione salute donna e neonato percorsi integrati - Tutela della maternità, caring nel percorso nascita, promozione e sostegno delle funzioni genitoriali, integrazione dei servizi. - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referenti regionali

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona- Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

D.ssa Gabriella Sabino -Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it - tel. 0971/668831

Durata : Biennio 2013-2014

Impianto progettuale

“Caring” nel percorso nascita, la nascita : evento medico, fisico, meccanico, emozionale, sociale e culturale. Promuovere e tutelare la salute della mamma e del bambino: favorire le scelte responsabili e condivise circa i percorsi assistenziali (empowerment).

Relazione finale

Gli obiettivi di tale progetto sono molteplici : un percorso nascita integrato che mette in campo azioni per 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, soddisfare il bisogno di benessere psico fisico della donna e del bambino, della coppia durante la gravidanza, il parto-nascita, il post-parto. Per sensibilizzare le neo-mamme, **in raccordo con il SIAN**, nel 2014 è stata potenziata la normale attività dei corsi in relazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'importanza dell'allattamento materno ai fini della **prevenzione sovrappeso e obesità**. Inoltre sono stati effettuati incontri informativi su alcool - sostanze e gravidanza. Sono stati attuati incontri per la promozione e il potenziamento dell'**allattamento al seno** ai fini della prevenzione del sovrappeso e obesità, ma anche allo scopo di potenziare il rapporto simbiotico mamma bambino molto importante per lo sviluppo di positive dinamiche genitoriali. Sono stati realizzati incontri dedicati alla coniugalità e alla genitorialità con la partecipazione attiva della coppia genitoriale sia nella fase pre-parto che post-parto. Sono stati effettuati incontri sul tema della contraccezione (sessualità responsabile, **prevenzione IVG**). Alle mamme partecipanti ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita, alle gravide seguite in consultorio da un punto di vista medico, in particolare alle donne immigrate, è stata offerta la consulenza dell'ostetrica, della ginecologa e della pediatra sia per le problematiche legate alla gravidanza al puerperio che per quelle inerenti all'allattamento (Ambulatorio per l'Allattamento al seno). Grande attenzione è stata posta all'aspetto psicologico della neomamma per la prevenzione della depressione post-partum.

Progetto 10.2: Azioni di tutela e promozione salute donna e neonato percorsi integrati- realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709
Dott.ssa Gabriella Sabino -Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it - tel. 0971/668831

Durata : tre anni (2013-2015)

Impianto progettuale:

Sostegno all'allattamento: interventi integrati da parte di operatori ospedalieri e territoriali. Sensibilizzazione ed informazione della totalità delle donne che partoriscono presso i P.O. ASM circa i molteplici vantaggi per i neonati e le puerpere dell'allattamento esclusivo al seno e sulle modalità concrete per realizzarlo.

Relazione finale

Nel corso dell'anno 2014 sono state realizzate molteplici attività rivolte al sostegno dell'allattamento al seno, attraverso interventi integrati tra operatori sanitari ospedalieri e operatori territoriali. Nella fattispecie sono stati interessati al progetto una infermiera professionale e una puericultrice in ospedale, l'ostetrica e l'infermiera dei Consultori e/o dei servizi territoriali. Gli obiettivi portati avanti con il progetto riguardano la sensibilizzazione e l'informazione rivolta al 100% delle donne che partoriscono in ospedale, in riferimento ai vantaggi per i bambini e per le puerpere dell'allattamento al seno.

Nel corso del loro soggiorno in ospedale, subito dopo il parto, le puerpere sono state seguite dalle puericultrici, dalle ostetriche e dalle infermiere, che mettono in atto attività e modalità concrete per invogliare ed aiutare le donne ad allattare i bambini. Inoltre viene distribuito alle puerpere un opuscolo informativo sui vantaggi della pratica dell'allattamento al seno per la mamma e per il neonato.

Progetto 10.3 Organizzazione e gestione corsi preparazione al parto - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott.ssa Gabriella Sabino -Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it - tel. 0971/668831

Durata : tre anni (2013-2015)

Impianto progettuale

Sostegno e informazione alle donne e ai loro partners sulle problematiche inerenti la gravidanza, il parto e la gestione del neonato. Organizzazione e gestione corsi di Preparazione al Parto e alla gestione del neonato.

Relazione finale

Nel corso del 2013 sono state realizzate le attività di tutela della maternità e per il percorso nascita mediante l'organizzazione e la gestione di corsi di preparazione al parto rivolti alle donne gravide presso i consultori della ASM. I corsi tenuti nell'anno sono stati otto. Ogni corso prevede almeno 13 incontri con le donne e/o i partners. Gli obiettivi dei corsi riguardano il sostegno e l'informazione alle donne e ai loro partners sulle problematiche inerenti la gravidanza, il parto e la gestione del neonato.

Per ogni corso sono stati impegnati un dirigente medico ginecologo, un dirigente medico pediatra, un dirigente medico nutrizionista, quattro ostetriche e un'infermiera professionale pediatrica.

Progetto 10.4 Tutela maternità e promozione appropriata del Percorso nascita - realizzato da A.O. R " San Carlo" di Potenza

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Dott.ssa Sabino Gabriella– Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it -tel. 0971/668831

Durata : annuale

Impianto progettuale

Il presente progetto si inserisce nel contesto più ampio di programmazione regionale del percorso nascita, anche in relazione all'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome. Si pone una serie di obiettivi quali: il mantenimento di un adeguato numero di parti in relazione alla popolazione ed al bacino d'utenza ed il contenimento e/o riduzione dei tagli cesarei, in particolare diminuzione dei parti cesarei primari (al di sotto della soglia stabilita dal ministero), un aumento dei parti in analgesia e nel contempo definisce gli strumenti operativi per la loro realizzazione.

Relazione finale

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. Nel corso dell'anno 2014 si è registrato un sensibile aumento nel numero di parti espletati rispetto al 2013 passando da 1358 a 1500. Tale fenomeno è solo in parte collegato alla chiusura del punto nascita di Villa d'Agri. Sulla base di tale significativo incremento, tutte le attività clinico-assistenziali erogate dalla Unità Operativa sono numericamente cresciute, ed in particolare quelle prestazioni a maggiore impegno assistenziale o che richiedono professionalità multidisciplinari. Le azioni implementate sono state:

A) Tutela della donna durante tutto il percorso nascita: Corso di accompagnamento ed educazione alla nascita che ha visto la partecipazione attiva di un buon numero di donne e di una significativa presenza di mariti o compagni, articolato in 2 moduli, con incontri pre e post natali a partire dalla 12ª settimana di gravidanza.

E' stato elaborato e realizzato, altresì, l'ambizioso progetto "Vicini dalla nascita" che ha dato nuovo impulso a tutte le attività dell'UO e dell'intero Dipartimento della Donna e del Bambino e ne ha aumentato la visibilità favorendo, nel contempo, la partecipazione attiva alle iniziative delle donne e delle coppie.

B) Percorsi clinici e assistenziali finalizzati a ridurre al minimo le inapproprietezze e le variazioni individuali nella pratica clinica. 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:

- Percorso clinico-assistenziale per travaglio e parto fisiologico, per parto analgesia, per le emergenze di sala parto ;
- Aggiornamento del protocollo per la gestione dei Disturbi ipertensivi in gravidanza/preclampsia;
- Adozione della Nuova Cartella Ostetrica;
- Allestimento della Eclampsia Box.

C) Day Service

Sono stati realizzati e resi operativi i day service per *gravidanza 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. In via di realizzazione il day service per la gravidanza fisiologica- a basso rischio.

D) Attivazione dello STEN e dello 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 nel corso del 2014.

E) Progetto per Pronto Soccorso Ostetrico

Nell'anno di riferimento è stato attivato, in via sperimentale, per la durata di 3 mesi, il Pronto Soccorso Ostetrico. Si è trattato di un'esperienza particolarmente significativa, proprio per l'elevato valore assistenziale attribuito ad un Pronto Soccorso Specialistico, nel corso della quale sono state assolte con grande impegno tutte le prerogative di un vero PSO senza, tuttavia, avere a disposizione personale medico, ostetrico ed infermieristico dedicato e mezzi appropriati.

F) Promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno e al puerperio tramite: 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" e 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 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.

H) Contenimento dei tagli cesarei

Anche per l'anno 2014, mediante anche 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 33.8 % 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 2014 sono state praticate n. 321 procedure di parto-analgesia: 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 di routine, in qualunque ora del giorno e della notte ed in qualsiasi giorno dell'anno, le procedure di parto analgesia.

Linea Progettuale 11: TUTELA DELLA FERTILITÀ E DELLA FUNZIONE ORMONALE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE ISTITUZIONE DI BIOBANCHE DEL TESSUTO OVARICO E CELLULE GERMINALI

Obiettivo primario è lo sviluppo di percorsi integrati di assistenza a giovani donne affette da malattie oncologiche, ma anche da malattie autoimmuni e malattie croniche invalidanti al fine di proteggere la loro fertilità e preservare la loro capacità riproduttiva che potrebbe essere compromessa dalle terapie a cui sono sottoposte. E' prioritario creare una rete multidisciplinare di specialisti per diffondere la conoscenza di questi temi, definire percorsi appropriati di preservazione della fertilità che includano la raccolta e la crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico individuando altresì opportuni centri di raccolta di riferimento per macro aree territoriali interregionali che costituiscano la rete nazionale di riferimento per dette pazienti. Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero due progetti giusta tabella sottostante:

11 TUTELA FERTILITA E FUNZIONE ORMONALE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE MEDIANTE ISTITUZI 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
	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 doi questi temi, la diffusione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità femminile e maschile. (ASM)	149.139,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 11:	437.475,00

Progetto: 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 - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dirigente Generale Ing. Dr. Donato V. Pafundi - Dipartimento Politiche della Persona

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dr. Canitano Giovanni- Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico-

Dipartimento Politiche della Persona

Email: giovanni.canitano@regione.basilicata –tel. 0971/668899

Durata : biennio 2013/2014

Impianto progettuale

Identificare, qualificare e quantificare il problema: patologie neoplastiche e “preservazione della fertilità”. Individuazione di una BioBanca di riferimento, 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 da individuare in pieno accordo che dovrà formarsi nel prelievo ovocitario e nella tecnica laparoscopica. Il personale da impiegare è pari a numero tre unità di Dirigente medico (uno per Lagonegro, uno per Villa d'Agri e uno per Melfi).

Relazione finale

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 nello stesso tempo rappresenta un investimento per il futuro per una migliore riuscita della terapia oncologica. Va tutelato il diritto e il desiderio di vivere, una volta guariti, una vita piena che comprenda la possibilità di diventare genitori mediante la sperimentazioni di pratiche e procedure per la conservazione della fertilità. Il presente progetto si sviluppa sulla base di un modello progettuale che implementando una organizzazione di reti fra centri di diagnosi e cura oncologici e centri di terapia della infertilità e preservazione della fertilità realizza il progetto nazionale la "Preservazione della fertilità" in pazienti oncologici strutturato sulla forma definita "Hub and Spoke" ed alloca le attività in diverse tipologie di strutture del Sistema Sanitario Italiano (Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e Privati, Istituti Oncologici, Università) dove in questi anni sono già state compiute sperimentazioni di pratiche e procedure per la conservazione della fertilità. Tali strutture rappresentano uno straordinario modello per la diffusione a tutto il territorio nazionale delle attività di Conservazione della Fertilità e 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.

La principale criticità del presente 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. Viene prevista 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, individuata in pieno accordo, con addestramento nel prelievo ovocitario e nella tecnica laparoscopica: è altresì previsto l'impiego di tre unità di Dirigente medico ASP (uno per Lagonegro, uno per Villa d'Agri e uno per Melfi). Fra gli obiettivi fissati si vuole ,tra altro, effettuare un censimento delle Unità operative oncologiche per ognuna delle realtà sanitarie coinvolte; creare una rete fra le unità operative oncologiche e uno o più Servizi di Riproduzione Assistita; si vuole offrire un counselling riproduttivo adeguato a tutti i/le 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: cripreservazione del seme agli uomini, trasposizione ovarica e/o crioconservazione di tessuto ovarico e/o crioconservazione di ovociti alle donne; creare un 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. A tal fine risultano necessarie diverse attività di formazione del personale impiegato e l'individuazione di una BioBanca, di riferimento, per la conservazione del tessuto ovarico e/o cellule germinali. Nel corso dell'anno 2014 l'Azienda si è attivata per l'individuazione di una BioBanca già esistente ed accreditata che possa essere il terminale operativo del progetto lucano e per la predisposizione di un programma di formazione

diretto agli operatori (dirigenti medici della ASP) individuati dai referenti della linea progettuale affinché possano essere messi in condizione di formarsi alla tecnica laparoscopica per i prelievi del tessuto ovarico.

Progetto 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 di questi temi: la diffusione di percorsi appropriati di preservazione della fertilità femminile e maschile - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dott.ssa Gabriella SABINO- Ufficio Pianificazione Sanitaria

- Dipartimento Politiche della Persona –

Email: gabriella.sabino@regione.basilicata.it- tel. 0971/668831

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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.

Definizione e stesura di un percorso aziendale per l'individuazione , la presa in carico ed il trattamento di queste condizioni patologiche.

Organizzazione delle attività e della rete di riferimento con il Centro regionale per la raccolta e crioconservazione di cellule germinali maschili e femminili e di tessuto ovarico attivato presso l'Ospedale S. Carlo Potenza. Formazione.

Relazione finale

Per l'anno 2013, il progetto dell'ASM ha previsto:

- la presa 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 oncologiche, autoimmuni e croniche invalidanti ed instaurazione del trattamento in quelli che risultino eleggibili ai diversi trattamenti conservativi.
- l'attivazione di una rete aziendale multidisciplinare, (ginecologi, oncologi chirurghi, senologi, urologi, 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 dalle patologie suddette.

Si è cominciato a lavorare: per la definizione di un percorso aziendale finalizzato all'individuazione e al trattamento di queste condizioni patologiche; per l'organizzazione delle attività e della rete di riferimento con il Centro regionale per la conservazione di cellule germinali unitamente all' organizzazione di un corso di formazione per ginecologi degli ospedali per acuti della ASM, per un oncologo, un senologo, due chirurghi, un urologo, un reumatologo ed un clinico medico per ogni ospedale. Sono seguite attività inerenti alla organizzazione di una serie incontri fra gli specialisti interessati al fine di creare specifici "board di patologia"; ancora di una serie di incontri tra gli specialisti aziendali per la trattazione dei temi inerenti le patologie in esame, lo studio dei casi e la pianificazione del lavoro interdisciplinare da portare avanti. Si sta

lavorando per l'organizzazione delle attività e della rete di riferimento con il Centro regionale per la raccolta e crioconservazione di cellule germinali.

Linea Progettuale 12: IMPLEMENTAZIONE Percorsi Diagnostici Assistenziali di Supporto per Migliorare la Vita delle Donne Affette da Malattie Croniche Invalidanti della Sfera Urogenitale (Endometriosi Infiltrante, Vulvodinia, Cistite Interstiziale)

Le malattie croniche della sfera uro-genitale femminile, endometriosi infiltrante, vulvodinia e cistite interstiziale, sono altamente invalidanti sia fisicamente che psicologicamente in quanto provocano dolore pelvico cronico, spesso associato ad infertilità. Infatti tali patologie hanno effetti negativi sull'effetto della qualità della vita della donna malata con grave ripercussione sia nel lavoro sia a livello personale che familiare. Diviene necessario prevedere un percorso diagnostico-assistenziale dedicato alla presa in carico globale delle donne colpite da tali malattie utilizzando un modello a rete sul territorio ben coordinato che coinvolga più figure specialistiche e sanitarie competenti e che sia punto di raccordo con i Centri di alta specializzazione. La rete diagnostico terapeutica così creata deve accompagnare la donna in tutto il suo percorso in modo costante e continuo. Molteplici sono i compiti affidati alle regioni quali: individuare, e/ o potenziare, mediante opportuni progetti, centri di alta specializzazione dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle pazienti; formare ed addestrare le professionalità coinvolte; realizzare campagne di comunicazione e informazione alle donne in età fertile; istituire registri di patologia ed osservatori a livello regionale.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato n. tre progetti giusta tabella sottostante:

<p>12 IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICI ASSISTENZIALI DI SUPPORTO PER MIGLIORARE LA VITA DELLE DONNE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE INVALIDANTI NELLA SFERA URO- GENITALE (Endometriosi Infiltrante, Vulvodinia,Cistite Interstiziale)</p>	<p>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) -(ASP)</p>	<p>59.535,00</p>
	<p>12.2 Attivazione ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di Matera. (Asm)</p>	<p>11.907,00</p>
	<p>12.3 Riprenditi la tua vita stop al dolore – AOR San Carlo PZ</p>	<p>92.611,00</p>
<p>TOTALE LINEA PROGETTUALE 12:</p>		<p>164.053,00</p>

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)
- realizzato dall’Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dirigente Generale: Ing. Donato V. Pafundi

Email: donato.pafundi@regione.basilicata.it

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Attivazione di tre centri ambulatoriali specifici all’interno dei Presidi Ospedalieri Aziendali, istituzione di un unico "tavolo di lavoro medico multidisciplinare" Uroginecologo- ginecologo anatomopatologo- fisiatra-psicologo, per elaborazione di protocolli e schede anamnestiche e riabilitative. Realizzazione di interscambio culturale -formativo con Centri d’eccellenza. 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 con pubblicazione dei dati acquisiti su riviste specializzate.

Relazione finale

Attività realizzate nell’ anno 2014:

Individuazione di n.3 centri ambulatoriali dedicati nei Presidi Ospedalieri per la confluenza delle pazienti affette dalle tre patologie croniche: invalidanti: Endometriosi Infiltrante, Vulvodinia e Cistite Interstiziale.

Predisposizione di un unico “tavolo di lavoro medico multidisciplinare” Uroginecologo-ginecologo-anatomopatologo-fisiatria-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 .

Predisposizione di “ Registri di sorveglianza” delle patologie in esame

Possibilità di immettersi in “ Studi multicentrici” nazionali ed internazionali

Somministrazione dei seguenti questionari ai pazienti:

Questionario per le pazienti affette da Endometriosi

1. Quanti anni ha?
2. Quante gravidanze ha avuto?
3. Dove ha dolore?
4. Quanto le fa male? (scala del dolore: da 1 a 10/VAS)
5. Quali sono le caratteristiche del suo dolore riferite?

6. Ha dolore con il ciclo?
7. Soffriva di dismenorrea da adolescente?
8. Il dolore peggiora appena prima o durante il ciclo?
9. C'è una qualsiasi ciclicità nel suo dolore?
10. Il dolore è costante o intermittente?
11. Quando e come è iniziato il dolore e come è cambiato?
12. E' iniziato come crampi mestruali (dismenorrea)?
13. Il dolore è localizzato in altre zone dell'addome?
14. Cosa fa migliorare il dolore?
15. Cosa lo fa peggiorare?
16. Ha dolore profondo con i rapporti? In tal caso il dolore prosegue dopo il rapporto?
17. Ha mai avuto una diagnosi o terapia per una malattia sessualmente trasmissibile o per malattia infiammatoria pelvica?
18. Che tipo di metodo contraccettivo usa o ha usato in passato?
19. Ha mai subito un intervento chirurgico?
20. Quali precedenti valutazioni o terapie ha effettuato per questo dolore? Qualcuna delle terapie effettuate ha avuto efficacia?
21. In che modo il dolore ha influenzato la sua qualità di vita?
22. E' depressa o ansiosa?
23. Sta prendendo farmaci?
24. Ha subito o sta subendo abusi fisici o sessuali? Ora è al sicuro?
25. Quali altri sintomi o problemi di salute ha?
26. Cosa crede o teme sia la causa del suo dolore?

Questionario per le pazienti che soffrono di Cistite interstiziale

1. Vede spesso sangue nelle urine?
2. Ha spesso infezioni urinarie con bruciore menzionale e urine maleodoranti?
3. Ha familiarità per calcolosi urinarie?
4. Ha familiarità per tumori urinari?
5. Vi è una storia di malattie a trasmissione sessuale?
6. Vi sono patologie ginecologiche (prostatiti ricorrenti nel maschio) in atto? Se si quali?
7. Urina spesso con dolore, urgenza e frequenza ugualmente il giorno e la notte?
8. Da quanto tempo sono presenti i sintomi?
9. Sono sintomi continui, ricorrenti o sporadici?
10. Si presentano con la stessa intensità?
11. Quando sono comparsi che cosa era cambiato nelle sue abitudini? Interventi terapie o traumi? Utilizzo di detergenti intimi, detersivi, disinfettanti, ammorbidenti per la biancheria? Nuovi alimenti? Contraccezione? Nuovo partner?
12. Soffre o ha sofferto d'incontinenza urinaria o fecale?
13. Dove localizza esattamente il fastidio?
14. Descriva le caratteristiche del suo fastidio
15. E' presente un dolore con le seguenti caratteristiche: pressione, bruciore, stiletata, contorsione, attorcigliamento vescicale?
16. Descriva il rapporto tra il dolore e la minzione
17. I suoi sintomi cambiano nel corso della giornata?
18. E' costretta ad evitare la posizione seduta perché il dolore aumenta scaricando il peso sul perineo?

19. Lo stress aumenta i suoi sintomi?
20. Cibi o bevande peggiorano i suoi sintomi?
21. I rapporti sessuali peggiorano i suoi sintomi o non riesce ad averne per il dolore?
22. Quante volte si alza la notte per mingere?
23. Quante volte urina durante il giorno?
24. Usa abitualmente lavande vaginali o detergenti intimi?
25. Descriva il rapporto tra sintomi e cicli mestruali
26. Soffre di stitichezza ostinata o ciclica?
27. Soffre di Sindrome da affaticamento cronico?
28. Il getto menzionale è debole o forte?
29. Abusa di alcolici o bevande gasate o fermentate?
30. Abusa dell'assunzione di medicinali naturali (tisane, infusi) o omeopatici?
31. E' già stata sottoposta a cure per il suo problema? Se sì, in quale centro e che tipi di cure ha effettuato?

Questionario per le pazienti che soffrono di Vulvodinia

Informazioni generali

1. età
2. sesso
3. conosce l'esistenza di una patologia definita vulvodinia o vestibulite vulvare? Se sì, come ne è venuta a conoscenza?

Informazioni riguardanti le pazienti

1. Quante donne ha visitato per problemi ginecologici (escluse le gravidanze)?
2. La paziente avverte fastidio vulvare, descritto come bruciore o dispareunia in assenza di alterazioni visibili di qualche rilievo, presente da almeno 3 mesi?
3. Il fastidio è costante o intermittente?
4. Tra le pazienti con sospetta vulvodinia quante presentano le seguenti caratteristiche: Bruciore e/o dolore al tocco con l'apice di un cotton a livello vestibolare? Bruciore e/o dolore diffuso a quasi tutta la regione vulvare (perineo e ano compresi)? Entrambe le caratteristiche?
5. Ci sono segni di infezione, malattie cutanee benigne, lichen sclerosus, esiti di traumi, lesioni precancerose?
6. La sensazione di fastidio è spontanea (indipendente dalla stimolazione) o è provocata dalla stimolazione (contatto, sfregamento, penetrazione vaginale)?

Caratteristiche anamnestiche delle pazienti con vulvodinia

1. Qual è l'età media delle pazienti?
2. Quante utilizzano un contraccettivo ormonale?
3. In quante la sintomatologia è prevalentemente legata all'attività sessuale?

Progetto 12.2 Attivazione Ambulatorio dedicato alle donne affette da Dolore Pelvico presso P.O. di Matera - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr. Canitano Giovanni - Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giovanni.canitano@regione.basilicata.it – tel.0971/668899

Dott. Patrizia Damiano

Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico - Dipartimento Politiche della Persona

Email: patrizia.damiano@regione.basilicata.it tel. 0971/668971

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Definizione con la U.O. di Psicologia ASM 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 Con previsione di apertura quindicinale (attività ambulatoriale svolta da un ginecologo, una infermiera/ ostetrica per dodici ore mensili, un urologo). Attività integrate e multidisciplinari fra operatori ospedalieri e territoriali (medici, infermieri, psicologi e MMG) Formazione del personale medico ed infermieristico utilizzato. Informazione ai MMG.

Relazione finale

- Per l'anno 2013, non è stato possibile aprire un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico, ma si sono tenuti incontri multidisciplinari finalizzati all'organizzazione delle attività per l'apertura di un ambulatorio dedicato.

Inoltre si prevede di organizzare:

- Attività di 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
- Attività rivolte alla programmazione, organizzazione e gestione dell'ambulatorio per presa in carico, gestione, trattamento e riabilitazione delle donne affette da dolore pelvico
- corsi di formazione per : a) medici ospedalieri e ambulatoriali personale infermieristico ospedaliero e territoriale,
- attività ai fini dell'apertura di un ambulatorio dedicato;
- corsi di formazione per gli operatori interessati
- un ambulatorio dedicato che garantirà l'accesso contestuale alla diagnostica ecografica e colposcopica ed eventuale trattamento chirurgico.
- Definizione con la U.O. di Psicologia di un questionario dedicato alle donne con dolore cronico finalizzato a definire i bisogni di valutazione psicologica.

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata :biennale

Impianto progettuale

Implementazione di PDTA che consentono un'efficace gestione multidisciplinare delle malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale, quali l'endometriosi, la vulvodinia e la cistite interstiziale. Obiettivi: migliorare la qualità della vita delle donne, e monitoraggio degli esiti. Collaborazione con i MMG, promozione di campagne informative di educazione sanitaria tra la popolazione e di informazione ai cittadini per il riconoscimento della malattia tra quelle croniche invalidanti.

Relazione finale

Le attività svolte nell'anno di riferimento (2014) relative all'implementazione del PDTA per la efficace gestione multidisciplinare delle malattie croniche invalidanti della sfera oro-genitale (endometriosi, vulvodinia e cistite interstiziale) hanno consentito: la diagnosi precoce e la presa in carico delle pazienti (criteri di inclusione/esclusione) con conseguente miglioramento del dolore pelvico cronico e quindi della qualità della vita delle pazienti. Si è verificata una maggiore integrazione tra ospedale e territorio con la collaborazione con i MMG. Il PDTA è garanzia di un'elevata performance professionale ed organizzativa a tutela della qualità, dell'appropriatezza e della sicurezza assistenziale ed inoltre garantisce: una uniformità dei comportamenti con relativa riduzione dell'errore, la trasparenza e diffusione degli standard al fine di facilitare la condivisione di proposte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali sia all'interno della rete assistenziale che nel rapporto con i cittadini. Permette inoltre: la raccolta dei dati per gli outcomes mediante Scale di misurazione del dolore, la tenuta del Diario minzionale con orario e volume urinario di almeno tre giorni di cui almeno uno lavorativo e la somministrazione di questionari per la misurazione della qualità della vita.

E' stata fatta formazione specifica delle professionalità coinvolte nei percorsi (personale specialistico medico: Ginecologi, Urologi, medici specialisti nella Terapia del Dolore cronico, Psicologici e professioni sanitarie). Scendendo più nel dettaglio nell'anno di riferimento sono stati diagnosticati n. quarantacinque pazienti con dolore pelvico di età compresa tra i 35 e i 58 anni: di questi cinque pazienti sono risultati affetti da cistite interstiziale e pertanto avviati ad altri percorsi terapeutici (cistectomia). Per i restanti quaranta pazienti: n. ventotto pari al 70% dei pazienti trattati hanno riscontrato un significativo miglioramento del dolore rilevato attraverso l'uso della scala di VAS; per n. dodici pari al 30% dei pazienti il dolore è rimasto invariato.

Nella fase di follow-up (sei mesi dal trattamento) i risultati ottenuti dopo aver sottoposto i pazienti a cistoscopia e biopsia sono i seguenti: per ventisette pazienti (pari al 67% del campione trattato) si è riscontrato una buona compliance; per nove pazienti (23%) non si è riscontrato un significativo miglioramento e pertanto sono stati avviati alla riabilitazione; per i restanti quattro (10% del campione) si è registrato un drop-out.

Linea Progettuale 13 IMPLEMENTAZIONE RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE INFEZIONI DA HPV

Il carcinoma della cervice uterina è il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione da virus: l'HPV (virus da papilloma Umano) . Tale infezione è la più comune tra le malattie sessualmente trasmesse e si stima che il 70 % di tutti i carcinomi cervicali siano causati dall'infezione con HPV di tipo 16 o 18. Dal 2008 si attua prevenzione primaria delle infezioni tramite vaccinazione per la quale sono disponibili due tipi di vaccini Anti-HPV tipo 16 e 18, uno dei vaccini previene anche le infezioni da HPV tipo 6 ed 11 responsabili di circa il 90% dei condilomi genitali. Il Piano nazionale di prevenzione vaccinale ha previsto tre dosi vaccinali gratuiti per la popolazione di coorte fino al raggiungimento del 70% - 80% della stessa garantendo in modo uniforme alla popolazione un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato un solo progetto giusta tabella sottostante:

13 IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DELLE INFEZIONI 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 dianosi precoce da infezione da HPV rivolta alla popolazione scolastica femminile del territorio della ASM e ai MMG e PLS	164.053,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 13:	164.053,00

realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM).

Referente regionale:

Dr.ssa Cauzillo Gabriella - Ufficio Prevenzione Primaria

Dipartimento Politiche alla Persona

Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it - tel. 0971/668839

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Implementazione della prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni da HPV

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. 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 nelle scuole

superiori presenti sul territorio. Analisi dei dati e riprogrammazione delle attività in base ai risultati raggiunti

Relazione finale

Nell'anno è proseguita l'attività di offerta attiva e gratuita, nonché di recupero alle fasce di età coinvolte, con l'invio di una lettera informativa su tutte le vaccinazioni tra cui le vaccinazioni anti HPV, fornendo tutte le notizie utili sulle patologie che si prevencono; sul rapporto rischio-beneficio che si realizza con la vaccinazione; sulle modalità di accesso a tutti gli ambulatori vaccinali con l'apertura pomeridiana degli stessi almeno di un giorno. Anche nel 2013 sono stati condivisi con i MMG e PLS gli obiettivi previsti, e gli stessi, oltre che favorire e diffondere la cultura della prevenzione, hanno partecipato attivamente alle vaccinazioni. Sono state inviate ai MMG e PLS lettere informative insieme alle circolari ministeriali che indicano le modalità operative da seguire. Sono stati effettuati attività di counseling individuale a tutte le famiglie interessate e informazione rivolta ai Pediatri di Libera Scelta operanti sul territorio di competenza. Nell'anno 2013 l'offerta attiva ha riguardato le donne nate nell'anno 2001 raggiungendo la seguente copertura: 64%. Pertanto si può concludere che anche per l'anno 2013 sono stati rispettati gli indicatori numerici previsti.

Linea Progettuale 14: IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE

I principali tumori dell'apparato genitale maschile sono quelli della prostata e dei testicoli. Tale linea progettuale intende implementare la rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori genitali maschili che deve perseguire obiettivi di: efficacia favorendo il miglioramento della performance in oncologia; efficienza favorendo sinergie di percorso, condivisione di ampia casistica, continuità di cura e fruibilità di alta specializzazione; favorire una maggiore capacità di intercettare i bisogni e la domanda del territorio di riferimento; potenziare e strutturare collaborazioni inter-istituzionali; ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione, perseguire la sostenibilità istituzionale ed economica delle reti. Occorre, altresì garantire la qualità degli interventi preventivi, definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a PSA e per i destinatari di interventi di diagnosi precoce dei tumori del testicolo.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato n. due progetti giusta tabella sottostante:

14 RETE PER LA PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	14.1 UTILITA DELLA DIAGNOSI PRECOCE PER IL TUMORE DELLA PROSTATA E DEL TESTICOLO -ASP	130.127,00
	14.2 RETE PER LA PREVENZ. E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE -AOR SAN CARLO	33.926,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 14:	164.053,00

Progetto : 14.1 Utilità della diagnosi precoce per il tumore della prostata e del testicolo - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referenti regionali

Dr.ssa Cauzillo Gabriella – Ufficio Prevenzione Primaria

Dipartimento Politiche alla Persona

Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it - tel. 0971/668839

Dr. Canitano Giovanni – Ufficio Prestazioni

Assistenziali Farmaceutico - Dipartimento Politiche alla Persona

Email: giovanni.canitano@regione.basilicata.it – tel. 0971/668899

Durata : biennio 2013/2014

Impianto progettuale

Collaborazione in rete sul piano clinico-diagnostico tra medico di Medicina Generale, specialista urologo del distretto e le U.O. Urologiche ospedaliere, al fine di garantire interventi preventivi nelle fasce a rischio della popolazione maschile (over 50 aa). Garantire Strutture specialistiche Urologiche con ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica. Istituzione di banca dati dei pazienti studiati.

Relazione finale

Il Tumore della Prostata rappresenta in Italia la seconda causa di morte nel sesso maschile per patologia neoplastica ed è in forte aumento anche nella Regione Basilicata. Nel territorio di riferimento della ex ASL n.3 di Lagonegro, nell'anno 2013 sono stati selezionati cento pazienti di età superiore a 50aa con PSA elevato e sottoposti a Biopsia Prostatica eco guidata (Mapping), con i seguenti risultati: circa il 30 % dei pazienti è risultato affetto dalla patologia neoplastica. Sono state garantite sul territorio strutture specialistiche urologiche attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati, garantiti a rotazione da tre dirigenti medici (un responsabile) con il supporto infermieristico, azioni alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei a fare emergere il problema. Tali ambulatori sono garantiti a rotazione da tre dirigenti medici (un responsabile) con il supporto infermieristico. Si sono fatte azioni di informazione 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. Incontri mirati nelle scuole superiori al fine di discutere l'importanza che riveste l'autopalpazione periodica dello scroto nell'evidenziare l'insorgenza della suddetta patologia.

Progetto 14.2: Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile - realizzato dall'A.O.R. “ San Carlo” di Potenza

Referente regionale

Dott.ssa Gabriella Cauzillo

Ufficio Prevenzione Primaria -Dipartimento Politiche alla Persona

Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it - tel. 0971/668839

Referente regionale

Dr. Canitano Giovanni – Ufficio Prestazioni Assistenziali Farmaceutico

Dipartimento Politiche alla Persona

Email: giovanni.canitano@regione.basilicata.it – tel. 0971/668899

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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 ed implementazione del centro nella Rete Nazionale dei Centri territoriali di prevenzione primaria e di diagnosi precoce di tali malattie. 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. Riduzione del 70% dell'uso a scopo preventivo del PSA nelle persone sopra i 70 anni che spontaneamente vogliono sottoporsi al test. 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.

Relazione finale

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 prevenzione mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia, promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo. Gli screening hanno la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza e 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 nè evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening nè evidenze forti che indichino quale protocollo sia 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'OMS 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.

Di seguito si riepilogano le attività svolte nell'anno di riferimento (2014):

1. È stato attivato lo screening spontaneo per i tumori della prostata attraverso l'esecuzione di test dell'antigene prostatico specifico (PSA).
2. È stato implementato un protocollo per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore della prostata già utilizzato dall'IRCCS Regina Elena di Roma rafforzando la già consolidata esperienza con tale Istituto.
3. Sono stati discussi e condivisi percorsi che definiscono le attività dello screening a livello territoriale. Attualmente tali percorsi sono in via di approvazione tra l'AOR San Carlo di Potenza e la ASP.

Screening di tipo spontaneo		Numero di casi diagnosticati attraverso l'esecuzione del test PSA
Fascia di età		
>70 anni	<70anni	
n.800	n.600	
		4

Per l'anno 2015 e 2016 è prevista la completa realizzazione degli obiettivi del presente progetto, ovvero:

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. 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.
4. 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 15 : IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI ASSISTENZA AI BAMBINI E ADOLESCENTI CON PATOLOGIE NEUROPSICHIATRICHE ETC

Secondo l'Organizzazione Mondiale della sanità il 15%-20% dei bambini e degli adolescenti soffre per una malattia psichiatrica. Alcune patologie come ad es. autismo, disturbi del linguaggio necessitano che ad una diagnosi precoce corrisponda un trattamento tempestivo in un centro qualificato che risultano essere ad oggi in esiguo numero su tutto il territorio nazionale. Diviene necessario definire modelli d'assistenza ai bambini ed adolescenti affetti da disturbi del comportamento e dell'apprendimento anche secondari a malattie genetiche o a quadri malformativi.

Il S.S.R. regione Basilicata al fine di creare una rete territoriale integrata di assistenza con garanzia di interventi omogenei in tutto l'ambito di riferimento ha presentato, all'interno di tale linea progettuale, numero due progetti giusta tabella di seguito esposta:

15 Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche etc	15.1 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
	15.2 - Implementazione della rete regionale di assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche (ASM)	198.232,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 15:	437.475,00

Progetto : 15.1 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione – realizzato dall’Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale:

Dott.ssa Lucia Colicelli- Ufficio solidarietà Sociale- Dipartimento Politiche della Persona
Email : lucia.colicelli@regione.basilicata.it – tel . 0971 668917

D.ssa Maria Toriello - Ufficio solidarietà Sociale- Dipartimento Politiche della Persona
Email: annamaria.toriello@ supporto.regione.basilicata.it - tel. 0971/668884

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Gli interventi che rientrano nei BES (circ. min. dic. 2012) necessitano di particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di operazioni da dedicare in ambiente scolastico:

-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. Una per territorio per un totale di 3 ambiti (Vulture Melfese, Potenza, Lagonegrese), definizione di tre poli di strutture territoriali (Ospedale di Venosa, Servizio di Npi territoriale di Potenza, Ospedale di Lauria) considerando un totale di 772 scuole, suddivise anch’esse: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese, ed una popolazione scolastica di circa 66.301 alunni del primo ciclo di scolarità.

-Formazione specialistica dei pediatri del territorio

-Formazione degli insegnanti.

-Formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità,

-Formazione di una rete integrata con la scuola: almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della scuola.

-Registro regionale con numero di pazienti assistiti. Studi clinici di prevenzione e follow-up

Relazione finale

Nel corso dell’anno 2014 l’azienda ASP ha realizzato le seguenti attività: formazione dei pediatri 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, elaborazione schede di osservazione dei comportamenti problematici per i genitori e per gli insegnanti, - iniziale costituzione di un'equipe dedicata, accesso con priorità agli ambulatori specialistici, attività di formazione con i docenti con selettività verso i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi

dell'apprendimento ed incontri con gli stessi, costituzione di un registro sui pazienti afferenti all'ambulatorio inviati dalla scuola (inizialmente all'interno del singolo ambulatorio ma che poi dovrà essere messo in rete per essere consultabile da tutti gli operatori interessati) ed iniziale costituzione di una rete tra operatori di equipe diverse per condivisione percorsi diagnostici. Il progetto proseguirà nell'anno successivo al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Progetto: 15.2 Implementazione della Rete Regionale di Assistenza ai bambini e adolescenti con patologie neuropsichiatriche - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dr. Canitano Giovanni – Ufficio Prestazioni

Assistenziali Farmaceutico - Dipartimento Politiche alla Persona

Email: giovanni.canitano@regione.basilicata.it – tel. 0971/668899

Durata : anni due

Impianto progettuale

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.

Relazione finale

Nel corso del 2013 attraverso incontri con le altre UUOO ospedaliere si è proceduto a meglio definire procedure operative per la presa in carico dei pazienti in Day hospital e Day service.

Il percorso assistenziale è stato implementato definendo la casistica per cui attivare i ricoveri in Dh (casi neurologici e psichiatrici complessi), stabilendo le classi di priorità attraverso la regolare discussione dei casi.

Nell'anno 2013 l'attività di UVBR, con la gestione affidata alla NPI della verifica dei trattamenti dei minori con patologie di competenza NPI presso le Strutture Riabilitative Accreditate, ha permesso di verificare i progetti riabilitativi di circa 350 minori afferenti alle suddette strutture ed in molti casi di riformulare il progetto in base alle nuove necessità del paziente. Sono state inoltre praticate circa 120 visite di controllo per riavviare i minori ad una presa in carico presso le strutture territoriali di riferimento.

Si è inoltre completata l'informatizzazione delle cartelle cliniche e si è svolta l'attività di consulenza alle équipe scolastiche, alle strutture educative e al Tribunale dei minori.

Linea Progettuale 16: SVILUPPO GOVERNO CLINICO E DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI- RISK MANAGEMENT.

La qualità e la sicurezza delle cure, componente strutturale dei Livelli essenziali di assistenza e quindi prerogativa di tutte le prestazioni offerte dal SSN, devono costituire la finalità di tutte le organizzazioni sanitarie ed un impegno per ciascun professionista. Il Ministero, anche per rispondere adeguatamente alle dinamiche di integrazione europea, attua la funzione di garanzia dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza e determina la realizzazione di strumenti valutativi in grado rilevare la disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale linea progettuale indica obiettivi, strategie ed aree prioritarie di intervento quali prevedere l'adozione di appropriate metodologie (audit clinici) per la sistematica valutazione della qualità ed appropriatezza delle attività clinico assistenziali; stabilire che il sistema di accreditamento regionale istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private adotti e faccia compliance ai criteri e ai requisiti previsti nel "Disciplinare sull'accreditamento" al fine di ridurre la variabilità dei servizi tra regioni ed all'interno di ogni singola regione; promuovere la sicurezza dei pazienti mediante l'identificazione ed il controllo dei fattori che possono facilitare o determinare danni per i pazienti e la progettazione di processi assistenziali appropriati efficaci ed efficienti (es. monitoraggio eventi avversi ed eventi sentinella)

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero cinque progetti giusta tabella sottostante:

16 SVILUPPO GOVERNO CLINICO E DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI- RISK MANAGEMENT	16.1 Adeguamento disciplina dell' Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento(OPRA). 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-(A.O. SAN CARLO PZ)	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
	16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico (ASM)	965.188,00
	16.4 La prevenzione delle cadute accidentali- Progetto pilota (ASM)	1.500,00
	16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica (ASM)	7.000,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 16:	1.093.688,00

Progetto 16.1 : Adeguamento Disciplina dell'Osservatorio Permanente Regionale per l'Accreditamento (OPRA). Adeguamento sistema di accreditamento regionale alle previsioni dell'Intesa 20 dic. 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 - realizzato da A.O. R. "San Carlo" PZ

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

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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

Relazione finale

In riferimento al progetto indicato in epigrafe presentato per gli anni 2013/2015 (codice 16.1) la Regione Basilicata ha posto in essere le attività necessarie e propedeutiche alla revisione del modello regionale di accreditamento vigente, laddove richiesto, per uniformarsi a quanto disposto nel " Disciplinare per la revisione della normativa dell' accreditamento", Rep. Atti n.259/CSR , sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 20/12/2012.

Nell' ambito degli obiettivi specifici e delle linee di intervento definite, la Regione ha recepito l' Intesa del 20 dicembre 2012 con Deliberazione di Giunta Regionale n 697 del 11.06.2013 stabilendo che l' adeguamento del modello di accreditamento regionale (manuale di accreditamento di cui alla DGR 2753/05 e relative procedure ivi comprese quelle di verifica) ai contenuti del disciplinare di cui alla su citata intesa avverrà nel rispetto delle modalità e dei tempi definiti, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico(TRAC), previsto nell' ambito della stessa intesa, costituito con decreto del Ministero della Salute in data 6 febbraio 2013.

Il predetto Tavolo tecnico, in linea con gli impegni contenuti nell' intesa del 20 dicembre 2012, ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi della predetta Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, i seguenti documenti sui quali la Conferenza permanente nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito l' intesa Rep.n. 32/CSR: "Cronoprogramma adeguamenti alla normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all' Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012(Rep. Atti n.259/CSR)"- Allegato A alla Intesa Rep.n. 32/CSR- e "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012"- Allegato B alla Intesa Rep.n. 32/CSR –

La predetta Intesa è stata recepita con Deliberazione di Giunta Regionale n 1471 del 17.11.2015 in cui si è rinviato a successivi autonomi provvedimenti l' approvazione del nuovo manuale di accreditamento delle strutture sanitarie nel testo di cui alla DGR 2753/05 revisionato ed integrato con i requisiti, ove non già previsti, di cui all' allegato A della citata intesa e relative procedure ivi comprese quelle di verifica nonché la formalizzazione, l' istituzione ed il funzionamento dell' organismo tecnicamente accreditante coerentemente con i criteri articolati nell' allegato B della predetta intesa.

Nelle more:

➤ è stato avviato il confronto con gli accreditatori regionali e con le strutture aziendali per individuare i requisiti non evidenti ovvero carenti nel manuale regionale ai fini dell' aggiornamento, avendo come riferimento la griglia elaborata dal TRAC su criteri/requisiti con l' evidenza del tempo necessario per l' adeguamento;

➤ è stato perfezionato il provvedimento concernente la formalizzazione dell' Osservatorio Permanente Regionale per l' Accreditamento (OPRA) di cui alla LR 1/07 con la definizione dell' articolazione in relazione alle funzioni da espletare e con la disciplina di funzionamento con particolare riguardo all' organismo accreditante. Occorrerà un' ulteriore revisione a seguito delle indicazioni contenute nell' Allegato B alla Intesa Rep.n. 32/CSR.

Si evidenzia inoltre che per uniformare il comportamento dei gruppi di accreditamento e facilitarne l' impegno, ferma restando l' autonomia tecnico-valutativa dei professionisti , si è provveduto ad un'efficace azione di informazione/aggiornamento degli accreditatori e si sono poste in essere attività di programmazione anche informatica dei flussi informativi. In particolare, si è realizzata un' apposita area riservata del sito web ufficiale del dipartimento, da cui è scaricabile la documentazione relativa alla verifica da parte dei singoli valutatori, che vi accedono mediante l' utilizzo di una personale password. A tal fine si procede alla:

- attivazione della procedura informatica per l' accesso dei componenti di ciascun team alla documentazione della struttura da verificare e per lo scambio delle conseguenti informazioni;
- implementazione di apposite aree riservate(una per ciascun team) sul sito web ufficiale dipartimentale;
- gestione della documentazione prodotta dalle strutture sanitarie private e conseguente inserimento nella apposita area riservata;
- elaborazione check- list ad uso dei valutatori , distinte per tipologia di struttura e per percorso del paziente.

Alla luce di quanto innanzi esposto risultano attivati i meccanismi indispensabili per operare all'interno di un comune quadro concettuale di riferimento in materia di accreditamento istituzionale in sintonia con i mutati scenari nazionali ed internazionali, così come indicato negli atti tecnici predisposti dal TRAC.

Progetto 16.2 Sviluppo degli strumenti del e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- Risk Management. - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dott.ssa Zullo Maria Luisa — Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche della Persona-
Email :maria.zullo@regione.basilicata.it –tel. 0971/668920

Durata : biennio 2013/2014

Impianto progettuale

Realizzare un sistema di Risk Management integrato con gestione del rischio centrata su un organizzazione per processi con i seguenti *obiettivi specifici* e *linee d'intervento*:

- 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 ,
- attivazione dei protocolli per la gestione dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri, secondo 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.

Relazione finale

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 istituito formalmente la funzione aziendale di Risk Management, nominando i componenti del "Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management" incluso la partecipazione di *un rappresentante di Cittadinanza Attiva TDMI* ed affidando il ruolo di Presidente del Gruppo al Direttore Sanitario. Il Gruppo in parola insediatosi in data 14/06/2012 ha lavorato alla stesura del Piano di Risk Management per l'annualità 2012, 2013 e 2014 nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche delle varie UU.OO. interessate e nel pieno coinvolgimento del personale e degli utenti.

Il sistema integrato di gestione del rischio dell'ASP ha previsto, nel lungo periodo, una programmazione aziendale di risk management che includa :

- Il rischio clinico per gli assistiti che è direttamente o indirettamente legato all'attività assistenziale e clinica svolta dalla struttura;

- Il rischio occupazionale per l'operatore, direttamente collegato all'attività svolta (malattie professionali, infortuni sul lavoro, ecc);
- Il rischio ambientale derivante dallo stato fisico della struttura, degli impianti e delle tecnologie (rischio incendi, rischio da esposizione a radiazioni, rumori e campi magnetici, ecc.).

Il Piano di previsione delle attività per il Risk Management- anno 2013 è stato approvato con deliberazione n. 239/2013, trasmesso alla Regione Basilicata in data 27/03/2013 è stato pubblicato sul sito web aziendale nell'area appositamente dedicata in uno alla Relazione annuale sullo sviluppo attuativo del Piano Risk Management 2012.

Di seguito gli obiettivi strategici e linee d'intervento del Piano ASP Risk Management 2013: *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).*

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi di seguito si elencano le ***azioni realizzate nel 2013:***

Le sedute del Gruppo di coordinamento aziendale si sono svolte in data 30 gennaio, 9 aprile e 20 dicembre 2013. L'analisi dei processi aziendali e dei sistemi di controllo, e lo sviluppo di procedure e modalità organizzative finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza prescrittiva in una prospettiva di gestione dei rischi per il paziente e per l'azienda, sono stati alla base dell'attività condotta dall'Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive. Attraverso un approccio professionale sistematico, la funzione di internal audit di fatto genera valore aggiunto in quanto finalizzata a valutare e migliorare i processi di governance e di gestione dei rischi.

Gli audit (condotti da marzo a dicembre 2013) si sono focalizzati sulle capacità della struttura organizzativa, oggetto di osservazione, di conseguire i propri obiettivi istituzionali (efficacia) e conseguentemente assicurare la rispondenza dei risultati ottenuti agli obiettivi prescritti dalla Regione e dalla Direzione Strategica.

L'attività di auditing è stata orientata al miglioramento della performance e alla riduzione dei rischi aziendali: correzione dell'inappropriatezza nella erogazione delle prestazioni e conseguenti ricadute negative per la salute del paziente, interventi circa l'ottimizzazione delle risorse umane, economiche, materiali e di tempo, prevenzione rischio di eventi corruttivi. Attraverso gli audit è stato assicurato il supporto al Dirigente Responsabile della struttura organizzativa circa:

- ***la misurazione dello stato qualitativo del processo***, attraverso la ricostruzione della sequenza logico – temporale delle varie fasi di attività in cui si sviluppa il processo volto al conseguimento dell'obiettivo atteso (autodiagnosi finalizzata al miglioramento);
- ***una puntuale definizione degli input e degli output del processo*** nel suo complesso ***e dei suoi obiettivi*** sia dal punto di vista degli utenti che dal punto di vista dell'organizzazione;
- ***la definizione degli input, degli output e degli obiettivi specifici per ciascuna delle fasi di attività in cui si scompone il processo;***
- ***la ricognizione del soggetto e/o dei soggetti che di fatto processano*** ciascuna fase di attività;
- ***l'individuazione, per ciascuna fase di attività, delle eventuali criticità*** che mettono a rischio il pieno conseguimento dell'obiettivo e determinano il mancato allineamento ai valori previsti dai relativi indicatori di misura, come riportati nella citata DGR.

Con il presente lavoro si è giunti alla stesura della Scheda di Analisi di processo e successivamente si è passati alla compilazione della scheda che riporta le azioni di

miglioramento individuate durante l'audit stesso. La **conduzione degli audit ha fatto registrare una buona "compliance" ed una costante attenzione all'analisi ed alla valutazione dei rischi per i pazienti nella fruizione dei servizi e delle prestazioni.** *Il Piano di Audit sviluppato nel secondo semestre 2013 è stato incentrato sull'attività di follow up* in relazione agli impegni assunti dalle UU.OO. negli audit svolti da marzo a luglio. Da novembre e dicembre 2015 sono stati effettuati incontri con il Direttore del DSM, Direttore Sanitario del P.O. di Lagonegro ed il Direttore Sanitario del P.O. di Melfi circa l'audit sul conseguimento degli obiettivi regionali e aziendali.

Farmacovigilanza (attività di ispezione e verifica).

L'U.O.S.D. di Farmacologia Clinica ASP, il cui dirigente responsabile è anche componente gruppo Risk management, anche nel 2013 ha sviluppato una serie di azioni inerenti l'appropriatezza prescrittiva, la vigilanza sul buon uso e sulle possibili reazioni avverse del farmaco con ricadute positive anche sul versante della spesa che di seguito si elencano:

- Connessione con la Rete Nazionale di Farmacovigilanza per l'invio di 120 schede di rilevazione;
- Risposte ai quesiti inviati per posta elettronica dai Medici di Medicina Generale circa la erogabilità dei farmaci e il loro utilizzo, e sulle problematiche riferite ai meccanismi d'azione dei farmaci o alle associazioni corrette degli stessi;
- Valutazione delle istanze di erogazione di farmaci *off-label* per patologie oncologiche;
- Audit con i MMG sul corretto uso dei farmaci (n.40);
- Verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei MMG e Medici Specialisti.

L'attività di Farmacovigilanza è stata finalizzata alla riduzione dell'incidenza di errori, alla crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al Paziente e all'incremento di modelli di comportamento più sicuri ed efficienti.

Implementazione di Progetti di prevenzione del rischio per i pazienti nei Presidi ospedalieri.

Per dare corso alle azioni previste nel Piano Risk Management 2013 e nelle Linee progettuali n. 16 è stata approntata una circolare rivolta ai Direttori medici dei PP.OO. di Lagonegro e Melfi, trasmessa a firma del Direttore Sanitario con nota n. 66008 DEL 7/05/2013, in cui sono stati richiamati alcuni progetti da implementare nei presidi suddetti sulla base dell'esperienza già maturata presso il Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri. Trattasi, in particolare di:

- prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie;
- programma di controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali: l'applicazione dei bundles;
- attivazione della procedura per la gestione dei farmaci LASA nei processi ospedalieri.

Nel corso dell'anno 2013, a tale scopo, sono state avviate le azioni necessarie, con incontri tenutisi ad hoc presso i suddetti presidi, volti ad esaminare i passi necessari per la trasferibilità dell'esperienza già maturata presso il P.O. di Villa d'Agri attraverso l'applicazione dei relativi Protocolli. Le criticità proprie del P.O. di Melfi hanno rallentato l'implementazione dei suddetti protocolli: sono stati ***promossi degli audit sia con il personale dirigenziale che con quello del comparto per la disamina dei protocolli da implementare e per le azioni volte a garantire efficienza e sicurezza per il paziente, dando particolare*** rilievo agli assetti organizzativi finalizzati a garantire una sicura e tempestiva gestione delle urgenze chirurgiche. Al riguardo è stato definito un assetto tale da garantire sempre nelle 24 ore una sala operatoria libera per eventuali emergenze-urgenze attraverso la condivisione di tale riorganizzazione da parte dei

direttori delle UU.OO. Chirurgiche, dell'Anestesia e Rianimazione e della S.O. Altro aspetto considerato è stato quello della *gestione del rischio connesso alle procedure trasfusionali*. Una particolare attenzione è stata rivolta all'errore trasfusionale fuori dall'ambito del Centro Trasfusionale. E' stata, inoltre, definita una check pre-trasfusionale ed una modulistica di notifica di evento avverso (reazione, incidente, errore, malfunzionamento, difetti materiali) associato alla trasfusione. E' stato, inoltre, dato riscontro a quanto già implementato presso il P.O. di Villa d'Agri in ordine alla prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA e alla prevenzione del rischio di cadute. Nel primo caso, unitamente all'elencazione dei farmaci LASA, si è proceduto a definire il rischio di errore in relazione alle varie fasi di management del farmaco: dall'ordine ed approvvigionamento (fase di carico), all'immagazzinamento e conservazione, alle fasi di prescrizione e scarico magazzino. Ma anche nella fase di prescrizione, trascrizione, interpretazione della prescrizione, registrazione, preparazione galenica o consegna di specialità pre-allestita, distribuzione e somministrazione. Relativamente alla prevenzione del rischio di cadute sono state definite le caratteristiche intrinseche al paziente che acquiscono lo specifico rischio e le caratteristiche ambientali (strutturali e di arredo) con particolare riguardo a:

- dimensionamento delle stanze di degenza e dei bagni;
- condizioni dei pavimenti e delle scale con particolare riferimento al grado di scivolosità ed alla presenza di ostacoli fissi (p.es. fermo porte) che possano costituire intralcio al transito. Le scale sono dotate di strisce anti-scivolo;
- grado di illuminazione naturale ed artificiale, in particolare quella notturna vicino al letto e al bagno;
- letti o barelle regolabili in altezza;
- bagni con supporti per sollevarsi dal WC o per fare la doccia.

Relativamente alla prevenzione delle Infezioni Ospedaliere, sono state richiamate nelle sedute di audit, le Raccomandazioni del Comitato per il controllo delle infezioni nosocomiali e del Gruppo per l'Igiene delle mani HICPAC/SHEA/APIC/IDSA pubblicate da " Il Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere".

Al riguardo sono state riprese le "Linee Guida per l'Igiene delle Mani" (lavaggio sociale, lavaggio antisettico, lavaggio preoperatorio), le Raccomandazioni per le Misure di Isolamento, per la Preparazione del Materiale e Fasi del Processo di Sterilizzazione, per la Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico, delle Infezioni associate a dispositivi Intravascolari e delle I.V.U. nei pazienti cateterizzati. Sono stati, altresì ridefiniti i percorsi intra-ospedalieri.

Infine, sono stati anche avviati utili contatti con il Direttore del DSM per l'implementazione di protocolli per la prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per pazienti psichiatrici.

La formazione in materia di Risk Management nel 2013

Un buon sistema di risk management non può prescindere da una buona analisi e mappatura dei processi aziendali. La Direzione Strategica ha, pertanto, promosso un percorso di formazione-intervento su **"Organizzazione e gestione per processi nelle Aziende Sanitarie- analisi e miglioramento di processi strategici ed operativi"**.

Il corso ha permesso di analizzare alcuni processi sia di tipo amministrativo che di tipo assistenziale e di riflettere su di una loro possibile riprogettazione per favorire il pieno raggiungimento dei risultati attesi in uno al contenimento dei costi, salvaguardando i livelli di efficacia dei servizi erogati.

In particolare i gruppi di lavoro formati all'interno del percorso formativo hanno individuato obiettivi di miglioramento nelle tre aree seguenti:

1. AREA Integrazione ospedale-territorio;
2. AREA Gestione risorse umane e organizzazione;

3. AREA Approvvigionamenti.

Per L'Area 1. sono stati analizzati il processo relativo all'erogazione di assistenza protesica, il processo che porta alla rilevazione ed erogazione dell'assistenza specialistica ed il processo relativo alla gestione dei ricoveri medici in ambiente chirurgico; per l'Area 2. Il processo di rilevazione dei dati di spesa del personale; per l'Area 3 il processo di acquisto dei servizi di pulizia nell'ASP. I tre gruppi di lavoro hanno, a fine corso, presentato i loro prodotti alla Direzione Strategica.

Altri corsi volti al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni assistenziali e alla riduzione del rischio realizzati nel 2013 sono i seguenti:

- Corso su "Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per accrescere e migliorare i percorsi clinici e diagnostici";
- Corso su "Studio ed elaborazione della Cartella Paziente Integrata".

Progetto 16.3 Attività di Risk Management nell'ASM: Medicina legale e Gestione del Rischio Clinico - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dott.ssa Maria Luisa Zullo- Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche alla Persona

Email : maria.zullo@regione.basilicata.it - Tel. 0971/668920

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

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;

Attività di Supporto:

- al CIO (Presentazioni di dati ed azioni correttive da implementare attraverso la formazione del "Lavaggio delle mani" in Sala Operatoria);

- alla Direzione Strategica sulle tematiche della Clinical Governance

-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

Relazione finale

Nel corso dell'anno 2013 le attività svolte dall'ASM sono state rivolte:

- All'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);

- All'attivazione/partecipazione ad Audit clinici sia di tipo clinico che organizzativo;
- Al potenziamento della “rete del Rischio Clinico” con il coinvolgimento di altre strutture aziendali e/o regionali;
- a supporto al CIO (Presentazioni di dati ed azioni correttive da implementare attraverso la formazione del “Lavaggio delle mani” in Sala Operatoria);
- a supporto alla Direzione Strategica sulle tematiche della Clinical Governance in ambito di sicurezza delle cure;
- al potenziamento delle linee di ricerca sulle seguenti tematiche:
 - analisi percettiva “ospedale senza dolore”
 - trasporto intraospedaliero del paziente • non technical skill • team work in sala operatoria
 - glicemia e stress nel Dipartimento di emergenza
 - prevenzione della trombosi venosa profonda
- a supporto al paziente nell'immediatezza dell'evento sfavorevole attraverso una policy aziendale di trasparenza;
- alla gestione del contenzioso, limitatamente agli aspetti medico-legali, di concerto con l'U.O. “Affari Generali e Legali”.

In particolare sono stati effettuati: Audit clinici e organizzativi, attività di “Safety Walk Round”, incontri formativi sulle tematiche della sicurezza, attività affiancamento e consulenza nella produzione di percorsi clinico assistenziale e percorsi organizzativi, produzione annuale di un piano Regionale per il Risk Management.

Per i prossimi anni sono 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.

Progetto 16.4 : La prevenzione delle cadute accidentali: Progetto pilota - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dott.ssa Maria Luisa Zullo- Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche alla Persona

Email : maria.zullo@regione.basilicata.it - Tel. 0971/668920

Durata : 1 Anno

Impianto progettuale

Realizzazione del progetto pilota “Prevenzione e Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie”, giusta Raccomandazione n. 13 Novembre 2011 (aggiornata al 1 Dicembre 2011) Ministero della Salute, in alcune Unità Operative dell'ASM di Matera. Elaborazione di

procedura circa le modalità operative, gli strumenti da adottare per la prevenzione e la gestione delle cadute che *“rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza.* Attivazione di un sistema di monitoraggio e di segnalazione delle cadute nei reparti interessati al progetto.

Relazione finale

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici, che come è noto colpiscono prevalentemente gli anziani, con conseguenze rilevanti in termini di disabilità, ricoveri e mortalità. Tra gli incidenti, le cadute rappresentano la voce più importante, al punto che si calcola che un terzo degli ultrasessantenni ne rimanga vittima, con costi umani, sociali e materiali straordinari. Più colpite, come ci si può immaginare, sono le persone sole o istituzionalizzate.

Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Tali ragioni hanno indotto il Servizio Assistenza ed il Servizio di Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico dell'ASM di Matera ad elaborare un progetto sulla **Prevenzione e Gestione della Caduta del Paziente nelle Strutture Sanitarie**, finalizzato alla realizzazione di una procedura, giusta Raccomandazione Ministeriale, contenente la descrizione delle modalità operative, degli strumenti da adottare per la prevenzione, la gestione e la segnalazione della caduta, implementata come progetto pilota in tre Unità Operative dell'ASM di Matera. Operatori, pazienti e familiari/caregiver devono acquisire consapevolezza del rischio di caduta e collaborare in modo integrato, costante ed attento all'applicazione di strategie multifattoriali. Nel contempo sono stati realizzati strumenti anche per la prevenzione primaria rivolta a tutti gli individui over 65 anni presenti sul territorio ASM, considerati per l'appunto “soggetti a rischio. Le azioni espletate secondo il programma approvato con il presente progetto si sono sviluppate in più fasi e vengono di seguito riassunte:

nella prima fase si è proceduto all'elaborazione del progetto esecutivo, ad attività di studio per la realizzazione di una Procedura, all'Individuazione dello strumento scientifico per la valutazione del rischio caduta ed all'elaborazione scheda di segnalazione evento caduta. Successivamente vi sono state: attività di studio per la pianificazione dei corsi e delle attività formative, con preparazione dei contenuti, delle relazioni, degli esercizi di addestramento simulazioni e del questionario di gradimento dei corsi; la redazione del materiale informativo da distribuire; attività varie di comunicazioni; attivazione e conclusione dei corsi di formazione/addestramento all'uso corretto degli strumenti contenuti nella procedura ed analisi di gradimento dei corsi. Una terza fase si è esplicitata con l'adozione sperimentale della scheda per la prevenzione e gestione delle Cadute accidentali in ambiente ospedaliero implementata nelle Unità Operative individuate come reparti pilota. Nella quarta fase, in collaborazione con il Responsabile dell'U.O. di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, si è elaborata una Guida per la Prevenzione degli Incidenti Domestici in ambito domiciliare dal titolo *“La casa sicura nella terza età”* stampata in 10.000 copie poi distribuite su tutto il territorio ASM (Matera e Provincia) previa presentazione a mezzo stampa (emittente televisivo locale).

Progetto 16.5 La revisione della Documentazione Infermieristica - realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale

Dott.ssa Maria Luisa Zullo- Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche alla Persona

Email : maria.zullo@regione.basilicata.it - Tel. 0971/668920

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Aumentare la sicurezza delle prestazioni infermieristiche. Documentare in maniera appropriata le attività infermieristiche erogate. Migliorare la pianificazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica. Revisione e sostituzione della documentazione infermieristica in 3 Unità Operative individuate come reparti pilota. Attivazione di un sistema di monitoraggio della documentazione infermieristica.

Relazione finale

Documentare significa registrare informazioni aggregate in modo organizzato e finalizzato. La documentazione infermieristica è una componente essenziale della pratica professionale: riflette e dichiara il contributo fornito dai diversi professionisti per ciascuna persona assistita, rappresenta uno strumento efficace di valutazione del paziente e, se utilizzata in maniera appropriata, facilita le decisioni in merito ai bisogni sanitari immediati e ai bisogni di continuità assistenziale. Utilizzata in tutti i suoi aspetti quali: l'anamnesi infermieristica, la pianificazione, la valutazione, la dimissione infermieristica, e impostata secondo un modello scientifico basato sulla rilevazione della Complessità Assistenziale, costituisce per la professione infermieristica l'opportunità di migliorare la qualità delle prestazioni, approfondire le conoscenze disciplinari, sviluppare la ricerca e determinare, a livello gestionale, i propri carichi di lavoro. Partendo da queste premesse è stato pianificato ed implementato il progetto sulla revisione della Documentazione Infermieristica fondata sul "*Modello delle Prestazioni Infermieristiche*" di Marisa Cantarelli, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'individuazione dei bisogni assistenziali e la pianificazione e valutazione delle prestazioni da erogare.

Le azioni espletate secondo il programma del progetto, si sono svolte in tre fasi come di seguito descritte: una prima con l'elaborazione del progetto esecutivo ed una attività di studio per la revisione della Documentazione Infermieristica; una seconda con : attività di studio per la pianificazione dei corsi e delle attività formative, preparazione dei contenuti, delle relazioni, degli esercizi di addestramento simulazioni e del questionario di gradimento dei corsi, redazione del materiale informativo da distribuire; attività varie di comunicazioni, attivazione e conclusione dei corsi di formazione/addestramento all'uso corretto della Documentazione Infermieristica (3 Edizioni accreditate ECM) ed analisi di gradimento dei corsi. Infine un terza fase che con adozione sperimentale della Documentazione Infermieristica nelle Unità Operative individuate e la supervisione da parte dei Coordinatori e delle Posizioni Organizzative delle UU.OO. interessate, con eventuali segnalazioni di punti critici.

Linea Progettuale 17: IMPLEMENTAZIONE DEL CODICE ETICO NELLE AZIENDE SANITARIE

La presente linea Progetto intende identificare, promuovere e diffondere l'etica professionale presente nei codici di ogni professione mediante la creazione di contesti interpersonali di condivisione e confronto in gruppo dei principi etici individuali. L'integrazione dei principi etici individuali permette l'identificazione di regole condivise (codice etico) a cui dovranno conformarsi i comportamenti professionali e realizzarsi così una relazione professionale eticamente certificata dagli stessi operatori che la effettuano. Codice etico condiviso e regole professionali considerate coerenti con esso danno origine ad un "Patto" da trascrivere all'interno di una "Carta Etica". Ciò rappresenta per i cittadini la garanzia che la relazione professionale e la conseguente prestazione erogata riflettano regole professionali concordate, per unità organizzativa coinvolta, nel rispetto dei diversi codici deontologici, delle Leggi e dei contratti valorizzando la formazione e l'esperienza degli operatori. L'obiettivo è definire un "codice etico" il più possibile condiviso sia come *etica "della"* azienda o struttura sanitaria nei rapporti verso l'esterno (cittadini e committenza), sia come *etica "nella"* azienda che implica complesse relazioni interpersonali. Risultato atteso è l'adozione della Carta Etica al fine di attuare l'umanizzazione delle cure ed aumentare la customer satisfaction dei cittadini.

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato un solo progetto aziendale giusta tabella sottostante:

17 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie	17.1 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie- ASP	109.733,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 17:	109.733,00

Progetto: 17.1 Implementazione del codice etico nelle aziende sanitarie- realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dott.ssa Maria Luisa Zullo- Ufficio Pianificazione Sanitaria-
Dipartimento Politiche alla Persona
Email : maria.zullo@regione.basilicata.it - Tel. 0971/668920

Durata : Biennio 2013-2014

Impianto progettuale

Stesura del Codice Etico e del Codice di Comportamento aziendale nell'anno 2013 (procedura partecipata con consultazione della società civile e dei portatori di interesse) approvazione con atti deliberativi.

Definizione ed implementazione di percorsi formativi sui temi dell'etica, dell'integrità e della collaborazione professionale per migliorare la qualità delle cure e l'accoglienza dell'utenza alle strutture amministrative di supporto e alle diverse articolazioni aziendali eroganti servizi e prestazioni socio-sanitarie.

Definizione ed approvazione procedura segnalazioni di illeciti ed irregolarità: “Whistleblowing Policy” allo scopo di tutelare chi segnala situazioni di illeciti (anno 2014).Elaborazione e adozione della Carta Etica (anno 2014).

Relazione finale

L’Azienda Sanitaria Locale di Potenza con deliberazione del Direttore Generale n. n. 137 del 6 marzo 2013 ha adottato il Codice Etico che, con la sua dimensione valoriale, costituisce parte integrante del Codice di Comportamento aziendale (cfr. comma3 art.1)che è stato approvato con deliberazione n. 756 del 18 dicembre 2013 previa acquisizione del parere obbligatorio dell’OIV, ai sensi del DPR. n. 62/2013. I lavori per l’adozione del Codice Etico, come pure per l’adozione del Codice di Comportamento, hanno visto il pieno coinvolgimento e la convocazione in appositi incontri di associazioni, cittadini-utenti ed Ordini Professionali insieme all’ Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), l’O.I.V. ed il Collegio di Direzione aziendale.

Nella stesura del codice di comportamento aziendale, avviata nel mese di novembre 2013, si è fatto riferimento, oltre che alla L.190/2012, anche alla Delibera n. 75/2013 della CIVIT recante le Linee Guida in materia di Codice di Comportamento nella Pubblica Amministrazione. 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.

E’ bene ricordare che il Codice di comportamento, a differenza del Codice Etico, non ha una dimensione valoriale ma disciplinare. Infatti con tale codice di comportamento si applica il nuovo regime degli effetti giuridici e delle responsabilità conseguenti alla violazione delle regole comportamentali, regime previsto dal comma 3, art. 54 del D.lgs n. 165/2001, così come modificato dall’art. 1 comma 44, della L. 190/2013.

Nel Codice Etico è prevista la nomina del Comitato Etico, poiché le funzioni del Comitato Etico risultano ormai attribuite all’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) secondo quanto espressamente detto dalla CIVIT nella delibera n. 75/2013, la Azienda ASP soprassiede alla nomina di detto Comitato. Nel corso dell’anno i soggetti interni all’ASP ed i soggetti esterni con cui l’Azienda ha avuto rapporti hanno lavorato in piena condivisione dei principi etici dichiarati nel Codice Etico e nel Codice di Comportamento contribuendo al miglioramento della qualità dell’attività erogata con al centro il paziente ed il perseguimento dell’efficacia e dell’appropriatezza delle prestazioni. Si è, altresì, definito ed implementato un percorso formativo rivolto sia alle strutture amministrative di supporto sia alle diverse articolazioni aziendali che erogano servizi e prestazioni socio-sanitarie, sui temi dell’etica, dell’integrità e della collaborazione professionale con l’obiettivo di migliorare la qualità delle cure e l’accoglienza dell’utenza.

Riguardo alle iniziative di promozione dell’integrità e della trasparenza rivolte alla società civile e ai dipendenti dell’Azienda sono stati organizzati due eventi:

-La Conferenza dei Servizi “ *Le misure per affermare la legalità – Il punto di vista della società civile e l’esperienza dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza in tema di anticorruzione e trasparenza*”, realizzata a giugno 2014, presso il Park Hotel a Potenza, la cui organizzazione ha richiesto un notevole impegno: tutto il lavoro di divulgazione dell’evento, di scelta e contatti con i relatori, di predisposizione e stampa dei materiali occorrenti (manifesti, registro partecipanti, attestati, cartelle per i partecipanti, ecc.). La Conferenza è stata articolata su due momenti: quello della tavola rotonda, cui hanno preso parte il Presidente dell’Associazione Nazionale LIBERA, il Presidente dell’OIV e un Rappresentante dell’Associazione Cittadinanza Attiva, e quello

pomeridiano dedicato al confronto interno tra i Direttori delle UU.OO. e coordinato dal Direttore Amministrativo. L'evento ha avuto un buon riscontro sia tra i dipendenti che all'esterno (partecipazione tra altri, di dirigenti dell'ASM, del CROB e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo).

- Info-day e **Carta Etica**

Per l'organizzazione dell' Info-day, il Responsabile della prevenzione della corruzione, insieme al Responsabile della Trasparenza, ha tenuto un primo incontro con la Direzione Amministrativa e con alcuni Dirigenti Medici in data 22/07/2014. Si è deciso di prevedere un incontro formativo per ciascun ambito territoriale. In pari data il Gruppo Progettuale composto dai collaboratori dei due Responsabili, ha approntato delle schede su alcuni aspetti della relazione tra l'operatore sanitario ed il paziente, con particolare attenzione agli aspetti etici. Grazie alla collaborazione degli operatori sanitari, individuati uno per ciascuna U.O. dai Direttori responsabili (P.O. di Villa D'Agri, USIB di Venosa, DSM, SERT di Potenza, Dipartimento Area Medica Assistenza Post-acuzie, Responsabile dei Consultori Familiari) che hanno completato le schede riportando il punto di vista della propria esperienza aziendale con il coinvolgimento delle altre figure professionali con lavorano quotidianamente. Sono state individuate diverse aree tematiche: Accoglienza; Chiusura e apertura- oltre i compartimenti stagni; Trasparenza esterna; Collaborare; Empatia; Identità- carattere dell'Azienda; Identità e molteplicità. Per ciascun tema, inoltre, sono stati riportati gli articoli del Codice di Comportamento aziendale pertinenti. Le schede prodotte da ciascun referente sono state discusse in apposito incontro aziendale e successivamente pubblicate sul sito web aziendale per allargare il confronto fra gli operatori sui contributi fin qui elaborati. I due Responsabili per la trasparenza e l'integrità, supportati dal gruppo progettuale, sulla base dei contributi ricevuti dai Referenti, hanno predisposto la **Carta Etica** che è stata successivamente **approvata nel corso dei lavori dell'Info-Day** con il Gruppo allargato. Sono state altresì programmate le ulteriori azioni da sviluppare nell'anno successivo.

Linea Progettuale 18 - PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (DGR 981/2013)

Con Accordo sancito in Conferenza Stato Regioni in data 7 febbraio 2013 il PNP 2010/2012 è stato prorogato al 31 dicembre 2013. In tale accordo si è convenuto, tra altro, di confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento degli obiettivi di Piano .

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato, in applicazione D.G.R. Basilicata n. 981/2013, i progetti riassunti nella tabella di seguito indicata:

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

Referenti regionali

Dott.ssa Gabriella Cauzillo

Dirigente Osservatorio Epidemiologico Regionale-

Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it - Tel.0971/668839

Dott. Francesco Locuratolo - Politiche della

Prevenzione - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Regione Basilicata

Durata Piano Prevenzione 2013

Relazione finale

Circa la Linea Progettuale n. 18 (Piano regionale della prevenzione 2010-2013) si fa presente quanto segue: il progetto di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari ha raggiunto gli obiettivi fissati. Si sottolinea inoltre il contributo regionale alle attività dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del "Progetto Cuore", cui è correlata questa linea d'intervento, oltre che alla raccolta dati nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare relativamente alle due indagini nazionali su distribuzione dei fattori di rischio, frequenza delle condizioni a rischio e prevalenza delle malattie cardiovascolari. Peraltro si è data la prevista continuità al progetto di stratificazione della popolazione prediabetica per rischio cardiovascolare globale e diagnosi precoce di eventuale danno d'organo, tant'è che continua ad essere seguito e trattato il 100% dei soggetti con danno d'organo precoce individuato. Riguardo al progetto di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali sono stati raggiunti tutti gli obiettivi previsti. Pur tuttavia la promozione di stili di vita utili ad una "guida sicura" costituisce ancora una priorità e, pertanto, anch'essa oggetto della nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione nell'ambito del protocollo d'intesa tra la Regione Basilicata e l'Ufficio Scolastico Regionale che fa riferimento, in particolare, al programma nazionale "Guadagnare Salute" ed in cui s'intende prestare maggiore attenzione all'età adolescenziale. Anche il progetto sugli incidenti domestici è stato portato a termine ed in particolare sono stati realizzati tutti gli eventi formativi programmati ed implementati gli scambi informativi con l'INAIL – Direzione Regionale. I progetti inerenti alla sicurezza nei cantieri edili ed in agricoltura hanno raggiunto solo parzialmente gli obiettivi previsti per criticità organizzative legate ai carichi di lavoro rinvenienti dall'aumento delle operazioni di vigilanza presso le competenti unità operative aziendali, che sono state programmate e realizzate anche insieme con altri organismi di controllo e che hanno consentito un livello di attività ispettiva oltre l'adempimento LEA atteso: nella nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione dette tematiche sono state opportunamente riprese e sviluppate in piani dedicati a tali comparti. Sono stati raggiunti i risultati attesi dai progetti relativi alla vaccinazione antinfluenzale in soggetti a rischio e alla vaccinazione antimorbillo-parotite e rosolia oltre che quelli previsti al riguardo delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute) e della promozione dell'allattamento al seno. Sono stati raggiunti altresì i risultati fissati nell'ambito dei progetti di prevenzione dell'obesità ed i disturbi del comportamento alimentare al pari di quelli concernenti la razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale. In ordine al potenziamento della diagnosi precoce dell'infezione da HIV l'attività è stata incrementata e, comunque, è stata sempre assicurata la partecipazione al sistema nazionale di specifica sorveglianza. Le attività di screening audiologico neonatale è pressoché a regime e saranno consolidate nella fase esecutiva della nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione unitamente alle attività di screening oftalmologico. Nella nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione sarà dato anche maggiore spazio ad iniziative riguardanti gli anziani per la promozione di stili di vita salutari.

Sono stati portati a termine anche i progetti “Percorsi di solidarietà” e “Approccio multidisciplinare alla sclerosi multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali”, attesa la continuità delle prestazioni dovute. In merito ai progetti su echinococchi e controllo e riduzione delle malattie trasmesse con alimenti (ripresi nella nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione), sono state realizzate le attività formative del personale sanitario interessato, definite le modalità di raccolta/archiviazione dati per la sorveglianza e redatte specifiche linee guida dedicate alle imprese del settore alimentare e, tra l'altro, è stata osservata una riduzione di circa il 30% delle MTA rispetto al 2010. Infine, per quanto riguarda il progetto di implementazione delle attività di sorveglianza epidemiologico-sanitaria delle patologie asbesto-correlate, si è data continuità alle iniziative regionali in corso (quali quelle del registro mesoteliomi e quelle di monitoraggio del territorio per siti contaminati e interventi di bonifica) e partecipato al progetto CCM 2012 finalizzato alla definizione di un protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, in attesa dell'esecutività del nuovo piano nazionale amianto, che si ritiene indispensabile ad orientare opportunamente anche tali azioni. Si aggiunge che la Regione Basilicata ha comunque previsto l'aggiornamento del piano amianto con DGR n. 95/2016; ha recepito con DGR 294/2016 l'accordo concernente la qualificazione dei laboratori pubblici e privati che effettuano attività di campionamento ed analisi sull'amianto sulla base dei programmi di controllo di qualità di cui all'art.5 e all'allegato 5 del decreto 14 maggio 1996 ed è in procinto di recepire l'accordo finalizzato alla completa informatizzazione degli adempimenti previsti dall'articolo 9 della legge 27 marzo 1992 n. 257 e dagli articoli 250 e 256 del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, concernente le imprese che utilizzano amianto nei processi produttivi o che svogono attività di smaltimento o di bonifica dell'amianto oltre ad aver implementato già negli anni precedenti la mappatura e la caratterizzazione delle aree con presenza di litologie potenzialmente contenenti amianto, procedendo alla messa in sicurezza di quelle a maggior rischio, e dato i primi indirizzi per la mitigazione dell'esposizione alle fibre aerodisperse e, infine, previsto incentivi per la bonifica di siti e beni di proprietà pubblica e privata a protezione della popolazione dai pericoli derivanti dalla presenza di amianto sul territorio regionale.

Linea Progettuale: 19 SUPERAMENTO O.P.G. E SALUTE MENTALE

Il 24 gennaio 2013 è stato approvato in Conferenza Unificata il “Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) che, accanto alla diffusione dei disturbi psichici, identifica aree di bisogno prioritarie e definisce chiaramente i punti di criticità da affrontare nell'ambito della salute mentale sia dell'età adulta dell'infanzia ed adolescenza. Il piano, avendo a base il concetto dei “percorsi di presa in carico e di cura esigibili” prevede lo sviluppo di azioni che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro d'equipes e l'offerta di programmi clinici aggiornati. Vengono altresì identificati i bisogni prioritari su cui elaborare i percorsi di cura e la possibilità di definire strumenti differenziati e la produzione di linee di indirizzo specifiche nelle aree dei trattamenti psichiatrici residenziali a ciclo diurno sia in età adulta che in età evolutiva. L'efficacia del Piano di azione si basa anche sul monitoraggio continuo della sua implementazione nei diversi contesti nazionali, regionali e locali. La presente linea progettuale richiede la formulazione di progetti che: mediante programmazioni regionali ed aziendali recepiscano il PANSM e ne promuovano

l'implementazione anche a livello sperimentale e per singoli segmenti di piano; attivino il monitoraggio dell'Applicazione del PANSM e dei documenti approvati derivanti dallo stesso .

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero due progetti giusta tabella sottostante:

19 SUPERAMENTO O.P.G. E SALUTE MENTALE	19.1 La promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici. (ASP)	799.954,00
	19.2 Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano delle Azioni Nazionali per la Salute Mentale) ASM	74.996,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 19:	874.950,00

Progetto 19.1 : La promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

Dott.ssa Carolina Di Lorenzo – Ufficio Terzo Settore –
Dipartimento Politiche della Persona-

Email: carolina.dilorenzo@regione.basilicata .it – tel. 0971/668864

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti psichiatrici e alle loro famiglie. Attivare un sistema informativo specifico in cui inserire i dati rilevati. –Valutazione del quadro internistico, i fattori di rischio e lo stile di vita del paziente psichiatrico. Azioni .

Relazione finale

Il Progetto “Promozione della salute fisica negli utenti psichiatrici” è stato discusso e condiviso nei Centri di Salute Mentale di ogni ambito territoriale del Dipartimento Salute mentale ASP . E' stato avviato uno studio epidemiologico con selezione dei pazienti in carico ai CSM affetti da disturbo schizofrenico o disturbo bipolare che presentano un aumento ponderale. Questi pazienti , così come riportato in letteratura ed evidenze cliniche , hanno un rischio più elevato di sviluppare malattie endocrine e metaboliche ciò a causa dell'uso degli psicofarmaci. Lo studio avviato nel CSM di Lauria coinvolgerà gradualmente tutti i CSM del DSM ASP. Il lavoro ha previsto il monitoraggio dei pazienti selezionati con la raccolta:

- dei dati antropometrici (peso con analisi massa corporea (massa grassa e magra); altezza; circonferenza addome ,ecc);
- del BMI (Body mass index)
- dei dati del metabolismo e funzionamento cardiaco (glicemia, assetto lipidico, EEG,P.A.,ecc)
- dei dati delle condizioni psicopatologiche degli utenti ;
- dei dati del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'utente;

-dei dati inerenti le abitudini e lo stile di vita dell'utente e della famiglia.

Si sta attivando all'interno dei CSM un sistema informativo specifico su tale tematica in cui inserire i dati rilevati. Si stanno elaborando fogli mirati a rilevare i fattori di rischio e i test di screening a livello basale e con cadenza programmata, a completamento della cartella clinica ambulatoriale, che evidenzino gli utenti a rischio, i percorsi di cura e i risultati raggiunti.

E' in fase di programmazione l'elaborazione di un opuscolo o guida da distribuire ai pazienti con informazioni sui fattori di rischio della sindrome metabolica e complicanze cardiovascolari; con consigli sul corretto stile di vita; sull'alimentazione sana ed equilibrata; sulla promozione della salute fisica e psichica nella persona. Sono stati presi contatti con i MMG e con il SIAN per stabilire piani di collaborazione.

Progetto 19.2 Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano delle Azioni Nazionali per la Salute Mentale)- realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM).

Referente regionale

Dr Giuseppe Montagano – Ufficio Pianificazione Sanitaria-

Dipartimento Politiche della Persona-

Email: giuseppe.montagano@regione.basilicata.it - tel. 0971/668709

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Sviluppo di azioni ai fini delle attività psico-terapeutiche e socio riabilitative rivolte ai pazienti con patologie gravi in carico ai CSM e nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Relazione finale

Scopo principale del progetto è quello di garantire il Monitoraggio dell'applicazione del PANSM (Piano di azioni nazionale per la salute Mentale). Nel corso del 2013 si sono svolte molteplici attività:

- Implementazione delle attività psico-terapeutiche e socio riabilitative rivolte ai pazienti con patologie gravi in carico CSM e nelle strutture residenziali e semiresidenziali
- 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
- Selezione dei pazienti del DSM, in particolar modo sono stati presi in considerazione quelli presi in carico nei progetti di recupero socio riabilitativo e psicoterapeutico riabilitativo.

Si sta lavorando all'indizione di tre borse di studio riservate rispettivamente a due Assistenti sociali e ad uno Psicologo in quanto figure professionali necessarie per lo sviluppo di percorsi di presa in carico e di trattamenti integrati bio psico sociale.

Linea Progettuale 20: SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

I dati sull'andamento infortunistico, sebbene costantemente in calo nel nostro paese, continuano a rappresentare un pesante onere per lo Stato data l'entità dei costi sociali, economici, assicurativi e non assicurativi. A seguito della pubblicazione del documento ILO, aprile 2013, si è mostrato che nel mondo circa l'80% delle morti annuali collegate allo svolgimento delle attività lavorative sono causate da malattie e solo il 20% è risultato attribuibile ad infortuni. Vi è pertanto la necessità di attivare politiche di prevenzione efficaci per diminuire le malattie correlate all'attività lavorativa. Sono previste azioni per la prevenzione del rischio cancerogeno. Sulla scorta di strategie ed obiettivi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e l'indicazione di aree prioritarie di intervento nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero due progetti giusta tabella sottostante:

20 SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO	20.1 Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro. (ASP)	121.515,00
	20.2 Radioprotezione dei Lavoratori (IRCCS)	97.222,00
	TOTALE LINEA PROGETTUALE 20:	218.737,00

Progetto 20.1 Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro - realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale

D.ssa Gabriella Cauzillo

Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione-Osservatorio

Epidemiologico Regionale-Responsabile ReNaMCOR

Basilicata- Dipartimento Politiche della Persona

Durata : triennio 2013/2015

Impianto progettuale

Istituzione osservatorio aziendale regionale, realizzazione della rete territoriale integrata di sicurezza nell'ambiente lavorativo. Realizzazione piattaforma informativa aziendale atta ad integrare informazioni rivenienti: dai diversi attori che a vario titolo interfacciano le 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.

Attivazione di congrue ed efficaci politiche di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Miglioramento delle attività di monitoraggio e controllo.

Relazione finale

L'Osservatorio Aziendale dell'Azienda ASP di Potenza, insieme all'Osservatorio Regionale per la Sicurezza sul lavoro, ha quale mission la sorveglianza, la gestione e soprattutto la prevenzione del rischio correlato all'ambiente di lavoro con finalità di abbattimento significativo dell'incidenza di malattie collegate all'attività lavorativa. L'azienda sanitaria ASP di Potenza con propria

relazione ha dichiarato che sono state avviate le attività inerenti l'Istituzione dell'Osservatorio Aziendale regionale, che attua una rete territoriale integrata di sicurezza nell'ambiente lavorativo, unitamente alle attività per la realizzazione di una piattaforma informatica e per l'attivazione di congrue ed efficaci politiche di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali unitamente alla promozione di programmi di prevenzione ed al miglioramento delle attività di monitoraggio e controllo. Il tutto al fine, tra altro, di giungere all'abbattimento dell'incidenza degli infortuni sul lavoro e dell'insorgenza di malattie correlate all'attività lavorativa dei cittadini con conseguente diminuzione della spesa socio-sanitaria.

Progetto 20.2 : Radioprotezione dei Lavoratori - realizzato da I.R.C.C.S. di Rionero

Referente regionale

Dott.ssa Gabriella Cauzillo - Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione-
Osservatorio Epidemiologico Regionale- Responsabile ReNaM COR Basilicata-
Dipartimento Politiche della Persona Regione Basilicata
Tel. 0971/668839
Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it

Durata : un anno

Impianto progettuale

Sviluppo ed applicazione di sistema organico, hardware e software, per il monitoraggio continuativo dei parametri vitali dei pazienti soggetti a terapie con radionuclidi, con apporto minimo di operatori esterni. Automatizzazione dei processi di misurazione, fruizione dei dati in tempo reale con sistema di alert a supporto delle decisioni del personale medico del lavoro del personale infermieristico.

Relazione finale

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. 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. Obiettivo del presente progetto è implementare azioni atte alla riduzione della radio esposizione di lavoratori e pazienti con conseguente diminuzione dell'insorgenza di eventi patologici correlati alla radio .

In merito alla corretta e specifica gestione di pazienti oncologici e sottoposti a RTM con I131, in regime di ricovero protetto, era 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. È stato introdotto e sviluppato un sistema che ha consentito di misurare i parametri vitali dei pazienti sottoposti a terapie radiometaboliche al fine di ottimizzare il contatto fisico tra di essi e l'operatore sanitario. Ciò, al triplice fine di poter 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.

Si è trattato, ovvero, di sviluppare ed applicare un sistema organico, hardware e software, che ha consentito 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 è ottenuta una visione globale dello stato del paziente, si è avuta la possibilità di verificare precocemente l'insorgenza di eventi patologici e si sono avute informazioni circa la migliore scelta assistenziale e terapeutica, il tutto risparmiando, se non azzerando, la radio esposizione dei lavoratori preposti. Considerando la tipologia di paziente e le relative condizioni cliniche, è stato possibile decidere quali sono i parametri vitali che meritano un continuo monitoraggio (ECG, HR, posizione, SPO2, temperatura...), laddove il rilievo della radioattività è invece previsto per ciascun paziente. Molteplici i vantaggi derivati dall'introduzione di un tal sistema: l'automatizzazione dei processi di misurazione, la fruizione dei dati in tempo reale e un sistema di alert vanno a supportare le decisioni del personale medico ed il lavoro del personale infermieristico; un solo strumento è in grado di monitorare più parametri e, grazie alla completa modularità del sistema, restituisce la possibilità di variare in ogni momento i sensori a seconda delle esigenze specifiche del paziente; Quello "prototipizzato" è un dispositivo non ingombrante, totalmente wireless e facile da indossare grazie ai comodi supporti biocompatibili; il dispositivo e l'interfaccia grafica sono semplici ed intuitivi da utilizzare per i medici, gli infermieri e gli stessi pazienti, senza alcun bisogno di supporto tecnico specializzato.

Per raggiungere gli obiettivi previsti nel progetto si è utilizzato il sistema di monitoraggio WIN MEDICAL di seguito illustrato.

Il sistema W.I.N. (Wireless Integrated Network), ha consentito una pronta implementazione del monitoraggio dei principali parametri vitali dei pazienti nella unità operativa di Medicina nucleare. Costituisce il primo vero esempio di applicazione del sistema in locations che prevedono un regime di ricovero protetto. Esso è stato poi implementato anche nel reparto di cure intermedie. Come valore aggiunto va segnalato il fatto che il sistema è stato prontamente implementabile ed ha consentito il monitoraggio dei più disparati soggetti clinici, in particolare coloro che presentavano uno spiccato ipotiroidismo che costituisce una condizione particolarmente invalidante dal punto di vista fisiologico. Al momento sono stati monitorizzati completamente molti pazienti ed in particolare l'emissione della radiazione residua rilevata con il micro-device in uso è stata correlata numericamente ai dati ottenuti dal sistema fisso, al fine di eseguire un'analisi di riproducibilità e di ripetibilità delle misure (vedi confronto tra due metodi; Bland Altman).
Segue relazione del responsabile U.O.C. Medicina Nucleare dell'IRCCS CROB Rionero dr Storto:

Background and Significance

To deal with patients undergoing therapy with radionuclides represents an operational challenge due to both historical misapprehensions and recent legal constraints. Recently, the correct management of such issues as well as of the professionals involved has become a must in nuclear medicine units as well as in cyclotron facilities. The technology now exists to optimize the radiation exposure maintaining the true human relationship with subjects who suffer from a distressing disease. Wireless technology (e.g. WiFi and Bluetooth) and portable/wearable electronics and sensors may allow to monitor both physiological signals and radiation in a single and modular device. This flexible solution may improve patient care and protect professionals with the same device assessing the patients in a comprehensive manner and avoiding undue professional exposures. In addition, an appropriate environmental monitoring could be

implemented when dealing with both cyclotron facilities and waste radioactive materials. The project holds features embracing both healthcare and job safety policies as well as environmental security. Disclosure: the industry producing the whole device (parts commercially available and the novel experimental device for residual radioactivity) is not involved in the project.

Aim 1:

To reduce and optimize radiation exposure of professionals dealing with radioactive patients by means of a portable wireless radiation measurement unit. To extend this monitoring to other peculiar environment such as cyclotron and radiochemistry facilities, where professionals are also exposed.

Aim 2:

To validate the wireless device measurements by comparing the outputs with those obtained from an already existing technology. To monitor time by time multiple clinical parameters of patients undergoing protected-hospitalization, by means of a wireless, modular monitoring device.

Aim 3:

To integrate the wireless device with modules for monitoring radioactive waste derived from nuclear medicine units.

Hypothesis:

There are technological evidences for implementing wireless devices, patient wearable, in protected, controlled areas with restricted access in order to reduce the possibility of undue radiation exposure to professionals. This technology would improve, at same time, patient-physician relationship and check. Additionally, the methodology holds reversibility since it could be applied for environmental monitoring. As a result, it would allow to protect professionals involved in radiochemistry facilities and to adhere strictly and easily to the policy on radioactive waste. The final output will be to provide an exportable monitoring model able to be easily implemented in several hospitals.

Preliminary data

Wireless technology sustained by means of portable devices easily worn by patients constitutes an opportunity to warrant appropriate management of nuclear medicine units. Such technology coupled with a dedicate software has already been implemented successfully for monitoring cardiologic patients during daily activities. A novel mini-probe able to monitor continuously residual radioactivity from patients treated with Iodine-131 has been employed in nuclear medicine daily practice as a part of an already existing, comprehensive (see physiological parameters), wearable device (commercially available). Measures were compared to those obtained from a randomly active, fixed environmental probe. Twenty patients have been monitored. Overall 45580 ± 13 measurements from the wireless device were obtained, detecting the residual radioactivity for each patient during 56 hours of hospitalization picking up data 53 times in an hour. Data were averaged every two hours obtaining 28 measures, corrected and compared to those from the fixed device. Bland-Altman analysis recognized the agreement between measurements by wireless and fixed device, translating reproducibility and interchangeability. Monthly mean dose rates for the 8 workers involved were 0.8 ± 0.2 mSv as compared to 1.2 ± 0.6 mSv which is the consolidated historical datum; $p < 0.001$. From a clinical point of view, most of patients (17/20; 85%) revealed an unexpected high rate of long-lasting hypothermia ($32 \text{ }^\circ\text{C} \pm 3$) and bradycardia ($45 \text{ beats/min} \pm 15$) that can be present in this condition (hypothyroidism) but unusually demonstrated.

Materials and methods

Groups of three different patients undergoing radionuclide therapy hospitalized in restricted, controlled areas, twice per weeks, will be monitored continuously. This comprehensive health system includes a portable device able to register vital/non vital parameters such as cardiac frequency and blood pressure as well as positioning during daily activities and residual radioactivity. Patients complying with strong hypothyroidism (low clinical compliance), before radiodine therapy, were eligible and then enrolled. Such clinical condition represented an inclusion criterion to receive the monitoring. The probe used was an RD2007, a high Performance X-Ray detector that combines a Si-PIN photodiode preamplifier, and a pulse discriminator in one device. This portable device was calibrated against a Reference Standard which is periodically rectified by the Paul Scherrer Institute (PSI). The methodology will be tested to monitor cyclotron facilities and the radioactive waste as well.

Impact and translational implications

The implementation of the above mentioned system would optimistically allow to adhere strictly to the current policy on job environmental safety. It will improve the procedures for reducing radiation and environmental exposure due to medical radio activity. The continuous monitoring of the hospitalized patients in restricted areas might also enhance the daily patient/professional relationship in order to offer a more familiar approach. It constitutes an exportable model.

ALLEGATO 3 /2014

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA
PROGETTUALE:**

**MISURE DIRETTE AL CONTRASTO DELLE
DISUGUAGLIANZE IN SANITA'**

(punto 4 dell'Accordo Stato Regioni n. 126/CSR del 30 luglio 2015)

In applicazione del punto 4 dell'Accordo Stato Regioni n. 126/CSR del 30 luglio 2015 si relaziona di seguito circa i risultati conseguiti nel SSR della regione Basilicata a seguito dell'implementazione, mediante appositi progetti, della linea Progettuale MISURE DIRETTE AL CONTRASTO ALLE DISUGUAGLIANZA IN SANITA' - prevista dall' Accordo Stato Regioni n. 227/CSR del 22 novembre 2012 , Allegato A parte II L.P. n. 1 –(erogazione fondi vincolati 2012 obiettivi di piano) e dall' Accordo Stato Regioni n. 13/CSR 20 febbraio 2012 ,Allegato A - L.P n. – (erogazione fondi vincolati 2013 obiettivi di piano) .

Premesso che il SSN ha dalla sua istituzione una forte vocazione universale e solidaristica e che nel corso degli anni si registrano, comunque, delle disuguaglianze, in termini di indicatori di salute imputabili a molteplici e complesse variabili: economiche, culturali e sociali, spesso interconnesse ed implicanti conseguenze quali la diseguità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e di outcome sanitari. Al fine di superare le spinte negative legate ai determinanti sociali, economici e culturali il SSN ha inteso, definire percorsi innovativi concreti che contribuiscano ad una “ridistribuzione del bene salute” nel rispetto delle garanzie costituzionali. In quest'ottica si chiede alle regioni l'elaborazione e la realizzazione di progetti sperimentali rientranti nella linea progettuale **Misure dirette al contrasto alle disuguaglianza in sanità**, giusto Accordo Stato- Regioni n. 227/CSR del 22 novembre 2012 (Allegato A parte II- Linea Progettuale 1) successivamente proseguita ed integrata giusto Accordo Stato Regioni n. 13/CSR 20 febbraio 2012 (Allegato A -linea Progettuale 6) con i quali, mediante l'utilizzo di parte delle risorse vincolate dedicate all'attuazione degli obiettivi del piano sanitario rispettivamente per l'anno 2012 e per l'anno 2013, pongano in essere misure di contrasto agli effetti sulla salute connessi alla povertà/basso reddito tenendo conto di specifici indirizzi complessivamente delineati e comunque applicabili coerentemente alle specifiche realtà regionali.

Gli obiettivi della presente linea progettuale sono molteplici ed implicano la misurazione e il monitoraggio delle disuguaglianze politiche e sociali in sanità, con particolare attenzione ai bisogni a cui adeguare l'offerta dei servizi mediante lo sviluppo di percorsi rivolti anche alla presa in carico dei problemi connessi all'immigrazione in un contesto socio-economico in grado di influenzare l'accesso ai servizi sanitari e il tipo di utilizzo degli stessi.

La condizione di marginalità sociale ed economica, infatti, si accompagna spesso a forti difficoltà nella fruizione dei servizi , nell'accesso alle informazione ai servizi esistenti e alle modalità di utilizzo dei servizi stessi e genera così ulteriore disuguaglianza. In tale ottica il SSR Basilicata, attraverso le proprie aziende sanitarie (ASP) ed ospedaliera (AOR San Carlo –Pz-) ha posto in essere diversi progetti di natura sperimentale di cui alcuni con finanziamento annuale (FSN Vinc. 2013 ob. Piano) ed altri con finanziamento biennale (FSN Vinc. 2013 e 2014 ob.Piano) che sono riassunti nella tabella di seguito indicata:

Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le disuguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure-(ASP) - Biennale (finanziamento FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013)
Istituzione di un servizio di intermediazione linguistico culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati c/o l'azienda Ospedaliera Regionale " San Carlo" PZ –Biennale (finanziamento FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013)
Attivazione "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera R. "San Carlo" di Potenza – Biennale (finanziamento FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013)
Istituzione di un servizio di odontostomatologia presso il Centro Pediatrico Bambino Gesù- Basilicata- A.O.R. " San Carlo" PZ – annuale(finanziamento FSN Vincolati anno 2012)
"Da un sistema di progetti ad un progetto di sistemi" A.O.R. "San Carlo" - PZ- annuale(finanziamento FSN Vincolati anno 2012)

Il progetto **“Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le disuguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure-(ASP)”** - Biennale (con finanziamenti FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013) ha posto attenzione alle difficoltà proprie dell’immigrazione, che risulta essere quasi sempre di natura stagionale, in un’ area geografica definita; il tutto mediante: l’analisi dei dati inerenti la distribuzione geografica degli immigrati, i loro relativi bisogni sanitari e socio sanitari con annesso monitoraggio e relativo adeguamento di offerta dei servizi unitamente alla garanzia di una comunicazione multiculturale. Il compiersi di tale sperimentazione ha permesso alla regione Basilicata di emanare atti di indirizzo per la concertazione con la Prefettura circa le attività da rendere alla popolazione migrante in maniera continuativa concordemente con attività di supporto e mediazione culturale ai lavoratori stagionali stranieri nell’area Vulture Melfese (Potenza) e area del Metapontino (Matera) che accolgono i lavoratori stranieri. L’attività svoltasi inizialmente nell’area Melfi –Venosa, territorio ASP, si è potuta estendere anche al territorio regionale del Metapontino che insieme costituiscono le due aree attrattive per i lavoratori stagionali ed in particolar modo stranieri . A tutt’oggi le ASL programmano l’assistenza sanitaria e la mediazione culturale per questi soggetti fragili. In conclusione questa esperienza realizzata in forma Pilota ha permesso alla regione di essere preparata per l’offerta dei servizi sanitari ai migranti realizzando i Protocolli d’Intesa con le Prefetture ai fini dell’accoglienza e della sorveglianza per i flussi migratori e per la distribuzione degli stessi nel territorio regionale.

Il Progetto **“ Istituzione di un servizio di intermediazione linguistico culturale a favore di cittadini stranieri ricoverati c/o l'azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di PZ –“** di durata biennale(con finanziamenti FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013) posto in essere dall’ AOR San Carlo si è esplicato con lo sviluppo di interventi organizzativi atti a consentire il miglioramento delle condizioni di accesso, adeguatezza e fruibilità delle prestazioni offerte a cittadini stranieri con utilizzo di un approccio multidisciplinare e trans-culturale orientato ad offrire servizi meno standardizzati con garanzia della centralità dell’individuo e con interventi diretti di

mediazione linguistico culturale e di supporto nell'espletamento delle pratiche burocratiche -amministrative. Il presente progetto ha consentito di quantificare il fabbisogno di intermediazione, che a quella data non era molto elevato, ed ha permesso di stabilire la necessità di prevedere un servizio di intermediazione su chiamata utilizzando un servizio da soggetti terzi.

E' stato altresì previsto, per l'azienda ospedaliera San Carlo, l'avvio in maniera strutturata del Codice Rosa, con stanza apposita dedicata e con istituzione di una Task force inter-istituzionale con protocolli d'intesa tra le parti coinvolte (Procura della repubblica, prefettura, AOR San Carlo e Forze dell'Ordine), che risponde alla necessità di supportare le persone soggette a violenza es. donne, minori, immigrati, anziani e con particolare riguardo alla violenza di genere (**Attivazione "Codice Rosa" nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera R. "San Carlo" di Potenza** -biennale (con finanziamenti FSN Vincolati anno 2012 ed anno 2013)

Il progetto **“ Istituzione di un servizio di odontostomatologia.....”** (di durata annuale- con finanziamento FSN Vincolati anno 2012) per disabile, sperimentazione compiuta nell'ambito del rapporto con l'Ospedale Pediatrico del Bambino Gesù di Roma presso l'Azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza, aveva lo scopo di realizzare una best practice per soggetti disabili, più o meno gravi, bisognosi di cure. Lo stesso, anche se di durata solo annuale, ha permesso l'avvio della progettazione su base regionale dell'offerta di questo servizio almeno sulle due sedi ospedaliere principali : A.O.S. Carlo di Potenza e ospedale Madonna delle Grazie di Matera che si è, di fatto, concretizzata con una regolamentazione puntuale attraverso la **legge regionale 27 ottobre 2014 n. 31 “Istituzione del servizio di odontoiatria speciale per disabili e pazienti a rischio pronto soccorso odontoiatrico”** che ha definitivamente strutturato l'offerta.

Sempre all'interno di questa linea progettuale il progetto di durata annuale **“Da un sistema di progetti ad un progetto di sistemi” dell' A.O.R. “San Carlo” – PZ-**

(con finanziamento FSN Vincolati anno 2012) ha permesso, mediante l'individuazione dei quattro setting di maggiore interesse di cui due riferiti a patologie croniche: Scompenso Cardiaco e B.P.C.O. e due riferiti a patologie acute ma con gravi rischi e disabilità permanenti: Ictus e Frattura Femore,

di strutturare a livello regionale gruppi tecnici specifici permanenti di comunità professionali omogenee che hanno definito i Percorsi assistenziali e terapeutici (PDTA) per la presa integrata di questi pazienti e le Reti per l'offerta sanitaria e socio sanitaria sviluppando quanto più possibile un modello di assistenza HUB and SPOKE.

Questi gruppi tecnici oltre ad assicurare i PDTA, approvati con atti specifici dalla regione Basilicata, ne hanno garantito anche l'aggiornamento e continuano a garantirlo con un costante miglioramento nella qualità professionale prestata sia per quanto riguarda la relazione di rete che per l'omogeneità del setting assistenziale in termini di efficienza ed appropriatezza.

Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
 Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2014 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
1 ASSISTENZA PRIMARIA	1.1 : Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le diseg.e garant l'equità di accesso alle cure-(ASP)- prosieguo annualità 2014 progetto 6.1 DGR 1478/2015	487.250,00	487.250,00
	1.2 : Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)- (prosieguito annualità 2014 progetto 1.2 DGR 1478/2015)	348.464,00	348.464,00
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)- (prosieguito annualità 2014 progetto 1,3 DGR1478/2015)	239.000,00	239.000,00
	1.4 -Incentivare il percorso attivazione Aggreg delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ASM- (prosieguito annualità 2014 progetto 1.4 DGR 1478/2015)	300.000,00	300.000,00
	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).- (prosieguito annualità 2014 progetto 1.5 DGR 1478/2015)	199.950,00	199.950,00
	Tot Linea progettuale 1	1.574.664,00	1.574.664,00
2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	2.1 - Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana. (A.O. SAN CARLO). -(prosieguito annualità 2014 progetto 8.3 dgr 1478/2015)	200.000,00	200.000,00
	2.2- " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)- (annualità 2014 prosieguito progetto 8.4 DGR 1478/2015)	50.000,00	50.000,00
	Tot. Linea progettuale 2	250.000,00	250.000,00
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	3.1 Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-(ASP)- (prosieguito annualità 2014 progetto 7.1 DGR1478/2015)	202.295,00	202.295,00
	3..2 - annualità 2014 prosieguito progetto 7.2 -Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).- DGR 1478/2015	529.038,00	529.038,00
	3.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)-(prosieguito annualità 2014 progetto 7.3 DGR1478/2015)	236.893,00	236.893,00
	3.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO) - (prosieguito annualità 2014 progetto 7.4 DGR1478/2015)	263.259,00	263.259,00
	Tot. Linea Progettuale 3	1.231.485,00	1.231.485,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
 Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2014 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
L.P. 4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale di Prevenzione	3.570.024,51	3.570.024,51
	4.2 Piano nazionale prevenzione : Svolgimento attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio nazionale Screening, Airtum e NIEPB	12.832,49	12.832,49
L.P. 4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	progetto 4.3 : Prevenzioni delle Patologie da esposizione professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici: Centro di riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale (ASP)-	267.000,00	267.000,00
	Tot. Linea progettuale 4	3.849.857,00	3.849.857,00
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1 SPERIMENT. IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MMMMG E PPLSS (ASP)- (proseguito annualità 2014 progetto 2.1 DGR1478/2015)	1.459.700,00	1.459.700,00
	5.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM) -(proseguito annualità 2014 progetto 2.2 DGR1478/2015)	900.000,00	900.000,00
	5.3 Sperimentazione di rete dei servizi per le malattie croniche Ambulatorio per le Demenze (ASM)- (proseguito annualità 2014 progetto 2.3 DGR1478/2015)	77.008,00	77.008,00
	5.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM) - (proseguito annualità 2014 progetto 2.4 DGR1478/2015)	135.950,00	135.950,00
	5.5 Attivazione Day Service secondo il Cronic Care Model (ASM)-(proseguito annualità 2014 progetto 2.5 DGR1478/2015)	199.943,00	199.943,00
	5.6 La persona malata al centro... della ricerca organizzata oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree) -(CROB) - (proseguito annualità 2014 progetto 2.6 DGR1478/2015)	95.000,00	95.000,00
	5.7 "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio (ASM) -(proseguito annualità 2014 progetto 3.2 DGR1478/2015)	153.206,00	153.206,00
	5.8 "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria. -ASM- (proseguito annualità 2014 progetto 3.3 DGR1478/2015)	172.737,00	172.737,00
	5.9 Percorso di cura del paziente disabile (ASP) - (proseguito annualità 2014 progetto 3.1 DGR1478/2015)	176.500,00	176.500,00
	5.10 Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti- -ASP-(proseguito annualità 2014 progetto 4.1 DGR1478/2015)	1.262.400,00	1.262.400,00
	5.11 - SPECIALE UNITA DI ACCOGLIENZA PERMAN. PER PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO O DI MINIMA COSCIENZA - ASM- (proseguito annualità 2014 progetto 4.2 DGR1478/2015)	327.421,00	327.421,00
	5.12 - PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)- (proseguito annualità 2014 progetto 5.1 DGR1478/2015)	500.000,00	500.000,00
	5.13 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM)- (proseguito annualità 2014 progetto 5.2 DGR1478/2015)	345.758,00	345.758,00

Progetti Obiettivi Piano anno 2014, art.1 comma 34 L.662/96-
 Regione Basilicata "ALLEGATO A/2014"

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Spesa stimata per Progetto anno 2014	Totale Quota Vincol.2014 Art. 1, C.34 L 662/96 assegnata
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.14: 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) - (prosiegua annualità 2014 progetto 11.1 DGR1478/2015)	290.000,00	290.000,00
	5.15 : ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)-(prosiegua annualità 2014 progetto 12.1 DGR1478/2015)	40.000,00	40.000,00
	5.16 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)- (prosiegua annualità 2014 progetto 12.2 DGR1478/2015)	25.168,00	25.168,00
	5.17 Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione.(ASP) - (prosiegua annualità 2014 progetto 15.2 DGR1478/2015)	177.902,00	177.902,00
	5.18 Unità di valutazione geriatrica ospedale-territorio (UVGOT)per il paziente anziano- (ASP)	367.375,00	367.375,00
	tot. Linea Progettuale 5	6.706.068,00	6.706.068,00
6 RETI ONCOLOGICHE	6.1 Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari -(ASP) -prosiegua annualità 2014 progetto 9.1 DGR1478/2015	448.881,00	448.881,00
	6.2 Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed ematologia ed altre UU.OO ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare.(ASM)-prosiegua annualità 2014 progetto 9.2 DGR1478/2015	200.000,00	200.000,00
	6.3 Attività rivolte rete tumori rari -(prosiegua annualità 2014 progetto 9.3 ASM DGR1478/2015)	11.500,00	11.500,00
	6.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)- (prosiegua annualità 2014 progetto 6.4 DGR1478/2015)	38.500,00	38.500,00
	6.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)-(prosiegua annualità 2014 progetto 9.5 DGR1478/2015)	210.012,00	210.012,00
	6.6 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO- (prosiegua annualità 2014 progetto 12.3 DGR1478/2015)	140.435,00	140.435,00
	6.7 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- prosiegua annualità 2014 progetto 14.1 DGR1478/2015	340.300,00	340.300,00
	6.8 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO-(prosiegua annualità 2014 progetto 6.8 DGR1478/2015)	123.000,00	123.000,00
	Tot. Linea progettuale 6	1.512.628,00	1.512.628,00
TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO FSN VINCOLATO 2014		15.124.702,00	15.124.702,00