



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 1517

SEDUTA DEL 29 DIC. 2016

POLITICHE DELLA PERSONA

DIPARTIMENTO

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2014 (ACC.STATO REG. 126/CSR DEL 30/07/2015) RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA PROGETT.LE MISURE DIRETTE CONTRASTO DISUGUAGLIANZE IN SANITA' (punto 5 ACC. 234/CSR 23/12/2015). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2015 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N. 234/CSR 23/12/2015

Relatore PRESIDENTE

La Giunta, riunitasi il giorno 29 DIC. 2016 alle ore 10,45 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente		X
3.	Nicola BENEDETTO Componente		X
4.	Luca BRAIA Componente	X	
5.	Francesco PIETRANTUONO 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° 9 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

IL DIRIGENTE Ufficio Ragioneria e Fiscalità Regionale Maria Teresa LAVIERI

29 DIC 2016

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

IL DIRIGENTE

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, a 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”

VISTA

- l'Intesa del 29 aprile 2010 rep. n.63/CSR concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012

VISTO

lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 che, tra altro, 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 e rafforzamento, 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.

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).

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)

VISTO

l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti 13/CSR del 20 febbraio 2014 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 giuste risorse vincolate assegnate (Intesa 20 febb.2014 rep. Atti 27/CSR)

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) unitamente all'Accordo (rep. Atti 56/CSR 25/3/2015) PNP-Documento per la valutazione-

CONSIDERATO 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;
- che con DGR 808 del 12 luglio 2016 sono stati approvati i progetti regionali anno 2014, collegati agli obiettivi di piano del PSN secondo le linee progettuali individuate dall'Accordo Stato – Regioni rep. n.126/CSR del 30/7/2015 e giusta Intesa rep n. 172/CSR del 4 dicembre 2014;

DATO ATTO

Che L'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi art. 1 c.34 e c.34 bis della legge .662/1996 e s.m.i., per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo Nazionale quantificandole per la regione Basilicata in complessivi **euro 9.465.341,00;**

RICHIAMATO

l'Accordo rep Atti n. 234/CSR sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 23/12/2015 che per l'anno 2015

- 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, con garanzia di sostanziale continuità di quanto già individuato per l'anno 2014 (Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015) in coerenza con il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 circa: le aree prioritarie di intervento, le strategie adeguate alla gestione delle cronicità e della non autosufficienza, lo sviluppo dei processi di umanizzazione nell'ambito dei percorsi assistenziali e delle reti oncologiche, per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale;
- ribadisce, altresì, per la regione Basilicata vincoli finanziari per un totale complessivo pari ad euro **9.465.341,00==**

TENUTO CONTO CHE

conformemente a quanto disposto dal comma 34 bis art. 1 L.23/12/1996 n.662 e s.m.i. il sopra detto Accordo stabilisce che 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, : **a)** dei progetti regionali presentati per l'anno 2015; **b)** di una specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali; **c)** di una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni per quanto attiene alla linea progettuale: Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012)

ATTESO CHE

la Regione Basilicata con nota dell'Assessore alle Politiche della Persona prot. n. 179109 del 6/11/2014 ha dato indicazioni circa le assegnazioni provvisorie del FSR 2015 di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata ed ha poi approvato , con DGR 1398 del 18/11/2014, il Programma provvisorio di Ripartizione del Fondo Sanitario regionale di parte corrente – anno 2015 i criteri di finanziamento delle aziende sanitarie e le modalità di allocazione delle risorse finanziarie nei rispettivi bilanci;

-che con successiva D.G.R. 454 del 29 aprile 2016 “ *Riparto definitivo delle disponibilità finanziarie di parte corrente a destinazione indistinta, vincolata e finalizzata, per il Servizio Sanitario Regionale anno 2015*” ha attribuito alle stesse, tra altro, la quota vincolata alla realizzazione progettuale , ai sensi dell’art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662 e smi giusta Intesa Rep. Atti n. 236/CSR ed Accordo rep atti 234/CSR – 23/12/2015 con contestuale specifica indicazione riguardo alle modalità di rilevazione nelle poste di Bilancio delle aziende sanitarie regionali secondo normativa vigente;

DATO ATTO

Che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell’ Accordo rep. n. 234/CSR del 23 dicembre 2015 la regione Basilicata ha predisposto, conformemente alle linee progettuali previste e nel rispetto della obbligatorietà di alcune unitamente ai limiti finanziari minimi per esse stabiliti, anche in prosieguo di quanto svolto dalle aziende del SSR negli anni precedenti un piano, con schede progetto, di utilizzo delle risorse vincolate anno 2015 per un di importo complessivo pari ad euro **9.465.341,00** giuste linee progettuali evidenziate nella tabella sottostante:

Linea progettuale		Risorse vincolate 2015 per Obiettivi di Piano complessivamente assegnate Dalla regione Basilicata euro
1	ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	662.368,00
2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZ ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	57.694,00
3	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE . SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	1.065.829,00
4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	2.557.989,96
5	GESTIONE DELLE CRONICITA'	4.398.462,00
6	RETI ONCOLOGICHE	722.999,00
	Totale	9.465.341,00

VISTA

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

- dei Progetti “**ALLEGATO 1/2015**” redatti per l’anno 2015 in rispondenza della definizione delle linee progettuali prevista nell’Accordo **Rep. n. 234/CSR del 23/12/2015** e dell’Intesa rep . n.236/CSR del **23/12/2015** per un importo complessivo di spesa pari ad euro **9.465.341,00==**
- della **Relazione Illustrativa “ALLEGATO 2/2015”** 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.

n.126/CSR del 30/7/2015 Fondi vincolati anno 2014- approvati con D.G.R. 808/2016.

- della **Relazione Illustrativa “ALLEGATO 3/2015”**, come prevista al punto 5 dell’Accordo Stato regioni Rep. n. 234/CSR del 23 dicembre 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, DGR 1478/2015 (linea n.6 “Contrasto alle disuguaglianze in sanità” Allegato A Accordo Stato-Regioni Rep. 13/CSR del 20/2/2014)e DGR 808/2016.

ATTESO CHE

i **Progetti regionali**, giusto **“ALLEGATO 1/2015”** (parte integrante e sostanziale del presente atto), con relative schede per numero sei linee progettuali sono coerentemente allineati a quanto sancito in sede di Accordo Stato-Regioni e risultano riassunti nell’acclusa tabella denominata **Progetti Obiettivi anno 2015, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata – “ALLEGATO A/2015”** (parte integrante e sostanziale del presente atto), comprendente le relative ripartizioni di finanziamento destinate a ciascuna linea progettuale, anche nel rispetto del requisito finanziario minimo ove previsto, per un importo complessivo di spesa pari ad euro **9.465.341,00**;

- la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli minimi imposti ove previsto
- la quota di euro **9.465.341,00** 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

DATO ATTO

che le su dette risorse finanziarie euro **9.465.341,00** sono state accertate sul capitolo E16105 n. accertamento n. 4227/2015 bilancio corrente - regione Basilicata, sono state impegnate in uscita su cap.48030/2015 e sono state liquidate e versate per il 70% alle aziende sanitarie del SSR ciascuna per la somma di competenza.

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 2015 **“ALLEGATO 1/2015”** 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. 234/CSR del 23/12/2015 e all’Intesa rep . n. 236/CSR del 23/12/2015, coerentemente allineati a quanto sancito in sede di Accordo Stato-Regioni e riepilogati nell’acclusa tabella denominata -Progetti Obiettivi anno 2015, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata - **“ALLEGATO A/2015 ”** ad invarianza dell’importo di spesa complessiva anno 2015 di euro **9.465.341,00**;
- di confermare per i progetti dell’anno 2015 gli indirizzi ed i vincoli di risorse
- di approvare la tabella: - Progetti Obiettivi anno 2015, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione

Basilicata- “ **ALLEGATO A/2015**”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di euro **9.465.341,00** (art.1 c.34 L-662/96) per Linea Progettuale e scheda 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 2014 “**ALLEGATO 2/2015**”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sui risultati raggiunti dai progetti presentati ed approvati con DGR n. 808/2016;
- di approvare la Relazione Illustrativa “**ALLEGATO 3/2015**”, come prevista al punto 4 dell'Accordo Stato regioni Rep. n. 234/CSR del 23 dicembre 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 **9.465.341,00** quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l'Intesa rep 246172/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 **9.465.341,00** sono state accertate al capitolo E16105 (al n.4227/2015), sono state impegnate al Cap.48030/2015 -Bilancio corrente Regione Basilicata- Le stesse sono state incassate per il 70% con reversale d'incasso n. 497 del 25/02/2016 e liquidate e versate alle aziende sanitarie del SSR ciascuna per la somma di competenza.

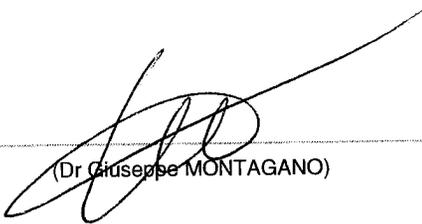
L'ISTRUTTORE


(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 2014 (ACC.STATO REG. 126/CSR DEL 30/07/2015) RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA PROGET.LE MISURE DIRETTE CONTRASTO DISUGUAGLIANZE IN SANITA' (punto 5 ACC. 234/CSR 23/12/2015). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2015 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N. 234/CSR 23/12/2015

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.

Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2015, art.1 comma 34 L..662/96- Regione Basilicata

“ALLEGATO A/2015”

Linee Progettuali	QUOTA DI FSN VINCOLATO ANNO 2015 ASSEGNATO GIUSTO PIANO REGIONALE 2015 DI CUI ALL'ALLEGATO 1/2015	AZIENDE DEL SSR REGIONALE ATTUATRICI AZIONI PROGETTUALI
1 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	200.636,00	ASP
	461.732,00	ASM
Tot Linea progettuale 1	662.368,00	
2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	43.677,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	14.017,00	IRCSS RIONERO
Tot. Linea progettuale 2	57.694,00	
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	612.863,50	ASP
	382.965,50	ASM
	70.000,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea Progettuale 3	1.065.829,00	
L.P. 4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	1.412.533,25	ASP
	831.265,09	ASM
	197.937,50	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	103.463,16	IRCCS
	12.790,00	attività di supporto al PRP Osservatorio nazionale Screening, Airtum e NIEPB
Tot. Linea progettuale 4	2.557.989,00	
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	3.167.047,00	ASP
	1.181.859,00	ASM
	49.556,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
tot. Linea Progettuale 5	4.398.462,00	
6 RETI ONCOLOGICHE	409.163,50	ASP
	125.000,00	ASM
	188.835,50	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea progettuale 6	722.999,00	
TOT GENERALE ASSEGNATO FSN VINC 2015 GIUSTA INTESA 234/CSR 23/12/2015	9.465.341,00	

**PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER
L'ANNO 2015**

LINEA PROGETTUALE 1 : ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
TITOLO DEL PROGETTO	- Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 234/CSR 1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA : Azione 1.1: Ospedale distrettuale –UCCP-Farmacia dei servizi nuovi orizzonti d'integrazione-(ASP) Azione 1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie- (ASM)- Azione 1.3: PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete del Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- (ASM) Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- ASM
DURATA DEL PROGETTO	ANNO 2015
REFERENTE REGIONALE	Ing. Donato Pafundi, Dott.ssa Patrizia Damiano D.ssa Rocchina Giacoia, Dott. Giuseppe Montagano -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 1	Euro 662.368,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 662.368,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	Euro 662.368,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00
IL PROGETTO	



PREMESSA	<p>Un Servizio Sanitario sostenibile (Patto per la Salute rep. N. 82CSR del 10 luglio 2014) richiede un continuo aggiornamento e potenziamento del modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Le cure primarie costituiscono l'interfaccia tra la popolazione e il SSN. e, dato il cambiamento del ruolo dell'ospedale sempre più specializzato ed attrezzato per la cura delle malattie acute, diviene necessario che le politiche sanitarie implementino la riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali (con ruoli da protagonisti per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie di servizio) e promuovano lo sviluppo di un approccio di rete (ospedale e territorio) che consenta la presa in carico di tutti i bisogni della persona.</p>
CONTESTO REGIONALE	<p>Con il D.L.158 del 13.09.2012 convertito con L.189 dell'8.11.2012 le regioni organizzano l'Assistenza Primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali(AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie(UCCP) nell'ottica di stretta complementarietà con i Distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali e con le strutture ospedaliere.</p> <p>Le regioni attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale compreso la partecipazione all'implementazione della ricetta elettronica e all'utilizzo della tessera sanitaria.</p> <p>L'art.3 della L.R. n.12/2008 e s.m.i. ha ridisegnato l'assetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale secondo un modello a rete, impegnando le Aziende sanitarie ad aggregare il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee, con criteri di affinità e complementarietà delle unità operative e per strutture multi-presidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica. Il Distretto della Salute, (area omogenea, secondo l'art. 4 della L.R. 12/ 2008) si configura come un ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale del SSR ed è una macro-organizzazione complessa della stessa, è luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico complessiva dei bisogni. Le strutture sanitarie del Distretto (es. Case della Salute, Presidi Poliambulatoriali ecc.) sono piattaforme multiprofessionali e multidisciplinari per l'erogazione dell'assistenza primaria, la continuità delle cure (ad es.farmaceutica e domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone) e l'integrazione ospedale-territorio.</p> <p>Riguardo al processo di riorganizzazione delle Cure Primarie in Basilicata si specifica che si ben è delineato con l'adozione del Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità per Il Triennio 2012 — 2015 (D.C.R. 317 del 12 luglio 2012) che vuole essere un <i>Programma "sistema" di politiche trasversali e specifiche</i> con l'obiettivo, tra altri, di dirimere i problemi di fondo della sanità regionale in tutti i servizi (l'economicità, l'umanizzazione, la qualità, la crescita della professionalità, la rilegittimazione sociale) contemperandone il rapporto <i>diritti/risorse</i> mediante politiche mirate e di merito che realizzino un modello di welfare regionale e sovraregionale adeguato alle esigenze ed ai diritti della persona. Un Piano calato in una regione caratterizzata da una dimensione di popolazione a bassa intensità, con aumento dell'invecchiamento medio, in un'estensione territoriale con grande frammentazione abitativa aggravata da una rete di infrastrutture piuttosto arretrata e limitante. Invecchiamento della popolazione che genera un aumento della morbilità, specialmente sul versante delle malattie cronico - degenerative, ed un aumento della domanda di servizi legati alla non autosufficienza. Occorrono reti di servizi che superino confini di geografia fisica ed amministrativa e che realizzino obiettivi comuni aperti a nuove forme di sussidiarietà territoriale, di solidarietà e di cooperazione. In tale ottica è fondamentale la valorizzazione</p>

**CONTESTO REGIONALE**

dell'Assistenza Primaria nel Distretto per la presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria. La costituzione delle Aggregazioni Funzionari Territoriali (AFT) ed anche la sperimentazione delle Unità complesse delle cure primarie (UCCP), così come delineate negli Accordi collettivi nazionali e regionali costituiscono strumenti di promozione del governo clinico dell'assistenza primaria. Si sono, inoltre, fatte proprie le indicazioni dell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale del 29 luglio 2009 tra cui si evidenziano:

- la valorizzazione della medicina sul territorio, intesa quale sistema in grado di intercettare direttamente la domanda di salute del cittadino e di assicurare interventi appropriati ed efficaci anche attraverso l'ottimizzazione di tutte le risorse della rete;
- il perseguimento dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da condividere con il comparto medico ospedaliero e specialistico ambulatoriale attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali integrati nell'ottica dell'assistenza globale alla persona.

La regione, in tal modo, ha inteso rispondere alle esigenze degli assistiti garantendo l'appropriatezza, l'equità e la tempestività delle cure e nello stesso tempo ha voluto facilitare il rapporto ospedale-territorio curando il miglioramento delle modalità di comunicazione tra ospedale e il medico di Medicina Generale. In tale scenario le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione col SSN, in base alla normativa vigente, possono divenire Centri socio polifunzionali di ulteriori servizi.

Con DGR 205 del 27.02.2015 si sono approvati, in esecuzione dell'art.12 comma1, lett. b del Patto per la Salute 2010/2012, gli "Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle aziende sanitarie di Basilicata", giusto Regolamento emanato Conferenza Stato regione atti rep 98/CSR del 13.01.2015 e rep 198/CSR 5.8.2014, prevedendone per le stesse un eventuale Piano di adeguamento. Con successiva DGR 624 del 14.05.2015 sono state ratificate linee d'indirizzo uniformi per l'intero Sistema Sanitario Regionale così come riassunte nell' "Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'atto aziendale" delle aziende sanitarie (comma 2, art.35 L.R.26 del 30.12.2011) consolidando, tra altro, l'Assistenza territoriale e Particolazione in Distretti della Salute, ai sensi art.34 L.R. 7 del 30.04.2014. Con consecutivi atti deliberativi i Direttori Generali delle aziende ASP e ASM hanno approvato gli atti aziendali pianificando, tra altro, l'organizzazione e l'attività Distrettuale Territoriale di competenza con debita conferma regionale giusta attività di controllo L.R. 39/2001 art.44.

Visto il Patto per la Salute 2014-2016 ed in particolare gli art. n1 comma 5 e n. 5 ed in considerazione dell'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 che prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis stessa legge e che a tal fine per l'anno 2015 l'Accordo Stato-regioni del 23.12.2015 (rep atti 234/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30.07.2015) e tra queste: l'Attività di Assistenza Primaria, in costanza alle indicazioni dell'allegato A - Parte I dell'Accordo 20.02.2014 (Obiettivi di Piano 2013), definendone i relativi vincoli economici per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse 2015 assegnate giusta Intesa Stato/regioni (236CSR 23.12.2015).

La regione Basilicata, in considerazione delle azioni intraprese e compiute su gran parte del proprio territorio per attività di ASSISTENZA PRIMARIA, giusti progetti approvati con DGR 808 del 12 luglio 2016- Progetti Obiettivi di PSN anno 2014



	<p>(Accordo Stato regioni Rep 126/CSR del 30.07.2015) e precedenti, per il perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo ed anche nell'ottica della continuità delle azioni di che trattasi si intende proseguirle e si assegna per il procedere delle stesse, quali obiettivi di Piano anno 2015 alla Linea progettuale 1 ASSISTENZA PRIMARIA, la somma complessiva vincolata di euro 662.368,00 che è quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015.</p> <p>Di seguito, pertanto si indicano le azioni programmate in prosieguo anno 2015:</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.1	<p>Azione 1.1: OSPEDALE DISTRETTUALE –UCCP-FARMACIA DEI SERVIZI NUOVI ORIZZONTI D'INTEGRAZIONE –(ASP)</p> <p>Durata: annualità 2015 – Quota Importo FSN VINC. 2015 Progetto 1 assegnato all'azione 1.1: euro 200.636,00 Referente aziendale ASP: Dott.ssa Anna Bacchini</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Con la Legge Regionale n. 17/2011 l'attività ospedaliera per acuti viene svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA di I° (Matera) e II° Livello (Azienda Ospedaliera San Carlo) e di Pronto Soccorso Attivo dell'Azienda ASP di Potenza (Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi).</p> <p>Negli altri Presidi, denominati Ospedali Distrettuali (POD), viene svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. In ogni caso sono garantite le attività previste dalla Legge Regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i. Tale previsione, che nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) interessa i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa (essendo il Presidio Ospedaliero di Lauria già riconvertito alle funzioni di Ospedale Distrettuale), pur trovando fondamento nella esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal Patto per la Salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando disuguaglianze tra i cittadini della regione. Al contrario, vuole completare e riqualificare l'assistenza territoriale inserendo tra l'ospedale ed il territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive Comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate per evitare il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.</p> <p>L'azione progettuale verterà su tre parametri fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Rimodulazione di alcuni POD, in particolare Venosa e Maratea, attraverso alcune priorità organizzative e gestionali, quali:<ol style="list-style-type: none">a) Riconversione del vecchio Pronto Soccorso in Punto territoriale di Soccorso (PTS);b) Trasferimento delle attività di degenza per acuti al PSA di Melfi (Venosa) e Lagonegro (Maratea);c) Trasferimento delle attività amministrative e socio sanitarie all'USIB di Venosa e di Lauria;d) Trasferimento dei servizi territoriali delle cure primarie, delle attività consultoriali e dell'attività dell'assistenza domiciliare e delle attività dei nuclei operativi territoriali del Dipartimento Salute Mentale;f) Attivazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione (Venosa) e di RSA R2 (



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.1	<p>Maratea);</p> <p>g) Potenziamento della specialistica ambulatoriale attraverso l'implementazione di un polo specialistico derivante dalla fusione delle attività distrettuali collocate in altra struttura;</p> <p>h) Potenziamento dell'attività di dialisi, soprattutto nel periodo estivo a causa del notevole numero di turisti (Maratea);</p> <p>2) Integrazione della Continuità Assistenziale con l'emergenza urgenza: L'obiettivo del riordino della rete ospedaliera e territoriale, sfociato nella realizzazione degli ospedali distrettuali, è quello di organizzare e sperimentare un presidio integrato socio-sanitario con apertura h 24, tale da costituire un punto di riferimento globale per il cittadino sul territorio per i suoi bisogni di assistenza primaria attraverso: il miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale; l'appropriatezza delle prestazioni attraverso la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, la riduzione del ricorso alla specialistica e la riduzione del tasso di ricovero; la sperimentazione di nuovi modelli di lavoro integrati tra MMG, infermieri, amministrativi, specialisti, assistenti sociali e medici della continuità assistenziale (MCA); la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni. In tale ottica si inserisce la sperimentazione di due UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie), di cui una nell'ambito del Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa ed un'altra in quello di Maratea. Per la presenza presso gli Ospedali Distrettuali di Venosa e Maratea di specialisti ambulatoriali, di medici di continuità assistenziale e di altri professionisti sanitari del territorio (operatori del dipartimento salute mentale, del consultorio familiare, ADI, ecc) sarebbe opportuno sperimentare il modello organizzativo dell'UCCP che consente l'integrazione dei suddetti operatori con i MMG, PLS, finalizzato a garantire i LEA, la presa in carico dell'utente e la medicina dell'iniziativa.</p> <p>3) Farmacia dei Servizi Inoltre sempre in questi ambiti territoriali Distrettuali, viene prevista anche una ulteriore integrazione con alcune farmacie convenzionate col SSN ricadenti nei Comuni di questi due territori che presentano particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale. Si tratta di Comuni piccoli, definiti dall'Accordo Regionale per la Medicina Generale al di sotto di una popolazione pari a 1000 abitanti, o che presentano particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale. Il ruolo che si intende dare alle farmacie convenzionate è quello della "farmacia dei servizi" che partecipano come centri polifunzionali dei servizi al processo di riorganizzazione ospedale territorio. In tali Farmacie sarebbe opportuno sperimentare i seguenti servizi, tramite opportuni protocolli e accordi:</p> <ul style="list-style-type: none">· partecipazione all'assistenza domiciliare integrata, mediante a) dispensazione e consegna di farmaci e dispositivi medici, b) preparazione e dispensazione delle miscele per la nutrizione artificiale e dei farmaci antidolorifici, c) dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta; d) messa a disposizione di operatori per l'effettuazione, a domicilio, di prestazioni richieste dal medio di famiglia o dal pediatra;· collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti ed il relativo monitoraggio, anche attraverso specifici programmi di farmacovigilanza;· erogazione di servizi di primo livello di partecipazione a programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione;· erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti su prescrizione dei
--	--



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.1	medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; · effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza nell'ambito dei servizi di cui al punto precedente; · prenotazione di prestazioni specialistiche, pagamento dei ticket e ritiro dei referti.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.2	Azione 1.2: Presa in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)-(proseguo annualità 2015 progetto 1.2 DGR 808/2016) Durata: annualità 2015 – Quota Importo FSN VINC. 2015 progetto 1 assegnato all'azione 1.2: euro 192.232,00 Referente aziendale ASM: Dott. dr V. Cilla OBIETTIVI QUALITATIVI Aumentare la capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie. Assicurare la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità mediante la integrazione del sistema di emergenza territoriale con la continuità assistenziale. Ridurre liste d' accesso e decongestionare il pronto soccorso Ridurre le liste di accesso e decongestionare il PS per accessi impropri.
	OBIETTIVI QUANTITATIVI Acquisto e adozione di un hard were house che metta in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali.
	INDICATORI NUMERICI Popolazione > 65 affetta da pluripatologie/Popolazione generale
	ATTIVITA' PREVISTE 1) Incontri con MMG e MCA, Medici ospedalieri, Farmacie, Comuni, associazioni di volontariato. 2) Predisposizione dei percorsi condivisi per realizzare la presa in carico globale dei pazienti. 3) Utilizzo del programma informatico.



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.3	<p>Azione 1.3 : PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- ASM - (proseguo annualità 2015 progetto 1.3 DGR 808/2016- FSN VINC. 2014-)</p> <p>Durata: annualità 2015 – Quota Importo FSN VINC.2015Progetto 1 assegnato all'azione 1.3: euro 119.500,00 Referente aziendale ASM: Dott.ssa F. Di Cuià</p> <p>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.</p>
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>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; Acquisto e adozione di un hard were house che metta in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali.</p>
	<p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Inserimento del 100% dei i dati inerenti le prescrizioni di farmaci e/ dispositivi medici e prodotti dietetici per la cura l trattamento e terapia delle malattie croniche; 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. annoPopolazione > 65 affetta da pluripatologie/Popolazione generale.</p>
	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Sorveglianza e registrazione della tollerabilità degli esiti e la compliance alle terapie; Informazioni ai pazienti e/o agli operatori sanitari sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi medici; 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; Implementazione protocolli terapeutici e Linee Guida e condivisione delle stesse con le varie figure professionali.</p>



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.1 - Azione 1.4	Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ASM- (proseguo annualità 2015 progetto 1.4 DGR 808/2016) Durata: annualità 2015 - Quota importo FSN VINC.2015 Progetto 1 assegnato all'azione 1.4: euro 150.000,00 Referente aziendale: dr Vito CILLA 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 1 O 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).

**LINEA PROGETTUALE 2:****SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
TITOLO DEL PROGETTO	- Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 234/CSR – 2 : SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI : Azione 2.1: Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM).- (A.O.San Carlo") Azione 2.2 - "Ripartiamo dalla persona ammalata" – (IRCCS CROB)
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 57.694,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 57.694,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	Euro 57.694,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00
IL PROGETTO	

**PREMESSA**

Un Servizio Sanitario sostenibile (Patto per la Salute rep. N. 82CSR del 10 luglio 2014) richiede un continuo aggiornamento e potenziamento del modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Il tema dell'umanizzazione in sanità è stato inserito per la prima volta nel Patto per la salute 2014-2016 e consiste sostanzialmente nell'affermare la centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale. Le Regioni si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi, comunicativi e relazionali dell'assistenza al paziente prevedendone la programmazione di formazione del personale unitamente ad un cambiamento organizzativo indirizzato soprattutto all'Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

L'umanizzazione in ambito sanitario è la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali più aperte, sicure e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il paziente. Risulta evidente che all'interno di un contesto di cambiamento, caratterizzato anche da forti criticità legate alla carenza di risorse, risulta sempre di maggiore rilevanza "ri-orientare" l'assistenza al paziente, che deve essere considerato nella sua interezza e complessità al centro delle attenzioni e delle attività degli operatori sanitari ed è necessario quindi dedicarsi, oltre che agli aspetti economico - gestionali, anche a quelli qualitativi e relazionali finalizzati all'umanizzazione delle cure.

CONTESTO

Al fine di realizzare questo lungo e complesso processo è necessario porre in essere varie e diversificate azioni agendo su più fronti quali: l'accessibilità alla struttura e alle prestazioni, le modalità di fornire informazioni all'utente, il comfort degli ambienti, la trasparenza dei processi di cura e alla formazione del personale nei rapporti con il paziente. Dare, poi, la possibilità al cittadino di partecipare alle attività aziendali può consentire un miglioramento nell'efficacia della cura proprio perché il paziente si sente parte attiva del processo di cura e non "vittima" di un sistema che non conosce. Umanizzazione è quindi attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali: le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico, che permettono oggi di trattare anche patologie una volta incurabili, non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica clinica dalla necessaria consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza, cura e assistenza al paziente, verificando l'efficacia del paradigma bio-psico-sociale.

Il Patto per la Salute 2014-2016 ed in particolare gli art. n.1, comma 5 e n. 5 ed in considerazione dell'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 che prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis stessa legge e che a tal fine per l'anno 2015 l'Accordo Stato-regioni del 23.12.2015 (rep atti 234/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30.07.2015) e tra queste lo Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali definendone i relativi vincoli economici 2015 (Intesa Stato/regioni 236/CSR 23.12.2015). La regione Basilicata, in considerazione delle attività avviate con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati assegnati per gli anni 2013-2014 per la realizzazione dei progetti inerenti le attività per lo sviluppo dell'umanizzazione delle cure e nell'ottica della necessaria continuità delle azioni improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, **intende svolgere per l'anno 2015 le azioni intraprese in vista del raggiungimento degli obiettivi individuati**, (proseguo progetti approvati con DGR 808 del 12 luglio 2016- Progetti Obiettivi di PSN anno 2014 (Accordo Stato



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.2 - Azione 2.1**

regioni Rep 126/CSR del 30.07.2015), ed assegna per il procedere degli stessi, quali obiettivi di Piano anno 2015, la somma complessiva vincolata di euro 57.694,00 (è quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015 alla regione Basilicata).

Di seguito, pertanto si indicano le azioni programmate dal SSR con assegnazione di FSN Vincolati anno 2015:

Azione 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 - (proseguo annualità 2015 progetto 2.1 DGR 808/2016)

Durata annualità 2015 -

Quota Importo FSN VINC. Progetto 2 assegnato all'2.1: euro 43.677,00

Referente aziendale A.O.R. S. Carlo: Dr.ssa Angela Pia. Bellettieri - Direzione Sanitaria- Responsabile Struttura "Qualità, Risk Management, Accreditamento

L'attivazione di un Laboratorio di Medicina Narrativa (deliberazione del Direttore Generale n.2013/00281 del 02/07/2013 con costituzione di un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare) all'interno dell'azienda Ospedaliera regionale San Carlo, in linea con il principio di Umanizzazione, risponde alla finalità di migliorare la qualità delle cure. La Medicina Narrativa infatti, così come dimostrato dalle esperienze di altre Aziende Sanitarie nazionali, se integrata con la medicina basata sull'evidenza, risulta dare un valido contributo all'interno della pratica clinica. Le storie di malattia consentono di andare oltre i limiti dell'EBM e del classico approccio positivista della biomedicina, decodificando non solo le narrazioni di malattia del paziente ma anche quelle dell'operatore sanitario, mettendo in luce la natura culturale del ragionamento clinico su cui si fonda la biomedicina al di là dei suoi presupposti scientifici.

Obiettivo della Medicina Narrativa è quello di migliorare la qualità delle relazioni fra tutti gli attori che agiscono nel campo della salute, fornendo al tempo stesso ai pazienti un mezzo per divenire partecipi del loro percorso di cura, aiutandoli così, ad uscire da una condizione di passività e guidandoli nel collocare la propria esperienza in una prospettiva di senso.

Sulla base della sperimentazione di nuovi percorsi integrati, la finalità del progetto aziendale, consiste dunque nell'individuazione degli strumenti metodologici e culturali comuni (linee-guida, raccomandazioni), attraverso i quali migliorare i processi di diagnosi. In tale contesto diverse sono state le azioni svolte tra cui

- la partecipazione di alcuni componenti del gruppo di lavoro al Master di Medicina Narrativa presso la Fondazione ISTUD (Business School che opera nel campo della formazione professionale superiore e della ricerca sul management);
- Individuazione di specifiche U.O. (Ematologia, Oncologia Medica, Reumatologia,) all'interno delle quali avviare la sperimentazione-narrazione tramite diari prodotti dal Gruppo di Lavoro Aziendale;
- Applicazione strumenti/modello di Medicina Narrativa "Laboratorio di MN";
- Raccolta diari dei pazienti;
- Analisi contenutistica delle storie mediante approccio interpretativo di carattere fenomenologico.

Dopo la prima fase di sperimentazione svoltasi nel 2014 si decide di continuare nel 2015 una nuova fase di ricerca che vede coinvolte, dopo diversi stadi formativi, nuove Unità



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.2 - Azione 2.1	Operative Complesse dell'AOR San Carlo. OBIETTIVI QUALITATIVI . Migliorare le capacità degli operatori sanitari di comunicare con i pazienti e, più in generale, con gli utenti dei servizi sanitari: - Penetrare più in profondità nella narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato; - Comprendere meglio il vissuto del paziente, soprattutto nel caso di patologie oncologiche
	OBIETTIVI QUANTITATIVI Report delle storie accolte: Valutazione del personale formato alle Medical Humanities tramite interviste o altro sistema previsto per la verifica
	INDICATORI NUMERICI <ul style="list-style-type: none">• 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 FUNZIONALI; OPERE LETTERARIE; TESTI AUTOBIOGRAFICI.

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.2 - Azione 2.2****Azione 2.2:**

"Ripartiamo dalla persona ammalata" - IRCCS CROB Rionero-
(proseguo annualità 2015 progetto 1.3 DGR 808/2016- FSN VINC. 2014-)

Durata: annualità 2015 –

**Quota importo FSN Vinc. .2015 Progetto 2 assegnato all'azione 2.2:
euro 14.017,00**

Referente aziendale IRCCS CROB: Dr Sergio Maria Molinari

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, 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 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 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

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N. 2 - Azione 2.2**

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. 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. 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 3

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

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
	- Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 234/ CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<p>3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA</p> <p>Comprendente:</p> <p>Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) – (</p> <p>Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica -(ASM)</p> <p>Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (ASM)</p> <p>Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari- (A.O.R. San Carlo Pz) –</p>
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 3	Euro 1.065.829,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 1.065.829,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	Euro 1.065.829,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00

IL PROGETTO

**PREMESSA**

Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario nazionale ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23.12.1996 n.662 e s.m.i.

Il primo atto formale, fondamentale nella storia delle cure palliative in Italia è rappresentato dall'emanazione della legge 39 del 29.02.1999 con la quale si è previsto un programma nazionale di creazione di strutture residenziali di cure palliative (hospice) in tutte le regioni italiane.

L'emanazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 concernente "Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" è un traguardo importante nel panorama sanitario italiano ed europeo. Per la prima volta si tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza e si assicura il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità, l'appropriatezza, la tutela e la promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale. Si forniscono indicazioni organizzative volte a dare forma e sostanza al percorso assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore sia per gli adulti che per l'età pediatrica su tutto il territorio nazionale. Viene stabilita la presenza di reti di assistenza che, quale risposta alle esigenze e ai bisogni del paziente che necessita di cure palliative, garantiscano la continuità nel percorso di assistenza del malato e della sua famiglia, assicurino un'assistenza appropriata, multidimensionale e multiprofessionale nei diversi setting di cura (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale e domiciliare). Il tutto demandando ad appositi Accordi Stato-regioni le linee di attuazione degli interventi previsti. Giust' applicazione della L.38/2010 si sono approvati, tra altri, i seguenti atti di indirizzo:

- l' Accordo Stato regioni rep. 239/CSR del 16 dicembre 2010 sulle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico. Per il raggiungimento di tali obiettivi si è fatto riferimento ad un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di Medicina del Dolore (hub), l'ambulatorio di Medicina del Dolore (spoke) e l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS).

- l' Intesa Rep. n.151/CSR del 25 luglio 2012 che ha specificato i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture e delle attività, sia residenziali che domiciliari, per poter identificare gli standard strutturali qualitativi e quantitativi che definiscono la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore". Le regioni, deputate alla realizzazione dei principi dettati dalla L.38/2010, devono quindi assicurare un programma individuale per il malato e per la sua famiglia strutturando reti di assistenza sanitaria di erogazione delle cure palliative e terapia del dolore e nel contempo devono informare i cittadini sulle modalità di accesso e di presa in carico delle reti assistenziali.

CONTESTO

Premesso che il processo di cambiamento del sistema sanitario della regione Basilicata si è esplicato, tra altro, attraverso :

- L'emanazione della Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 di "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e successive modifiche ed integrazioni e della Legge regionale dell'1.07.2008 n.12 e s.m.i. che ha ridisegnato il "riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" mediante la definizione delle aziende sanitarie regionali ed improntandone l'organizzazione anche ai fini dello sviluppo delle reti sanitarie integrate quali best practices di un sistema caratterizzato dall'economicità;

- I propri Piani Sanitari Regionali che, nel corso degli anni, hanno individuato, gli obiettivi di salute da perseguire e, per il triennio 2012/2015, il vigente Piano



CONTESTO

Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità come ratificato con D.C.R. n.317 del 24.07.2012.

E' da diversi anni che la presa in carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione è stato ed è obiettivo strategico nelle politiche regionali per la salute ed in tale direzione si è operato per lo sviluppo e la continua implementazione dei servizi che compongono la rete delle cure palliative. Diversi sono stati i provvedimenti adottati per l'organizzazione della rete locale delle cure palliative:

- Con D.G.R. n.2077 del 25.09.00 come integrata dalla D.G.R. n.658 del 15.04.02 si è approvato il Programma per la realizzazione di centri residenziali di Cure Palliative-Hospice, per una copertura del servizio su tutto il territorio regionale e per l'attivazione di complessivi n. 45 posti letto dedicati, definendone con atti successivi le tariffe di ricovero;
- con D.G.R. n.1650 dell' 01.08.05 si è approvato il Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le Cure Palliative, in stretta attinenza al D.M. del 28.09.2000 (Programma nazionale per la realizzazione delle Cure Palliative), al fine di attuare una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali per una presa in carico globale del paziente, anche in fase critica;
- con D.G.R. n.606/2010 si sono approvati gli "Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata - anni 2010 - 2011", prevedendo lo sviluppo dell'assistenza palliativa e la terapia del dolore nell'ambito di una rete di continuità assistenziale con il coinvolgimento di tutti gli attori: dalle famiglie ai MMGG ai pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all'ospedale.

Con successiva armonizzazione ed integrazione dei modelli vigenti si è riorganizzata la rete locale delle cure palliative:

-con DGR n. 1112 del 28.07.2011 si sono recepite le indicazioni contenute nell'Accordo 239/CSR 16.12.2010 dandone poi attuazione con l'approvazione del documento "Rete regionale delle cure palliative" (DGR 1900 del 19 dicembre 2011) e con DGR n.322 del 20 marzo 2012 è stata approvata la Rete regionale della Terapia del Dolore ed il Progetto "Basilicata ospedale-territorio senza dolore" il tutto a garanzia del diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;

-con Determinazioni Dirigenziali n.393/2012 e 394/2012 sono stati istituiti rispettivamente il Comitato Regionale Permanente per la Terapia del Dolore e il Comitato Regionale Permanente per le Cure Palliative;

-con DGR n.1429 del 28 novembre 2014, di recepimento dell'Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 -Rep. n.151 CSR ed in attuazione della stessa, si è definito, altresì, il modello regionale di "Rete delle cure palliative e della terapia del dolore in ambito pediatrico".

Dato atto che l'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis stessa legge e, che a tal fine per l'anno 2015 l'Accordo Stato-regioni del 23.12.2015 (rep atti 234/CSR) ne ha definito le linee progettuali (anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2014 -Accordo Stato-Regioni del 30.07.2015) e tra queste **Cure Palliative e Terapia del Dolore Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** definendone i relativi vincoli economici 2015 -Intesa Stato/regioni 236/CSR 23.12.2015-. Considerato che per gli anni precedenti risultano ampiamente avviate le attività afferenti i progetti promossi per lo sviluppo dell'Assistenza Palliativa in ambito regionale e finanziati per gli anni di competenza con risorse assegnate quali di obiettivi di Piano vincolati per anni 2013 e 2014 e pertanto la regione Basilicata, nell'ottica



CONTESTO	<p>della necessaria continuità delle azioni improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, intende proseguire anche per l'anno 2015 detti programmi, (azioni progetti approvati con DGR 808 del 12 luglio 2016- Progetti Obiettivi di PSN per annualità 2014 --Accordo Stato regioni Rep 126/CSR del 30.07.2015), ed assegna, per la continuazione, l'implementazione ed il perseguimento degli stessi nell'anno 2015, quali obiettivi di Piano anno 2015, la somma complessiva vincolata di euro 1.065.829,00 (quota vincolata assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015).</p> <p>Di seguito, pertanto, si indicano le azioni finanziate con FSN VINC 2015 per l'esplicazione di tale linea progettuale:</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.1	<p>Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) – (proseguito annualità 2015 progetto 3.1 - DGR 808/2016-FSN Vinc 2014)-</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.1: euro 612.863,50 Referente aziendale ASP: Dott. Giovanni Vito Corona</p> <p>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 Karnosky 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.</p> <p>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.</p>



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.1	INDICATORI NUMERICI <ol style="list-style-type: none">1) Numero impianti domiciliari di PICC e Midline negli anni 2012- 2013 – 20142) Numero impianti ospedalieri di PICC, Midline e altri accessi venosi centrali a pazienti in cure domiciliari negli anni 2012- 2013 – 20143) Numero pazienti che eseguono NPT domiciliare con PICC e Midline negli anni 2012- 2013 – 20144) Numero pazienti che eseguono emotrasfusioni domiciliari con PICC e Midline negli anni 2012- 2013 – 20145) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per eseguire terapie endovenose a causa di assenza di accessi venosi negli anni 2012- 2013 – 20146) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per complicanze della propria malattia generate dalla assenza di accessi venosi negli anni 2012- 2013 – 2014
	ATTIVITA' PREVISTE <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Formazione del personale<ul style="list-style-type: none">• Corsi specifici;• On the job training.2) Allestimento di una procedura nella quale sono chiaramente individuati:<ul style="list-style-type: none">• le indicazioni cliniche alla procedura (patologie, tipo di infusioni);• i pazienti ai quali offrire la procedura (aspettative di vita, performance status);• le condizioni igieniche e sociali dei domicili nei quali eseguire la procedura;• il kit della procedura;• l'equipe individuata alla esecuzione della procedura;• gestione delle complicanze3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto:<ul style="list-style-type: none">• Dispositivi specifici• Strumentali (ecografi portatili, elettrocardiografi portatili, stampanti portatili);• Di consumo (PICC, Midline, accessori all'impianto e alla manutenzione);• 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.).



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.2	Azione 3.2 : Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica – ASM- (proseguo annualità 2015 progetto 3.2 DGR 808/2016- FSN VINC. 2014). Durata: annualità 2015 - Quota importo FSN VINC. 2015 progetto 3 assegnato all'azione 3.2: euro 264.519,00 Referente aziendale ASM: Dr. Marilena Frangiane, dr. G. Agneta OBIETTIVI QUALITATIVI Gestione di una rete integrata e funzionale delle attività di cure palliative erogate in ospedale, hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali nell'ambito territoriale della Azienda Sanitaria di Matera(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
	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.



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.3	<p>Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (proseguo annualità 2015 progetto 3.3 DGR 808/2016- FSN Vinc. 2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.3: euro 118.446,50 Referente aziendale ASM: Dott.ssa E. Pinto</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none">• Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti• Impiego della tecnologia ad ultrasuoni allo scopo di reperire il vaso ed inserirvi correttamente il catetere, evitando punture accidentali di vasi arteriosi o della cupola pleurica (rischio pnx)• Impianti e manutenzione di cateteri intravascolari a medio e lungo termine, gestione di tracheotomia e PEG, terapia antalgica• Utilizzo delle tecniche più recenti per l'esecuzione dell'impianto allo scopo di minimizzare le complicanze acute e di ridurre l'esposizione del pz e degli operatori a radiazioni ionizzanti. A tale scopo viene routinariamente utilizzata la tecnica cosiddetta dell'ECG intracavitario per stabilire la corretta profondità d'inserzione del catetere.• Scelta accurata dei devices da impiegare allo scopo di evitare complicanze o incidenti (deconnessioni, embolizzazioni di cateteri, lesioni da decubito, infezioni...)• Esecuzione degli interventi più complessi in sala operatoria assicurando sterilità, analgosedazione o narcosi laddove sono necessarie.• Presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG, facilitando l'accesso a trattamenti ambulatoriali, disponendo, quando necessario, il soggiorno per alcune ore in Terapia Intensiva con monitoraggio e con la presenza del tutor• Disponibilità di una Infermiera dedicata alla gestione dell'ambulatorio di Cure Palliative con vantaggi sulla continuità delle cure e sulla qualità degli aspetti relazionali.• Consulenze di Terapia Antalgica per pz ospedalizzati eventualmente prossimi alla dimissione per l'allestimento di un piano terapeutico personalizzato.• Consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del pz.
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Le richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore pervengono, in ordine di frequenza, da specialisti oncologi o oncoematologi, reparti ospedalieri per pz già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMG.</p> <p>Tra gli obiettivi si annoverano i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.3	INDICATORI NUMERICI Descrizione prestazioni: CVC a lungo termine (Port a cath o parzialmente tunnellizzati) (Matera) N° 50 Catetere venoso ad inserzione periferica a medio termine (PICC/Mieline) (MT) 150 CVC a breve termine (Matera) 20 Accessi ambulatoriali per manutenzione CVC (Matera) 800 Presca 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: <ul style="list-style-type: none">• impianto di port a cath per chemioterapia e/o NPT, altre terapie• impianto di CVC a medio-lungo termine per pz affetti da patologie croniche (esiti di ictus cerebri, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento...)• manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparizzazione 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: <ul style="list-style-type: none">• 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



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3- Azione 3.4	<p>Azione 3.4 -</p> <p>Integrazione Hospice-Cure Palliative Domiciliari- A.O.R. San Carlo Pz - (Prosieguo annualità 2015 progetto 3.4 DGR 808/2016 FSN VINC 2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 -</p> <p>Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.4: euro 70.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr. M. Ricciuti</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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").</p> <p>Obiettivi di queste azioni sono 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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".</p>
---	--



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.3 - Azione 3.4	OBIETTIVI QUANTITATIVI <p>Per la realizzazione di tali azioni progettuali 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 afferreranno o sono afferti all'Hospice nell'anno. Infine si prevede una borsa di studio per medico da dedicare: soprattutto all'attività di raccolta dati e ricerca.</p>
	INDICATORI NUMERICI <ul style="list-style-type: none">• 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/ 1 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 <p>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.</p>



**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 – 94/2016
LINEA PROGETTUALE	4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE Comprendente: Azione 4.1 Piano regionale di prevenzione Azione 4.2: Piano regionale di prevenzione- Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB AZIONE 4.3-Centro di Riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza Epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale-ASP Azione 4.4: Osservatorio aziendale per la sicurezza sul lavoro- ASP (nuovo)
DURATA DEL PROGETTO	2014 -2018
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO A LINEA PROGETTUALE 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2015 :	Euro 2.557.989,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2015- al presente progetto 4.1: Piano regionale di prevenzione	Euro 2.440.199,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0,00

**DESCRIZIONE
AZIONI PROGETTUALI**



CONTESTO DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.1	<p>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:</p> <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 AZIONI	<p>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. Con successive Delibere di Giunta Regionale nn 1230/2015 e 94/2016 la Regione Basilicata ha predisposto il Documento Operativo e lo ha definito a seguito di interlocuzioni con il Ministero della Salute nella fase di valutazione ex ante.</p>
OBIETTIVI	<p>Il PRP intende sviluppare, attraverso attività annuali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP.</p> <p>Per tale motivo, il Piano è strutturato in programmi per area di intervento, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi e azioni tra loro coerenti.</p> <p>I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.</p> <p>Viene dato spazio alla funzione di stewardship, al fine di promuovere il necessario coordinamento con tutti gli attori che concorrono al raggiungimento dei risultati attesi, anche attraverso la messa a regime di flussi informativi utili.</p> <p>Per l'attuazione degli obiettivi di Piano è previsto il diretto coinvolgimento delle Aziende Sanitarie regionali per le rispettive parti di competenza.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale di prevenzione (Documento Operativo) ex DGR N. 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni</p>



DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Con la presente linea progettuale viene ripartito agli Enti del SSR l'importo assegnato a valere sulla quota del FSN 2015, al netto della quota assegnata per il supporto al piano.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

DESCRIZIONE AZIENDA	IMPORTO IN EURO
ASP	1.307.533,25
ASM	831.265,09
A.O.R. San Carlo - Potenza	197.937,50
IRCSS – CROB - Rionero	103.463,16
Totale	2.440.199,00

Di seguito l'elenco dettagliato dei programmi/progetti del Piano Regionale della Prevenzione della Basilicata 2014/2018.



**Programmi/progetti regionali
PRP Basilicata 2014/2018**

GUADAGNARE SALUTE - SETTING SCUOLA

- 1) Implementazione e messa a sistema delle attività di promozione e di educazione alla salute nelle scuole.
- 2) Nutrizione e attività fisica per la prevenzione delle MCNT
- 2) Promozione dell'attività fisica nella popolazione scolastica della Scuola Primaria e Secondaria di primo grado.
- 3) Life skills training Basilicata
- 4) UNPLUGGED
- 5) "Usa la testa non farti prendere dal gioco".
- 6) "Giovani sani e informati...è bello"
- 7) DCA - Strategie di prevenzione universale in età adolescenziale nel mondo della scuola.
- 6) La prevenzione dei DCA promuove il benessere psicofisico negli adolescenti.

GUADAGNARE SALUTE SETTING AMBIENTI DI LAVORO

- 7) *Guadagnare salute negli ambienti di lavoro*

GUADAGNARE SALUTE SETTING COMUNITA'

- 8) Valutazione dell'impatto delle disuguaglianze sociali su stili di vita e comportamenti a rischio e patologie correlate e pianificazione degli interventi di contenimento
- 9) Riduzione del disagio mentale e delle dipendenze patologiche
- 10) Progetto pilota per la identificazione precoce dei soggetti 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT
- 11) Conoscere la popolazione non aderenti agli screening oncologici e sperimentare interventi su misura a contrasto delle disuguaglianze
- 12) Promozione dell'esercizio fisico nei soggetti anziani e nei soggetti con patologie croniche
- 13) Razionalizzazione e valorizzazione delle attività dei consultori familiari
- 14) Piano regionale di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali
- 15) Piano regionale di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici
- 16) Piano regionale di consolidamento dei sistemi nazionali di sorveglianza (PASSI; OKkio alla Salute; HBSC) e del loro utilizzo a livello locale ed adesione al PASSI d'Argento
- 17) Contrasto alla violenza e alla violenza di genere con percorsi specifici per i due generi

GUADAGNARE SALUTE PROGRAMMA DONNA

- 18) Management del diabete gestazionale finalizzato alla prevenzione del diabete tipo 2 e alla riduzione della morbi-mortalità cardiovascolare
- 19) Verifica dell'applicazione e relativi risultati del test HPV-DNA già in atto in Basilicata ed eventuale aggiornamento del nuovo modello di screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina
- 20) Valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori della mammella in Basilicata
- 21) Valutazione dei bisogni e riduzione del disagio fisico e mentale delle donne anziane

PIANO REGIONALE COMUNICAZIONE STILI DI VITA SANI

- 22) Piano regionale di comunicazione sociale per la promozione di stili di vita salutari
- 23) Piano regionale per aumentare l'estensione reale degli screening oncologici e l'adesione agli inviti da parte della popolazione target
- 24) Piano di formazione sul counselling motivazionale breve (CMB): strumento operativo per la promozione di stili di vita salutari

SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO

- 25) Individuazione precoce dei disturbi audiologici ed oftalmologici del neonato

SALUTE E LAVORO

- 26) Sviluppo e messa a regime di sistemi e strumenti informativi
- 27) Piano regionale per l'emersione e il riconoscimento delle MP
- 28) Monitoraggio, valutazione e gestione dello stress lavoro correlato
- 29) Piano regionale di prevenzione in edilizia
- 30) Piano regionale di prevenzione in agricoltura
- 31) "Cantiere Sicuro"
- 32) Linee Guida per la valutazione del rischio rumore per "attività a livello di esposizione molto variabile"



33) Intervento per la valutazione e la prevenzione dei rischi lavorativi per l'apparato MSK
34) Cancerogeni occupazionali e tumori professionali da produzioni attive e pregresse
AMBIENTE E SALUTE
35) Definizione degli indirizzi e delle buone pratiche da perseguire nella costruzione/ristrutturazione di edifici per la riduzione dei rischi da "Radon"
36) Impatto della problematica amianto sulla popolazione
37) Miglioramento della qualità delle matrici ambientali secondo il modello della "Salute in tutte le politiche" ...
38) Studio di monitoraggio di PCDD, PCDF e PCB nel latte materno di donne residenti nella provincia di Potenza
39) Inquinanti chimici presenti nel fiume Basento e impatto sulla salute dei residenti dei comuni adiacenti
40) Implementazione e messa a regime dei programmi di controllo in materia di REACH
41) Formazione accreditata sui temi ambiente e salute per operatori dei dipartimenti di prevenzione, dell'ARPAB, per MMG e PLS
42) Ridefinizione di problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale ed emanazione di indirizzi per la loro gestione
PROGRAMMA REGIONALE: LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE
43) Migliorare l'uso dei sistemi di sorveglianza delle malattie infettive ed informatizzarli in modo interoperabile
44) Migliorare il controllo delle malattie infettive a decorso cronico
45) Ridurre i rischi di trasmissione della malattia tubercolare e dell'infezione da HIV nella popolazione immigrata
46) Migliorare il percorso vaccinale e le coperture vaccinali
47) Aumentare la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione età superiore/uguale a 65 anni e in specifici gruppi a rischio
48) Definire e adottare un piano regionale per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive
49) Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
50) Monitorare il consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e promuovere la consapevolezza da parte della popolazione dell'uso corretto degli antibiotici
SICUREZZA ALIMENTARE E VETERINARIA
PROGRAMMA 1: PIANO REGIONALE INTEGRATO DEI CONTROLLI E MIGLIORAMENTO DEL CONTROLLO UFFICIALE PER LA PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA
- Aumentare l'efficienza dei controlli ufficiali per la tutela della salute pubblica e la qualità dei prodotti alimentari.
- Il fenomeno dell'antibiotico resistenza nel settore zootecnico e veterinario. Dematerializzazione della ricetta veterinaria.
- Piani di sorveglianza nelle popolazioni selvatiche
- Gestione delle Emergenze nel territorio della Regione Basilicata
- Sicurezza alimentare: sorveglianza e prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti
- Formazione e addestramento degli operatori delle Autorità Competenti
- Potenziamento del sistema regionale di audit
PROGRAMMA 2: PREVENZIONE DEL RANDAGISMO
- Sorveglianza e contrasto del fenomeno del randagismo
- Piano cattura, identificazione e sterilizzazione cani vaganti
PROGRAMMA 3: PREVENZIONE DELLE MALATTIE CONNESSE AL CONSUMO DI ALIMENTI – SICUREZZA NUTRIZIONALE
- Formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) per aumentare l'offerta di alimenti destinati a soggetti allergici, intolleranti e celiaci
- Azioni di prevenzione dei disordini da carenza iodica



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

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE ANNO 2015**

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
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTUALI	AZIONE 4.2: Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB
DURATA	2015
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO A LINEA PROGETTUALE 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2015 :	Euro 2.557.989,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2015- all' azione 4.2: "... Supporto Piano Prevenzione..."	EURO 12.790,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0,00

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.</p> <p>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 primaria e</p>



CONTESTO	secondaria; <input type="checkbox"/> monitorare l'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le Aziende Sanitarie regionali; <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.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.2	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. 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. Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche: <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. Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche: <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. 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.
OBIETTIVI	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

**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 assegnato rispettivamente per:

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

	IMPORTO IN EURO
ONS	5.116,00
AIRTUM	3.837,00
NIEBP	3.837,00
Totale	12.790,00



**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 – 94/2016
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
AZIONE PROGETTUALE	AZIONE 4.3- Centro di Riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza Epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale- (proseguo annualità 2015 Progetto 4.3 DGR 808/2016)
DURATA	ANNUALITA' 2015
REFERENTE RREGIONALE	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
REFERENTE AZIENDALE ASP	DR ANGELO CAPUTO – responsabile del “Centro di Riferimento Regionale Salute, Ambiente e Lavoro” dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ambito territoriale dell’ex ASL3 di Lagonegro per le problematiche inerenti alla presenza di amianto naturale sul territorio di competenza

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO ALLA LINEA PROGETTUALE 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2015 :	Euro 2.557.989,96
Di cui Assegnato alla presente azione 4.3	Euro 63.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0,00

AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.3	OBIETTIVI QUALITATIVI • Realizzazione studi e ricerche scientifici;
--	---



<p>DESCRIZIONE AZIONI L. PROGETTUALE N.4 - Azione 4.3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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;
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none"> 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; <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>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;</p> <p>n. esposti di cui al punto 5 presi in carico l popolazione esposta: 10%;</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Attività di controllo di attività antropiche che interessino il suolo, per il contenimento del rischio: <ul style="list-style-type: none"> 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'espirato 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; <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> o Centro di Chirurgia ed Oncologia o Centro di riabilitazione cardio-respiratoria o Terapie pre-adiuvanti, adjuvanti e palliative o Tutela medico legale. <p>inoltre:</p> <p>Sostegno ai governi locali e regionale con le necessarie informazioni e basi scientifiche, per le attività programmatiche e per gli altri compiti</p>



DESCRIZIONE AZIONIL. PROGETTUALE N.4 - Azione 4.3	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 multidimensionale e multidisciplinare; -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 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	Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 234/ CSR
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione:
	Azione 4.4: Osservatorio aziendale per la sicurezza sul lavoro- (ASP)
DURATA	Annualità 2015
REFERENTE REGIONALE	Dr.ssa GABRIELLA CAUZILLO Dirigente Ufficio Politiche della Prevenzione- Osservatorio Epidemiologico Regionale-
REFERENTE AZIENDALE	ASP PZ: Ing. Rocco Zaccagnino

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC. 2015 : LINEA PROGETTUALE 4	Euro 2.557.989,96
Di cui Assegnato alla presente AZIONE 4.4	Euro 42.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0,00
	DESCRIZIONE



**DESCRIZIONE
AZIONI L.
PROGETTUALE
N.4 - Azione 4.4**

OBIETTIVI QUALITATIVI

L'osservatorio aziendale dell'Azienda ASP di Potenza, insieme all'osservatorio regionale per la sicurezza sul lavoro ha quale mission, la sorveglianza, la

gestione, ma soprattutto la prevenzione del rischio correlato all'ambiente di lavoro con finalità di abbattimento significativo dell'incidenza di malattie collegate all'attività lavorativa esso dovrà realizzare una rete territoriale integrata di sicurezza nell'ambiente lavorativo e dovrà prevedere:

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

Di supporto all'osservatorio risulta di particolare interesse l'adozione di opportuna piattaforma

informatica aziendale atta ad integrare informazioni rivenienti:

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

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

La piattaforma informativa aziendale dovrà inoltre essere dotata di cruscotto decisionale atto a: facilitare il coordinamento dell'attività di vigilanza, valutare qualità ed efficacia dell'attività di vigilanza e delle iniziative di promozione della salute realizzate, facilitare la pianificazione di programmi di controllo e di promozione della salute e della sicurezza, essere dotato di un set di indici epidemiologici relativi ad infortuni gravi e mortali.

La piattaforma dovrà inoltre integrare lo sviluppo di contenuti e procedure condivise tra INAIL e Azienda nell'ambito della piattaforma web (INAIL) per la gestione del flusso "datore di lavoro - INAIL", e dovrà essere di supporto ai decisori al fine di individuare azioni mirate a promuovere la

risoluzione dei problemi identificati o alla riduzione, misurabile e verificabile, del rischio nelle aree considerate. Tali rilevazioni, con il monitoraggio e l'analisi dei dati epidemiologici, verranno assicurate dai professionisti dell'Azienda ed in particolare da un medico e da un tecnico della prevenzione coadiuvati da un assistente amministrativo.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

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

INDICATORI NUMERICI

- Numero segnalazioni rivenienti da numero verde regionale
- % copertura territoriale del sistema informativo
- % utilizzatori del sistema informativo



LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.4. DESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none">· Numero infortuni sul lavoro calcolato per trimestre e settore di riferimento· Ore di malattia professionale su ore lavorative (%) per lavoratore e/o per settore· Numero casi di invalidità per settore· Numero casi di invalidità sul territorio regionale· Percentuale di invalidità <p>ATTIVITA' AVVIATE</p> <p>Premesso che il numero di strutture, la molteplicità e complessità delle attività in esse praticate, l'elevato numero di dipendenti aziendali, l'estensione territoriale della nostra Provincia, l'importanza del tema della prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori negli ambienti di lavoro sanitari, indicano in modo inequivocabile quanto complesso e delicato sia il ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.</p> <p>Considerazione condivisa dalla Direzione Aziendale che ha confermato nel nuovo Atto Aziendale la funzione a valenza aziendale, trasversale e direttamente dipendente dalla Direzione Strategica, del ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione per il supporto, la consulenza e l'attività di programmazione e monitoraggio degli obiettivi ed azioni strategiche.</p>
--	---

**LINEA PROGETTUALE 5:****GESTIONE DELLA CRONICITA'****Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche****Assistenza alle persone in condizione di fragilità**

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 234/ CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<p>5: GESTIONE DELLA CRONICITA'- Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità:</p> <p>Comprendente:</p> <p>Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMGG e PPLLSS – (ASP);</p> <p>Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata (ASM);</p> <p>Azione 5.3: Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze (ASM);</p> <p>Azione 5.4: Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali (ASM);</p> <p>Azione 5.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model (ASM);</p> <p>Azione 5.7: " <i>La presa in carico efficace</i>" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. (ASM);</p> <p>Azione 5.8: " <i>La presa in carico efficace</i>" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria (ASM);</p> <p>Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (ASP);</p> <p>Azione 5.10: Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (ASP);</p> <p>Azione 5.11: Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza(ASM);</p> <p>Azione 5.12: Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile (ASM);</p> <p>Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza (ASM);</p> <p>Azione 5.14: 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. (ASM)</p> <p>Azione 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);</p> <p style="text-align: center;">%</p>



	SEGUE :Azione 5.16. Attivazione di un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso il P.O. di Matera. (ASM); Azione 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione (ASP).
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa; dr.ssa Rocchina Giacoia --Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 5	Euro 4.398.462,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 4.398.462,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	Euro 4.398.462,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00
	IL PROGETTO 5: GESTIONE DELLA CRONICITA'..
PREMESSA	<p>I grandi cambiamenti culturali e sociali hanno spinto i sistemi sanitari ad adattarsi ai bisogni del cittadino assumendone la centralità. Le patologie croniche, che per definizione si curano sempre di più e guariscono sempre di meno, richiedono all'organizzazione assistenziale di creare quelle condizioni che permettono di mantenere il livello di salute più alto possibile affrontando con efficienza ed efficacia l'insorgenza di riacutizzazioni della stessa patologia o di altre patologie acute. In uno scenario socio-sanitario nazionale caratterizzato: dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle malattie cronico-degenerative, dall'alta incidenza di patologie cronico concomitanti, dai crescenti bisogni socio-sanitari, il governo delle malattie croniche risulta essere oggi una priorità di salute pubblica con chiara evidenza che gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, devono protendere: al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita.</p> <p>L'OMS nel definire la malattia cronica "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" fa chiari riferimenti all'impegno di risorse umane gestionali ed economiche in termini di costi diretti (farmaci, ospedalizzazione, assistenza medica etc) ed indiretti (disabilità di lungo termine, mortalità prematura, ridotta qualità di vita) per il loro controllo. Infatti i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero delle malattie: la gestione efficace della cronicità presuppone scelte ed indirizzi strategici riguardanti le caratteristiche dell'offerta</p>



PREMESSA	sanitaria con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le componenti: dalle persone al macrosistema salute.
CONTESTO	<p>La Regione Basilicata con L.R. 12/2008 ha attuato il riassetto organizzativo e territoriale del Sistema Sanitario regionale quale sistema unitario ed integrato adottando una configurazione di strutture organizzative a rete che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendale. Tutto al fine di perseguire l'obiettivo di continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio. In tale contesto si è posta la scelta importante della riorganizzazione del sistema dei servizi territoriali con la costruzione del Distretto della Salute, art.1, comma 4 L.R. n. 12/2008, per il "governo partecipato delle politiche integrate della salute" sviluppando l'idea funzionale di Distretto di comunità a cui si richiede, più che organizzare strutture, di coordinare funzioni di salute presso una comunità identificandone le attività assistenziali. Il Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla persona ed alla comunità 2012 - 2015, approvato con D.P.C. 317 del 12 luglio 2012 definisce il Distretto: "anche e soprattutto il luogo della presa in carico dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali del cittadino" nonché "un sistema di vettori rivolti verso la comunità e verso l'ospedale". Il Distretto di comunità, passaggio strategico tra comunità ed ospedale, è un sistema interconnesso di relazioni tra cittadini, funzioni e servizi che sviluppa tra altro:</p> <ul style="list-style-type: none">• relazioni dipartimentali orizzontali tra le varie funzioni di assistenza di base (come le cure primarie, le cure domiciliari, la cronicità, la residenzialità, la semi-residenzialità, la riabilitazione, le disabilità);• relazioni interdipartimentali (le funzioni che servono la comunità sono organizzate in dipartimenti e percorsi assistenziali e da queste messe a disposizione per programmi di intervento territoriale). <p>Grande importanza riveste nel Distretto la gestione della cronicità, infatti il modello assistenziale e organizzativo adottato è stato quello della "presa in carico" integrata e proattiva in grado di intercettare il bisogno di salute, anche prima che si manifesti esplicitamente, mediante risposte assistenziali adeguate. Si è inteso passare così da un modello di "medicina di attesa", dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "sanità di iniziativa. In applicazione del modello del Disease Management tutte le figure professionali, sanitarie e sociali, interagiscono, con approccio multiprofessionale e multidisciplinare per tipologie tempi e luoghi, nell'erogazione delle prestazioni assistenziali appropriate ai fini della soddisfazione dei bisogni specifici di salute e in base a percorsi assistenziali predefiniti. Di grande rilevanza a questo livello è la costituzione di sistemi integrati di erogazione di servizi sanitari che programmano in maniera congiunta i servizi ospedalieri, l'attività delle strutture riabilitative e di lungodegenza, i servizi a domicilio e tutte le altre attività territoriali: Assistenza Primaria, specialistica territoriale, continuità assistenziale, attività ospedaliera per la presa in carico multidisciplinare degli utenti cronici.</p>



	<p>Il Patto per la Salute 2014-2016 ed in particolare gli art. n1 comma 5 e n. 5 ed in considerazione dell'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis stessa legge e che a tal fine per l'anno 2015 l'Accordo Stato-regioni del 23.12.2015 (rep atti 234/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30.07.2015) e tra queste: l'Attività di GESTIONE DELLA CRONICITA' definendone i relativi vincoli economici per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse 2015 assegnate giusta Intesa Stato/regioni (236CSR 23.12.2015). La regione Basilicata in considerazione delle attività avviate e compiute su gran parte del territorio regionale (utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati per gli anni 2013 e2014) circa la realizzazione dei progetti attinenti le attività di cure per la CRONICITA' e valutata necessaria la continuità delle azioni intraprese, già improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti, che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, intende proseguire anche per l'anno 2015 dette azioni, (es. con DGR 808 del 12 luglio 2016- Progetti Obiettivi di PSN anno 2014-Accordo Stato regioni Rep 126/CSR del 30.07.2015), ed assegna per il procedere delle stesse, quali obiettivi di Piano anno 2015, la somma complessiva vincolata di euro 4.397.942,00 che è quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015.. Di seguito, pertanto si indicano pertanto le azioni programmate anno 2015:</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.1</p>	<p>Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS – ASP- (prosecuzione annualità 2015 progetto 5.1 DGR 808/2016 FSN VINC 2014)-</p> <p>Durata: annualità 2015 – Quota Importo FSN Vinc.2015 progetto 5 assegnata all'azione 5.1: euro 1.152.902,00 Referente aziendale ASP: Dott. Massimo De Fino</p> <p>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 Equipes 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 Model (CCM) è un sistema complesso che presuppone una vera e propria rivoluzione culturale della Medicina Generale, si è avviata negli ultimi due anni una fase sperimentale con una o più USIB aziendali per una successiva sua estensione a tutto il territorio di competenza della ASP. Nell'ambito di questa azione progettuale un obiettivo per tutti i medici di assistenza primaria è l'adozione delle Classi di Priorità e dei</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.1</p>	<p>percorsi diagnostici-terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Inoltre si prevedono alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (quattro AMO - Ambulatori Medici Orientati e 4 ambulatori codici bianchi). Si precisa inoltre che: Con il nucleo di base della Equipes (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.</p> <p>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):</p> <ol style="list-style-type: none">1. sperimentazioni di sistemi informativi;2. 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;3. attività aggiuntive di particolare impegno professionale. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 la 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. <p>Incremento della presa in carico del bisogno di salute</p> <p>Organizzazione dell'attività clinica ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento per le patologie di : Diabete, Ipertensione arteriosa BPCO e Sindrome metaboliche.</p> <p>Attivazione dei 4 "Ambulatorio Medico orientato"(AMO)- Day-Service Ambulatoriale territoriale-</p> <ul style="list-style-type: none">• Attività ambulatoriale dedicata alla gestione degli AMO/ Day – service. Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in <i>sub-target</i> a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il <i>sub-target</i> 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,
---	---

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.1**

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 cronico- degenerative 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:



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.1	<p>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.</p> <p>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</p> <p><i>Indicatore di esito</i></p> <p>Valutazione di un questionario della qualità percepita dell'assistenza da parte dei cittadini per quanto riguarda il parametro citato e il prolungamento della contattabilità :</p> <p>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</p> <p>Il monitoraggio e controllo delle attività in prima applicazione verrà effettuato dopo 6 mesi e successivamente ogni quadrimestre.</p> <p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici -80% dei pazienti screenati con diagnostica strumentale e di 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.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Durante la sperimentazione i MMG svolgeranno le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
--	--



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.2	<p>Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata – ASM- (prosieguo annualità 2015 progetto 5.2 / DGR 808/2016 FSN Vinc. 2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 – Quota importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnata all'azione: euro 450.680,00 Referente aziendale ASM: Dr. De Nisi</p> <p>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</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Attivazione percorso per n. 3 patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco ipertensione arteriosa) gestite secondo il Chonic Care Model, fra MMG e medici ospedale di Tricarico.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Presenza in carico di 50 pazienti per ogni patologia cronica in cui è stato attivato il Chonic Care Model</p>
	<p>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 PDTA 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</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.3</p>	<p>Azione 5.3 : Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze –ASM- (prosieguo annualità 2015 progetto 5.3 DGR 808/2016)</p> <p>Durata annualità 2015 – Quota importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.3 euro 38.504,00 Referente aziendale ASM: Dr. GRIECO</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Presenza in carico multidisciplinare degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali - Definizione di percorsi diagnostico – terapeutici</p> <p>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</p> <p>INDICATORI NUMERICI Mille visite l'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</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Collaborazione con MMG x segnalazione (telefonica alla segreteria della U.O. di neurologia) e x prescrizione esami. Preparazione sedute settimanali x le 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.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.4</p>	<p>Azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali - ASM- (prosieguo annualità 2015 progetto 5.4 DGR 808/2016)</p> <p>Durata annualità 2015 – Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.4: euro 67.975,00 Referente aziendale ASM: Dr.ssa Coniglio</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi assistenziali Attività ambulatoriale, di studio casi definizione di percorsi per i pz affetti da sclerosi multipla</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.4</p>	<p>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 561 n. 2 Visite neurologiche Visite urodinamiche in SM Ecografie vescicali in SM 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)</p>
	<p>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 .</p>
	<p>ATTIVITA' PREVISTE Attività ambulatoriale, di studio casi definizione di percorsi per i pz affetti da sclerosi multipla.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.5</p>	<p>Azione 5.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model – ASM- (proseguo annualità 2015 progetto 5.5 DGR 808/2016 FSR Vinc. 2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 –</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.5: euro 99.971,00</p> <p>Referente aziendale ASM: dr V. Cilla</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <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". 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. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Acquisto e adozione di un hardware house che metta in contatto le risorse



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.5</p>	<p>della comunità che vede al centro la famiglia ed è allargata al volontariato.</p> <ol style="list-style-type: none">2) Incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero.3) Riduzione dei ricoveri diagnostici inappropriati con conseguente rafforzamento della integrazione tra Ospedale e territorio. <p>INDICATORI NUMERICI</p> <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. <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <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.
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.7</p>	<p>AZIONE 5.7: " La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. – ASM - (annualità 2015 prosieguo progetto 5.7 - DGR 808/2016 FSN Vinc.2014)'</p> <p>Durata: annualità 2015 –</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.7: euro 76.603,00</p> <p>Referente aziendale ASM: dr V. Cilla - Dr Di Candia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Monitoraggio dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto e affette da: Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>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</p>



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.7	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.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.8	Azione 5.8 : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria – ASM -(proseguo annualità 2015 progetto 5.8 DGR 808/2016 FSN Vinc. 2014)- Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.8: euro 86.369,00 Referente aziendale ASM: Dr. E. Pisciotta, Dr L. Dicandia 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.



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.9	Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (ASP)- (proseguo annualità 2015 progetto 5.9 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014)- Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.9: euro 176.500,00 Referente aziendale ASP: Dott. Nicola De Rosa
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.9	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 riabilitative per i pazienti visitati e comunicazione al MMG Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato. Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili. INDICATORI NUMERICI Numero visite fisiatriche eseguite nel rispetto della tempistica Numero programmi riabilitativi/totale dei pazienti visitati n. controlli/totale dei pazienti visitati n. visite domiciliari effettuate/numero visite domiciliari richieste ATTIVITA' PREVISTE Iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo attraverso : n. 2 "Corsi di aggiornamento per il trattamento del paziente neurologico adulto e del paziente disfacico 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.



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.10	<p>Azione 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) – ASP - prosieguo annualità 2015 progetto 5.10 DGR 808/2016- FSN VINC 2014)</p> <p>Durata : annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.10 euro 965.270,00 Referente aziendale ASP: dott. Gianvito Corona</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Gli obiettivi riguardano la trasmissione di competenze e modelli operativi tali da consentire agli operatori coinvolti di:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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;<ul style="list-style-type: none">• 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)

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.10**

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, fisiatr, 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.



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.10</p>	<p>Corsi di formazione teorici degli operatori suddivisi per categoria</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>(Monitoraggio)</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.11</p>	<p>Azione 5.11 : Speciale Unita' di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza- ASM- (proseguito annualità 2015 progetto 5.11 DGR 808/2016 FSN VINC. 2014)</p> <p>Durata : annualità 2015 Quota importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.11: euro 163.710,00 Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Presenza in carico della totalità dei pazienti in stato vegetativo, sia in struttura protetta che a domicilio nel caso di famiglia con buona compliance assistenziale</p> <p>INDICATORI NUMERICI 5 Posti letto per Coma vegetativo presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico.</p>



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.11	ATTIVITA' PREVISTE Attività formativa per personale medico dedicato a questa tipologia di pazienti e del personale infermieristico e OSS. 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. 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.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.12	Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile- ASP- (proseguito annualità 2015 progetto 5.12 DGR 808/2016 FSN VINC./2014) Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.12: euro 517.375,00 Referente aziendale ASP : Dott. Giovanni B. Bochicchio 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 <ul style="list-style-type: none">- 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 <ul style="list-style-type: none">- 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. ATTIVITA' PREVISTE <ol style="list-style-type: none">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 caregiver5. Creazione della Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano fragile.



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.13</p>	<p>Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza - ASM - (annualità 2015 prosiegua Progetto 5.13- DGR 808/2016 - FSN VINC 2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.13: euro 172.879,00 Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>INDICATORI NUMERICI Cura e trattamento del 100% dei pazienti presi in carico</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE 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. . Attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali. Presa in carico dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti che hanno subito la perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.14</p>	<p>Azione 5.14: 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- ASP- (prosiegua annualità 2015 progetto 5.14 DGR 808/2016 FSN VINC 2014)</p> <p>Durata; annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 Progetto 5 assegnato all'azione 5.14: euro 150.000,00 Referente aziendale ASP : Dott. Alfonso Chiacchio</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI I problemi di fertilità dovrebbero essere spiegati a tutti i pazienti in età</p>

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.14**

riproduttiva, prima che ricevano trattamenti per il cancro". Lo scrivono, in un documento del maggio 2012, i membri della International Society for Fertility Preservation. Ma è davvero questo che succede in Italia, nella realtà quotidiana dei malati? Una indagine condotta nei principali centri oncologici italiani consente ora di rispondere a questa domanda. Prendendo in esame il caso delle neoplasie ematologiche - i tumori del sangue come leucemie e linfomi - le cui terapie possono mettere a rischio la capacità futura di procreare, ci si accorge di come i pazienti, sia uomini che donne, non abbiano a disposizione tutti gli strumenti utili a compiere una scelta consapevole di preservazione della fertilità, attraverso le tecniche oggi più diffuse anche nel nostro paese. Le principali associazioni di pazienti oncologici, anche quelle specifiche nel settore dei tumori del sangue, non hanno a disposizione materiale informativo sufficiente che possa indirizzare i malati verso trattamenti di preservazione della fertilità. E laddove questo è presente, è spesso male organizzato e difficilmente reperibile. I siti internet dei centri di cura (ospedali in generale e reparti di ematologia in particolare) non presentano in modo chiaro questa possibilità. E anche dalla visita diretta delle sale di attesa destinate ai pazienti e ai loro familiari emerge una sostanziale assenza di informazioni su questo argomento. Il tema non è insomma affrontato in modo "pubblico": non ci sono libretti, opuscoli o poster che indichino ai malati interessati la strada da seguire per conservare la possibilità di procreare dopo una terapia oncologica. A risultare particolarmente carente è poi lo scambio di informazioni tra i reparti che affrontano i due aspetti del problema, ovvero la battaglia contro la malattia e la qualità della vita (dunque anche la riproduzione) dopo la guarigione. Persino in quegli ospedali dove la preservazione della fertilità è uno dei fiori all'occhiello della ricerca e della clinica, non sembra esserci raccordo in termini di informazioni disponibili - con i reparti di oncologia, dai quali proviene parte dei pazienti che potrebbero beneficiare delle tecniche di crioconservazione dei gameti. Eppure è ormai chiaro che la possibilità di conservare la fertilità, nonostante le terapie antitumorali e la patologia stessa, è un elemento di speranza per i pazienti e per i loro familiari, e rappresenta dunque un investimento per il futuro e uno dei pilastri per una migliore riuscita della terapia oncologica.

Gli effetti sulla fertilità

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

Infertilità maschile

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

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



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.14**

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 tanto 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.

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.14**

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 oc. 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. 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 DELLE AZIONI

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-sopravvive (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



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.14**

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. 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 20/39 anni	Donna 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 (Austria, 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

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.14**

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-sopravvivenuti

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.

Si 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-sopravvivenuti 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



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.14</p>	<p>unità operative oncologiche e uno o più Servizi di Riproduzione Assistita</p> <p>OBIETTIVO SPECIFICO 2: 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: crioconservazione del seme agli uomini, trasposizione ovarica e/o crioconservazione di tessuto ovarico e/o crioconservazione di ovociti alle donne.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.15</p>	<p>Azione 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 2015 prosiegua progetto 5.15 DGR 808/2016 FSN VINC.2014)</p> <p>Durata: annualità 2015</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.15: euro 50.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP : Dr. Alberico A. VONA Direttore f.f. U.O. Ostetricia-Ginecologia P.O. di Melfi -- Tel.3939119195-0972773255 e-mail alberico.vona@aspbasilicata.it</p> <p>PREMESSE- INQUADRAMENTO DELLE PATOLOGIE- CONTESTI Le malattie croniche invalidanti sopra indicate hanno delle importanti sottocategorie che non devono essere dimenticate e che nel contesto di questo progetto verranno anche evidenziate 1 implicitamente menzionate e trattate. •Dismenorrea Grave Adolescenziale Su Base Adenomiosica(Endometriosi</p>

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

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 perimenziale. La sede e soprattutto quella pelvica e nei suoi distretti di insediamento .Sono menzionate sedi addominali molto più distanti . In Europa il costo delle giornate di lavoro perso 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

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

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 evidenziali: 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 stimolazione (contatto, sfregamento, penetrazione vagina/e)
- Spontanea: i sintomi sono quasi sempre presenti, indipendentemente



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

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 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.). METODI CLASSIFICATIVI UTILIZZABILI nelle sedi di studio e trattamento della patologie.

- 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.**

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

La definizione di cistite Interstiziale- C.I. 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 di 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 Piloni*) 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 considerarsi 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. I. 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: 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. 11)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 molecolare 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,

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

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 di razza caucasica (le europee).

METODI CLASSIFICATIVI UTILIZZABILI nelle sedi di studio e trattamento delle patologie (esempio dettagliato) —

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

METODO DI INCLUSIONE AUTOMATICA:

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

METODO DI INCLUSIONE:

Dolore vescicale al riempimento che si attenua con lo svuotamento (motivo della frequenza minzionale).

- Dolore (sovrapubico, pelvico, uretrale, vaginale o perineale).
- Glomerulazione (comparsa di petecchie emorragiche) durante la idrodistensione (90% delle pazienti).
- Scarsa sopportazione della idrodistensione.

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

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

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- Età inferiore ai 18 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.



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.15**

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 AZIONI

Nell'ambito Aziendale si prevede:

- 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



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.15</p>	<p>--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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>--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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>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%</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>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</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.16</p>	<p>Azione 5.16. Attivazione di un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso il P.O. di Matera –ASM- (proseguo annualità 2015 progetto 5.16 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 Progetto 5 assegnato all'azione 5.16: euro 25.168,00 Referente aziendale: dr DOTI. -S. ANASTASIO</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.16</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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 I dopo terapia; Variazioni di punteggi nella scala del dolore dopo terapia; Questionario di customer satisfaction.</p> <p>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</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.17</p>	<p>Azione 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione- ASP- - (proseguo annualità 2015 progetto 5.17 DGR 808/2016 FSN vinc.2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.17 euro 155.000,00 Referente aziendale : D.ssa Cristiana Fiorillo</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI <i>Obiettivo generale</i> 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</p>



**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.17**

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 m seguito a specifica segnalazione da parte dei pediatri con impegnativa unica per valutazione integrata dell'equipe

Definizione di linee guida per la riabilitazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti

Attivazione di percorsi di psicoterapia familiare ed individuale oltre di counselling scolastici.

Formazione del personale medico per la presa in carico farmacologica in casi selezionati

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Tempi previsti:

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

Obiettivi specifici valutabili semestralmente

INDICATORI NUMERICI

Indicatori di processo

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

1 npi 18h

2 psicologi 24h (cadauno)

1 terapeuta 12h

1 logopedista 18h

1 assistente sociale 12 h

questo per il territorio di Potenza e val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole;

nel territorio del vulture-melfese e del Lagonegrese il fabbisogno di ore/figura professionale è stimato essere:

1 npi 6h

2 psicologo 12h (cadauno)

1 terapeuta 6h



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.17	<p>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</p> <p><i>Indicatori di risultato</i> 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</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Fase 1 Formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci del disturbo 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.</p> <p>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.</p>



DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.18

DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.18

Azione 5.18 Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano –(proseguo annualità 2015 progetto 5.18 DGR 808/2016)

Durata: annualità 2015

Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 5 assegnato all'azione 5.18: euro 49.556,00

Referente aziendale A.O.R. San Carlo Pz- : Dott. Biagio Ierardi + Dott.N. Libutti + D.ssa Motola (ASP)

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 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 1 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

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.5 - Azione 5.18**

- 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 QUANTITA' 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 azioni progettuali 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);



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.18</p>	<ul style="list-style-type: none">• 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 <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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).
--	---



PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER L'ANNO 2015

LINEA PROGETTUALE 6 : RETI ONCOLOGICHE

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
TITOLO DEL PROGETTO	<p>6: RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA :</p> <p>Azione 6.1- Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei tumori rari –</p> <p>Azione 6.2: Attività integrate tra UU.OO. Farmacia Ospedaliera e titolo del progetto Ematologia ed altre Uu.Oo. Ospedaliere -MMG per gestione pazienti affetti da Malattie Rare</p> <p>Azione 6.3 : 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.</p> <p>Azione 6.4 : Attivazione BREAST-UNIT</p> <p>Azione 6.5 : Rete regionale per la determinazione delle traslocazioni ALK E ROS-1 nell'adenocarcinoma polmonare -tumori rari del polmone-</p> <p>Azione 6.6: Riprenditi la tua vita: stop al dolore –</p> <p>Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo-</p> <p>Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile</p>
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2015
REFERENTE REGIONALE	<p>Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano , Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano - -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-</p>
ASPETTI FINANZIARI SOMMA DESTINATA ALLA LINEA PROGETTUALE 6	Euro 722.999,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO 6	Euro 722.999,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	Euro 722.999,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00

**IL PROGETTO**

PREMESSA	
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.1	<p>Azione 6.1- Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei tumori rari (proseguo annualità 2015 progetto 6.1 DGR 808/2016 –FSN Vinc. 2014)</p> <p>Durata : annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 6 assegnato all'azione 6.1: euro 68.863,50 Referente aziendale ASP : Dott.ssa Giulia Motola</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Conoscere l'entità del fenomeno Malattie Rare e creare un punto di riferimento</p> <p>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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI 1. Numero richieste di erogazione farmaci per Malattia Rara l Totale richieste di terapie. 2. Numero di medici che si rivolgono al Servizio attraverso contatti telefonici e via mail l Totale di medici. 3. Numero di eventi formativi riguardanti le Malattie Rare: n. l evento l anno.</p> <p>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.</p>



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.1	<p>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.</p> <p>5. Formare i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta sulla normativa vigente in materia.</p> <p>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.).</p> <p>7. Provvedere alla pubblicizzazione del Centro attraverso il Sito Aziendale.</p> <p>8. Preparare opuscoli informativi con divulgazione presso gli studi medici.</p> <p>9. Coinvolgimento delle Associazioni di Pazienti affetti da Malattia Rara nelle attività di formazione ed informazione attraverso programmi di condivisione e di cooperazione.</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.2	<p>Azione 6.2: Attività integrate tra UU.OO. Farmacia Ospedaliera e titolo del progetto Ematologia ed altre Uu.Oo. Ospedaliere -MMG per gestione pazienti affetti da Malattie Rare - ASM Matera (proseguito nell'annualità 2015 progetto 6.2 - DGR 808/2016 FSN Vinc.2014) –</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota importo FSN VINC.2015 progetto 6 assegnato all'azione 6.2: euro 100.000,00 Referente aziendale ASM: dott.ssa F. DI CUIA</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti ai pazienti affetti da malattie rare e ai loro congiunti</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Somministrazione farmaci per malattie rare.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Presenza in carico del 100% dei pazienti affetti da malattie rare.</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.3	<p>Azione 6.3 : 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- ASM -(proseguito annualità 2015 progetto 6.3 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota ilimporto FSN VINC.2015 progetto 6 assegnato all'azione 6.3: euro 5.750,00 Referente aziendale ASM: Dott.ssa M. Susi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Attività integrate UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.3</p>	<p>realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari e per realizzare la migliore gestione possibile del paziente con malattie rare.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.4</p>	<p>Azione 6.4 ATTIVAZIONE BREAST-UNIT – ASM - (proseguo annualità 2015 progetto 6.4 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota importo FSN VINC.2015 Progetto 6 assegnato all'azione 6.4: euro 19.250,00 Referente aziendale ASM: Dott..A. RUBINO, Dott..F. BALDARI U.O -- SENOLOGIA; Dott. A. DEROSA --U.O.C. CHIRURGIA</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella Attuazione della sistematica valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle attività' clinico-assistenziali.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Apertura settimanale dell'ambulatorio di senologia integrata svolta da 1 radiologo senologo, da 1 chirurgo senologo ,da 1 infermiere dedicato.</p> <p>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.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Organizzazione e gestione dell'ambulatorio dedicato per garantire l'accesso al trattamento chirurgico adeguato dopo l'esame diagnostico e migliorare la</p>



	qualità e la sicurezza delle attività clinico-assistenziali.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.5	<p>Azione 6.5 : RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE -TUMORI RARI DEL POLMONE- A.O.S.CARLO PZ- (proseguito annualità 2015 progetto 9.5 DGR 808/2016)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota importo FSN VINC.2015 Progetto 6 assegnato all'azione 6.5 euro 147.012,00 Referente aziendale Dott. Domenico Bilancia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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).</p> <p>Un altro studio di ricercatori del Massachusetts General Hospital ha recentemente scoperto il ruolo di una nuova alterazione genetica. I tumori che presentano riarrangiamenti del gene ROS1 sono solo l'1-2 per cento dei cancri non-piccole cellule del polmone (NSCLC). La cosa interessante è che i tumori con riarrangiamento del gene ROS1 possono essere trattati con Crizotinib, che è già noto come potente inibitore dei tumori con oncogene ALK. "ROS1 codifica per una proteina che è importante per la crescita e la sopravvivenza cellulare e la deregolamentazione del ROS1 - attraverso riarrangiamento cromosomico, guida la crescita dei tumori. Il gene ROS1 si aggiunge alla lista di geni noti in grado di guidare la crescita del NSCLC quando alterati - una lista che comprende il KRAS, l'EGFR, e</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.5</p>	<p>l'ALK. Complessivamente, l'insieme delle alterazioni note conosciute è determinante in poco più della metà dei tumori NSCLC.</p> <p>Uno studio precedente del MGH aveva trovato che un inibitore sperimentale ALK, il Crizotinib, sopprimeva la crescita di una linea cellulare ROS 1-positiva, suggerendo che i tumori ROS 1-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 ROS 1-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 ROS 1. 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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Numero di cast investigati attraverso l'esecuzione degli esami di diagnostica molecolare/numero di casi totali = almeno 80% nel primo anno, 90% nel secondo e terzo anno.</p> <p>Valutazioni utili per determinare l'appropriatezza dei trattamenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. di casi trattati con inibitori della TKI /n. di casi con mutazioni. <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.7</p>	<p>Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP)-(prosieguo annualità 2015 progetto 6.7 DGR 808/2016)-</p> <p>Durata: annualità 2015</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2015 Progetto 6 assegnato all'azione 6.7: euro 340.300,00</p> <p>Referente aziendale: Dott. Fiorentino Vassallo</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.7</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.8</p>	<p>Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile (AOR San Carlo PZ)- (proseguo annualità 2015 progetto 6.8 DGR 808/2016)</p> <p>Durata: annualità 2015 Quota Importo FSN VINC.2015 progetto 6 assegnato all'azione 6.8: euro 41.823,50 Referente aziendale: Dott.ssa Angela Vita</p> <p>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</p>

**DESCRIZIONE
AZIONI LINEA
PROGETTUALE
N.6 - Azione 6.8**

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 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.



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.8</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE 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.</p>
---	---

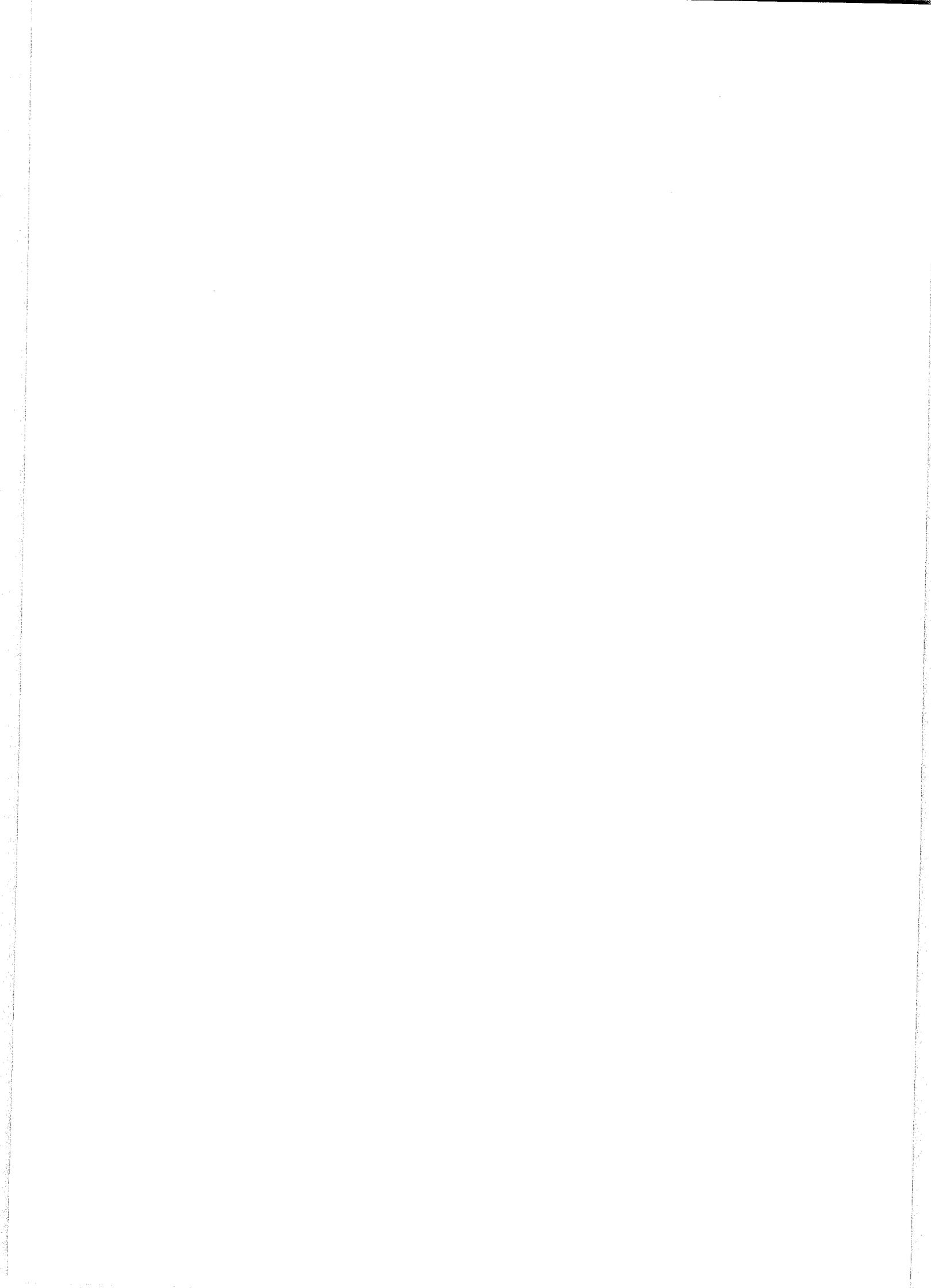


Linea Progettuale FSN VINC 2015 N. 1 : Riepilogo finale						
PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO OBBLIGAT.ASP	IMPORTO ASSEGNATO OBBLIGAT. ASM	TOTALE ASSEGNATO LINEA PROGETTUALE 1 FSN VINC. 2015		
1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	1.1	200.636,00		200.636,00		
	1.2		192.232,00	192.232,00		
	1.3		119.500,00	119.500,00		
	1.4		150.000,00	150.000,00		
Totali		200.636,00	461.732,00	662.368,00		
Linea Progettuale FSN VINC 2015 N. 2 : Riepilogo finale						
PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO OBBLIGAT. AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO IRCCS -CROB RIONERO	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETTUALE 2 CON FSN VINC. 2015		
2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	2.1	43.677,00		43.677,00		
	2.2		14.017,00	14.017,00		
Totali		43.677,00	14.017,00	57.694,00		
Linea Progettuale FSN VINC 2015 N. 3 : Riepilogo finale						
PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO - PZ-	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETTUALE 3 CON FSN VINC. 2015	
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	3.1	612.863,50			612.863,50	
	3.2		264.519,00		264.519,00	
	3.3		118.446,50		118.446,50	
	3.4			70.000,00	70.000,00	
Totali ASSEGNATI		612.863,50	382.965,50	70.000,00	1.065.829,00	
Linea Progettuale FSN VINC 2015 N. 4 Riepilogo finale						
PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO IRCCS -CROB RIONERO	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETT. 4 CON FSN VINC. 2015
4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1	1.307.533,25	831.265,09	197.937,50	103.463,16	2.440.199,00
	4.2					12.790,00
	4.3	63.000,00				63.000,00
	4.4	42.000,00				42.000,00
Totale Assegnato						2.557.989,00



Linea Progettuale FSN VINC 2015 N. 5 Riepilogo finale					
Linea Progettuale FSNVINC 2015: 5	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO -PZ-	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETT. 5 CON FSN VINC. 2015
Progetto 5: GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1	1.152.902,00			1.152.902,00
	5.2		450.680,00		450.680,00
	5.3		38.504,00		38.504,00
	5.4		67.975,00		67.975,00
	5.5		99.971,00		99.971,00
	5.7		76.603,00		76.603,00
	5.8		86.369,00		86.369,00
	5.9	176.500,00			176.500,00
	5.10	965.270,00			965.270,00
	5.11		163.710,00		163.710,00
	5.12	517.375,00			517.375,00
	5.13		172.879,00		172.879,00
	5.14	150.000,00			150.000,00
	5.15	50.000,00			50.000,00
	5.16		25.168,00		25.168,00
	5.17	155.000,00			25.168,00
	5.18			49.556,00	49.556,00
	Totale Assegnato		3.167.047,00	1.181.859,00	49.556,00

Riepilogo finale azioni					
Linea Progettuale FSNVINC 2015:6	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO -PZ-	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETT. 6 CON FSN VINC. 2015
progetto 6: RETI ONCOLOGICHE	6.1	68.863,50			68.863,50
	6.2		100.000,00		100.000,00
	6.3		5.750,00		5.750,00
	6.4		19.250,00		19.250,00
	6.5			147.012,00	147.012,00
	6.7	340.300,00			340.300,00
	6.8			41.823,50	41.823,50
	Totale Assegnato		409.163,50	125.000,00	188.835,50
TOTALE GENERALE ASSEGNATO LINEE PROG.LI N. 1-2-3-4-5-6 FSN VINC .ANNO 2015					9.465.341,00



ALLEGATO 2/2015

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2014, SECONDO LE LINEE DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. 126/CSR DEL 30/7/2015 E ALL'INTESA REP.172/CSR DEL 04/12/2014, APPROVATI CON DGR 808 DEL 12 LUGLIO 2016)

La Regione Basilicata con DGR N. 808 del 12 luglio 2016 ha approvato i progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2014, secondo le linee di cui all'Accordo Stato-Regioni REP. 126/CSR del 30/7/2015 e all'Intesa Rep.172/CSR del 04/12/2014 (anche in costanza di prosieguo delle azioni di cui alle linee progettuali approvate ed afferenti all'Accordo Stato-Regioni REP. 13/CSR del 20/2/2014 FSN Vinc. Anno 2013), senza oneri a carico della regione e con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e smi anno 2014, come di seguito riportato:

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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
	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
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 1,3 DGR1478/2015)	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
	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
	Tot Linea progettuale 1	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
	2.2- " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)- (annualità 2014 prosieguo progetto 8.4 DGR 1478/2015)	50.000,00
	Tot. Linea progettuale 2	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
	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
	3.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 7.3 DGR1478/2015)	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
	Tot. Linea Progettuale 3	1.231.485,00

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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
	4.2 Piano nazionale prevenzione : Svolgimento attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio nazionale Screening, Airtum e NIEPB	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
	Tot. Linea progettuale 4	3.849.857,00
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1 SPERIMENT. IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MMMMGG E PPLLSS (ASP)- (proseguito annualità 2014 progetto 2.1 DGR1478/2015)	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
	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
	5.4 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Miglioramento dei percorsi assistenziali (ASM) - (proseguito annualità 2014 progetto 2.4 DGR1478/2015)	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
	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
	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
	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
	5.9 Percorso di cura del paziente disabile (ASP) - (proseguito annualità 2014 progetto 3.1 DGR1478/2015)	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
	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
	5.12 - PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)- (proseguito annualità 2014 progetto 5.1 DGR1478/2015)	500.000,00

	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
L.P. 5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.13 Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM)- (proseguo annualità 2014 progetto 5.2 DGR1478/2015)	345.758,00
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) - (proseguo annualità 2014 progetto 11.1 DGR1478/2015)	290.000,00
	5.15 : ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)- (proseguo annualità 2014 progetto 12.1 DGR1478/2015)	40.000,00
	5.16 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)- (proseguo annualità 2014 progetto 12.2 DGR1478/2015)	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) - (proseguo annualità 2014 progetto 15.2 DGR1478/2015)	177.902,00
	5.18 Unità di valutazione geriatrica ospedale-territorio (UVGOT)per il paziente anziano- (ASP)	367.375,00
	tot. Linea Progettuale 5	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) -proseguo annualità 2014 progetto 9.1 DGR1478/2015	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)- proseguo annualità 2014 progetto 9.2 DGR1478/2015	200.000,00
	6.3 Attività rivolte rete tumori rari -(proseguo annualità 2014 progetto 9.3 DGR1478/2015)	11.500,00
	6.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)-(proseguo annualità 2014 progetto 9.4 DGR1478/2015)	38.500,00
	6.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-Inell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)-(proseguo annualità 2014 progetto 9.5 DGR1478/2015)	210.012,00
	6.6 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO- (proseguo annualità 2014 progetto 12.3 DGR1478/2015)	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- proseguo annualità 2014 progetto 14.1 DGR1478/2015	340.300,00
	6.8 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO-(proseguo annualità 2014 progetto 6.8 DGR1478/2015)	123.000,00
	Tot. Linea progettuale 6	1.512.628,00
TOTALE GENERALE SPESA E FINANZIATO FSN VINCOLATO 2014		15.124.702,00

La somma assegnata, pari ad euro **15.124.702,00** è stata utilizzata per la realizzazione dell'intero programma regionale di cui si illustrano le attività svolte il tutto anche in costanza di prosecuzione delle azioni progettuali approvate/realizzate ed afferenti alle linee progettuali giust'Accordo Stato-Regioni REP. 13/CSR del 20/2/2014 FSN Vinc.2013.

Linea progettuale 1: ASSISTENZA PRIMARIA

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 2014 le indicazioni contenute nell'Allegato A- parte I- dell'Accordo del 2012 a cui si aggiunge l'individuazione di Aree Prioritarie d'intervento giusto 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:

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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
	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
	1.3 Pharmaceutical care (ASM)- (prosieguo annualità 2014 progetto 1,3 DGR1478/2015)	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
	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
	Tot Linea progettuale 1	1.574.664,00

PROGETTO 1.1 : **Analisi delle attività e degli strumenti per contrastare le disuguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure-(ASP)-** realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP) (prosieguo anno 2014 progetto 6.1 dgr 1478/2015)

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

Immigrazioni: 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

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

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 del progetto "Contrasto alle disuguaglianze in sanità" anni 2012-2013 , l'ASP ha posto particolare attenzione al problema dell'immigrazione. Un'analisi accurata dei dati ed in particolare della distribuzione degli immigrati per Comune ha evidenziato le aree geografiche necessarie di intervento. 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. Quale che sia il patrimonio di salute iniziale del migrante, esso viene più o meno rapidamente minato da una serie di fattori di rischio legati alle generali condizioni di vita. Pertanto, devono essere assicurati, anche per tale fascia di popolazione, livelli essenziali di copertura delle prestazioni attraverso una politica di tutela della salute volta ad attuare una piena parità degli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

L'azienda sanitaria ASP di Potenza durante l'anno 2014, per fronteggiare l'emergenza regionale del fenomeno degli immigrati stagionali , anche in considerazione della maggiore presenza di migranti nell'area del Vulture-Melfese ha continuato a dare particolare attenzione alla tutela della salute delle popolazioni migranti, anche irregolari rimuovendo gli ostacoli all'accesso delle suddette popolazioni ai servizi sanitari e socio sanitari.

Si è esplicitata una politica di tutela della salute volta ad attuare una piena parità degli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. L'ambulatorio di medicina ad essi dedicato, presso l'ospedale distrettuale di Venosa, ha sempre operato con cadenza settimanale. L'attività ambulatoriale ha visto la collaborazione delle Associazioni di Volontariato che hanno garantito ai migranti un servizio navetta per l'accesso all'ambulatorio e ai Servizi CUP e ai Punti Salute unitamente alla massima informazione per l'orientamento ai vari servizi assicurati dall'ASP (Consultori familiari, Ambulatori specialistici ecc.). Di grande utilità è stato il supporto di materiale informativo cartaceo tradotto nelle varie lingue reso disponibile presso tutti i servizi ASP, nei Campi e nei Centri di Accoglienza. Avendo in debita considerazione di quale che sia il patrimonio di salute iniziale del migrante è certo che esso viene più o meno rapidamente minato da una serie di fattori di rischio legati alle generali condizioni di vita e pertanto devono essere assicurati per tale fascia di popolazione anche attività di prevenzione delle malattie. Si dà atto che al 31 dicembre 2014 gli stranieri residenti in provincia di Potenza sono 9.527 e rappresentano il 2,5% della popolazione residente (al 1° gennaio 2011 erano 7.698 e rappresentavano il 2,0% della popolazione residente). Il 50% della popolazione straniera residente è nella classe di età compresa tra 18 e 39 anni; si assiste ad una femminilizzazione dei flussi (le donne rappresentano più del 50%) ed i minorenni rappresentano il 16%.

Oltre al capoluogo di provincia, i Comuni con più intensità di popolazione straniera residente sono Melfi, Lavello, Rionero in Vulture, Venosa.. Tale fenomeno è dovuto prevalentemente alla facilità degli immigranti di trovare lavoro come braccianti agricoli.

La presenza di persone migranti costituisce un fenomeno strutturale anche per i servizi sanitari e sociali. Particolare attenzione è stata rivolta alla salute della donna e del bambino, al disagio in tutte le sue manifestazioni e alle malattie infettive. Molto preoccupante, ad esempio, è l'elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.) fra le donne in età fertile, con un tasso superiore di circa 3 volte quello rilevato nelle donne italiane. Per questo motivo un'azione peculiare ha riguardato l'organizzazione di una offerta di assistenza volta a favorire gli interventi di natura preventiva, la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

In tale ambito si inseriscono le attività di sostegno e accoglienza delle Immigrate e delle famiglie, promosse nei Consultori familiari, per facilitare l'integrazione e prevenire fenomeni di emarginazione e marginalizzazione delle famiglie immigrate. Nel dettaglio gli interventi concernono Informazioni - Consigli - Consulenze a cura del Servizio Sociale

Servizio Psicologico:

Servizio Ginecologico ed Ostetrico

Servizio Pediatrico

Servizio di Mediazione Familiare

Servizio di Psicoterapia Breve

Sportello Antiviolenza

Consultorio IVG

Nell'ambito delle Attività di Educazione alla Salute si promuovono e si facilita la partecipazione delle immigrate a spazi comunicativi/formativi sui cambiamenti socio-culturali ed ambientali per il singolo, la coppia e la famiglia:

Corsi per coppie in formazione o già formate

Corsi di Accompagnamento alla nascita (can)

Inserimento bambini nei Centri Estivi

Laboratori con spazi ricreativi, ludici e di sostegno didattico ai bambini ed adolescenti.

Sostegno e supporto sociale nelle scuole

Personale Coinvolto:

N. 1 Psicologo,

N.1 Assistente Sociale

N.1 Sociologo

Nell'ambito del progetto "Donna e libera-La casa di Elisa" finalizzato a migliorare ed implementare gli interventi sociali volti all'emersione del fenomeno della tratta, è stato concordato un protocollo d'intesa tra ASP e l'Associazione -Centro Studi e Ricerche sulle Realtà Meridionali -Ce.St.Ri.M. ONLUS. In particolare l'ASP attraverso i Consultori Familiari si è impegnata a garantire le seguenti prestazioni:

counselling per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e counselling contraccettivo, visite ginecologiche, pap test, prescrizioni terapeutiche e/o di altri esami di laboratorio e strumentali ritenuti utili ai fini del mantenimento di una buona condizione di salute delle utenti, eventuali ecografie pelviche, prescrizioni di tamponi vaginali (ricerca di Clamidia, Micoplasma, Ureaplasma, Trichomonas, Candida, Germi comuni. Si indirizza l'utenza verso comportamenti protettivi per la salute e a massimizzare l'orientamento ai servizi esistenti, anche attraverso la produzione di materiale informativo ad hoc e ricercando in tutte le attività la collaborazione con i soggetti istituzionali e quelli privati impegnati a favore dei soggetti senza dimora e dei nomadi.

Per comprendere complessivamente il fenomeno degli immigrati, nell'ambito del Coordinamento delle attività Socio Sanitarie, l'Azienda ha individuato un Referente aziendale che tra l'altro, partecipa e collabora con il NIRVA per il RVA - Rimpatrio Volontario Assistito, fornisce informazioni e fa da ponte con l'Antenna Regionale. L'Azienda, attraverso il referente aziendale, ha informato e formato il personale socio assistenziale del territorio circa le misure previste sul RVA.

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

Si evidenzia che 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.

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 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 tra altri dai seguenti fenomeni:

1. diminuzione della popolazione residente;
2. mutamenti nella piramide dell'età della popolazione;
3. invecchiamento della popolazione e riduzione della natalità;
4. aumento del flusso migratorio in entrata
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 con evidente riduzione del tasso di natalità. 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.

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.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 Italia
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.

Progetto 1.2 : Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)- (proseguo annualità 2014 progetto 1.2 DGR 1478/2015) realizzato dall' Azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referenti regionali:

Dott.ssa Rocchina Giacoia –

Ufficio Autorizzazione, Accreditemento 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 2014, è la presa in carico globale della popolazione target, cioè i cittadini >65 anni affetti da pluripatologie aumentando così la capacità di intercettarne i bisogni assistenziali.

Relazione finale

Gli anziani ultrasessantacinquenni residenti nel comprensorio ASM sono 38.969, di questi sono stati interessati a Cure domiciliari 2818 persone corrispondenti al 6,45 % .

Molti di loro soffrono di pluripatologie, quali: malattie neurologiche, ortopediche , parzialmente invalidanti ,malattie oncologiche , anche terminali, SLA, distrofia muscolare, oltre che alcuni necessitano di nutrizione parenterale e/o supporto ventilatorio invasivo.

Le patologie croniche considerate sono state le Affezioni del sistema circolatorio (2.139), l'Insufficienza cardiaca (83), Insufficienze renale cronica (194), l'Insufficienza respiratoria cronica (196) e le Neoplasie (1.548).

I servizi ospedalieri e territoriali hanno portato avanti attività comuni volte alla presa in carico globale del paziente. Sono stati organizzati e gestiti diversi incontri finalizzati alla creazione di una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale, quali i medici di Medicina Generale e Continuità Assistenziale, i medici ospedalieri, le farmacie comunali, gli amministratori locali, i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio. La predisposizione e l'applicazione di un percorso condiviso per la presa in carico dei pazienti oggetto del progetto ha beneficiato di un programma informatico (adozione di un hard were house), che ha permesso di mettere in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali ed ha facilitato le comunicazioni tra gli operatori socio - sanitari con conseguente consolidamento delle capacità degli operatori territoriali ad intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie. L'azienda ASM con tali attività ha realizzato una intensificazione della continuità delle cure con intercettazione della domanda a bassa intensità.

Progetto 1.3 “ Pharmaceutical Care” - realizzato dall' Azienda Sanitaria di Matera (ASM) prosieguo annualità 2014 1.3 DGR 808/2016

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. Sono previsti implementazione di protocolli terapeutici e linee guida in condivisione con le altre linee professionali in campo (MMG ed altri).

Relazione finale

Questo progetto rientra negli interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - farmacia dei servizi. 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.

Nel corso dell'anno la ASM ha portato avanti vari interventi di riassetto organizzativo per migliorare la rete dei servizi di assistenza territoriale ed ospedaliera attraverso molteplici attività svolte in collaborazione tra le farmacie ospedaliere e territoriali, gli operatori del territorio e i medici di medicina generale.

Le attività principali hanno riguardato:

- Il monitoraggio delle prescrizioni attraverso compilazione di schede di rilevazione;
- Sorveglianza e registrazione della tollerabilità degli esiti e la compliance alle terapie;
- Informazioni ai pazienti e/o agli operatori sanitari sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi medici;
- 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;
- Implementazione protocolli terapeutici e Linee Guida e condivisione delle stesse con le varie figure professionali;
- Garanzia della continuità terapeutica ospedale territorio collaborando con le strutture di ricovero ;

Proprio grazie alla sinergia delle azioni poste in campo si è riusciti 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.

Progetto 1.4 -Incentivare il percorso attivazione 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 2014, è realizzato sul territorio aziendale ASM in prosecuzione di quanto compiuto nell'anno precedente circa il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) con l'obiettivo del loro consolidamento nelle attività di integrazione dei servizi assistenziali e con garanzia della presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali.

Relazione finale

Ai fini della realizzazione degli obiettivi del presente progetto l'azienda ASM, nel corso del 2014, ha proseguito sia l'attività di consolidamento delle aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), sia l'attività di incentivazione dei servizi impegnati nella presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostici-assistenziali sia gli incontri organizzativi-formativi tra MMG, PLS e MCA, Emergenza-Urgenza, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale sempre con trattazione specifica di singole patologie croniche in ogni singolo incontro. L'integrazione e la multidisciplinarietà delle attività organizzative e formative realizzate, hanno permesso di ridurre le aree per le AFT e provvedere alla eventuale localizzazione di UCCP.

Nel corso di ogni incontro è stata trattata una specifica patologia cronica e per ciascuna di esse sono state definite linee operative e percorsi condivisi sulla gestione dei pazienti e sulle modalità di accesso al Pronto Soccorso, al fine di incrementare le collaborazioni fra i diversi operatori socio-sanitari interessati, evitare ricoveri inappropriati e soprattutto garantire migliore assistenza sanitaria ai cittadini. È stato implementato il server informatico delle reti aziendali in modo da consolidare e facilitare il collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

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 vuole 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 con successiva erogazione da parte della farmacia

ospedaliera tramite canale di distribuzione diretta. Obiettivo è assicurare almeno il 90% dei pazienti dimessi, con ricetta rossa SSR, da reparto ricevano la terapia farmacologica presso tale punto di distribuzione. In ottemperanza a quanto previsto dalla L.R. 17/2011 in materia di prescrizioni mediche (art. 15) sono state predisposte apposite direttive a tutti i dipartimenti circa il rispetto degli obblighi previsti dalla predetta normativa menzionata. Il processo di prescrizione e distribuzione dei farmaci alla dimissione utilizza un "punto dimissione", ubicato in un'area dell'ospedale facilmente accessibile, dotato 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. Va precisato che, in prosieguo per quanto già fatto per l'annualità precedente, il potenziamento della distribuzione dei farmaci ha determinato un progressivo risparmio della spesa farmaceutica convenzionata così da far quantificare un rilevante risparmio annuale pari a circa 500.000 euro. Infatti le ricette spedite dai pazienti in dimissione a seguito ricovero ospedaliero o a visita specialistica, per l'anno 2014, sono state in notevole aumento rispetto all'anno precedente. L'azienda ospedaliera S. Carlo nel relazionare tale attività ha evidenziato che se le stesse ricette fossero state spedite dalle farmacie private convenzionate avrebbero determinato una spesa sanitaria pari a circa 856.000 euro. Si è conseguito, pertanto, per l'anno 2014, il sopradetto risparmio che ha superato i 500.000,00 euro a fronte di costi sostenuti e rientranti nel finanziamento progettuale.

Linea Progettuale 2: SVILUPPO PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

L'ampliamento dei processi di umanizzazione e di personalizzazione delle cure è esigenza prioritaria della medicina contemporanea per motivi assistenziali, etici, organizzativi e medicolegali. Risulta necessario coinvolgere tutti: pazienti ed operatori ed identificare gli strumenti necessari per la realizzazione di una medicina personalizzata che sia scientificamente rigorosa e nel contempo capace di dialogare con l'unicità bio-psico-socio-ambientale complessa dell'individuo. 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". Occorre 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. Bisogna, tra altro, promuovere ed intensificare iniziative formative rivolte ai professionisti delle strutture sanitarie ed ai *care giver* per fornire i necessari elementi di conoscenza per 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. . Bisogna Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha approvato con Finanziamento FSN Vincolato anno 2014 numero due progetti giusta tabella sottostante:

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). -(proseguo annualità 2014 progetto 8.1 dgr 1478/2015)	200.000,00
	2.2- " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)- (annualità 2014 prosieguo progetto 8.4 DGR 1478/2015)	50.000,00
	Tot. Linea progettuale 2	250.000,00

Progetto 2.1 - Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando evidenza scientifica (EBM) e soggettività umana. (proseguo annualità 2014 progetto 8.1 dgr 1478/2015) 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

Progetto che con le sue azioni intende 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

Lo studio pilota è stato avviato nel corso dell'anno precedente ad opera del Gruppo di Lavoro (GdL) costituito con DDG n° 2013/00281 (personale ospedaliero e con la partecipazione di un antropologa culturale) che ha realizzato un primo step di sperimentazione nelle U.O. di Ematologia, Reumatologia ed Oncologia con raccolta di 'storie di malattia' mediante la somministrazione di diari strutturati (diario del paziente, diario del caregiver; diario dell'operatore). Un successivo approccio interpretativo di carattere fenomenologico, e un'analisi contenutistica delle "storie" ha permesso la categorizzazione degli elementi più ricorrenti. Tali osservazioni sono state ricondotte alle dimensioni della illness (percezione soggettiva della malattia) e della disease (la malattia nell'aggettivazione biomedica). Questo nuovo approccio della medicina, **attraverso test innovativi uniti ad una visione globale di ciascun individuo**, ha creato percorsi diagnostici e terapeutici altamente personalizzati che promuovono la salute mediante l'approccio globale al paziente considerato nella sua interezza al di là dello specifico problema di salute. Di grande importanza è stato lo sviluppo del processo di comunicazione effettuato ad opera degli operatori sanitari sia con i pazienti e, più in generale, con gli utenti dei servizi sanitari, spingendosi fino all'ascolto della narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato e comprendere meglio il vissuto del paziente soprattutto nel caso di patologie oncologiche e, o croniche. Dallo studio-pilota sono emerse le linee-guida per la pianificazione delle attività realizzate lungo tutto il 2014 che si sono compiute mediante l'implementazione di un secondo step di raccolta storie anche con il coinvolgimento di ulteriori U.O. ospedaliere. 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 è condotta attraverso l'utilizzo del Software N-Vivo 10, in dotazione dell'azienda, quale sofisticato strumento usato nell'ambito della Ricerca Qualitativa in grado di esaminare i concetti più ricorrenti all'interno delle storie nonché software più accreditato e utilizzato già negli altri percorsi di Medicina Narrativa situati nel panorama nazionale. I risultati delle analisi saranno presentati nel Corso dell'Anno 2015, durante la giornata Informativa Formativa, alle Istituzioni e al Personale dell'Azienda. 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" unitamente all'obiettivo finale del progetto che rimane, tra altro, la realizzazione della cartella clinica/integrata, ovvero, uno spazio che possa dare voce all'intera storia del paziente che vede la raccolta delle storie di malattia all'interno di ogni singola U.O. finalizzata al raggiungimento di singoli micro-obiettivi (medicina personalizzata).

Progetto 2.2 " Ripartiamo dalla persona ammalata" - (CROB)- (annualità 2014 prosieguo progetto 8.4 DGR 1478/2015) realizzato da IRCCS CROB 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 : Pluriennale (24 mesi)

Impianto progettuale

Il presente 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 . Esigenze da soddisfare:

A)"Certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute":
contemperamento delle problematiche morali con la gestione etica che abbraccia il marketing, il processo di cura, la struttura, i processi organizzativi e la ricerca.

B) Sperimentazione di innovazioni dei processi funzionali e gestionali, che tengano conto di esperienze internazionali: sviluppo programma "Planetree". 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.

C) Ricerca trasparente (centro Cochrane Italiano e Associazione Alessandro Liberati) con completa pubblicazione dei risultati nonché affermazione della validità etico-scientifica delle sperimentazioni e dell'accordo informato (motivo e metodo dell'arruolamento, responsabilità di una comunicazione efficace) degli arruolati. Obiettivi:

- gestione etica dei processi di cura, dei processi organizzativi e della ricerca
- miglioramento del grado di qualità percepito delle cure da parte delle persone assistite;

- 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

Relazione finale

In merito al Progetto: "Ripartiamo dalla persona ammalata", anche in continuità con quanto sviluppato nell'annualità precedente, molteplici sono state le attività svolte:

- 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.

In dettaglio si specificano:

- a. Le questioni etico-cliniche affrontate
- b. I progetti orientati alla "patient centred care" attraverso riflessioni di bioetica clinica
- c. I contributi a convegni scientifici gli aggiornamenti professionali espletati

Le questioni etico-cliniche affrontate si sono dispiegate principalmente nei seguenti ambiti:

- relazione paziente (familiari-tutori)/operatori sanitari;
- rapporto tra professionalità sanitarie;
- rapporto direzioni/operatori sanitari, pazienti, familiari;
- discrepanze con le preferenze e le richieste del paziente (appropriatezza clinica ed adeguatezza etica dei trattamenti, aspettative eccessive e/o pregiudizi da parte del paziente);
- disaccordo con i desideri dei congiunti;
- incertezza sulla diagnosi e/o sul trattamento terapeutico (perplexità sul rapporto rischio/beneficio, apprensione per gli effetti collaterali indesiderati, dubbi sulla gravosità per il paziente);
- processo decisionale condiviso;
- risoluzione di dubbi e/o conflitti etico-morali in un clima di ascolto, rispetto e attenzione agli interessi, ai diritti ed alle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti;
- attenzione agli aspetti di "patientcentred care";
- affermazione dei valori etici impliciti nella bioteca biologica e nell'informazione scientifica;
- validità etico-scientifica della sperimentazione clinica (in particolare: ricerca indipendente e pubblicazione di tutti i risultati);

- potenziamento della multidisciplinarietà e dei PDTA nell'ottica anche di un approccio olistico all'assistenza;
- promozione della "Simultaneous Care";
- gestione etico-clinica dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori;
- organizzazione e informazione delle attività di bioetica clinica in Istituto.

Si evidenziano i Progetti orientati alla "patientcentred care" attraverso riflessioni di bioetica clinica:

- "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";
- "Sincronizzazione"(programmazione nella stessa giornata) di cicli di terapia analoghi;
- Farmacovigilanza intesa come segnalazione di tutte le reazioni avverse, massima trasparenza e tempestività delle informazioni, maggiore coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini;
- report con periodicità trimestrale dal quale si evincano gli assessment e gli appraisal per tutti i farmaci antineoplastici e immunomodulatori impiegati in Istituto;
- ottimizzazione dei tempi dell'Anatomia Patologica in funzione delle terapie.

I contributi a convegni scientifici sono stati diversi:

- "La bioetica clinica", comunicazione presentata ad Atella il 3 maggio 2014 in occasione dell'incontro scientifico "Per ridurre il carico di malattia da cancro";
- "La consulenza etica in ambito sanitario, le ragioni del progetto dell'IRCCS CROB",comunicazione presentata al 40°Congresso Nazionale ANMDO "Ripensare la sanità:ruolo strategico e responsabilità" tenutosi a Napoli nei giorni 15-16-17 ottobre 2014 (premiata quale migliore comunicazione-terza classificata- tra oltre 50 inviate);
- "Analisi e proposte per una gestione coerente delle risorse economiche e finanziarie",XVIII Congresso Nazionale F.A.R.E. Napoli 25 settembre 2014 (P.F.Amendola, R.Martino);
- "Attuali modelli organizzativi e sfide future in oncologia per la sostenibilità dell'immunoncologia "AOO Congresso Nazionale ANMDO Napoli 15-16-17 ottobre 2014 (P.F. Amendola, R. Martino).

Diverse sono state le opportunità di aggiornamento professionale tra cui:

- Combattere le diseguaglianze in sanità", Matera 28 maggio 2014;
- "La gestione del farmaco: innovazione, efficacia, sostenibilità", Bologna 4 giugno 2014;
- "Etica, deontologia e responsabilità nelle attività chirurgiche", Napoli 12 e 13 giugno 2014;
- "Il fascicolo sanitario elettronico nelle regioni meridionali: modelli funzionali per l'integrazione tra ospedale e territorio", Potenza 4 luglio 2014;
- "Governo della salute nel territorio-PDTA standard per patologie croniche", Roma 10 luglio 2014;

Linea progettuale 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO 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:

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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)- (proseguo annualità 2014 progetto 7.1 DGR1478/2015)	202.295,00
	3.2 - annualità 2014 proseguo progetto 7.2 - Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell'assist domiciliare palliativa specialistica (ASM).- DGR 1478/2015	529.038,00
	3.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)-(proseguo annualità 2014 progetto 7.3 DGR1478/2015)	236.893,00
	3.4 Integraz hospice-cure palliative domiciliari (A.O.SAN CARLO) - (proseguo annualità 2014 progetto 7.4 DGR1478/2015)	263.259,00
	Tot. Linea Progettuale 3	1.231.485,00

Progetto 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale ASP - (proseguo annualità 2014 progetto 7.1 DGR1478/2015) realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza

Referente regionale

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

Durata : annualità 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. Duplice obiettivo: migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali, oncologici e non oncologici e nello stesso tempo ridurre le ospedalizzazioni inappropriate con l'implementazione delle cure domiciliari.

Relazione finale

Con il presente progetto l'azienda sanitaria Asp di Potenza ha inteso sviluppare delle attività che diano la possibilità di poter eseguire a casa del paziente 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. Tutto al fine di migliorare la qualità di vita del paziente. Diversi sono state le azioni implementate per 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. Si organizzano attività riguardanti:

- 1) Formazione del personale: corsi specifici anche di carattere universitario e 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 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 3.2 - Cure palliative e terapia del dolore sviluppo dell' assistenza domiciliare palliativa specialistica- (proseguo progetto 7.2 - DGR 1478/2015) - 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 relazionata, ha permesso il proseguimento delle attività multisettoriali sempre partendo 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, si è infatti inteso organizzare 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. 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 hanno permesso la costruzione di un percorso del paziente personalizzato e con l'utilizzo delle strutture, aziendali e non, hanno reso possibile una risposta assistenziale organica. La rete così sviluppata comprende 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 per il soddisfacimento dei bisogni circa la prescrizione e la gestione della terapia del dolore (oppioidi), la prescrizione dei presidi vari (Ossigenoterapia, letti, carrozzine, presidi per incontinenza, alimentazione parenterale, alimentazione entrale etc.)..

La piattaforma organizzativa di base utilizzata e continuata ad essere 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. 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. Si sono altresì implementati protocolli per dimissione da Hospice e presa in carico dall' ADI per il prosieguo sul territorio delle attività terapeutiche necessarie.

Progetto 3.3 Percorso di cura x cure palliative e terapia del dolore -(ASM)-
(proseguito annualità 2014 progetto 7.3 DGR1478/2015)—realizzato dall'azienda Sanitaria di Matera (ASM)

Referente regionale:

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

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 onco-ematologi, 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 2014, in linea con il progetto in oggetto, le attività sono state svolte a cura delle varie strutture nelle quali è articolata l'Azienda Sanitaria di Matera con il coinvolgimento di presidi e professionalità territoriali, ospedalieri, distrettuali: PP.OO. di Matera e di Policoro, presidi distrettuali di Stigliano sede dell'Hospice, di Tinchì , di Tricarico. Sono stati presi in carico pazienti affetti da malattia cronica non oncologica (SLA, sindromi genetiche con severa disabilità) portatori di tracheotomia e sottoposti a Ventilazione Artificiale Meccanica, a nutrizione artificiale enterale o parenterale. Ad intervalli regolari sono stati trasportati in sicurezza in Ospedale, con assistenza infermieristica, per la sostituzione dei presidi (cannula tracheostomica, tubo gastrostomico).

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. Presso il P.O. di Matera il servizio di somministrazione di chemioterapia è direttamente affidato alla S. C. di Anestesia e Rianimazione secondo le prescrizioni e con la consulenza di strutture di Oncologia regionali o extraregionali. 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 e presa in carico di pazienti per le Cure Palliative anche al domicilio degli stessi.

Sono stati effettuati circa 190 ricoveri presso l'Hospice del P.O. di Stigliano di cui il 50% in DH. Le prestazioni ambulatoriali di cure palliative e terapia antalgica sono state > 800 presso il P.O di Tinchì e circa 360 presso il P.O. di Stigliano .

Al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti. si sono rese necessarie: l'attività integrata fra medici ospedalieri e MMG, la disponibilità di una Infermiera dedicata alla gestione dell'ambulatorio di Cure Palliative con vantaggi sulla continuità delle cure e sulla qualità degli aspetti relazionali, le consulenze di Terapia Antalgica per pz ospedalizzati eventualmente prossimi alla dimissione per l'allestimento di un piano terapeutico personalizzato nonché le consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del paziente.

Progetto 3.4 Integrazione Hospice-Cure Palliative Domiciliari (proseguo annualità 2014 progetto 7.4 DGR1478/2015) 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) per la 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 ciascun operatore o , da fruire congiuntamente dalle équipes dei due setting assistenziali, che in tempo reale, permette la consultazione 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 ma nei diversi setting assistenziali, in particolare in quello residenziale, in Hospice, e in quello domiciliare.

Il presente progetto si è posto come obiettivo la realizzazione di una piattaforma di integrazione funzionale 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) tale da creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete delle cure palliative. Tale integrazione ha previsto una comune valutazione e 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. Nel rispetto di quanto condiviso con il protocollo di intesa predisposto tra l'azienda Ospedaliera San Carlo e la ASP "Dimissioni protette e continuità delle cure" si è proceduto con l'utilizzo di 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 sia il pre-ricovero in Hospice (valutazione congiunta dei criteri di accesso, la conoscenza del paziente e dell'unità familiare, pianificazione degli obiettivi da perseguire) sia la post-dimissione dall'Hospice ed in particolare la gestione di device impiantati in Hospice che necessitano di competenza professionale e di strumenti in possesso dell'équipe dell'Hospice. E' stata effettuata attività di 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. E' stata fatta formazione finalizzata all'attività di ricerca anche attraverso l'erogazione di una borsa di studio per medico

Indicatore	Numero	%
Numero di pazienti seguiti dalle due equipe (Hospice e Assistenza Specialistica ADI –ANT distretto di Potenza).	90	60% dei pazienti che sono affetti in Hospice segnalati dall'assistenza domiciliare ADI-ANT

Gli obiettivi progettuali potranno ritenersi conclusi nell'arco di 3 anni.

LINEA PROGETTUALE 4 : PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE –

Progetto Piano regionale di prevenzione 2014/2018

Referente regionale

Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

Delibere di Giunta regionale nn. 91/2015 – 710/2015 – 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni 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:

- 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.

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.

OBIETTIVI :Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare, attraverso attività annuali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP.

Per tale motivo, il Piano è strutturato in programmi per area di intervento, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi e azioni tra loro coerenti.

I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.

Viene dato spazio alla funzione di stewardship, al fine di promuovere il necessario coordinamento con tutti gli attori che concorrono al raggiungimento dei risultati attesi, anche attraverso la messa a regime di flussi informativi utili.

Per l'attuazione degli obiettivi di Piano 2014, è previsto il diretto coinvolgimento delle Aziende Sanitarie regionali per le rispettive parti di competenza.

Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale di prevenzione (Documento Operativo) ex DGR N. 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni

Con la presente linea progettuale viene ripartito agli Enti del SSR l'importo assegnato a valere sulla quota del FSN vincolato 2014, accordo stato regioni 126/CSR 30 luglio 2015 al netto della quota assegnata per il supporto al piano pari ad euro 12.832,49 (importo destinato obbligatoriamente euro 2.566.497,01*5/1000) oltre le ulteriori risorse x obiettivi di piano anno 2014 che la regione ha inteso ancora attribuire alle proprie aziende sanitarie per lo svolgimento dei programmi approvati.

Di seguito si riporta la tabella di riparto considerato:

DESCRIZIONE AZIENDA	IMPORTO IN EURO
ASP	2.257.564,96
ASM	834.115,84
A.O.R. San Carlo - Potenza	323.343,71
IRCSS – CROB - Rionero	155.000,00
Totale	3.570.024,51

Progetto 4.3 Centro di Riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza Epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale- realizzato da azienda ASP Potenza

Durata: annualità 2014

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

ATTIVITA'

- 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 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'espirato con tecnica gascromatografica ed e-nose per la diagnosi

delle patologie asbesto-correlate

- Attuazione di protocolli di prevenzione per la tutela della salute della popolazione
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 multidimensionale; multidisciplinare e

- integrazione di professionalità, strumenti e competenze che, a vario titolo, studiano i temi dell'ambiente edella 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' :

Modelli Avanzati di gestione delle malattie Croniche

Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza

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 quale il Chronic care model, per superare le difficoltà proprie del sistema unitario Ospedale Territorio con individuazione di

strumenti utili a favorirne le potenzialità unitamente alla condivisione di scelte terapeutiche basate sull'EBM con promozione dell'empowerment del paziente sulla base dei piani di cura. La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti proprio per le particolari peculiarità bio-psico-sociali di tali soggetti. Per meglio rispondere alla complessità dei bisogni occorre una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona con strutturazione di un piano individuale di assistenza (PAI) sociosanitario integrato con previsioni di trattamenti effettuati c/o il domicilio della persona o, solo laddove l'assistenza a domicilio non sia possibile (condizioni cliniche, ambientali, familiari) presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale.

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

Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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
5.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM) -(prosieguo annualità 2014 progetto 2.2 DGR1478/2015)	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
5.5 ATTIVAZIONE DAY SERVICE SECONDO IL CRONIC CARE MODEL (ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 2.5 DGR1478/2015)	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
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
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
5.9 Percorso di cura del paziente disabile (ASP) - (prosieguo annualità 2014 progetto 3.1 DGR1478/2015)	176.500,00
Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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
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
5.12 - PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)- (prosieguo annualità 2014 progetto 5.1 DGR1478/2015)	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

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) - (proseguo annualità 2014 progetto 11.1 DGR1478/2015)	290.000,00
5.15 : ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)- (proseguo annualità 2014 progetto 12.1 DGR1478/2015)	40.000,00
5.16 ATTIVAZ AMBULATORIO dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)- (proseguo annualità 2014 progetto 12.2 DGR1478/2015)	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) - (proseguo annualità 2014 progetto 15.2 DGR1478/2015)	177.902,00
5.18 Unità di valutazione geriatrica ospedale-territorio (UVGOT)per il paziente anziano- (ASP)	367.375,00
TOT. LINEA PROGETTUALE 5	6.706.068,00

PROGETTO: 5.1 SPERIMENTAZIONE IN TEMA DI MANAGMENT DELLE MALATTIE CRONICHE CON MMMMG E PPLLSS (ASP)- (proseguo annualità 2014 progetto 2.1 DGR1478/2015) 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: tutti i medici di Assistenza Primaria adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostici-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

L'ASP di Potenza, ha posto tra gli obiettivi strategici del biennio 2013-2014 lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ossia di un modello assistenziale che , integrando quello classico della "medicina d'attesa" disegnato sulle malattie acute, intercetti il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi e, ancora, che gestisca la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso garantendo al paziente un miglioramento della qualità di vita anche mediante interventi adeguati e differenziati in relazione al livello di

rischio [nuovo concetto di sanità, ascrivibile al modello Chronic Care Model (CCM) che 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 Equipies Territoriali della Medicina Generale e/o equipies semi strutturate già presenti in alcuni Distretti della Salute (ex USIB) ed in particolare in quello di Lauria ed in quello di Senise Primo obiettivo posto dal presente progetto per tutti i medici di assistenza primaria è 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) di cui si dà evidenza:

-Attività sperimentale :

A- Le Equipies 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. 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 Equipies 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.

Durante le riunioni di equipres sono stati trattate le seguenti tematiche:

- massima 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 maggiormente diffuse nella popolazione assistita (quali diabete, ipertensione, broncopneumopatie croniche ostruttive) al fine della attivazione degli AMO);

- applicazione delle linee guida e percorsi condivisi per **“Diabete, Patologie cardiologiche,**

BPCO, Prescrizioni radiologiche, Scompensamento Cardiaco”;

- definizione di procedure semplificate di accesso alle prestazioni ambulatoriali di 2° livello per i pazienti seguiti dai MMG e dagli Specialisti;
- sviluppo 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.
- Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni e pubblicazione i 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 :

- 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 S.C., 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.

ESITI

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 unitamente al 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, modello ambulatoriale con caratteristiche specifiche, 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 su 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.

Obiettivi, tra altri:

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

- Rispondere in tempi brevi alle esigenze dei Medici di Medicina Generale che necessitano di risposte per alcuni pazienti con particolari problemi clinici.

AMO DIABETE

- **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.
- **Day service di Senise:** rappresenta l'unica esperienza di gestione integrata del diabete attualmente eseguita in Regione.

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 alle ore 19,00. Comunque 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, 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.

I risultati del monitoraggio dei tempi di attesa nelle sedi aziendali che effettuano prestazioni di Diabetologia, Cardiologia e Bronco pneumologia hanno evidenziato tempi medi rientranti sempre nei parametri previsti sia dal Piano regionale che da quello Aziendale (30giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali), ed in particolare nel territorio dei Distretti di Lauria e Senise(ove attivato il progetto) gli stessi risultano più bassi rispetto agli altri territori aziendali.

d) 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.

Tutte le équipes sono dotate di servizio di segreteria e di reperibilità telefonica ed assicurazione di visite giornaliere dal lunedì al venerdì, con turnazione dei medici componenti le Equipes, per più delle due ore previste.

e) attività di ciascun medico partecipante al progetto, senza la presenza del paziente, di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati , organizzativa, programmatoria 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 .

Tutte le Equipe si riuniscono con cadenza almeno semestrale (numero minimo da raggiungere 6 riunioni l'anno) al fine della valutazione dell'andamento del progetto in tutte le sue fasi. Lavoro epidemiologico di raccolta, revisione, classificazione ed eventuale comunicazione di dati riguardanti singoli cittadini o gruppi di pazienti, sia per l'attività tradizionale, sia per quella dedicata ai singoli AMO, o a programmi di educazione sanitaria o prevenzione. Il 50% dei medici, inoltre appartenente ad una Coop Medica che fornisce agli stessi aderenti un sistema informativo datawarehouse, permette agli stessi lo scambio informatico di informazioni e la partecipazione ai sistemi informativi di raccolta dati e fornitura di servizi in rete con l'ASP.

f) Codici Bianchi

E' stato attivato un ambulatorio di codici bianchi presso il PSA di Lagonegro, a livello sperimentale, a partire dal 1 marzo 2014, con attività in una prima fase per 4 ore giornaliere, dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e la partecipazione di Medici di Continuità Assistenziale in plus orario e Medici di Medicina Generale.

g) Formazione

Sono stati effettuati eventi formativi per MMG e MCA, aventi come temi la patologia ipertensiva e lo scompenso cardiaco e la patologia diabetica, utilizzando come provider la COOP di MMG nelle sedi di Lagonegro, Senise, Villa D'agri e Venosa con partecipazione media di circa 50 MMG ad evento (pari al 60% dei MMG totali) e rilascio di crediti ECM. Hanno partecipato come docenti MMG, Specialisti di Branca, Medici di Distretto, e la finalità dell'evento è stata quella di presentare il progetto e le linee guida e gli approcci metodologici del percorso diagnostico terapeutico.

Progetto 5.2 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA (ASM) -(prosieguo annualità 2014 progetto 2.2 DGR1478/2015) 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 i Distretti di Matera, di Policoro, di Tricarico e l' 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

L'Azienda ASM, ha inteso con tale progetto implementare modelli avanzati per la presa in carico delle patologie croniche e a tal fine ha coinvolto tutti gli attori del territorio aziendale: operatori dei Distretti Sanitari, il servizio di Assistenza Primaria, la Specialistica Territoriale, i Servizi Amministrativi, i servizi fornitori di 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 si è esplicata presso il Distretto di Matera, il Distretto di Policoro, il Distretto di Tricarico con gli Ospedali Distrettuali aziendali (Finchi, Stigliano e Tricarico). 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 l'autocura, l'auto-aiuto finalizzato alla gestione, più o meno autonoma, di alcune patologie croniche. In particolare il focus è stato diretto su percorsi riguardanti le seguenti patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco e ipertensione arteriosa. La gestione delle attività è avvenuta 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 patologia d'interesse e lo stadio della stessa riducendo in tal modo l'asimmetria informativa fra sistema sanitario ed utente.

Determinanti per la definizione del livello di "autogestione" da delegare al paziente o ai suoi care givers sono stati: stadio della patologia e la compliance complessiva del paziente. pazienti presi in carico hanno superato quelli preventivati grazie anche alla buona organizzazione in rete delle strutture specialistiche aziendali con garanzia della continuità delle cure, gestione integrata dei pazienti nel loro percorso territorio-ospedale e viceversa, ha determinato la presa in carico di pazienti con patologie croniche superiore a quella preventivata. Tale modalità è stata facilitata nelle aree aziendali dove i diversi setting assistenziali ed i vari attori del sistema erano tutti fisicamente presenti (Casa della Salute/Medicina di Gruppo allocata c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico ed in alcune altre realtà con studi dei MMMMGG collocati all'interno di Distretti Sanitari o Ospedali Distrettuali). Si è così favorito l'integrazione delle diverse professionalità (incontri tra specialisti ospedalieri, personale del distretto, MMG, MCA, e varie associazioni presenti sul territorio), l'acquisizione di uno stesso linguaggio nell'implementazione dei percorsi PDTA, si sono garantiti a tutti i pazienti presi in carico percorsi privilegiati per le prestazioni ambulatoriali, presso le sedi comunali distrettuali, eseguite dagli specialisti medici aziendali, prestazioni di radiologia e di laboratori 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 5.3 Sperimentazione di Rete dei Servizi per le Malattie Croniche Ambulatorio Per Le Demenze (ASM)-(proseguito annualità 2014 progetto 2.3 DGR 808/2016)

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 MMMMGG 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

La sperimentazione di una rete dei servizi per la cura delle malattie croniche è stato attivato nella ASM, attraverso l'apertura di un ambulatorio dedicato per la cura e il trattamento delle demenze, presso la U.O. di Neurologia, al fine della presa in carico multidisciplinare del 100% degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali. Sono state interessate al progetto diverse unità operative della ASM, coinvolgendo soprattutto medici, psicologi e personale del comparto delle divisioni di Neurologia, Medicina, Psicologia e Fisiatria. Nel corso dell'anno le attività rivolte ai pazienti sono così riassunte:

- Collaborazione con i Medici di base per segnalazione telefonica alla segreteria della U.O. di neurologia per richiesta visita e prescrizione esami;
 - Visita e conseguente presa in carico del paziente;
 - Compilazione cartelle e assistenza ai pazienti in sala di attesa;
 - 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;
 - Controlli periodici anche tramite contatto telefonico con caregiver;
 - 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: 5.4 Approccio Multidisciplinare Alla Sclerosi Multipla. Miglioramento Dei Percorsi Assistenziali (ASM) -(proseguo annualità 2014 progetto 2.4 DGR1478/2015)-- 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

Il percorso assistenziale inerente l'approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla, ha interessato diverse unità operative della ASM ed ha coinvolto soprattutto medici e personale del comparto delle divisioni di Neurologia, Medicina e Urologia.

Nel corso dell'anno sono state svolte attività e prestazioni sanitarie varie ricomprendenti:

- Attività di studio dei casi con definizione di percorsi per i pazienti con 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 (non compresi nel file F) ai pazienti con età inferiore ai 18 anni ed affetti da SM;
- Collaborazione con i Medici di MMGG per il trattamento pazienti SM;
- Prestazioni di ricovero per pazienti affetti da sclerosi multipla;
- Monitoraggio delle attività.

Progetto 5.5 ATTIVAZIONE DAY SERVICE SECONDO IL CRONIC CARE MODEL (ASM)-(proseguo annualità 2014 progetto 2.5 DGR1478/2015) 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

Scopo principale del progetto è il Day Service, quale modalità assistenziale ambulatoriale per il trattamento di utenti affetti da patologie croniche che presentano problemi complessi e non richiedenti sorveglianza medico-infermieristica prolungata. Il tutto in alternativa al ricovero ordinario e al day hospital e conseguente spostamento del baricentro dell'assistenza dall' Ospedale al Territorio, con conseguente incremento del sostegno ai cittadini bisognevoli di cure, presso il proprio domicilio. Si sono organizzati teams multidisciplinari e multiprofessionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio in un arco di tempo ristretto. Si è effettuato il contatto periodico dei cittadini affetti da malattie croniche presso i propri domicili da parte degli infermieri in servizio presso le sedi distrettuali. Si sono espletate attività di consolidamento tra gli aspetti organizzativi e quelli operativi; di assestamento della pratica d'integrazione tra i vari servizi e i rispettivi operatori in modo da costruire percorsi condivisi efficaci ed efficienti nel dare risposte adeguate e complesse; di ampliamento 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; di programmazione ed attuazione di interventi di formazione rivolti agli operatori dei servizi interessati. E' stata fatta la valutazione e la verifica del progresso delle attività di assistenza erogate sul territorio: si sono considerati , tra gli altri indicatori, i DRG relativi alle malattie croniche, quali, lo Scompenso cardiaco (classi di

età 50 -74), il Diabete (classi di età 20-74) e la BPCO (classi di età 50-74) pur se privi dei dati di mobilità passiva.

Progetto 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) 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 di malato oncologico" perché, da succube o sospettoso o peggio disorientato, acquisisca la capacità di partecipare alle decisioni.

Relazione finale

La ricerca organizzativa promuove la sperimentazione di innovazioni nei processi funzionali e gestionali. Il modello "Planetree" si basa su un semplice assunto: il processo di cura dovrebbe essere organizzato principalmente sui bisogni del paziente e con il contributo importante del caregiver. La malattia oncologica impaurisce tutti. Scopo della ricerca è far modificare l'approccio globale alla malattia oncologica facendola accogliere come tutte le altre malattie croniche in un simbolico nuovo. Si individuano strumenti per un malato che oggetto della sanità diventi soggetto della sanità. In tale ottica gli si dedica una parte della cartella clinica in cui, se vuole, può raccontare la sua malattia ai clinici dando agli stessi la possibilità di realizzare in pienezza l'unità di cura. Paziente e caregiver non sempre hanno la stessa visione della malattia con possibile incidenza sull'atto medico. E' importante dare un'informazione al paziente completa, comprensibile e recepita in merito alla diagnosi, alla prognosi, alle differenti opzioni diagnostiche e terapeutiche con il relativo profilo beneficio-rischio e nello stesso tempo si deve così integrare nel processo decisionale la prospettiva etico-morale del paziente quindi i suoi valori e le proprie preferenze (es. valore dell'esistenza, cos'è la malattia, interpretazione rapporto rischi-benefici). Nell'attuazione di tale percorso si realizza una medicina sostenibile nella fragilità e compassione della relazione umana: conoscere la propria cartella, anche grazie all'uso di programmi di video scrittura, rende il malato più tranquillo e più responsabile nel proprio stile di vita e per i buoni risultati della terapia. Tale compliance del paziente diviene indispensabile man mano che si procede all'aumento dei regimi di day hospital e di ambulatorio delle prestazioni. Con il progetto "La persona malata al centro...della ricerca organizzativa oncologica secondo il modello della malattia cronica (Planetree)" l'istituto IRCCS nel corso dell'anno in oggetto ha, tra altro, provveduto:

- ad implementare la Cartella informatizzata per pazienti e caregiver secondo il modello della medicina partecipata della Malattia cronica (parte accreditamento Planetree);

- al recupero funzionale area caregiver identificando un'area al piano seminterrato denominata Sala Fiordaliso e finanziandone i lavori di recupero. Tale 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;
- ad individuare 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 sopravvissuti e quelli di nuova diagnosi;
- realizzare un Cineforum per rendere più serena la permanenza in ospedale a malati ed accompagnatori.

Progetto 5.7 : "La presa in carico efficace" La risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio (ASM) -(proseguo annualità 2014 progetto 3.2 DGR1478/2015) 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 lo scopo principale di garantire la continuità assistenziale nella 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

Al fine di garantire una presa in carico efficace si è consolidata la continuità della presa in carico del percorso riabilitativo dall'Ospedale al Territorio; si è implementato il sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo, si è realizzata l'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). E' stata svolta attività di monitoraggio pari all'80% delle persone affette dalle patologie sopra descritte e da sclerosi multipla dimesse dal P.O. di Matera. Tale attività è stata supportata dall'utilizzo di un sistema informatizzato di strumenti atti ad individuare le persone affette da tali patologie, si sono predisposti dei Protocolli operativi con le UU.OO ospedaliere interessate

e con le strutture estensive presenti sul territorio per l'individuazione delle persone dimesse. Si sono predisposti i Protocolli operativi per l'individuazione di un team di riabilitazione, composto da: medico fisiatra, medico ospedaliero e tecnico della riabilitazione (fisioterapista e/o logopedista) con affidamento agli stessi della responsabilità della presa in carico e del monitoraggio sia del percorso del paziente che dei relativi outcomes.

Progetto 5.8 "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria. -ASM- (proseguo annualità 2014 progetto 3.3 DGR1478/2015)-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

Obiettivo principale è 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 2014, grazie ai Percorsi Riabilitativi e di Assistenza Protesica implementati, vi è stata una presa in carico di pazienti bisognevoli di trattamento riabilitativo e addestramento all'utilizzo di apparecchiature protesiche pari all' 80% di persone dimesse/anno dalla fase acuta dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto per la cura dell' Insufficienza Respiratoria. Tale attività ha beneficiato dell'implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo con utilizzo di Scale Funzionali e Prognostiche per le Funzioni Vitali di Base. Tutto ciò ha fatto rilevare una 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. E' stato implementato il sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo tramite l'utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone affette da insufficienza respiratoria. I pazienti sono stati rilevati in un apposito data base per L'efficacia dei trattamenti ha beneficiato della corretta: elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. interessate per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse; 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. il tutto grazie al lavoro del team multidisciplinare costituito dal medico pneumologo territoriale responsabile del progetto, dal personale infermieristico e tecnico della pneumologia territoriale e dai medici ospedalieri delle varie UU.OO. della ASM (UU.OO. in cui è stato ricoverato il paziente) a cui risulta affidata la responsabilità della presa in carico riabilitativa dei pazienti (vedi ossigenoterapia domiciliare a lungo termine , allettati e o non deambulanti) e del monitoraggio, con uso di sistema informatizzato, sia del percorso che dei relativi outcome. E' altresì previsto il monitoraggio dei dimessi del P.O. di Matera.

Progetto 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (ASP) - (proseguo annualità 2014 progetto 3.1 DGR1478/2015) – 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

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 previste, tra altro,: una maggiore integrazione tra: medici ospedalieri, specialisti territoriali, Medici di Medicina Generale(MMG), operatori delle cure domiciliari ed operatori addetti nelle strutture accreditate aziendali; iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo; l'aggiornamento di protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio distrettuale di Lauria.

Relazione finale

L'attività svolta nel corso dell'anno per l'implementazione del modello organizzativo del percorso di cura del paziente disabile implementato ha visto una attenta articolazione dei diversi momenti assistenziali che vanno dal ricovero in acuto, alla dimissione ed alla presa a in carico territoriale(domiciliare o residenziale) il tutto allo scopo di rendere le cure più accessibili, tempestive ed appropriate. Si sono aggiornati i protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio ospedaliero di Venosa e del presidio distrettuale di Lauria, unitamente all'implementazione delle iniziative di comunicazione e formazione degli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo. Si è posta particolare attenzione alla gestione del malato rendendo il soggiorno più gradevole: mediante la dotazione del reparto con apparecchi televisivi ed un salottino 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.. Tra le attività pianificate è stato effettuato il primo stage (5 giorni interattivi) dei tre previsti per il trattamento del paziente neurologico. I rimanenti due sono in programma nell'anno 2015.

E' stato altresì 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.

I controlli effettuati sul territorio aziendale sono 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 5.10 Assistenza ai pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza nella fase degli esiti -ASP-(proseguo annualità 2014 progetto 4.1 DGR1478/2015) realizzato da azienda sanitaria di Potenza.

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

Giuste indicazioni 'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 "Linee di indirizzo per le persone in Stato Vegetativo e in stato di Minima Coscienza" si intende fornire a questa tipologia di persone soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in strutture extra ospedaliere e ove possibile la domiciliarizzazione. Inserimento dei pazienti in strutture residenziali dedicate quali SUAP o Domicili protetti.

In tale ottica 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 prosegue in questa annualità con il lavoro di strutturazione di un assetto organizzativo sempre meglio rispondente a quelli che sono i bisogni crescenti dei pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti e delle loro famiglie. Pone debita attenzione ai percorsi di cura ospedale-domicilio e con specifici provvedimenti finalizzati intende creare condizioni assistenziali certe e omogenee su tutto il territorio. Ha così 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 ed umane opportune a ciò si aggiunge l'attuazione del processo di omogeneizzazione circa la modalità di offerta assistenziale in essere tra le diverse strutture territoriali quali la distribuzione dei presidi, disposizioni di inserimento nelle cure domiciliari, sistema di gestione delle tracheostomie e della nutrizione artificiale, identificazione e coinvolgimento delle figure specialistiche interessate. Predisposizione di una scheda-tipo per la raccolta dati salienti, la creazione DB di pazienti, referenti, unità, esperienze, individuazione dei livelli e dei bisogni formativi. 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:: è già in atto la formazione degli operatori e dei familiari "on the job training". Sono in elaborazione linee guida aziendali specifiche per la gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti così come incardinate all'Accordo Stato Regioni del 5 Maggio 2011 e agli atti Regionali di riferimento.. Si sta definendo l'algoritmo della procedura per raccogliere dati e informazioni sui pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. Vengono rispettate in pieno tutte le procedure inerenti il trattamento dati, la privacy e il consenso informato 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.

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) --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 : annualità 2014

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 a domicilio del paziente con assistenza portata da parte degli 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

Ai fini della realizzazione del presente progetto l'azienda ASM ha continuato le sue attività di attivazione e gestione di n.5 posti letto ed allocati nell'Ospedale Distrettuale di Tricarico all'interno della U.O. di Lungodegenza Medica cod. 60 dedicati all'assistenza di pazienti oggetto del progetto il cui Referente aziendale è il dr. Vincenzo Denisi direttore del Distretto e dell'Ospedale Distrettuale di Tricarico. Nell'anno sono transitati in tale struttura di ricovero dedicata n.9 pazienti in "stato vegetativo o di minima coscienza" facendo registrare una degenza media di circa 170 giorni. La presa in carico del paziente è avvenuta in ossequio delle Linee Guida Nazionali approvate in Conferenza Stato-Regioni il 05 maggio 2011 e recepite dalla regione Basilicata con DGR n.462 del 24aprile.2012.: hanno usufruito di tale tipologia di ricovero pazienti provenienti da tutta la Regione Basilicata. Ai fini del controllo in tempo reale h24 delle condizioni cliniche dei pazienti in stato vegetativo e richiedenti cure intensive sono stati utilizzati 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. La formazione teorica continua unita all'addestramento che avviene sul campo da parte del personale medico, del personale infermieristico e degli OSS è senza dubbio la carta vincente ed anche l'approccio caratterizzante di tale attività. La presa in carico di tali pazienti non può comunque prescindere dalla collaborazione della famiglia che adeguatamente informata condivide tutte le decisioni rilevanti in merito al percorso di cura del paziente. Il confronto continuo con il medico di medicina generale del paziente (medico di famiglia) è stato sempre determinante per una buona compliance complessiva del processo di cura dedicato. Riguardo all'assistenza a domicilio tale tipologia di pazienti le gravi difficoltà insite e i vari motivi legati all'importante impegno che comportano per le famiglie, anche gravate da problematiche di tipo economico oltre che sociali, non hanno ancora permesso lo sperimentare di tale modalità assistenziale.

Progetto 5.12 - PROGETTO RAF -RETE DI ASSIST. AZIENDALE ALL'ANZIANO FRAGILE -(ASP)- (prospiegua annualità 2014 progetto 5.1 DGR1478/2015) – 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

Data la complessità dei bisogni risulta necessario 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 e l'individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza e che tutelino la dignità della persona. La popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia dal rapporto CEIS 2009 risulta che: 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 si stima che questo dato tenderà a consolidarsi nei prossimi decenni. (dato in linea con le stime mondiali che prevedono un incremento esponenziale delle fasce di età con oltre 50 anni). Il numero di anziani progressivamente cresciuto determina un mutamento demografico con importanti ripercussioni sulla salute pubblica. Il crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative: accanto alle patologie cardiovascolari, respiratorie, osteometaboliche, traumatiche, neurologiche si espande il dato dell'aumento esponenziale negli over 65enni delle patologie involutive cerebrali. 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) di cui una operante all'interno della UO - CEIMI del presidio ospedaliero di Venosa. L' UVA, nel suo decennio di attività, ha garantito lo studio ed il trattamento della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio della ex ASI 1 costituendo punto di riferimento per i pz, i familiari, i MMG. Il suo merito è stato anche quello di porre sempre più in evidenza la "problematica demenza" nella certezza che alla punta dell'iceberg corrisponde una più profonda dimensione del problema: dalla patologia all'assistenza necessaria. E' opportuno fare una diagnosi differenziale tra le varie forme di demenza (non esiste

solo l'Alzheimer) si deve più propriamente parlare di "Demenze" di varia forma.. A tale scopo è presente nel Reparto un Ambulatorio Demenze ove 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 con decadimento cognitivo e 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 stessa 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 non hanno la possibilità di poter eseguire in proprio gli esami previsti dal protocollo Alzheimer.

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: 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.

L'Ambulatorio UVA è punto di riferimento dei familiari per la risoluzione dei tanti problemi complessi che attengono la gestione del pz demente (non solo Alzheimer) soprattutto quando subentrano disturbi psico-comportamentali. Ad oggi risulta essere 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 oltre 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.

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.

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).

Progetto 5.13: Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM)- (proseguo annualità 2014 progetto 5.2 DGR1478/2015) 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.

Relazione finale

Strutture di riferimento per lo sviluppo del presente progetto sono stati gli Ospedali Distrettuali aziendali ASM di Tricarico e Stigliano in quanto 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. Fondamentale è stata la 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. L'organismo che, previa valutazione complessiva dei bisogni, inserisce il paziente nel percorso con la presa in carico è l'Unità di Valutazione Multidimensionale UVMD), che vede la partecipazione 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.).

Le strutture coinvolte nel lavoro di risposta 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 ed invece era dominante il bisogno sociale o socio-sanitario, in mancanza di compliance familiare, il paziente è stato indirizzato alle residenze protette con le loro diversificate specificità. 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. 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. Vi è da dire che il territorio aziendale ASM conta sulla presenza di RSA (R3 e R2 e cioè con diverso impegno assistenziale sanitario) e di 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. Si sono potuti così indirizzare i pazienti non autosufficienti verso strutture residenziali con caratteristiche coerenti ai loro bisogni grazie alla diversa classificazione delle patologie e delle problematiche sociali sottesi a ciascuno di loro.

Progetto 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) - (proseguo annualità 2014 progetto 11.1 DGR1478/2015) 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.it -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 necessario 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 riguardo ad una migliore riuscita della terapia oncologica. Va tutelato il diritto e il desiderio di vivere, una volta guariti, che comprenda la possibilità di diventare genitori mediante la sperimentazioni di pratiche e procedure per la conservazione della fertilità. Il presente progetto è basato sullo sviluppo di una organizzazione di reti fra centri di diagnosi e cura oncologici e centri di terapia della infertilità e preservazione della fertilità sul modello che 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. Le prestazioni che si vogliono fornire rivestono il carattere di urgenza: i trattamenti di preservazione della fertilità devono infatti essere messi in atto tempestivamente per non ritardare l'inizio delle terapie antitumorali, pertanto il counselling riproduttivo è una prestazione da fornire in condizione di urgenza e richiede sia una immediata disponibilità sia 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, individuata in pieno accordo, pubblica e/o privata, comprendente l'addestramento nel prelievo ovocitario e nella tecnica laparoscopica. E' altresì previsto l'impiego di tre unità di Dirigente medico ASP (uno per Lagonegro, uno per Villa d'Agri e uno per Melfi). Per ognuna delle realtà sanitarie coinvolte viene effettuato un censimento delle Unità operative oncologiche, si crea una rete fra le stesse e uno o più Servizi di Riproduzione Assistita pubblici: in tal modo si può 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: criopreservazione del seme agli uomini, trasposizione ovarica e/o crioconservazione di tessuto ovarico e/o crioconservazione di ovociti alle donne. Risulta necessario utilizzare un database in rete per patologia accessibile 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 sia per la tutela della fertilità sia per il prelievo ovocitario/spermatico o di tessuto/ovarico testicolare e l'individuazione di una BioBanca, di riferimento, per la conservazione del tessuto ovarico e/o cellule germinali. Nel corso dell'anno 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 5.15 : ENDOMETRIOSI INFILTRANTE-(ASP)- (prosieguo annualità 2014 progetto 12.1 DGR1478/2015) - 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 : annualità 2014

Impianto progettuale

Tutela della fertilità e della funzione ormonale giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative. 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. 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.

Relazione finale

Il percorso diagnostico assistenziale previsto con l'esplicazione del presente progetto è un macroprocesso che comprende l'intera gestione dei problemi di salute femminili ad iniziare dall'età fertile sino alla senile e si articola sia sulla componente ospedaliera che su quella territoriale estesa a tutta l'ASP. Nel corso dell'anno di riferimento sono state implementate attività inerenti l'individuazione nei Presidi Ospedalieri di n. tre centri ambulatoriali dedicati per la confluenza delle pazienti affette dalle tre patologie croniche: invalidanti: Endometriosi Infiltrante, Vulvodinia e Cistite Interstiziale. Si è predisposto un unico "tavolo di lavoro medico multidisciplinare" Uroginecologo-ginecologo-anatomopatologo-fisiatra-psicologo., per l'elaborazione di protocolli e schede anamnestiche e riabilitative; si è realizzato l'interscambio culturale -formativo con Centri d'eccellenza nelle materie trattate. Si è proceduto alla formazione e all'aggiornamento culturale-scientifico-tecnologico degli operatori coinvolti. Si sono predisposti per le patologie osservate "Registri di sorveglianza" sia in formato cartaceo e computerizzati ed interconnessi tra le diverse sedi con la possibilità di produrre statistiche semestrali. Ci si è potuti immettere in "Studi multicentrici" nazionali ed internazionali. Nel corso dell'anno si è proceduto alla somministrazione di questionari ben strutturati alle pazienti affette da Endometriosi, Cistite interstiziale, Vulvodinia il con debita considerazione delle caratteristiche anamnestiche delle stesse il tutto al fine del miglioramento del percorso di cura.

Progetto 5.16 Attivazione Ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso P.O. di MATERA. (Asm)- (prosiguo annualità 2014 progetto 12.2 DGR1478/2015) -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

Attività integrate e multidisciplinari fra operatori ospedalieri e territoriali (medici, infermieri, psicologi e MMG). Organizzazione e gestione formazione del personale medico ed infermieristico utilizzato per tutti gli operatori interessati. Informazione ai MMG. 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. Previsione di un ambulatorio dedicato con apertura quindicinale (attività ambulatoriale svolta da un ginecologo, una infermiera/ostetrica per dodici ore mensili, un urologo).

Relazione finale

Al fine di rispondere all'esigenza di cure e di sostegno necessarie alle donne affette da dolore pelvico si sono tenuti incontri multidisciplinari finalizzati all'organizzazione delle attività per la definizione del percorso di assistenza. Si sono svolte attività di formazione del personale medico ed infermieristico e gli operatori interessati; 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. Sono stati effettuati corsi di formazione per : a) medici ospedalieri e ambulatoriali personale infermieristico ospedaliero e territoriale. Si è definito con la U.O. di Psicologia di un questionario dedicato alle donne con dolore cronico finalizzato a definire i bisogni di valutazione psicologica. In attesa del regolare avvio dell'ambulatorio dedicato nel corso dell'anno le attività progettuali inerenti la presa in carico , la gestione, il trattamento e la riabilitazione delle donne interessate sono state effettuate dall'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Matera.

Progetto 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A)nel primo ciclo di istruzione.(ASP) - (prosieguo annualità 2014 progetto 15.2 DGR1478/2015) – realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Durata : triennio 2013/2015

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 : annualità 2014

Impianto progettuale

Interventi rientranti nei BES (circ. min. dic. 2012: necessaria attenzione sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di operazioni da dedicate in ambiente scolastico per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti in fase

prescolare e nel primo ciclo di istruzione. Costituzione di equipe territoriali 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) a fronte di un totale di 772 scuole così suddivise: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese, a fronte di una popolazione scolastica rappresentata da circa 66.000 alunni del primo ciclo di scolarità. Previsione di cicli di formazione specialistica dei pediatri del territorio, degli insegnanti, dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità. Costruzione di una rete integrata con la scuola con almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della stessa. Studi clinici di prevenzione e follow-up.

Relazione finale

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. Al fine di creare una rete territoriale integrata di assistenza e con garanzia di interventi omogenei in tutto l'ambito di riferimento l'azienda sanitaria Asp ha realizzato le seguenti attività: formazione dei pediatri circa gli indicatori precoci dei disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione ai fini di una pronta segnalazione all'equipe competente. Sono state implementate ed elaborate le schede di osservazione dei comportamenti problematici dei bambini per i genitori e per gli insegnanti; formazione con i docenti con selettività verso: i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento. Colloqui ed incontri ed con i docenti. Tenuta 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). Attività di rete tra operatori di equipe diverse ai fini della condivisione dei percorsi diagnostici.

Progetto 5.18: Unità di valutazione geriatrica ospedale-territorio (UVGOT) per il paziente anziano- realizzato dall'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP)

Referente regionale:

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

Durata : annualità 2014

Impianto progettuale:

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. Pertanto, al fine di monitorare la fragilità, intervenendo sui determinanti e conseguentemente limitandone l'evoluzione in disabilità, il progetto ha determinato la costituzione (informale) di una Unità Valutativa Geriatrica

Ospedaliera Territoriale (UVGOT) che di fatto ha effettuato la valutazione dell'anziano fragile ricoverato presso la UOC di Geriatria garantendo la continuità delle cure anche a domicilio.

Relazione finale

Di seguito si esplicitano le attività svolte nel corso dell'anno

-Costituzione della Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera con supporto da parte dell'ADI. La UVGOT ha effettuato la valutazione clinica dei soggetti affetti da sindrome da fragilità ricoverati nella Unità Operativa di Geriatria e in tutte le unità operative che ne hanno fatto richiesta attraverso l'utilizzo di Scores validati (eventuale integrazione con altri test se ritenuti utili);

-Formazione (residenziale e interna al reparto) del personale per l'acquisizione di competenze atte ad individuare i pazienti fragili attraverso l'uso di specifiche scale di 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); aggiornamento del personale su tematiche di attualità che hanno favorito i momenti di confronto clinico;

-Valutazione multidimensionale (VMD) della persona fragile (nutrizionale, fisiopatologico mirato, cognitivo, farmacologico ecc.) al fine di migliorare l'outcome limitando l'impatto sulla salute, garantire una corretta risposta ai bisogni sanitari e alla domanda di assistenza.

Tutto ciò ha permesso un'adeguata programmazione dei trattamenti nei setting assistenziali appropriati.

La VMD, con il contributo di tutte le professionalità ritenute necessarie, ha permesso di:

-Individuare i pazienti geriatrici con multi o comorbilità e con aspettativa di vita sufficiente per essere eleggibili a procedure diagnostiche terapeutiche invasive, contribuendo all'ottimizzazione delle risorse sanitarie disponibili.

-Individuare, i pazienti fragili che possano giovare di approccio mirato riabilitativo prima del ritorno presso il proprio domicilio.

- Individuare, attraverso l'uso di score validati, i pazienti geriatrici "fragili" con bassa aspettativa di vita, grave compromissione delle condizioni generali ed outcome clinico negativo nel breve periodo, per i quali è preferibile l'approccio palliativo al fine di poter migliorare la qualità della vita rimanente.

- Integrazione con i servizi territoriali (ambulatori, servizi di Day hospital geriatrico e Day Service geriatrici o di altre discipline) al momento della dimissione ospedaliera per la valutazione e la pianificazione del Programma terapeutico e per garantire la continuità assistenziale o per programmare approfondimenti clinici quando ritenuti necessari;

- Aderenza al Manuale dimissioni protette e continuità delle cure e continuità delle cure.

- Formazione e informazione ai caregiver.

Gli obiettivi potranno ritenersi conclusi nell'arco di 3 anni, per l'anno 2014 hanno riguardato la valutazione per stratificazione prognostica del 40% dei pazienti con sindrome clinica da "fragilità" che sono afferiti alla struttura ospedaliera in fase di stabilizzazione clinica o che sono stati avviati a procedure invasive e successivamente indirizzati per la continuità delle cure verso i servizi territoriali.

Inoltre, per la completa realizzazione degli obiettivi sono previste le seguenti attività:

- 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, ecc) al fine di redigere insieme al personale del servizio territoriale, alla dimissione

ospedaliera del paziente, il prano terapeutico personalizzato che tenga conto delle condizioni e ne 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

Linea Progettuale 6 : RETI ONCOLOGICHE

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato numero cinque progetti anche in prosieguo delle attività realizzate per le annualità precedenti giusta tabella sottostante:

Linee Progettuali	Progetti afferenti la linea progettuale	Finanziamento ex art 1, c. 34 L.n.662/96 e smi anno 2014
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) -prosieguo annualità 2014 progetto 9.1 DGR1478/2015	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)- prosieguo annualità 2014 progetto 9.2 DGR1478/2015	200.000,00
	6.3 Attività rivolte reti tumori rari -(prosieguo annualità 2014 progetto 9.3 DGR1478/2015)	11.500,00
	6.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 9.4 DGR1478/2015)	38.500,00
	6.5 Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-Inell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (A. O. San Carlo Pz)- (prosieguo annualità 2014 progetto 9.5 DGR1478/2015)	210.012,00
	6.6 RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE - AO SAN CARLO- (prosieguo annualità 2014 progetto 12.3 DGR1478/2015)	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- prosieguo annualità 2014 progetto 14.1 DGR1478/2015	340.300,00
	6.8 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO-(prosieguo annualità 2014 progetto 6.8 DGR1478/2015)	123.000,00
	Tot. Linea progettuale 6	1.512.628,00

Progetto 6.1: Interventi per l'implementazione della rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei Tumori Rari -(ASP) -prosieguo annualità 2014 progetto 9.1 DGR1478/2015 - 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

La bassa incidenza e prevalenza nella popolazione delle Malattie Rare rende spesso difficile la diagnosi. I percorsi diagnostico-assistenziali sono complicati dalla rarità dei presidi sanitari di riferimento e della loro disomogenea distribuzione sul territorio. La maggior parte delle Malattie Rare richiedono prestazioni multidisciplinari e multispecialistiche con modalità di organizzazione a rete delle attività integrate e dedicate alla specifica patologia tenuto conto anche dell'andamento cronico e, talvolta, invalidante per il quale è richiesto l'intervento con cooperazione di una serie di operatori socio-sanitari e di interventi di prevenzione, diagnosi, trattamento, assistenza psicologica, riabilitativa e sociale.

Lo Sportello Unico Aziendale per le Malattie Rare istituito presso la U.O.S.D. di Farmacologia Clinica e Farmacovigilanza dell'ASP è diventato struttura funzionale di riferimento quale anello di congiunzione tra Centri/Presidi di rete del territorio per la garanzia della più efficace integrazione tra le diverse componenti a beneficio dell'*iter* clinico/assistenziale dei pazienti. A livello interno all'ASP , ferme restando le funzioni e le attività assolute 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, altri soggetti coinvolti nelle Malattie Rare. Mediante l'utilizzo di una casella mail e presto di un'area specifica nel sito web dell' ASP, è possibile collegare ed integrare, ove necessario, le diverse componenti interne ed esterne alla ASP al fine di per realizzare e rendere efficace il percorso del paziente. Per una efficace ed efficiente attività diverse sono state le collaborazioni poste in essere nel corso dell'anno: con il Centro di coordinamento Regionale, anche per proporre interventi o azioni volte a migliorare l'attività dei Presidi di Rete; con le articolazioni aziendali preposte per la definizione ed attuazione di un

sistema organico di studio e monitoraggio delle malattie rare nel territorio, con le articolazioni aziendali coinvolte nella realizzazione di iniziative di formazione per il personale e gli operatori interessati e con le articolazioni aziendali coinvolte per l'attività di ricerca, progettazione. In applicazione della delibera aziendale n.289 del 12 aprile 2006, lo Sportello cura l'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, quando muniti di diagnosi e piano terapeutico; facilita il percorso dei Pazienti informandoli circa le Prestazioni ed i 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:

1. 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;
2. 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;
3. coinvolgere alcune Associazioni di Pazienti affetti da Malattia Rara nelle attività di formazione ed informazione attraverso programmi di condivisione e di cooperazione dando le relative informazioni (ad es. sui farmaci orfani: dalle fasi dello sviluppo alla commercializzazione) circa le problematiche relative all'accessibilità al trattamento nelle malattie rare, al fine di promuovere la partecipazione attiva e consapevole ai processi scientifici e regolatori relativi alle malattie rare e di sviluppare competenze formative delle Associazioni grazie alle quali le stesse possono organizzare percorsi formativi e attivare strategie di informazione appropriati per i loro soci.

Ad oggi nel contesto della ASP di Potenza, con una popolazione di 376.182 assistibili all'01/01/2013, dal 2006 al 2013 sono noti 1.943 pazienti affetti da Malattie Rare e sono presenti 150 forme patologiche, come risulta dalla tabella 1 sottostante che mostra la distribuzione dei pazienti (con relativo codice di esenzione) per grandi categorie diagnostiche. La prevalenza di ciascuna delle forme patologiche 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 2006-2013

		CASI
R99	SOSPETTO DIAGNOSTICO DI MALATTIA RARA	36

RA	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	CASI
RA0010	HANSEN MALATTIA DI	1
RA0030	LYME MALATTIA DI	2

RB	TUMORI	CASI
RB0010	WILMS TUMORE DI	3
RB0050	POLIPOSI FAMILIARE	6

RBG010	NEUROFIBROMATOSI	23
--------	------------------	----

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
RD	MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	CASI
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 INFIAMMATOIA DEMIELINIZZANTE	9
RF0200	VITREORETINOPATIA ESSUDATIVA FAMILIARE	1
RF0220	BEHR SINDROME DI	1
RF0230	CICLITE ETEROCROMICA DI FUCH	1
RF0270	COGAN SINDROME DI	3
RF0280	CHERATOCONO	154
RF0321	SIRINGOMIELIA E SIRINGOBULBIA (DGR n. 645 del 06.04.2009)*	4
RF0010	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
RN	MALFORMAZIONI CONGENITE	CASI
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	SJÖGREN-LARSONN SINDROME DI	7
RNG010	PSEUDOERMAFRODISMI	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*

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

Codice Patologia	Patologia	Numero di casi
------------------	-----------	----------------

RI0060	SPRUE CELIACA	672
RF0280	CHERATOCONO	154
RMG010	CONNETTIVITI INDIFFERENZIATE	126
RDG020	DIFETTI EREDITARI DELLA COAGULAZIONE	97
RDG010	ANEMIE EREDITARIE	59
RHG011	SARCOIDOSI POLMONARE (DGR n. 645 del 06.04.2009)	46
RCG040	DISTURBI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	36
R99	SOSPETTO DIAGNOSTICO DI MALATTIA RARA	36
RCG100	ALTERAZIONI CONGENITE DEL METABOLISMO DEL FERRO	34
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
RG010	MICROANGIOPATIE TROMBOTICHE	18
RDG040	TROMBOCITOPENIE PRIMARIE EREDITARIE	13
Codice Patologia	Patologia	Numero di casi
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

Si precisa inoltre che in ottemperanza alla delibera aziendale n. 289/2006 e successive modifiche, gli Assistiti affetti da Malattie Rare possono ottenere, dietro istanza presentata alla Direzione Generale di questa Azienda Sanitaria, la dispensazione gratuita dei farmaci e presidi non a carico del S.S.N., quando questi ultimi siano correlati alla patologia, infungibili e indispensabili, e annoverati nei piani terapeutici redatti Specialisti in servizio presso le Strutture della Rete Nazionale. A tal proposito si precisa che tali farmaci e presidi erogati a carico del S.S.N., vengono distribuiti in regime di distribuzione diretta, permettendo un notevole risparmio sulla spesa che, si presenterebbe, di contro, notevolmente maggiorata se, sfuggendo alla Rete Aziendale, fossero prescritti tramite ricettario regionale e acquisiti presso le farmacie aperte al pubblico.

Progetto 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)- prosieguo annualità 2014 progetto 9.2 DGR1478/2015 - e Progetto 6.3: Attività rivolte rete tumori rari -(prosieguo annualità 2014 progetto 9.3 DGR1478/2015) - entrambi realizzati 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 : annualità 2014

Durata : triennio 2013/2015

Impianti progettuali

Il 1° progetto prevede 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. Informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti ai pazienti affetti da malattie rare e ai loro congiunti.

Il 2° progetto prevede attività integrate tra UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la migliore gestione possibile del paziente con malattie rare.

Relazione finale

Le malattie rare sono molte e diverse e i pazienti hanno spesso serie e molteplici difficoltà ad accedere alle terapie quali mancata disponibilità di farmaci adeguati, problemi organizzativi, difficile reperibilità di alcuni farmaci, complessità della normativa che a volte si presta ad interpretazioni non univoche. Il Registro delle Malattie Rare, deve contenere oltre che i dati anagrafici del paziente, la diagnosi, anche informazioni sul tipo di trattamento farmacologico prescritto, gli eventuali effetti collaterali verificatisi e i benefici. Mediante la realizzazione del progetto **“Attività integrate tra UU.OO Farmacia Ospedaliera ed ematologia ed altre UU.OO ospedaliere-MMG per gestione pazienti affetti da malattie rare”** l'ASM Intende affrontare le **“malattie rare”** nella loro totalità ponendo il malato al **“centro”** di ogni intervento al fine di riconoscere, risolvere le problematiche assistenziali comuni e progettare interventi mirati, condivisi e coordinati che rendano partecipi pazienti e sanitari. 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. Riguardo alla somministrazione di farmaci 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. Con il progetto **“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”** nel corso dell'annualità 2014 si è assistito all'implementazione ed al prosieguo delle azioni intraprese già nell'annualità precedente. Infatti il servizio di Senologia Medica del P.O. di Matera ha continuato a partecipare attivamente al progetto grazie all'impegno di due propri dirigenti medici sia per l'espletamento di attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici, di attività di comunicazione (scambio, contatti) discussione casi, di applicazione e revisione protocolli con il centro regionale (CROB di Rionero) e con alcuni centri nazionali (Istituto Nazionale Tumori di Milano). A ciò si aggiunge la presenza/collaborazione, avente cadenza quindicinale per n. 8 ore complessive, di due specialisti medici (radioterapista ed oncologo medico) dell'IRCCS -CROB di Rionero (in regime di convenzione). Il tutto al fine di mettere in atto una rete per la diagnosi il trattamento e lo studio dei tumori rari. Si specifica che:

- parte delle ore di attività viene altresì dedicata alle attività di valutazione epidemiologica, diagnosi e trattamento dei tumori rari;

- per ogni caso riguardante il paziente oncologico affetto da patologia rara prima dell'inizio dei trattamenti terapeutici viene sempre effettuato un consulto con gli specialisti interessati del CROB di Rionero e delle strutture nazionali (Istituto Nazionale Tumori di Milano) in cui il paziente stesso è stato operato e/o curato in prima istanza al fine della presa in carico multidisciplinare del paziente prevedendo una fase dedicata allo studio e valutazione epidemiologica delle patologie rare.

Progetto 6.4 Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)-(prosieguo annualità 2014 progetto 9.4 DGR1478/2015) - 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 : annualità 2014

Impianto progettuale

Presa 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

Il percorso della Breast Unit nato dall'esigenza di inserire la Chirurgia Senologica in modelli organizzativi convalidati, nel rispetto delle raccomandazioni della Comunità Europea diventate leggi dal 2016, secondo le quali la patologia mammaria deve essere trattata solo ed esclusivamente nei centri che rispettano i modelli organizzativi delineati: PDTA che prevedono ambulatorio di chirurgia senologica, ambulatorio integrato, audit mensili e sedute chirurgiche dedicate . Il tutto integrato da riunioni interdisciplinari per la programmazione e la discussione dei casi clinici e da specifica formazione dei professionisti coinvolti. L'approccio multidisciplinare rappresenta l'unica modalità riconosciuta di trattamento e a tal fine, in linea con quelli che sono gli obiettivi primari aziendali, si è coordinato il gruppo di lavoro costituito dalle diverse Unità Operative nella cura della patologia neoplastica mammaria, si è curata l'implementazione dell'applicazione di nuove tecnologie al fine di migliorare la qualità delle cure offerte secondo protocolli e linee guida. E' stata effettuata la tenuta e l'aggiornamento del data base. L'attività ambulatoriale svolta ha registrato numerose prestazioni a favore degli oltre 70 pazienti presi in carico con garanzia di protocolli scritti per tutto il percorso: dalla diagnosi al follow up prevedendo sia il rispetto dei tempi di attesa in particolare per la patologia neoplastica che la gestione del rischio eredo-familiare. Durante l'esplicazione progettuale , in linea con gli obiettivi primari aziendali, si sono potuti confermare e migliorare i dati di performance dell'attività chirurgica ed ambulatoriale e così raggiungere una percentuale (5%) positiva di riduzione della mobilità passiva interregionale ed un pari aumento della mobilità attiva che sicuramente ha costituito motivo di valore aggiunto al SSR di Basilicata.

Progetto 6.5: Rete Regionale per la determinazione delle Traslocazioni Alk e Ros-1 nell' Adenocarcinoma Polmonare (Tumori Rari Polmone)- (proseguo annualità 2014 progetto 9.5 DGR1478/2015) - 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 : annualità 2014

Impianto progettuale

In un più ampio quadro di continuità delle cure si inseriscono le attività di progetto quali: **costituzione della Rete Regionale dei** 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 con utilizzo di software** dedicati e **realizzazione** di studi osservazionali 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 osservati 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 siano circa il 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'

2% per cento dei tumori non-piccole cellule del polmone (NSCLC). La cosa interessante è che i tumori con riarrangiamento del gene ROS1 possono essere trattati con Crizotinib, che è già noto come potente inibitore dei tumori con oncogene ALK. "ROS1 codifica per una proteina che è importante per la crescita e la sopravvivenza cellulare e la deregolamentazione del ROS1 -attraverso riarrangiamento cromosomico, guida la crescita dei tumori. Il gene ROS1 si aggiunge alla lista di geni noti in grado di guidare la crescita del NSCLC quando alterati- una lista che comprende il KRAS, l' EGFR, e l'ALK.-. Complessivamente, l'insieme delle alterazioni note conosciute è determinante in poco più della metà dei tumori NSCLC. Uno studio precedente del MGH aveva trovato che un inibitore sperimentale ALK, il Crizotinib, sopprimeva la crescita di una linea cellulare ROS1-positiva, suggerendo che i tumori ROS1-positivi potessero essere sensibili al farmaco. Questa osservazione ha portato gli autori dello studio e il suo team a sviluppare un test diagnostico che potrebbe identificare i tumori ROS1-positivi e a testare il farmaco in un malato di cancro ai polmoni il cui tumore non aveva risposto a farmaci inibenti il recettore EGFR ed era negativo all' ALK pur presentando la riorganizzazione ROS1. L'identificazione di questi 2 geni può aiutare a distinguere meglio le sottoclassi di NSCLC che possono beneficiare di un trattamento mirato.

Complessivamente questi pazienti non superano il 5% di tutti gli adenocarcinomi polmonari. Gli obiettivi progettuali permettono la valutazione per stratificazione prognostica, spalmata su almeno tre annualità, dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative della rete.

Nel corso dell'anno sono stati svolti esami di diagnostica molecolare con utilizzo del laboratorio di biologia molecolare IRCCS CROB di Rionero in Vulture, la raccolta dei dati ed una valutazione, per stratificazione prognostica dell'80% dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative del Dipartimento Funzionale Oncologico. Si sta lavorando per la costituzione della rete regionale per tale patologia.

Progetto 6.6: RIPRENDITI LA TUA VITA STOP AL DOLORE (proseguo annualità 2014 progetto 12.3 DGR1478/2015) 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

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, monitoraggio degli esiti.

Relazione finale

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) . Le numerose attività svolte nel corso dell'anno relative all'implementazione del PDTA per la efficace gestione multidisciplinare delle malattie invalidanti della sfera oro-genitale hanno consentito: la diagnosi precoce e la presa in carico delle pazienti (criteri di inclusione/esclusione) con la finalità di migliorare la qualità della vita delle donne , nonché di monitorarne gli esiti.. la collaborazione con i medici di MMMMGG 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.

Progetto : 6.7 Utilità della diagnosi precoce per il tumore della prostata e del testicolo.(ASP) - prosieguo annualità 2014 progetto 14.1 DGR1478/2015 - 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 : annualità 2014

Impianto progettuale

I principali tumori dell'apparato genitale maschile sono quelli della prostata e dei testicoli. Si vuole tende 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. Costituzione rete oncologica, collaborazione in rete sul piano clinico-diagnostico tra medico di Medicina Generale, specialista urologo del distretto e le U.O. Urologiche ospedaliere a garanzia di 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 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 si rende necessaria al fine di intercettare i bisogni e la domanda del territorio di riferimento ASP (ex Asl3 di Lagonegro). Sul territorio sono state garantite strutture specialistiche urologiche attraverso l'istituzione ed il mantenimento di ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei a far emergere il problema. Viene garantita la rotazione di tre dirigenti medici (un responsabile) con il relativo supporto infermieristico, sono altresì esplicitate le azioni di informazione dirette al paziente ed alle famiglie sulla diagnosi precoce del K Prostata evidenziando l'importanza che riveste la valutazione periodica del PSA nei soggetti di età superiore a 50aa. Nelle scuole superiori si sono organizzati incontri mirati alla definizione dell'importanza dell'autopalpazione periodica dello scroto quale azione di prevenzione rispetto all'insorgenza della suddetta patologia.

Progetto: 6.8 Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile -AO SAN CARLO-(prosieguo annualità 2014 progetto 14.2 DGR1478/2015)- 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

Dr. Canitano Giovanni – Ufficio Prestazioni Assistenziali Farmaceutico

Dipartimento Politiche alla Persona

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

Durata : annualità 2014

Impianto progettuale

Istituzione del centro HUB presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza dei tumori della prostata e dei testicoli nella Rete Oncologica di Basilicata. Istituzione centro territoriale della Rete Nazionale per la prevenzione primaria e di diagnosi precoce dell'apparato genitale maschile. Attivazione di screening di tipo spontaneo dei tumori della prostata. 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

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 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 evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening né 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.

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 sono in via di approvazione tra l'AOR San Carlo e la ASP. 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 né evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening né 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

ALLEGATO 3 /2015

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA SU LINEA
PROGETTUALE:**

**MISURE DIRETTE AL CONTRASTO DELLE
DISUGUAGLIANZE IN SANITA'**

(Accordo stato regioni 234/CSR 23/12/2015
e n. 126/CSR 30/7/2015)

In applicazione del punto 5 dell'Accordo Stato Regioni n. 234/CSR del 23 dicembre 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 disuguaglianze 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 e 2014 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 stati 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 diseguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure-(ASP) - biennale (finanziamento FSN Vincolati anno 2013 - anno 2014)
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 diseguaglianze e garantire l'equità di accesso alle cure-(ASP) -** (con finanziamenti FSN Vincolati anno 2012, anno 2013 e **2014**) 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.

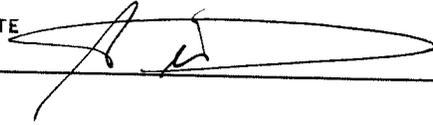
Questi gruppi tecnici oltre ad assicurare i PDTA, approvati con atti specifici dalla regione Basilicata, ne hanno garantito anche l'aggiornamento e continuano a garantirlo con un costante miglioramento nella qualità professionale prestata sia per quanto riguarda la relazione di rete che per l'omogeneità del setting assistenziale in termini di efficienza ed appropriatezza.

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 29.12.2016
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO



PER C. U.
29 DIC. 2016

Potenza,

IL FUNZIONARIO



A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials, written over the printed text "IL FUNZIONARIO".