



DELIBERAZIONE N° **411**
SEDUTA DEL **16 MAG. 2017**

POLITICHE DELLA PERSONA
DIPARTIMENTO _____

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2015 (ACC. STATO REGIONI 234/CSR DEL 23 DICEMBRE 2015). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOLATI ANNO 2016 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETTUALI INDIVIDUATE DALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. N. 65/CSR DEL 14 APRILE 2016.

Relatore **ASSESSORE DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA**
La Giunta, riunitasi il giorno **16 MAG. 2017** alle ore **13,30** 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° **3** allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

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

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

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE _____ **VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE**

IL DIRIGENTE Ufficio Ragioneria e Fiscalità Regionale **10 MAG 2017**

Maria Teresa LAVIERI

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

VISTI

- il Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante: “ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche Amministrazioni*” e s.m.i.;
- la legge regionale 2 marzo 1996 n. 12 e successive modificazioni ed integrazioni recante “*Riforma dell'organizzazione amministrativa regionale*”;
- 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;
- la D.G.R. n.2017/05 e successive modificazioni, recante l'organigramma delle strutture e delle posizioni dirigenziali dei dipartimenti della Giunta Regionale;
- 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*”;
- la D.G.R. 19 febbraio 2014 n. 231 “*Conferimento dell'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona*”;
- 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;
- 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*”;
- 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*”;
- 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;
- la D.G.R. 9 giugno 2015 n. 771 di modifica delle DD.GG.RR. n. 689/2015 e n. 691/2015;
- la DGR n.624 del 7 giugno 2016 di ulteriore modifica della DGR 689/2015;
- la DGR 122 del 24 febbraio 2017 “*Dirigenti Generali dei Dipartimenti Regionali... Determinazioni*”.

VISTI altresì

- 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 e s.m.i. , di riforma del Servizio Sanitario Nazionale;
- la legge 662 del 23/12/1996 relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale ed in particolare l'art.1, comma 34 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 medesima legge;
- il D.P.C.M. del 29/11/2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza –
- la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al “*Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale*” e s.m.i.;
- la Legge regionale del 06.09. 2001 n. 34 recante “*Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata*” e s.m.i.;
- la Legge regionale dell'1.07.2008 n.12 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.;
- la legge regionale n. 2 del 12 gennaio 2017 “*Riordino del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata*”.

VISTI

- 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.;
- il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 avente ad oggetto: *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”* convertito dalla legge 7 agosto 2012 n.135;
- la L.R. n. 6 del 28/4/2017- *“Legge di stabilità regionale 2017”*;
- la L.R. n. 7 del 28/4/2017 *“Bilancio di Previsione Pluriennale per il triennio 2017-2019”*;
- la D.G.R. n. 345 del 3/5/2017 *“Appropriazione della ripartizione 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 2017-2019”*.

CONSIDERATO

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

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

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 rafforza, nell'attuale scenario di federalismo sanitario, la necessità di una cooperazione sinergica tra Stato e regioni per individuare adeguate strategie atte a superare le disuguaglianze in termini di risultati di salute.

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 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;

- che con DGR 1517 del 29 dicembre 2016 sono stati approvati i progetti regionali anno 2015, collegati agli obiettivi di piano del PSN secondo le linee progettuali individuate dall'Accordo Stato - Regioni rep. n.234/CSR del 23/12/2015 e giusta Intesa rep n. 236/CSR del 23/12/2015.

DATO ATTO

che l'Intesa Stato-Regioni del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 64/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 9.932.613,00**.

RICHIAMATO

l'Accordo rep Atti n. 65/CSR sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 14/04/2016 che per l'anno 2016:

- 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 2015 (Accordo Stato Regioni 23 dicembre 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 finanziati per un totale complessivo pari ad euro **9.932.613,00==**.

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 2016;
- b) di una specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali.

ATTESO CHE

- la giunta regionale, con DGR n. 1744 del 29 dicembre 2015 ha approvato, il "Riparto delle risorse del F.S.R. di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio anno 2016" definendo, tra altro, nell'allegato 1 e nell'allegato 2 parti integranti e sostanziali dell'atto, i criteri ed il Programma provvisorio di Ripartizione del **Fondo Sanitario Regionale** di parte corrente a **destinazione indistinta e vincolata (tab.10) anno 2016** a favore delle Aziende Sanitarie unitamente alle indicazioni circa la necessaria predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria per il 2016 nei limiti delle risorse assegnate, nel rispetto dei principi e degli schemi previsti dalla vigente normativa con vincolo ed obiettivo per ciascuna azienda sanitaria regionale l dell'equilibrio economico-finanziario del SSR;

- con il suddetto atto si è assegnata, tra altro, in via previsionale la quota vincolata alla realizzazione progettuale, ai sensi dell'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996,-n.662

e s.m.i. non essendo a quella data intervenute Intese della conferenza Stato- Regioni sul riparto per l'anno 2016 delle disponibilità finanziarie vincolate del SSN.

DATO ATTO

Che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell'Accordo rep. n. 65/CSR del 14 aprile 2016 la regione Basilicata ha predisposto, conformemente agli indirizzi progettuali previsti nel rispetto della obbligatorio di alcune linee 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-azioni di utilizzo delle risorse vincolate **anno 2016** per un importo complessivo pari ad **euro 9.932.613,00=** assegnando alle linee progettuali le necessarie risorse di cui si dà evidenza nella seguente tabella:

Linea progettuale		Risorse vincolate 2016 Obiettivi di Piano Sanitario (Acc. Stato-regioni 65/CSR-2016 assegnate dalla Regione Basilicata: euro
1	Attività di Assistenza Primaria	1.354.180,00
2	Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali	131.399,00
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	2.557.989,00
5	Gestione delle Cronicità	3.955.193,00
6	Reti Oncologiche	868.023,00
	Totale	9.932.613,00

VISTA

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

- dei Progetti "**ALLEGATO 1/2016**" redatti in rispondenza della definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo **Rep. n. 65/CSR del 14/04/2016** e dell'Intesa rep. n.64/CSR del 14/04/2016 per un importo complessivo di spesa pari ad euro **9.932.613,00=**;
- della **Relazione Illustrativa "ALLEGATO 2/2016"** 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. 234/CSR del 23 dicembre 2015 -Fondi Vincolati anno 2015 - approvati con D.G.R. 1517/2016.

ATTESO CHE

- i **Progetti regionali**, giusto "**ALLEGATO 1/2016**" (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 "ALLEGATO A/2016" - **Progetti Obiettivi anno 2016, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata** – (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 9.932.613,00**;

- la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli minimi imposti ove previsto;
- la quota di euro 9.932.613,00 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 sopra dette risorse finanziarie pari ad **euro 9.932.613,00**, accertate sul capitolo E16105 al n. 1879/2016 e al n.5340/2016 del Bilancio Corrente regione Basilicata, sono state impegnate in uscita sul cap.U48030 ai nn. 3917/16 - 6098/2016 e sono state liquidate e versate per il 70% alle aziende sanitarie del SSR giusta determinazione n. 13AO.2016/D.00333 del 8 agosto 2016 – Ufficio Finanze 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 2016 "ALLEGATO 1/2016" - Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2016 - per n. 6 linee progettuali, parti integranti e sostanziali del presente atto, relativi alle linee progettuali di cui all' Accordo Rep. n. 64/CSR del 14/04/2016 e all'Intesa rep. n. 65/CSR del 14/04/2016, coerentemente allineati a quanto in essi sancito e riepilogati nell'acclusa tabella denominata "Progetti Obiettivi anno 2016, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata - "ALLEGATO A/2016" ad invarianza dell'importo di spesa complessiva anno 2016 di **euro 9.932.613,00**;
- confermare per i progetti dell'anno 2016 gli indirizzi ed i vincoli di risorse;
- approvare la tabella: - Progetti Obiettivi anno 2016, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata- " **ALLEGATO A/2016**", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di **euro 9.932.613,00** (art.1 c.34 L-662/96) per Linea Progettuale e scheda Progetto per una spesa complessiva di pari importo;
- 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 2016 "ALLEGATO 2/2016", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sui risultati raggiunti dai progetti presentati ed approvati con DGR n. 1517/2016;

Di:

- ribadire che il predetto accordo di programma **non comporta operazioni contabili** sul Bilancio Regionale;
- trasmettere il presente atto al Ministero della Salute che proporrà alla Conferenza Stato Regioni l'ammissione al finanziamento per **euro 9.932.613,00** quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l'Intesa rep 64/CSR del 14 aprile 2016 e ai fini dell'erogazione del restante 30% del finanziamento sopra indicato;
- trasmettere, altresì, copia del presente atto all' Ufficio Finanze del SSR (13AO)- Dipartimento Politiche della Persona- per i successivi adempimenti di competenza;
- **dare atto che:**
 - le su dette risorse finanziarie pari ad euro **9.932.613,00** sono state accertate al capitolo E16105 ai nn. 1879/2016 e 5340/2016, sono state impegnate al Cap. U48030 ai nn. 3917/2016 e 6098/2016 del Bilancio Corrente Regione Basilicata;
 - le stesse sono state incassate per il 70%, con reversale d'incasso n. 2036 del 14/06/2016, liquidate e versate alle aziende sanitarie del SSR giusta determinazione n.13AO.2016/D.00333 del 8 agosto 2016 - ciascuna per la somma di competenza.

L'ISTRUTTORE


(dott.ssa Ivana Nanni)

IL RESPONSABILE P.O.

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 PSN VINCOLATI ANNO 2015 (ACC.STATO REG. 234/CSR 23/12/2015) APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI PSN VINCOL. ANNO 2016 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILEVANO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N. 65/CSR 14/04/2016

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

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

IL SEGRETARIO

Nolet

IL PRESIDENTE

Flaminio

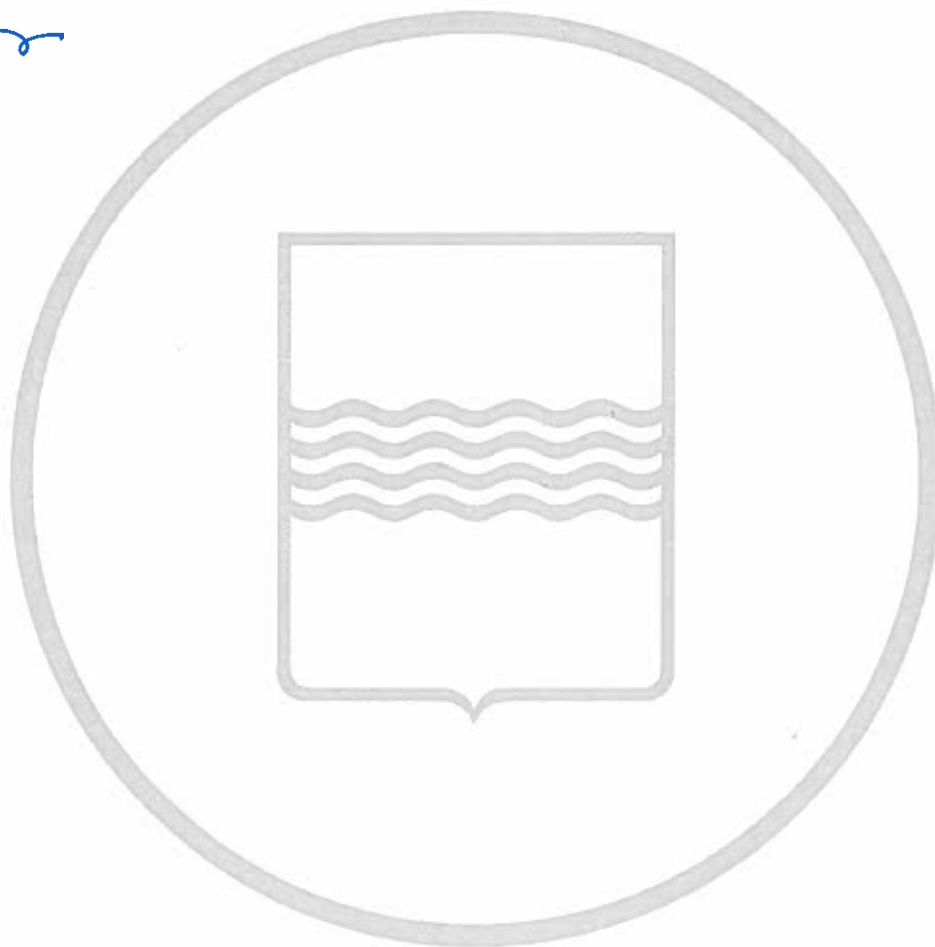
Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data

17.05.2017

al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

Pl



ATTESTATO DI CONFORMITA'

(art. 22, comma 1, D.lgs. n. 82 del 07/03/2005)

La presente copia digitale è conforme all'originale esistente presso gli atti d'ufficio composto da numero **9** fasciate e da n. **3** allegati.

Firmato digitalmente da

Rosanna lasala

CN = lasala Rosanna

O = non presente

SerialNumber = IT:LSLRNN60A42G942H

e-mail =

rosanna.lasala@regione.basilicata.it

C = IT

Data e ora della firma: 18/05/2017 11:33:18



**PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER
L'ANNO 2016**

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
	- Accordo Stato Regioni 14 aprile 2016 n.65/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	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 2016
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 1.354.180,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 1.354.180,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2016	Euro 1.354.180,00
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> <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>
CONTESTO REGIONALE	<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 multipresidio, 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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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.</p> <p>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 l'articolazione 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.</p> <p>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 2016 l'Accordo Stato-regioni del 14.04.2016- rep atti 65/CSR- definisce le linee progettuali, anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno precedente (Accordo Stato-Regioni del 23.12.2015), tra queste: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA, in costanza delle indicazioni di cui all'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 2016 assegnate giusta Intesa Stato/regioni (64/CSR 14.04.2016).</p> <p>La regione Basilicata, in considerazione delle azioni intraprese e realizzate sul territorio (aziende sanitarie e ospedaliere) per attività di ASSISTENZA PRIMARIA</p>
---------------------------	--



	<p>(giusti progetti approvati con DGR 1517 del 29 dicembre 2016- Obiettivi di PSN anno 2015-Acc. Stato regioni Rep 234/CSR del 23.12.2015-e precedenti) per il perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, nell'ottica della continuità delle azioni di che trattasi intende proseguire ed implementare le attività svolte e pianificate e a tal fine assegna per il procedere delle stesse, quali obiettivi di Piano anno 2016 alla <u>Linea progettuale 1 ASSISTENZA PRIMARIA</u>, la somma complessiva vincolata di euro 1.354.180,00(quota parte della somma globalmente assegnata giusto Accordo rep.65/CSR 14/04/2016). Di seguito si dà evidenza di quanto programmato (Azioni) per l' anno 2016:</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.1 - Azione 1.1</p>	<p>Azione 1.1: OSPEDALE DISTRETTUALE –UCCP-FARMACIA DEI SERVIZI NUOVI ORIZZONTI D’INTEGRAZIONE –(ASP)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC. 2016 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.1: euro 625.740,00</p> <p>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). 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. L'azione progettuale verterà su tre parametri fondamentali : 1) Rimodulazione di alcuni POD, in particolare Venosa e Maratea, attraverso alcune priorità organizzative e gestionali, quali : a) Riconversione del vecchio Pronto Soccorso in Punto territoriale di Soccorso (PTS); b) Trasferimento delle attività di degenza per acuti al PSA di Melfi (Venosa) e Lagonegro (Maratea); c) Trasferimento delle attività amministrative e socio sanitarie all'USIB di Venosa e di Lauria; d) Trasferimento dei servizi territoriali delle cure primarie, delle attività consultoriali e dell'attività dell'assistenza domiciliare e delle attività dei nuclei operativi territoriali del Dipartimento Salute Mentale;</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.1 - Azione 1.1</p>	<p>f) Attivazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione (Venosa) e di RSA R2 (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
--	--



	<p>medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;</p> <ul style="list-style-type: none">· 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.
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.1 - Azione 1.2</p>	<p>Azione 1.2: Presca in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)-(annualità 2016 prosieguo azione 1.2 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC. 2016 Progetto 1 assegnato all'azione 1.2: euro 276.050,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr V. Cilla</p> <p>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.</p>
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Acquisto e adozione di un hardware house che metta in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali.</p>
	<p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Popolazione > 65 affetta da pluripatologie/Popolazione generale</p>
	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ol style="list-style-type: none">1) Incontri con MMG e MCA, Medici ospedalieri, Farmacie, Comuni, associazioni di volontariato.2) Predisposizione dei percorsi condivisi per realizzare la presa in carico globale dei pazienti.3) Utilizzo del programma informatico.



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.1 - Azione 1.3</p>	<p>Azione 1.3 : PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- ASM - (annualità 2016 prosieguo azione 1.3 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC.2016 -Progetto 1 assegnato all'azione 1.3: euro 190.590,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott.ssa F. Di Cuia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI:</p> <p>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 hardware 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 dati inerenti le prescrizioni di farmaci e/ dispositivi medici e prodotti dietetici per la cura il 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. anno Popolazione > 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 PROGETTO N.1 - Azione 1.4	<p>Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- ASM- (annualità 2016 prosieguo Azione 1.4 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 - Quota importo FSN VINC.2016 Progetto 1 assegnato all'Azione 1.4: euro 261.800,00</p> <p>Referente aziendale: dr Vito CILLA</p> <p>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.</p>
	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
	<p>INDICATORI NUMERICI Minimo N. 4 incontri x anno Realizzazione di almeno 2 strutture integrate di MMG, PLS, CA, specialisti ambulatoriali o ospedalieri, servizi distrettuali).</p>
	<p>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.</p> <p>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).</p>

**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
	- Accordo Stato Regioni 14 aprile 2016 n.65/CSR- -
TITOLO DEL PROGETTO	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: " NARRAZIONI IN ONCOLOGIA" Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici -(IRCCS CROB- Rionero)
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2016
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 131.399,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 131.399,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2016	Euro 131.399,00
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 2016 l'Accordo Stato-regioni del 14.04.2016 (rep atti 65/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2015 (Accordo Stato-Regioni del 29.12.2015) e tra queste lo **Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali** definendone i relativi vincoli economici 2016 (Intesa Stato/regioni 64/CSR 14.04.2016). La regione Basilicata, in considerazione delle attività avviate con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati assegnati per gli anni 2013-2014-2015 circa 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 proseguire, implementandole, nell'anno 2016 le azioni intraprese in vista del raggiungimento degli obiettivi individuati (in prosieguo dei Progetti approvati con DGR 1517-29/12/2016–FSN Vincolati anno 2015-Acc.Stato-Regioni Rep. 234/CSR 23.12.2015) ed assegna

**DESCRIZIONE
AZIONI
PROGETTO N.2:**

per il procedere degli stessi, quali Obiettivi di Piano anno 2016, la somma complessiva vincolata di euro **131.399,00** (è quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.65/CSR 04.04.2016 alla regione Basilicata).

Di seguito, pertanto si indicano le azioni programmate dal SSR con assegnazione di FSN Vincolati anno 2016:

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 – (annualità 2016 prosieguo Azione 2.1 - DGR 1517/2016 FSN VINC.2015)

Durata annualità 2016 –

Quota Importo FSN VINC. Progetto 2 assegnato all'Azione 2.1:

euro 49.000,00

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 positivistic 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.



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.2: Azione 2.1	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 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 <i>Formazione</i> : percorso sulle discipline delle Medical Humanities applicate al percorso oncologico; <i>Testi</i> ; <i>Test Funzionali</i> ; <i>Opere Letterarie</i> ; <i>Testi Autobiografici</i> .

**DESCRIZIONE
AZIONI
PROGETTO N.2:****Azione 2.2:**

"NARRAZIONI IN ONCOLOGIA- Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici –(IRCCS CROB Rionero)

Durata: annualità 2016 –

Quota importo **FSN Vinc. 2016 del Progetto 2** assegnato all'Azione 2.2 :
euro 82.399,00

Referente aziendale IRCCS CROB: Dr Sergio Maria Molinari

OBIETTIVI QUALITATIVI:

Definire la narrazione quale strumento culturale che permetta al paziente di dare un senso a quanto gli sta accadendo. Ed una forma mediante la quale l'esperienza umana venga raccontata e rappresentata. Definire la medicina narrativa quale approccio favorente il "patient centred", vale a dire il malato al centro dei suoi bisogni clinico – assistenziali. Strutturazione del *patient's journey*,¹ (con annesse linee guida per la scrittura della storia): il "viaggio nelle cure" che il paziente compie durante il corso della malattia e il suo trattamento. La scelta è stata dettata dalla volontà di applicare un approccio *bottom-up* per dare voce a coloro che vivono direttamente il percorso di cura. Mediante approccio prospettico, infatti, viene colta l'esperienza diretta del paziente che registra la propria esperienza di malattia in tempo reale.

Contestualizzare i dati clinici e i bisogni del paziente al fine di un approccio a quest'ultimo nella sua complessità. Cogliere il punto di vista di coloro che usufruiscono di un determinato servizio, anche attraverso le storie di malattia, per consentire ad un moderno Sistema Sanitario, di porsi in un ottica di co-gestione e co-partecipazione al fine di offrire un servizio pienamente rispondente alle necessità degli utenti.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Raccolta quotidiana di diari di pazienti affetti da tumori solidi in stadio precoce o avanzato in trattamento con farmaci antitumorali (n.30 per semestre) presso il D.H. Oncologico.

Lettura e prima analisi categoriale delle narrative volta a mettere in evidenza le tre diverse dimensioni della malattia: la storia clinica (disease), il vissuto emozionale (illness) e il significato sociale (sickness) . Riprogettare il *pathway*, per migliorare la qualità e l'efficacia delle cure.

Gestione etica dei processi di cura, dei processi organizzativi e della ricerca.

INDICATORI NUMERICI

numero di diari raccolti ed elaborati.

ATTIVITA' PREVISTE

Formulazione del disegno sperimentale e della domanda di ricerca, definizione della popolazione target con formulazione del campionamento, context analysis, definizione del numero di accessi e tipologia dei pazienti, trascrizione delle narrative, lettura e prima analisi categoriale delle narrative con evidenza delle tre diverse dimensioni della malattia (storia clinica, vissuto emozionale, significato sociale), definizione di un percorso (pathway) per migliorare la qualità e l'efficacia delle cure.

**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 14 aprile 2016 65/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA Comprendente: Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) – Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica -(ASM) Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (ASM) Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari- (A.O.R. San Carlo Pz) –
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2016
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 2016	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 2016 l'Accordo Stato-regioni del 14.04.2016 (rep atti 65/CSR) ne ha definito le linee progettuali (anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2015 -Accordo Stato-Regioni del 23.12.2015) e tra queste **Cure Palliative e Terapia del Dolore Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** definendone i relativi vincoli economici **2016** -Intesa Stato/regioni 64/CSR 14.04.2016-. Considerato che risultano ampiamente avviate le attività afferenti i programmi promossi per lo sviluppo dell'Assistenza Palliativa in ambito regionale e finanziati per gli anni precedenti con risorse assegnate quali Obiettivi di Piano Vincolati anni 2015 e retro e che pertanto la regione Basilicata, nell'ottica della necessaria



CONTESTO	<p>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 per l'anno 2016 nell'implementazione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi individuati ed assegna per il procedere degli stessi, quali Obiettivi di Piano anno 2016, la somma complessiva vincolata di euro 1.065.829,00 (Accordo rep.65/CSR 14.04.2016).</p> <p>Di seguito, pertanto, si indicano le azioni finanziate con FSN VINC 2016 per l'attuazione del presente Progetto:</p>
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.3	<hr/> <p>Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) – (annualità 2016 prosieguo Azione 3.1 –DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota importo FSN VINC. 2016 del Progetto 3 assegnato all'azione 3.1: euro 533.502,00</p> <p>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> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <ol style="list-style-type: none">1) Numero impianti domiciliari di PICC e Midline anni 2012- 2013 – 2014-2015-20162) Numero impianti ospedalieri di PICC, Midline e altri accessi venosi centrali a pazienti in cure domiciliari anni 2012- 2013 – 2014-2015-20163) Numero pazienti che eseguono NPT domiciliare con PICC e Midline anni 2012-2013 – 2014-2015-20164) Numero pazienti che eseguono emotrasfusioni domiciliari con PICC e Midline i anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.3: Azione 3.1</p>	<p>5) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per eseguire terapie endovenose a causa di assenza di accessi venosi anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016</p> <p>6) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per complicanze della propria malattia generate dalla assenza di accessi venosi anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <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> <p>1) Formazione del personale</p> <ul style="list-style-type: none">• Corsi specifici;• On the job training. <p>2) Allestimento di una procedura nella quale sono chiaramente individuati:</p> <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 complicanze <p>3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dispositivi specifici<ul style="list-style-type: none">• Strumentali (ecografi portatili, elettrocardiografi portatili, stampanti portatili);• Di consumo (PICC, Midline, accessori all'impianto e alla manutenzione);2. Mezzi necessari per il trasporto delle équipes e degli strumenti specifici (auto furgonate). <p>4) Coordinamento delle équipes domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare);</p> <p>5) Gestione di eventuali complicanze o criticità;</p> <p>6) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espianto, ecc.).</p>
---	---

**DESCRIZIONE
AZIONI
PROGETTO N.3****Azione 3.2 :**

Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica – ASM- (annualità 2016 prosieguo azione 3.2 DGR 1517/2016).

Durata: annualità 2016 -

Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'azione 3.2: euro **229.478,00**

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.



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.3: <u>Azione 3.3</u></p>	<p>Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore -ASM- (annualità 2016 prosiegua AZIONE 3.3 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016</p> <p>Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'Azione 3.3: euro 156.538,00</p> <p>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, analgesia 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 PROGETTO N.3: Azione 3.3	INDICATORI NUMERICI Descrizione prestazioni: CVC a lungo termine (Port a cath o parzialmente tunnellizzati) (Matera) Catetere venoso ad inserzione periferica a medio termine (PICC/Mieline) (MT) CVC a breve termine (Matera) Accessi ambulatoriali per manutenzione CVC (Matera) Presenza in carico pz con gravi disabilità (Matera) Prestazioni di Terapia Antalgica complesse (Matera) Accessi ambulatorio Tinchi Accessi ambulatorio di Stigliano
	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 (esito di ictus cerebri, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento...)• manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparinizzazione degli impianti• presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG Terapia del Dolore: <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
PROGETTO N.3:****Azione 3.4 -****Integrazione Hospice-Cure Palliative Domiciliari-** A.O.R. San Carlo Pz –
(annualità 2016 prosiegua Azione 3.4 DGR 1517/2016)**Durata: annualità 2016 –****Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'Azione 3.4:****euro 146.311,00****Referente aziendale** A.O.R. San Carlo Pz : Dr. M. Ricciuti**OBIETTIVI QUALITATIVI**

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

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.

Inoltre si prevede che membri dell'equipe dell'Hospice (medici e infermieri) possano effettuare prestazioni domiciliari in affiancamento all'equipe domiciliare, per meglio realizzare la continuità di cura e assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice. Tali interventi possono essere sia pre-ricovero in Hospice (valutazione congiunta dei criteri di accesso in Hospice, conoscenza del paziente e dell'unità familiare e pianificazione degli obiettivi da perseguire in Hospice), sia post-dimissione dall'Hospice, particolarmente per la gestione di device impiantati in Hospice che necessitano di competenza e di strumenti in possesso dell'equipe dell'Hospice, sia per effettuare prestazioni specialistiche a domicilio in pazienti che non possono afferire al day-hospice.

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

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

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Per la realizzazione di 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



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.3: Azione 3.4</p>	<p>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 afferranno o sono afferriti all'Hospice nell'anno. Infine si prevede una borsa di studio per medico da dedicare: soprattutto all'attività di raccolta dati e ricerca.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <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). <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <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 Accordo Stato Regioni 14 aprile 2016 n.65/ CSR
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
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. 2016 :	Euro 2.557.989,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2016- all’Azione progetto 4.1: Piano Regionale di Prevenzione	Euro 2.545.199,00
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	1.412.534,00
ASM	831.265,00
A.O.R. San Carlo - Potenza	197.937,00
IRCSS – CROB - Rionero	103.463,00
Totale	2.545.199,00

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 -94/2016
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	2016
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. 2016 :	Euro 2.557.989,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2016- all' azione 4.2: "... Supporto Piano Prevenzione..."	Euro 12.790,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 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	<p>secondaria;</p> <ul style="list-style-type: none"><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. <p>In ultimo la regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l'expertise del NIEBP.</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.2	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni;<input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening);<input type="checkbox"/> miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati. <p>Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti;<input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori;<input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali;<input type="checkbox"/> attività di formazione;<input type="checkbox"/> supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti. <p>In ultimo, si prevede di sviluppare metodologie dirette ad un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto avvalendosi del NIEBP.</p>
OBIETTIVI	<p>Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018</p>



DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN Vincolate 2016 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di euro 12.790,00 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	3.838,00
NIEBP	3.836,00
Totale	12.790,00

**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 14 aprile 2016 n.65/ CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<p>5: GESTIONE DELLA CRONICITA'- Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità - comprendente:</p> <p>Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG 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 5.6 : Sostegno all'isolamento delle Famiglie di Bambini con Malattia Cronica Grave e/o Inguaribile (Asp)</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 (ASP);</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. (ASP)</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).</p> <p>Azione 5.18: Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano – AO San Carlo</p>



DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2016
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 3.955.193,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 3.955.193,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2016	Euro 3.955.193,00
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 sanitaria con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le componenti: dalle persone al macrosistema salute.</p> <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</p>



CONTESTO	<p>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 2016 l'Accordo Stato-regioni del 14.04.2016 (rep atti 65/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2015 (Accordo Stato-Regioni del 234/CSR 23.12.2015) e tra queste: l'Attività di GESTIONE DELLA CRONICITA'... definendone i relativi vincoli economici per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse 2016 assegnate giusta Intesa Stato/regioni (64CSR 14.04.2016). La regione Basilicata in considerazione delle attività avviate tramite le Aziende sanitarie</p>
-----------------	--



CONTESTO	<p>sul territorio regionale (con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati per gli anni precedenti) per lo sviluppo della linea della 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 dette azioni ed assegna per il procedere delle stesse, quali obiettivi di Piano vincolato anno 2016, la somma complessiva vincolata di euro 3.955.193,00.</p> <p>Di seguito, pertanto si dà evidenza delle azioni di cui al presente progetto:</p>
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1	<p><u>Azione 5.1:</u> Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS – ASP- (annualità 2016 prosecuzione azione 5.1 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 –</p> <p>Quota Importo FSN Vinc.2016 progetto 5 assegnata all'azione 5.1: euro 1.030.673,00</p> <p>Referente aziendale ASP: Dott. Massimo De Fino</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Sulla base del quadro definito dal Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla persona ed alla comunità 2012 - 2015, e dall'Accordo tra Regione Basilicata e Medicina Generale, tenendo conto del contesto territoriale e delle iniziative già poste in essere dai Direttori di Distretto con la istituzione di alcune Equipres Territoriali della Medicina Generale, l'ASP di Potenza intende espandere la medicina d'iniziativa con un progetto pilota che interessi i MMG e i PLS attraverso la partecipazione di una o più equipe semistrutturate.</p> <p>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 percorsi diagnostici-terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Inoltre si prevedono alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (quattro AMO - Ambulatori Medici Orientati e 4 ambulatori codici bianchi). Si precisa inoltre che: Con il nucleo di base della Equipres (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, gli Specialisti ove individuati) è possibile prevedere l'integrazione con servizi opzionali, aggiuntiva a seconda delle differenti necessità territoriali.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1</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): sperimentazioni di sistemi informativi; 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; attività aggiuntive di particolare impegno professionale.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza</p> <p>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).</p> <p>Durata del servizio 12 ore al giorno dalle 8.00 alla 20.00</p> <p>Incremento dell'attività medica di contattabilità personale o attraverso la organizzazione interna alla struttura per l'eventuale domiciliarietà per ciascun MG. Almeno due ore giornaliere oltre le 10 del mattino nei giorni feriali non prefestivi.</p> <p>Attività di guardia medica per i mesi estivi nei comuni turistici (Maratea, Rotonda, ecc.);</p> <p>Attività di dialisi estiva presso il POD di Maratea ed il POD di Lauria nei mesi di luglio ed agosto.</p> <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> <p>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, 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 <i>follow-up</i> attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (<i>case management</i>, <i>follow-up</i> infermieristico, educazione del paziente e dei <i>caregiver</i> familiari all'autogestione) utilizzati in <i>setting</i> che prevedano strutture ad accesso facilitato, <i>team</i> 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</p>
---	--



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1</p>	<p>specifico sistema informativo in rete.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p><i>Indicatori di risultato:</i></p> <p>Valutazione e controllo secondo linee guida del 100% dei pazienti chiamati, affetti dalle patologie croniche oggetto delle sperimentazioni.</p> <p>Messa in rete dei dati clinici dei pazienti afferenti alla UCP.</p> <ul style="list-style-type: none">• Adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche. <p><i>Indicatore di processo:</i></p> <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):</p> <p>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)</p> <p>a 1 anno: 60% degli intervistati nella fascia del positivo a 2 anni: 70% degli</p>
---	--



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1</p>	<p>intervistati nella fascia del positivo a 3 anni 80% degli intervistati nella fascia del positivo Il monitoraggio e controllo delle attività in prima applicazione verrà effettuato dopo 6 mesi e successivamente ogni quadrimestre.</p> <p>RISULTATI ATTESI 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 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, 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 .
---	--



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5:</p>	<p>Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata – ASM- (prosieguo annualità 2016 Azione 5.2 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota importo FSN VINC.2016 progetto 5 assegnata all'azione: euro 370.231,00 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 PROGETTO N.5:</p>	<p>Azione 5.3 : Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze –ASM-(prosieguo annualità 2016 Azione 5.3 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata annualità 2016 – Quota importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all’Azione 5.3 euro 33.700,00 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 1 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 PROGETTO N.5:</p>	<p>Azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali - ASM- (proseguo annualità 2016 Azione 5.4 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC.2016 progetto 5 assegnato all’azione 5.4: euro 53.600,00 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 PROGETTO 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 PROGETTO N.5: Azione 5.5</p>	<p><u>Azione 5.5:</u> Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model – ASM- (annualità 2016 prosieguo AZIONE 5.5 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione 5.5: euro 141.624,00 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>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.5</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1) Acquisto e adozione di un hardware house che metta in contatto le risorse della comunità che vede al centro la famiglia ed è allargata al volontariato.2) Incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero.3) Riduzione die ricoveri diagnostici inappropriati con conseguente rafforzamento della integrazione tra Ospedale e territorio. <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 PROGETTO N.5: Azione 5.6</p>	<p>AZIONE 5.6: Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile – ASP - (nuova azione anno 2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.6: euro 48.500,00</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale2. Favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dare la possibilità a tutte le famiglie dei bambini con malattie croniche gravi ed inguaribili del territorio aziendale di avere occasioni di ascolto, incontro e condivisione dei propri problemi;2. Offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto;3. Coinvolgere il volontariato in un progetto comune. <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Indicatori quantitativi</p> <ol style="list-style-type: none">1. N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari,2. N° di operatori che aderiscono al progetto. <p>Indicatori qualitativi</p> <ol style="list-style-type: none">1. somministrazione di questionari di gradimento per i genitori2. somministrazione di questionari per gli operatori



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.6</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ol style="list-style-type: none">1. Promozione di piccoli gruppi di autoaiuto tra i genitori dei bambini malati con l'uso di diverse modalità: riunioni periodiche "vis a vis" o sul web (focus groups, teleconferenze ...);2. Costituzione di un gruppo di operatori, con il coinvolgimento delle associazioni, per il tutoraggio ai gruppi;3. Formazione del gruppo di operatori, da effettuarsi sia in ambito aziendale che in altre sedi con il successivo coinvolgimento di altre figure utilizzando il metodo della formazione " a cascata";4. Incontri di gruppo da effettuarsi nei diversi ambiti territoriali dell'azienda, con cadenza settimanale/quindicinale;5. Offrire la possibilità ai genitori che, per differenti motivi, non possono presenziare personalmente, di seguire l'incontro in teleconferenza.
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO 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 2016 prosieguo Azione 5.5 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 – Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.7: euro 82.130,00 Referente aziendale ASM: dr V. Cilla - Dr Di Candia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Garantire la continuità assistenziale della presa in carico riabilitativa dall'ospedale al territorio della ASM . Implementazione sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo della persona dalla dimissione ospedaliera del P.O. di Matera, alla fase territoriale. Verifica corrispondenza tra bisogni riabilitativi espressi dalla persona inserita nelle strutture riabilitative territoriali del distretto di Matera e trattamento effettivamente erogato .Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo e utilizzo della classificazione internazionale ICF per la persona affetta dalle seguenti patologie: ICTUS, Sclerosi multipla, Neoplasia mammaria.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Monitoraggio dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto e affette da: Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette dalle patologie sopra indicate. Percentuale 80/% di persone dimesse dalla fase acuta e arruolate nel progetto. Variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dalla persona.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none">• 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



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.7	dimesse. <ul style="list-style-type: none">• 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 PROGETTO N.5: Azione 5.8	<p><u>Azione 5.8 :</u> "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria – ASM -(annualità 2016 prosieguo Azione 5.8 DGR 1517/2017)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione 5.8: euro 136.520,00 Referente aziendale ASM: Dr. E. Pisciotta, Dr L. Dicandia</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.9</p>	<p>Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (ASP)- (proseguo annualità 2016 Azione 5.9 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione 5.9: euro 176.000,00 Referente aziendale ASP: Dott. Nicola De Rosa</p> <p>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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Analisi della domanda di riabilitazione Garantire l'esecuzione delle prime visite fisiatriche nei tempi previsti dalla legge ed in particolare entro 30 giorni dalla richiesta per le visite programmate ed entro 7 gg per le visite urgenti. Predisposizione di programmi riabilitativi per i pazienti visitati e comunicazione al MMG Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato. Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.5 - Azione 5.9</p>	<p>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</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo attraverso : n.2 "Corsi di aggiornamento per il trattamento del paziente neurologico adulto e del paziente disfagico nella fase post-acuta" n.1"Corso sulla prescrizione degli ausili" Aggiornamento di protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio distrettuale di Lauria Rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.10</p>	<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 – (annualità 2016 prosieguo Azione 5.10 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata : annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all’Azione 5.10 euro 811.900,00 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) per il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati nell'ambito



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.10	<p>della rete.. nella fase degli esiti;</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>I risultati attesi, in termini di abilitazione delle competenze degli operatori designati, possono essere sintetizzati nei seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none">•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, fisiatra, 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). <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 PROGETTO 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:<ul style="list-style-type: none">- Unità Territoriali (attestando il percorso seguito)- risorse umane e strumentali disponibili- linee guida operative sull'applicazione reale del modello- semplici elaborazioni statistiche sui dati raccolti e strutturati. (Monitoraggio).
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.11</p>	<p><u>Azione 5.11 :</u> Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza- ASM- (proseguo annualità 2016 AZIONE 5.11 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata : annualità 2016 Quota importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.11: euro 141.950,00 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>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.11</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>-Attività formativa per personale medico dedicato a questa tipologia di pazienti e del personale infermieristico e OSS.</p> <p>-Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno ai familiari.</p> <p>-Integrazione delle attività del personale dedicato agli stati vegetativi con la piattaforma delle attività di Cure Domiciliari mediante protocolli condivisi. Incontri fra Responsabile della struttura protetta dedicata con i Medici di Medicina Generale, Medico del Distretto e personale del distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.12</p>	<p>Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile- ASP- (annualità 2016 prosiegua Azione 5.12 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.12: euro 364.725,00 Referente aziendale ASP : Dott. Giovanni B. Bochicchio</p> <p>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</p> <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. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Classificazione del bisogno per isogravità</p> <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. <p>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.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>1. Mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali rivolti all'anziano fragile e dei rispettivi metodi di valutazione e di lavoro;</p>



	<ol style="list-style-type: none">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.
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.13	<p>Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza - ASM - (annualità 2016 prosieguo AZIONE 5.13 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 progetto 5 assegnato all'Azione 5.13: euro 149.990,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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). 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</p> <p>Valutazione della totalità dei pazienti da ammettere al percorso di presa in carico per la non autosufficienti alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare operata dalla UVMD già attiva.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Cura e trattamento del 100% dei pazienti presi in carico.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Attuazione del percorso di cura per il paziente post acuto nei vari setting assistenziali della rete di riabilitazione e lungodegenza per pazienti fragili e non autosufficienti.</p> <p>Attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali. Presa in carico dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti che hanno subito la perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali.</p>



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.14	<p><u>Azione 5.14:</u> 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)- (annualità 2016 prosieguo Azione 5.14 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione 5.14: euro 150.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP : Dott. Alfonso Chiacchio</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>I problemi di fertilità dovrebbero essere spiegati a tutti i pazienti in età riproduttiva, prima che ricevano trattamenti per il cancro". Lo scrivono, in un 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.</p>
---	--



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.14	<p><u><i>Gli effetti sulla fertilità</i></u> 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.</p> <p><u><i>Infertilità maschile</i></u> 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.</p> <p>Chemioterapia A provocare i principali problemi alla funzione delle gonadi sono gli agenti alchilanti, i composti spesso impiegati nel trattamento di linfomi e leucemie: la maggior parte dei ragazzi che effettuano una terapia a base di questi farmaci presenteranno azoospermia (cioè l'assenza di spermatozoi nel seme) duratura o permanente. Se invece la terapia non contiene agenti alchilanti, l'azoospermia sarà temporanea. Anche farmaci come bleomicina, etoposide, doxorubicina, ciclofosfamide, vincristina, procarbazona e prednisone possono provocare azoospermia nel 98% dei casi in pazienti in stadio avanzato di Linfoma di Hodgkin.</p> <p><u><i>Radioterapia</i></u> 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 terapie. Nel 18% dei casi il recupero della funzione dei testicoli avviene un anno dopo la fine dei trattamenti, nel 35% dopo 3 anni.</p> <p><u><i>Infertilità femminile</i></u> 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. <u><i>Chemioterapia</i></u> 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.</p> <p><u><i>Radioterapia</i></u> 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</p>
---	--



DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.14	<p>bambine più piccole, con meno di 12 anni.</p> <p><u>Come preservare la fertilità</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>La crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico</u></p> <p>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</p>
---	---



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.14</p>	<p>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.</p> <p>ANALISI STRUTTURATA DELLE AZIONI</p> <p><u>Descrizione ed analisi del problema</u></p> <p>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-sopravvivevole (survivor) ad un tumore è attualmente molto elevata e per alcune di queste patologie supera il 90 % dei casi come ad esempio i Linfomi ed i tumori del testicolo. Secondo il primo report dell'American Cancer Society(ACS), in collaborazione con il National Cancer Institute (NCI) recentemente reso pubblico (Giugno 1 2012 www.medscape.com) si stima che, negli Stati Uniti, i sopravvissuti al cancro che ad oggi sono 13.7 milioni, diventeranno 18 milioni entro il 2022. La lunga sopravvivenza può però caratterizzarsi per una serie di patologie e disabilità destinate a determinare una "perdita di salute", fra le quali, una compromissione della capacità riproduttiva. Le dimensioni di tale fenomeno sono tutt'altro che modeste se si considera che 1 adulto su 250 arriverà a cercare di avere una gravidanza dopo aver vissuto l'esperienza del cancro. La possibile comparsa d'infertilità secondaria a trattamenti antiproliferativi e il disagio psico-sociale ad essa legato sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età alla prima gravidanza nei paesi occidentali. 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.</p>
--	--



**DESCRIZIONE
AZIONI
PROGETTO
N.5: Azione 5.14**

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 (Australia, Germania e Svizzera), il FertiPROTECK (<http://www.fertiprotect.eu>) costituito allo scopo di uniformare la gestione e raccogliere i dati. Secondo quanto riportato in una recente pubblicazione dal 2007 al 2009 questi 70 Centri hanno effettuato il counselling riproduttivo su 1280 donne. Il nostro progetto si propone di sperimentare in Italia un modello di organizzazione per la "Preservazione della fertilità" in pazienti oncologici strutturato sulla forma definita "Hub and Spoke", allocando le attività in diverse tipologie di strutture del Sistema Sanitario Italiano (Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e Privati, Istituti Oncologici, Università) dove in questi anni siano già state compiute sperimentazioni di pratiche e procedure per la conservazione della fertilità. Le strutture coinvolte nel progetto sono allocate in aree diverse del territorio nazionale, per collocazione geografica, afferenza e dimensioni, ma possono rappresentare uno straordinario modello per la diffusione a tutto il territorio nazionale delle attività di Conservazione della Fertilità. In particolare si ritiene che le strutture del progetto (HUBS) debbano stabilire rapporti funzionali con altra tipologia di strutture (SPOKES) che ad esempio potrebbero essere Aziende sanitarie territoriali o Unità operative oncologiche o chirurgiche impossibilitate a realizzare progetti autonomi. Sarà inoltre compito dell'attività progettuale stabilire un sistema, sotto forma di rete tra le HUBS per la condivisione di protocolli, linee guida, dati, la creazione di un unico database da collegare ai Registri tumori locali e nazionali per migliorare la rilevazione dei dati dello stato di salute dei pazienti lungo-sopravvivenenti.

Fattibilità / criticità delle soluzioni proposte.

Le Unità operative che propongono questo progetto rappresentano già punti di riferimento per le problematiche di preservazione della fertilità. Fra i referenti sono inclusi oncologi che si occupano da anni di questa problematica e Centri di Riproduzione Assistita pubblici che hanno una banca del seme e/o programmi di crioconservazione degli ovociti e/o del tessuto ovarico.

L'esperienza riconosciuta dei partecipanti al progetto dovrebbe garantire la possibilità di ampliare nell'ambito di ciascuna delle regioni di appartenenza la cultura e la pratica della prevenzione dell'infertilità nei pazienti oncologici. La principale criticità del progetto risiede nel carattere di urgenza delle prestazioni



che si vogliono fornire. I trattamenti di preservazione della fertilità devono infatti essere messi in atto tempestivamente per non ritardare l'inizio delle terapie antitumorali e pertanto il counselling riproduttivo è una prestazione da fornire in condizione di urgenza e richiede una immediata disponibilità e canali di comunicazione efficaci. Il raggiungimento dell'obiettivo del progetto con l'ampliamento del numero di pazienti cui fornire queste prestazioni potrebbe avere un limite nella disponibilità del personale addetto al counselling.

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-sopravvissuti ad esse sottoposte.

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

OBIETTIVO SPECIFICO 2: Offrire un counselling riproduttivo adeguato a tutti i/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.

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

INDICATORI NUMERICI

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

ATTIVITA' PREVISTE

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



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO 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- - (annualità 2016 prosieguo AZIONE 5.17 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 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 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).</p> <p><i>Obiettivi specifici</i> 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 effettuati in una prima fase dal personale scolastico per monitorare l'andamento dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti (osservazione sistematica 2) Identificazione di giornate dedicate all'osservazione in ambito scolastico da parte di figure specializzate (psicologi, npi) Elaborazione di schede dedicate ai genitori per l'individuazione di comportamenti-problema in ambito familiare Costituzione di un canale preferenziale di accesso ambulatoriale in seguito a specifica segnalazione da parte dei pediatri con impegnativa unica per valutazione integrata dell'equipe Definizione di linee guida per la riabilitazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti Attivazione di percorsi di psicoterapia familiare ed individuale oltre di counselling scolastici. Formazione del personale medico per la presa in carico farmacologica in casi selezionati</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Tempi previsti: Obiettivi generali 2 anni (fase 1= 1 anno; fase 2= entro 2 anni) Obiettivi specifici valutabili semestralmente</p>
--	---



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.17</p>	<p>INDICATORI NUMERICI <i>Indicatori di processo</i> Attivazione di un'equipe specialistica formata da un npi, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un'assistente sociale per ambito di zona (totale: 3 npi, 6 psicologi, 3 logopedisti, 3 terapeuti e 3 assistenti sociali) così suddivisi per un numero totale di ore per figura professionale: 1 npi 18h 2 psicologi 24h (cadauno) 1 terapeuta 12h 1 logopedista 18h 1 assistente sociale 12 h questo per il territorio di Potenza e val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole; nel territorio del vulture-melfese e del Lagonegrese il fabbisogno di ore/figura professionale è stimato essere: 1 npi 6h 2 psicologo 12h (cadauno) 1 terapeuta 6h 1 logopedista 12h 1 assistente sociale 6h per ciascun territorio (da moltiplicare per due); Formazione di una rete integrata con la scuola (almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della scuola); Riunioni mensili con i pediatri territoriali (numero degli incontri per la valutazione della validità delle strategie individuate); Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e casi clinici presi in carico. Tipologia e quantità di specifica terapia riabilitativa (terapia globale plurisettimanale) Interventi di psicoterapia familiare settimanale ed individuale plurisettimanale Incontri settimanali dell'equipe. <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 e 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 <i>Fase 1</i> Formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci dei disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione, per la pronta segnalazione all'equipe competente. Costituzione di un'equipe socio-sanitaria con formazione specifica per l'individuazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti sia con test specifici che con osservazioni cliniche nelle scuole. <i>Fase 2</i> Formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento-</p>
--	---



	<p>in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento.</p> <p>Creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e del comportamento.</p> <p>Formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà.</p> <p>Formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità, mirati a definire i giusti interventi di sostegno nei confronti di comportamenti disfunzionali.</p> <p>Valutazione con test specifici di follow-up l'efficacia delle terapie riabilitative indicate.</p>
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.18</p>	<p><u>Azione 5.18 :</u></p> <p>Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano – A.O.R. San Carlo Pz -(annualità 2016 prosieguo AZIONE 5.18 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2016 del Progetto 5 assegnato all'azione 5.18: euro 108.650,00</p> <p>Referente aziendale A.O.R. San Carlo Pz- : Dott. Biagio Ierardi + Dott.N. Libutti + D.ssa Motola (ASP)</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">•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



	<p>disponibili.</p> <ul style="list-style-type: none">• Individuare, mediante VMD ed il concorso di tutte le professionalità ritenute necessarie, i pazienti fragili che possano giovare di approccio mirato riabilitativo prima del ritorno presso il proprio domicilio.• Individuare mediante VMD e score validati i pazienti geriatrici "fragili" con bassa aspettativa di vita, grave compromissione delle condizioni generali ed outcome clinico negativo nel breve periodo, in cui si debbano preferire approcci palliativi che migliorino la qualità della vita rimanente.• Stabilire, alla dimissione del degente o quando ritenuto utile, rapporti con strutture ospedaliere che siano interfaccia con il territorio (ambulatori, servizi di Day hospital geriatrico e Day Service geriatrici o di altre discipline) al fine della tempestiva valutazione dei trattamenti impostati o per programmare approfondimenti clinici quando ritenuti necessari.• Integrazione con i servizi territoriali al momento della dimissione ospedaliera per la valutazione e la pianificazione del Programma terapeutico;• Acquisizione di elementi utili per la didattica e la ricerca anche attraverso l'uso di software dedicati.• Promuovere la formazione di personale sanitario in ambito ospedaliero favorendo l'organizzazione di momenti di aggiornamento e di confronto clinico su temi di attualità.• Formazione e informazione ai caregiver. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Numero pazienti presi in carico al momento del ricovero dall'UVGOT come pazienti fragili sui ricoveri ospedalieri nella UO di Geriatria rispetto ai criteri e standard stabiliti nei PDTA (Numero di pazienti a cui viene effettuato la valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITÀ DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY);</p> <p>Numero di pazienti eleggibili a procedure invasive rispetto a criteri e standard stabiliti nei PDTA;</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>ATTIVITÀ PREVISTE</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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
--	---



	<p>integrazione con altri test se ritenuti utili);</p> <ul style="list-style-type: none">• formazione del personale per l'acquisizione di competenze nell'individuare i pazienti fragili e per l'uso di specifiche scale di valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITA' DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY);• integrazione con il territorio ed implementazione di PDTA specifici e integrati con i Servizi Territoriali (ADI) riguardanti le principali patologie dell'anziano quali anziano con multimorbilità o comorbilità complesse (patologia neurodegenerativa, BPCO, scompenso cardiaco, Insufficienza renale cronica, patologie cardiocerebrovascolari, diabete mellito, patologie ematologiche, sindrome ipocinetica, etc) .con la finalità ultima di redigere al termine del percorso ospedaliero, insieme agli attori dei servizi territoriali (MMG, personale medico e sanitario dell'ADI), il piano terapeutico personalizzato che tenga conto delle condizioni del paziente e che faciliti il percorso di cura;• raccolta dei dati riferiti a fattori prognostici sull'aspettativa di vita dei soggetti affetti da sindrome da fragilità mediante l'utilizzo di software dedicati (da acquistare) con la finalità di realizzare studi osservazionali per l'implementazione di un futuro Osservatorio regionale sulle patologie correlate all'invecchiamento della popolazione nonché per individuare i costi per livelli di intensità, relativi all'assistenza di pazienti trattati in ospedale, in strutture domiciliari e in quelle residenziali;• interazione a distanza con il caregiver delle persone coinvolte, attraverso l'utilizzo sperimentale di app informatiche applicate su digital smart collegati alla rete Internet, studiate per il paziente fragile anziano al fine di accedere alle informazioni pertinenti in forma digitale (es. ricezione di messaggi generici o personalizzati per fornire, dallo staff della piattaforma remota, informazioni utili e scientificamente validati al caregiver).
--	--



PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER L'ANNO 2016

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
	Accordo Stato regioni rep. Atti 65CSR 14.04.2016
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 – (ASP)</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 -(ASM)</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. -(ASM)</p> <p>Azione 6.4 : Attivazione BREAST-UNIT – (ASM)</p> <p>Azione 6.5 : Rete regionale per la determinazione delle traslocazioni ALK E ROS-1 nell'adenocarcinoma polmonare -tumori rari del polmone- (A.O.San Carlo Pz)</p> <p>Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP)</p> <p>Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile (A.O.San Carlo)</p>
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2016
REFERENTE REGIONALE	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-
ASPETTI FINANZIARI	
SOMMA DESTINATA ALLA LINEA PROGETTUALE 6	Euro 868.023,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO 6	Euro 868.023 ,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2016	Euro 868.023,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00

**IL PROGETTO**

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- ASP- (annualità 2016 prosieguo Azione 6.1 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata : annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.1: euro 87.811,00 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. 1 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. 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</p>
--	---



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.1</p>	<p>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>
<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.2</p>	<p><u>Azione 6.2:</u> 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 (annualità 2016 prosiegua Azione 6.2 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.2: euro 81.090,00</p> <p>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>
<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.6 - Azione 6.3</p>	<p><u>Azione 6.3 :</u> 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 -(annualità 2016 prosiegua AZIONE 6.3 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 il Progetto 6 assegnato all'Azione 6.3: euro 9.100,00 Referente aziendale ASM: Dott.ssa M. Susi</p>



	<p>OBIETTIVI QUALITATIVI Attività integrate UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari e per realizzare la migliore gestione possibile del paziente con malattie rare.</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 PROGETTO N.6 - Azione 6.4</p>	<p>Azione 6.4 ATTIVAZIONE BREAST-UNIT – ASM - (annualità 2016 prosieguo Azione 6.4 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all’Azione 6.4: euro 32.780,00</p> <p>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 qualità e la sicurezza delle attività clinico-assistenziali.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.6 - Azione 6.5</p>	<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- (annualità 2016 prosieguo Azione 6.5 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.5 euro 247.877,00 Referente aziendale Dott. Domenico Bilancia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>I tumori rari rappresentano da sempre una sfida importante per la medicina proprio perché è difficile stabilire una prassi clinica specifica. La capacità terapeutica, spesso realizzata in centri di riferimento, è limitata e le nuove terapie sperimentali sono bloccate a causa dei pochi pazienti sottoponibili a studi randomizzati. Per alcuni dei tumori selezionati sono disponibili validati protocolli terapeutici, mentre per altri tumori le soluzioni terapeutiche sono insoddisfacenti. Per i tumori in genere, e particolarmente per i tumori rari, basse sopravvivenze indicano difficoltà di accesso alle strutture di diagnosi e di trattamento specialistico. Il tumore del polmone, pur non essendo una patologia rara, con l'identificazione di sottotipi legati a mutazioni geniche particolari ha portato ad una frantumazione per cui ogni singola mutazione può identificare gruppi di pazienti con incidenza paragonabile ai tumori rari, per i quali si aprono nuove prospettive, grazie alla disponibilità di nuovi farmaci target. Una particolare alterazione genetica consistente nella presenza di un gene chiamato EML4-ALK porta alla produzione di una proteina, ALK, che ha una azione carcinogenetica. Il Crizotinib compete con l'ATP (o adenosintrifosfato: 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 ROS 1 sono solo l'1-2% cento dei cancn non-piccole cellule del polmone (NSCLC). La cosa interessante è che i tumori con riarrangiamento del gene ROS1 possono essere trattati con Crizotinib, che è già noto come potente inibitore dei tumori con oncogene ALK. "ROS 1 codifica per una proteina che è importante per la crescita e la sopravvivenza cellulare e la deregolamentazione del ROS 1 - attraverso riarrangiamento cromosomico, guida la crescita dei tumori. Il gene ROS 1 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.</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</p>
--	--



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.6 - Azione 6.5</p>	<p>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 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 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. Valutazioni utili per determinare l'appropriatezza dei trattamenti: •N. di casi trattati con inibitori della TKI /n. di casi con mutazioni.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Le attività del progetto si inseriscono in un più ampio quadro della continuità delle cure. Nello specifico possono essere riassunte in un'ottica di previsione progettuale riguardante i seguenti aspetti:</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 PROGETTO N.6 - Azione 6.7</p>	<p>Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP)- (annualità 2016 prosiegua azione 6.7 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.7: euro 265.205,00</p> <p>Referente aziendale: Dott. Fiorentino Vassallo</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Considerato che il Tumore della Prostata rappresenta in Italia la seconda causa di morte nel sesso maschile per patologia neoplastica è utile pertanto, agire con tempestività nella diagnosi precoce di tale patologia che è in forte aumento anche nella Regione Basilicata. Pertanto la costituzione della rete oncologica regionale renderà possibile intercettare i bisogni e la domanda del territorio di riferimento.</p>



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO 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 1 00 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 è 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 PROGETTO 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)- (annualità 2016 prosieguo Azione 6.8 DGR 1517/2016)</p> <p>Durata: annualità 2016 Quota Importo FSN VINC.2016 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.8: euro 144.160,00 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 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</p>

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

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.



DESCRIZIONE	ATTIVITA' PREVISTE
AZIONI LINEA PROGETTUALE N.6 - Azione 6.8	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.

**RIEPILOGO GENERALE LINEE PROGETTUALI****FSN VINC 2016 Linea Progettuale 1 : Riepilogo finale**

PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO OBBLIGAT.ASP	IMPORTO ASSEGNATO OBBLIGAT. ASM	TOTALE ASSEGNATO LINEA PROGETTUALE 1 FSN VINC. 2016
1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	1.1	625.740,00		625.740,00
	1.2		276.050,00	276.050,00
	1.3		190.590,00	190.590,00
	1.4		261.800,00	261.800,00
Totali		625.740,00	728.440,00	1.354.180,00

FSN VINC 2016 Linea Progettuale 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. 2016
2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	2.1	49.000,00		49.000,00
	2.2		82.399,00	82.399,00
Totale Assegnato Progetto		49.000,00	82.399,00	131.399,00

FSN VINC 2016 Linea Progettuale 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. 2016
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	3.1	533.502,00			533.502,00
	3.2		229.478,00		229.478,00
	3.3		156.538,00		156.538,00
	3.4			146.311,00	146.311,00
Totale Assegnato Progetto		533.502,00	386.016,00	146.311,00	1.065.829,00



FSN VINC 2016 Linea Progettuale 4 Riepilogo finale						
PROGETTO	INOIZV	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. 2016
4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1	1.412.534,00	831.265,00	197.937,00	103.463,00	2.545.199,00
	4.2					12.790,00
	4.3					
	4.4					
Totale Assegnato Progetto		1.412.534,00	831.265,00	197.937,00	103.463,00	2.557.989,00
FSN VINC 2016 Linea Progettuale 5 Riepilogo finale						
PROGETTO	INOIZV	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO -PZ-	TOTALE GEN. ASSEGNATO LINEA PROGETT. 5 CON FSN VINC. 2016	
5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1	1.030.673,00				1.030.673,00
	5.2		370.231,00			370.231,00
	5.3		33.700,00			33.700,00
	5.4		53.600,00			53.600,00
	5.5		141.624,00			141.624,00
	5.6	48.500,00				48.500,00
	5.7		82.130,00			82.130,00
	5.8		136.520,00			136.520,00
	5.9	176.000,00				176.000,00
	5.10	811.900,00				811.900,00
	5.11		141.950,00			141.950,00
	5.12	364.725,00				364.725,00
	5.13		149.990,00			149.990,00
	5.14	150.000,00				150.000,00
	5.15	0				0
	5.16	0				0
	5.17	155.000,00				155.000,00
	5.18				108.650,00	
Totale Assegnato Progetto		2.736.798,00	1.109.745,00	108.650,00		3.955.193,00



		FSN VINC 2016 Linea Progettuale 6: Riepilogo finale				
PROGETTO	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ASP -PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ASM -MT-	IMPORTO ASSEGNATO AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO O IRCCS - CROB RIONERO	TOTALE GEN.ASSEGNATO LINEA PROGETT. 6 CON FSN VINC. 2016
6 RETI ONCOLOGICHE	6.1	87.811,00				87.811,00
	6.2		81.090,00			81.090,00
	6.3		9.100,00			9.100,00
	6.4		32.780,00			32.780,00
	6.5				247.877,00	247.877,00
	6.7	265.205,00				265.205,00
	6.8				144.160,00	144.160,00
Totale Assegnato Progetto		353.016,00	122.970,00	392.037,00	0,00	868.023,00
		ASM	ASP	AOS CARLO PZ	IRCSS CROB	
TOT.GENERALE FSN VINC .2016 ASSEGNATO L.P. 1-2-3-4-5-6		5.661.590,00	3.178.436,00	893.935,00	198.652,00	9.932.613,00

ALLEGATO 2/2016

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2015, SECONDO LE LINEE DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP. 234/CSR DEL 23/12/2015 E ALL'INTESA REP.236/CSR DEL 23/12/2015, APPROVATI CON D.G.R. 1517 DEL 29 DICEMBRE 2016

La Regione Basilicata con DGR N. 1517 del 29 dicembre 2016 ha approvato i progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2015, secondo le linee di cui all'Accordo Stato-Regioni REP. 234/CSR del 23/12/2015 e all'Intesa Rep.236/CSR del 23/12/2015 (anche in costanza di prosieguo delle azioni di cui alle linee progettuali approvate ed afferenti all'Accordo Stato-Regioni REP.126/CSR del 30/07/2015 FSN Vincolato Anno 2014 giusta DGR 808/2016) , senza oneri a carico della regione e con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e smi **ANNO 2015**, come di seguito riportato:

Linee Progettuali	Quota di FSN Vincolato anno 2015 assegnato al progetto giusto Piano regionale 2015 di cui all'ALLEGATO 1/2015	Aziende del SSR attuatrici delle Azioni Inerenti i Progetti
1 Attività' 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	
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	Aattività di supporto al PRP: O.N.S, Airtum e NIEPB
Tot. Linea Progettuale 4	2.557.989,00	
5 Gestione delle Cronicità	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	
	9.465.341,00	Tot Generale Assegnato - Obiettivi di Piano - Fsn Vincolati 2015 Giusta Intesa 234/CSR 23/12/2015

La somma complessivamente assegnata, FSN Vincolato anno 2015 pari ad euro 9.465.341,00, è stata utilizzata per la realizzazione dell'intero programma regionale di cui si illustrano le attività svolte anche in costanza, per alcuni, di prosecuzione delle azioni afferenti linee progettuali giust'Accordo Stato-Regioni REP. 13/CSR del 20/2/2014 (FSN Vinc.2013) nel rispetto di quanto previsto per l'anno 2015.

Linea progettuale 1: ATTIVITÀ' DI ASSISTENZA PRIMARIA

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata con DGR 1517/2016 : Euro 662.368,00

La presente linea progettuale riprende integralmente anche per il 2015 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. Obiettivo dell'azione congiunta Stato Regioni è rendere sempre più incisiva la dimensione organizzativa e gestionale dell'Assistenza Primaria che è sempre fattore cruciale dell'ottimizzazione sociale ed economica del sistema Sanità. Si attuano così 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 baricentro del S.S.N. si dirige dall'ospedale al territorio e dalla malattia alla persona. 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) ed il concreto contributo delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN che in base alla normativa vigente, possono divenire Centri socio polifunzionali di ulteriori servizi. In Basilicata tutto si 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) avendo debito conto delle indicazioni dell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale del 29 luglio 2009. Con DGR 624 del 14.05.2015 si è provveduto a ratificare le 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 così, tra altro, l'Assistenza territoriale e l'articolazione in Distretti della Salute, ai sensi art.34 L.R. 7 del 30.04.2014. I Direttori Generali delle aziende ASP ed ASM con consecutivi atti deliberativi 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. **Per l'anno 2015** nell'ambito della presente linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha presentato il **Progetto 1 Attività di Assistenza Primaria** esplicitosi in numero quattro “azioni” realizzate dalle proprie aziende sanitarie ASP di Potenza ed ASM di Matera di cui di seguito si dà corretta evidenza per attività e risultati raggiunti:

TITOLO DEL PROGETTO: TOTALE IMPORTO ASSEGNATO AL PROGETTO 1 A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO ANNO 2015: Euro 662.368,00	<u>1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA :</u> comprendente : Azione 1.1: Ospedale distrettuale –UCCP-Farmacia dei servizi nuovi orizzonti d'integrazione-(ASP)- Quota Importo FSN VINC. 2015 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.1: €. 200.636,00 Azione 1.2 Presa in carico globale(ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie- (ASM) - Quota Importo FSN Vinc. 2015 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.2: euro 192.232,00 Azione 1.3: PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete del Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale- (ASM)- Quota FSN Vinc.2015 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.3: euro 119.500,00 Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- (ASM)-Quota importo FSN VINC.2015 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.4: euro 150.000,00
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 PROGETTO 1 ASSISTENZA PRIMARIA	Euro 662.368,00
Quota a carico Regione	Euro 0,00

Premesso che il Territorio (Distretto e Assistenza Primaria, compreso gli Ospedali Distrettuali), rappresenta uno snodo fondamentale nel rapporto tra cittadini ed offerta del SSR con funzione di coordinamento di tutte le figure professionali. L'esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal Patto per la Salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando diseguaglianze tra i cittadini della regione ma, 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 . Proprio in tale **ambito si colloca l' AZIONE 1.1: OSPEDALE DISTRETTUALE –UCCP-FARMACIA DEI SERVIZI NUOVI ORIZZONTI D'INTEGRAZIONE** - posta in essere dall'Azienda ASP di Potenza – referente aziendale dr.ssa Anna Bacchini – tramite i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa, denominati Ospedali Distrettuali (POD), in cui viene svolta attività sanitaria territoriale.

Le azioni progettuali si fondano sulla realizzazione di tre parametri fondamentali :

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

2) **Integrazione della Continuità Assistenziale con l'emergenza urgenza:** organizzare e sperimentare un presidio integrato socio-sanitario (modello organizzativo dell'UCCP) con apertura h 24, tale da costituire un punto di riferimento globale per il cittadino sul territorio per i suoi bisogni di assistenza primaria unitamente alla medicina di iniziativa.

3) **Farmacia dei Servizi:** in questi ambiti territoriali Distrettuali, viene prevista anche una ulteriore integrazione con alcune farmacie convenzionate col SSN, ricadenti nei Comuni piccoli o, con particolari disagi in relazione all'orografia dei luoghi e alla distanza dal Presidio Distrettuale, mediante opportuni protocolli ed accordi si sperimentano diversi servizi.

Relativamente ai risultati raggiunti si specifica quanto segue:

La trasformazione dell'Ospedale di Venosa in Ospedale Distrettuale, giusta la L.R.17/2011, ha visto negli anni 2014 e 2015 avviarsi e/o realizzarsi :

- i) Riconversione del vecchio Pronto Soccorso in Punto territoriale di Soccorso (PTS)
- j) Trasferimento delle attività di degenza per acuti al PSA di Melfi
- k) Trasferimento delle attività amministrative e socio sanitarie all'USIB di Venosa
- l) Trasferimento dei servizi territoriali delle cure primarie, delle attività consultoriali e dell'attività dell'assistenza domiciliare e della continuità assistenziale;
- m) Trasferimento delle attività dei nuclei operativi territoriali del Dipartimento Salute Mentale;
- n) Attivazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione (Venosa);
- o) Potenziamento della specialistica ambulatoriale attraverso l'implementazione di un polo specialistico derivante dalla fusione delle attività distrettuali collocate in altra struttura.

In attesa del completamento della riorganizzazione della Rete Emergenza Urgenza a livello regionale e a supporto delle attività del PTS di Venosa, anche per il 2015 è proseguita l'esperienza dell'ambulatorio dei **codici bianchi** anche in considerazione che il Pronto Soccorso Ospedaliero sta diventando il punto di riferimento anche per richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi socio-assistenziali e che la crescita della domanda verso le strutture di P.S richiedono una revisione dei modelli di offerta e dei percorsi assistenziali.

Di seguito si riassumono in *Tabella 1* gli accessi 2015 in PTS di Venosa:

Tabella1

	2015 (a)	% sul totale	2014 (b)	% sul totale	Variazione % (a-b) % /b
Totale accessi in Pronto Soccorso	19.810		18.320		8,1
Totale codici bianchi	333	1,7	670	3,7	-50,3
Trattati in A.C.B. (ore 9-13)	61	18,3	147	21,9	-58,5
Pazienti rientrati in Pronto Soccorso dall'A.C.B.	1	1,6	6	4,1	-83,3
Totale pazienti allontanatisi arbitrariamente dal Pronto Soccorso	341	1,7	41	0,2	731,7
Tempo medio di attesa Codici Bianchi	33'	---	39'	-	18,2
Tempo medio di attesa dei Codici Verdi	28'	---	23'	-	21,7

Come si evince dai dati riportati nella tabella 1, pur in presenza di un incremento di accessi al pronto soccorso, risulta diminuito il numero dei codici bianchi per un valore pari a circa il 50%. Tale risultato deriva dal lavoro di integrazione professionale tra medici di continuità assistenziale e MMG e medici del pronto soccorso.

Riguardo alle risorse impiegate:

Personale medico di CA

Locale: un ambulatorio nell'area dell'emergenza-urgenza

Attrezzature: ambulatorio visite (oltre alla minima prevista)

Test per glicemia

Otoscopio

Saturimetro,

Set di farmaci per terapia infusione, intramuscolo orale, materiale informativo e modulistica.

Nell'anno 2015 sempre all'interno dell'Ospedale Distrettuale di Venosa un significativo impegno è stato profuso nella implementazione del modello di **sportello di accesso multifunzionale** tendente alla realizzazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali dell'Ente locale; esso, rappresenterà la funzione che massimizza l'integrazione e la presa in carico della fragilità e della complessità. Tanto anche in considerazione dell'aumentato numero di accessi al P.O. favorito dall'offerta dei servizi territoriali ubicati all'interno dello stesso presidio e da una più efficiente organizzazione di una risposta adeguata ai bisogni di salute comprensiva anche

della funzione amministrativa relativa alla erogazione di informazioni e alla effettuazione delle prenotazioni di visite, esami e altre prestazioni di cura.

Riduzione T.O per patologie croniche

La **gestione delle patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO)** nell'ASP dimostra che le azioni correttive poste in essere sul territorio in termini di individuazione dei fattori di rischio, attivazione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento, educazione alla salute hanno prodotto un miglioramento dei valori del T. O.. Sono state favorite tutte le azioni poste in essere dall'azienda nell'ambito dell'offerta territoriale in collaborazione con pneumologi, diabetologi e cardiologi per la piena attuazione dei PDTA. Infatti i dati rilevati in sede di verifica finale 2015 per diabete e BPCO mostrano un miglioramento delle performance, in termini percentuali, rispetto al dato registrato nella verifica finale dell'anno precedente.

In collaborazione con il diabetologo dell'Azienda si è deciso di privilegiare In particolare il percorso organizzativo della **gestione integrata del paziente diabetico** che implica un piano personalizzato di follow-up, condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialista. Una particolare attenzione viene rivolta al diabete gestazionale con le finalità di:

- consentire che le donne diabetiche in gravidanza possano raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche;
- promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio, assicurando la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale.

La Regione Basilicata, già da tempo (L.R. n. 9 del 2010 e successive DGR per la definizione dei PDTA del diabete tipo 1, tipo 2, diabete gestazionale e piede diabetico, Piano Sanitario Regionale) ha emanato le direttive per la maggiore appropriatezza dell'assistenza diabetologia, che va attuata attraverso la creazione della rete della malattia diabetica e delle patologie endocrino-metaboliche; tutto questo anche con l'utilizzo il software per la gestione informatizzata delle cartelle cliniche diabetologiche, potenzialmente capace di connettersi anche ai data base dei MMG e PLS. E' stato istituito con delibera n. 806 del 25/11/2015, un tavolo tecnico aziendale costituito dai rappresentanti di tutti gli attori coinvolti nel percorso assistenziale. Il lavoro è stato portato al vaglio del comitato consultivo di medicina generale che lo ha approvato. è stato inviato alla Direzione sanitaria per la validazione e conseguenti atti di recepimento.

Il 30 ottobre 2015 è stato inaugurato *il Nucleo Alzheimer presso il POD di Venosa* dedicato all'utenza dell'intera Basilicata con 10 posti residenziali e 10 semiresidenziali (dedicati a malati in fase iniziale). Adiacente al Nucleo è stato realizzato un Giardino Alzheimer protetto dove i pazienti potranno avere la possibilità di uscire all'aperto in uno spazio protetto che prevede il rispetto di alcune componenti terapeutiche ricreative. Per la realizzazione del progetto sono stati posti in essere lavori di edilizia, impiantistica e di domotica.

In attesa che si completino i lavori strutturali per realizzare la Casa della Salute e al fine di promuovere delle forme associative della medicina convenzionata, essendo già maturi i tempi per avviare una sperimentazione, a Lavello sono stati fatti incontri tra Direttori di Distretto e Cure Primarie per la disamina dei documenti esistenti ed elaborazione di una proposta unica aziendale. Con la Direzione strategica, l'Amministrazione Comunale, i MMG di Lavello opportunamente sensibilizzati si è pervenuti alla elaborazione di un modello organizzativo di medicina di gruppo all'interno di un presidio territoriale aziendale con la finalità di "centralizzare e concentrare le attività dei MMG di Lavello all'interno del DSB con la finalità di favorire le migliori sinergie fra MMG, Azienda Sanitaria e SSR, facilitando la razionalizzazione dei Servizi erogati dall'Azienda Sanitaria, a partire da quelli erogati nel Distretto. La collocazione fisica di un gruppo di MMG nel Distretto Sanitario di Base è condizione necessaria per il confronto e per la comunicazione dei MMG fra di loro, con l'Azienda Sanitaria e con gli Specialisti Ambulatoriali ed Ospedalieri, allo scopo di facilitare studio, diffusione, pratica e sviluppo di modelli diagnostico-terapeutici concordati ed Attività Sanitarie nuove, anche in via Sperimentale, in sintonia con le attività ospedaliere e con le linee-guida nazionali, in un più stretto rapporto coi Colleghi Specialisti, tanto da permettere diagnosi, terapie e follow-up medici più diretti, corretti e tempestivi e quindi una risposta più pronta ed efficace alle necessità sanitarie dei Pazienti-Utenti. La concertazione (favorita dalla migliorata comunicazione) fra MMG, Specialisti Ospedalieri, Medici della Continuità Assistenziale (MCA), Personale Socio-Sanitario e del Servizio 118, indurrà razionalizzazione ed efficienza nei Servizi Sanitari, e pertanto riduzione della spesa e minor ricorso alla Sanità Extraregionale, perché meno appetibile e conveniente per gli utenti.

❖ **L'Azione 1.2: PRESA IN CARICO GLOBALE(OSPEDALE E TERRITORIO) DEI CITTADINI > 65 ANNI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE- (prosieguo annualità 2015 progetto 1.2 DGR 808/2016) -referente aziendale Dr. V. CILLA- compiuta dall'ASM di Matera -- nell'ambito territoriale di competenza ed afferente " Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale di servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi" ha avuto come**

obiettivo principale la presa in carico globale dei cittadini >65 anni affetti da pluripatologie (tra le altre, malattie neurologiche, ortopediche ,parzialmente invalidanti ,malattie oncologiche ,anche terminali, SLA, distrofia muscolare) oltre che pazienti che necessitano di nutrizione parenterale e/o supporto ventilatorio invasivo. Gli anziani ultrasessantacinquenni residenti nella ASM sono 38.969 di cui gli affetti da patologie croniche risultano è pari al 2,1% della popolazione generale (4.160 su 201.305 cittadini residenti sul territorio aziendale). Rispetto alla popolazione rientrante nella stessa classe di età (>65), equivalente a 42.484 cittadini (dati Istat 2015), i cronici rappresentano il 9,8%. 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 condiviso attività comuni per la presa in carico globale dei pazienti e a tal fine sono stati organizzati e gestiti diversi incontri per la creazione di una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale (medici di MMGG e Continuità Assistenziale, medici ospedalieri, farmacie comunali, amministratori locali , i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio).

Si specificano di seguito le principali attività svolte nel corso dell'anno 2015:

- predisposizione e applicazione di un percorso condiviso per la presa in carico globale dei pazienti interessati >65 anni ed affetti da pluripatologie con garanzia della continuità delle cure;
- implementazione ed utilizzo di un programma informatico, che ha permesso di mettere in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali, facilitando le comunicazioni tra gli operatori socio – sanitari;
- consolidamento delle capacità degli operatori territoriali ad intercettare i bisogni assistenziali unitamente all'intensificazione della capacità degli operatori socio sanitari ad intercettare la domanda a bassa intensità, mediante l' integrazione del sistema di emergenza territoriale con la continuità assistenziale. In questo modo sono state ridotte le liste di attesa e decongestionate le prestazioni del Pronto Soccorso per accessi impropri;
- organizzazione e gestione di diversi incontri con i MMG, MCA, medici ospedalieri, farmacie e associazioni di volontariato presenti sul territorio della ASM, (a Matera il 28.02.2015, il 3.10/.2015 e il 20.10.2015; a Policoro: il 21.02.2015 e il 17.10.2015) che hanno reso possibile predisporre percorsi condivisi ai fini della presa in carico globale dei pazienti.

❖ L'opera di implementazione degli interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia Dei Servizi si è dispiegata, ancora, nel 2015 con l'**espletamento dell'Azione 1.3: PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale**- referente aziendale dr.ssa F. DI CUIA- (proseguo annualità 2015 Progetto 1.3 DGR 808/2016) da parte dell'**azienda sanitaria ASM-MT- con** sperimentazione, in ambito territoriale, di un 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. In tale ambito il farmacista verifica l'applicazione corretta ed efficace del piano di cura definito dal MMG con previsione di realizzo di protocolli terapeutici e linee guida in condivisione con le altre linee professionali in campo.. Molteplici sono state le attività svolte in collaborazione con le farmacie ospedaliere e territoriali , con gli operatori del territorio ed i medici di medicina generale. Esse 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;
- 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 in collaborazione con le strutture di ricovero;
- Verifica delle prescrizioni e dei Piani terapeutici;
- Implementazione di attività integrate fra i farmacisti e medici ospedalieri e i MMG, attuando, se necessario, anche collaborazioni con medici appartenenti ad altri ospedali nazionali;

- Favorire e incrementare le prescrizioni di farmaci con principi attivi non coperti da brevetto e soprattutto dei farmaci biosimilari, farmacisti della U.O. di farmacia della ASM, hanno collaborato con i medici specialisti e con i Medici di medicina Generale al fine di incrementarne l'uso e la prescrizione ai pazienti. In tal modo si è riusciti ad ottenere una percentuale di utilizzo dei suddetti farmaci pari al 30,49 % rispetto ai farmaci originator , con un notevole vantaggio per la terapia dei pazienti e una buona riduzione della spesa aziendale per farmaci.

❖ Sempre nel corso del 2015 l'ASM di Matera, con l'obiettivo della presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei Percorsi Diagnostico-Assistenziali, ha inserito nelle attività di integrazione dei servizi assistenziali il consolidamento delle aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) mediante l'**AZIONE 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**- (referenti aziendali Dr. Cilla - Dr Taratufolo) (proseguo annualità 2015 Progetto 1.4- DGR 808/2016). Sulla base di quanto già avviato nell'annualità precedente sono stati organizzati nel 2015 quattro incontri a cui hanno partecipato, MMG, PLS, MCA, Operatori dell'Emergenza-Urgenza, Specialisti Ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale nell'ottica dell'integrazione e della multidisciplinarietà. Le 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. E' 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. Presso gli uffici centrali dell'assistenza primaria è stato predisposto un ufficio dedicato alla raccolta e alla conservazione (cartacea ed informatica) del consenso al trattamento dei dati sensibili, sottoscritto dai cittadini interessati, anche al fine dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Linea Progettuale 2:

SVILUPPO PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata con DGR 1517/2016 : Euro 57.694,00

L'ampliamento dei processi di umanizzazione e di personalizzazione delle cure è esigenza prioritaria della medicina contemporanea per motivi assistenziali, etici, organizzativi e medico legali. Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo rappresenta ad ogni livello del "sistema salute" l'elemento fondamentale delle decisioni operate in tema di definizione delle strategie organizzative e dei percorsi assistenziali. I cambiamenti organizzativi richiedono la minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali da realizzarsi con lo sviluppo di specifiche attività progettuali sull'umanizzazione delle modalità di assistenza e con l'incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali. A ciò va aggiunta l'intensificazione delle iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *care giver* affinché gli stessi si dotino dei necessari elementi di conoscenza ai fini del miglioramento della comunicazione con gli assistiti e loro relative famiglie, anche, con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute ed alla comunicazione di prognosi infausta. Per l'anno 2015 l'Accordo Stato-regioni del 23.12.2015 (rep atti 234/CSR) 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 lo Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali. La **regione Basilicata** a consolidamento di quanto fatto e per il potenziamento delle attività programmate ed intraprese, con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano Vincolati assegnati per gli anni 2013 e 2014, 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 **ha approvato con Finanziamento FSN Vincolato anno 2015** (quota parte della somma globalmente

assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015 alla regione Basilicata) il **Progetto 2 : Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali** concretizzatosi in numero due "azioni", compiute dall'azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dall'IRCCS CROB di Rionero, delle quali si dà di seguito corretta evidenza per attività e risultati raggiunti:

TITOLO DEL PROGETTO TOTALE Importo Assegnato al Progetto 2 a valere sulla quota del FSN VINCOLATI Anno 2015: Euro 57.694,00	2 : SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI : comprendente : 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 - PZ)" – Quota Importo FSN VINC. 2015 del Progetto 2 assegnato all'azione 2.1: €. 43.677,00 Azione 2.2 - "Ripartiamo dalla persona ammalata" – (IRCCS CROB) – (Quota Importo FSN Vinc. 2015 del Progetto 2 assegnata all'azione 2.2 €. 14.017,00
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2015
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 57.694,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO 2015 PROGETTO 2: ASSISTENZA PRIMARIA	Euro 57.694,00
Quota carico Regione	Euro 0,00
Referenti regionali	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-

Obiettivo della Medicina Narrativa è migliorare la qualità delle relazioni fra tutti gli attori che interagiscono nel campo della salute. Esperienze di altre Aziende Sanitarie nazionali hanno dimostrato che la Medicina Narrativa 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 positivistic della biomedicina grazie alla decodifica delle 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.

❖ Sulla base della sperimentazione di nuovi percorsi integrati, la finalità dell' **Azione 2.1: Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM)**, realizzata tramite l'A.O. San Carlo di Potenza, referente aziendale dr.ssa A.P.Bellettieri - (proseguo annualità 2015 progetto 2.1 DGR 808/2016), consiste nell'individuazione degli strumenti metodologici e culturali comuni (linee-guida, raccomandazioni), attraverso i quali migliorare i processi di diagnosi servendosi delle osservazioni ricondotte alle dimensioni della illness (percezione soggettiva della malattia) e della disease (la malattia nell'aggettivazione biomedica). Dopo la prima fase di sperimentazione realizzatasi nell'arco del 2014, nel corso del 2015 è ripresa la nuova fase di ricerca che ha visto coinvolti, dopo diversi stadi formativi, nuove Unità Operative oltre a quelle già presenti nella precedente indagine. Questa apertura verso nuove Unità Operative reparti, ha consentito di osservare in ciascuno di essi, mediante la metodologia della ricerca etnografica, una dimensione più specifica.

Di seguito la tabella che riassume le UU.OO. coinvolte nella sperimentazione:

UOC Sperimentazione	Obiettivi sperimentazione
Oncologia medica; (in continuità del progetto-campione dell'anno 2014)	Nel campo delle patologie oncologiche, la narrazione mira soprattutto a mettere in luce il vissuto emozionale del paziente, quella che nella scomposizione triadica della malattia è denominata <i>illness</i> . La narrazione da parte di donne con carcinoma mammario, fungerà da strategia di rielaborazione di quanto accaduto.
Reumatologia (in continuità del progetto-campione dell'anno 2014)	Nell'ambito di una malattia rara come la Sindrome di Behçet, la narrazione può costituire uno strumento volto ad approfondire la conoscenza della malattia e dei percorsi cui sono soggetti i pazienti che ne sono affetti. Attraverso questa "fotografia" dei vissuti e dei bisogni dei pazienti, sarà possibile predisporre azioni organizzative rispondenti alle esigenze degli stessi.
Traumatologia (nuova U.O.C.) ed Ortopedia (nuova U.O.C.)	Osservare, mediante la narrazione, quanto gli aspetti della comunicazione e della relazione incidono sul fattore Rischio e come la narrazione può essere un'opportunità alla diminuzione dell'errore.
Ostetricia (nuova U.O.C.)	Seguire, mediante il racconto della donna, tutte le fasi del parto.
Chirurgia Generale (nuova U.O.C.)	La narrazione, sarà qui uno strumento finalizzato a comprendere la domanda e la percezione organizzativa del reparto da parte dei pazienti. Anche in questo caso, lo scopo è quello di migliorare la qualità delle cure, sostenendo l' <i>empowerment</i> individuale (processo di cura sempre più orientato verso la personalizzazione e la condivisione) e quello organizzativo (analisi e valutazione dei bisogni).
Chirurgia Senologica e Plastica (nuova U.O.C.)	La narrazione da parte di pazienti che hanno subito un intervento di mastectomia, sarà un modo per osservare le strategie di coping delle stesse e l'auto accettazione di sé.

L'attività formativa, in moduli da 25/30 persone in aula per due giorni e per 8 ore al giorno, ha focalizzato l'attenzione sulle metodologie, sulle attività di Laboratorio, filmografia compresa, permettendo ai partecipanti l'acquisizione di strumenti di I livello.

I risultati delle analisi delle storie ed il livello di competenza acquisita saranno presentati tramite report specifico. E' stato prodotto un questionario, è stato distribuito al personale che ha partecipato al percorso formativo, i cui risultati di analisi sono inseriti nel report specifico. 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).

❖ Sempre in tema di sviluppo dell'Umanizzazione delle cure **l'Azione 2.2 - "Ripartiamo dalla persona ammalata"**, compiuta nel corso del 2015 dall'I.R.C.C.S CROB di Rionero – referente aziendale dr S.M. Molinari- (annualità 2015 prosiegua progetto 2.2 DGR 808/2016) si inserisce, anche, 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. Si è inteso rispondere alle seguenti esigenze anche in continuità delle azioni poste in essere negli anni precedenti:

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.

Il tutto per il raggiungimento dei sottostanti 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.

ATTIVITA' 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 OECD 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.

Le **questioni etico-cliniche** affrontate hanno riguardato principalmente i 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;

- potenziamento della multidisciplinarietà e dei PDTA nell'ottica di un approccio olistico all'assistenza;

- promozione della "Simultaneous Care";

- orientamento dei familiari, degli operatori sanitari, tutori e altri decisori verso un'assistenza realmente centrata sul paziente in quanto persona e quindi rispettosa della sua complessa e soggettiva multidimensionalità;

approfondimento delle tematiche relative ai seguenti aspetti:

- affermazione dei valori etici nell'informazione scientifica; patient centred care; validità etico-scientifica della ricerca biomedica;

- gestione etico-clinica dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori (in applicazione delle delibere n. 279 dell'11/06/2014 e n. 390 del 28/07/2014);

aggiornamento professionale:

- "Il pricing dei farmaci innovativi, modelli e sistemi per l'accesso all'innovazione e la sostenibilità degli investimenti", Roma, 12 marzo 2015;
- "La consulenza etica in ambito sanitario in Italia", Varese, 27 marzo 2015;
- "Innovazione farmaceutica in oncologia e sostenibilità: opportunità e scelte", 31 marzo 2015 - IRCCS CROB.

Linea progettuale 3:

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata con DGR 1517/2016 : Euro 1.065.029,00

La presente linea progettuale dà conferma delle indicazioni dell'accordo del 22 novembre 2012 per una omogenea realizzazione su tutto il territorio nazionale di quanto previsto dall'Intesa del 25 luglio 2012 circa lo 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 intende ampliare 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.

La regione Basilicata, fissato quanto già fatto con utilizzo dei Fondi per Obiettivi di Piano Vincolati assegnati negli anni precedenti (2013-2014), ha proceduto nell'anno 2015 a sviluppare le attività 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 ed ha approvato, con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2015 (quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015 alla regione Basilicata) il **Progetto 3: Cure Palliative E Terapia Del Dolore Sviluppo Dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** concretizzatosi in numero quattro "azioni" svolte dalle aziende sanitarie ASP di Potenza, ASM di Matera e AOR San Carlo di Potenza di cui di seguito si dà corretta evidenza per attività e risultati raggiunti nell'anno 2015.

TITOLO DEL PROGETTO	3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA Comprendente le seguenti azioni: Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) - Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.1: euro 612.863,50 Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica -(ASM) Quota importo FSN VINC. 2015 progetto 3 assegnato all'azione 3.2: euro 264.519,00 Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (ASM) - Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.3: euro 118.446,50 Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari- (A.O.R. San Carlo Pz) – Quota importo FSN VINC. 2015 Progetto 3 assegnato all'azione 3.4: euro 70.000,00
TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 3 a valere sulla quota del FSN VINC Anno 2015: Euro 1.065.829,00	
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2015
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dr.ssa ZULLO Maria Luisa Dott.ssa Gabriella Sabino -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-

ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 3 DGR 1517/2016	Euro	1.065.829,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO 2015 PROGETTO 3:	Euro	1.065.829,00
QUOTA A CARICO REGIONE	Euro	0,00

❖ L'azienda Sanitaria ASP di Potenza con l'azione 3.1 : **Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale** - Referente aziendale ASP: Dr Giovanni Vito Corona- (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto 3.1 -DGR 808/2016) ha inteso continuare a dare 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 a domicilio di devices specifici con il duplice obiettivo di 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. Il tutto con strutturazione sul proprio territorio di un assetto organizzativo ad hoc e la costituzione di PICC team aziendale a carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti sufficientemente efficaci ed efficienti a fronte della domanda di tutti i territori) e per offrire a pazienti allettati con performance status compromesso e indice di Karnofsky inferiore a 30 diversi servizi:

- possibilità di ricevere a domicilio un dispositivo in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa;
- poter eseguire a casa propria qualunque atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) grazie all'impianto di devices specifici;
- utilizzare dei PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e dei Midline, gold standard degli accessi venosi.

Duplice obiettivo : migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali oncologici /non oncologici e ridurre le ospedalizzazioni inappropriate attraverso l'implementazione delle cure domiciliari complesse.

In data 30/06/2015 è stata approvata la Delibera Aziendale ASP n. 2015/00419, con la quale è stato istituito un Centro di Formazione Aziendale Permanente NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare) e IVD (Impiantistica Vascolare Domiciliare) con contestuale approvazione delle linee guida aziendali afferenti gli impianti in ospedale e a domicilio dei PICC nonché la previsione di PICC team disseminati nei vari ambiti territoriali. Conseguentemente a tale atto sono state pianificate le seguenti attività:

1) Formazione del personale:

1) Corsi specifici anche di carattere universitario;

2) On the job training;

2) Il monitoraggio delle procedure determinate dalle linee guida aziendali approvate;

3) Allestimento e acquisizione degli strumenti di ultima generazione necessari all'impianto in grado di garantire l'appropriatezza procedurale;

4) Coordinamento delle equipe domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare);

5) Prevenzione delle complicanze attraverso l'applicazione delle Linee Guida e gestione di eventuali criticità intercorrenti;

6) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espianto, ecc.) che costituiscono fonti provate presentate in consessi scientifici nazionali. Si specifica che nel corso del 2015 sono stati impiantati (prevalentemente a domicilio) circa 161 Devices fra Picc e Midline.

❖ E' l'ASM di Matera che ha eseguito nel territorio di competenza l' **Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** - Referente aziendale ASM: Dr. Marilena Frangiane, dr. G. Agneta – (annualità 2015 prosieguo attività di cui al progetto 3.2 DGR 808/2016- FSN VINC. 2014) e l'**Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore** - Referente aziendale ASM: Dott.ssa E. Pinto- (annualità 2015 anche in prosieguo delle attività progetto 3.3 DGR 808/2016- FSN Vinc. 2014) - Si dà evidenza che con la **prima azione (3.2)** l'azienda ha inteso realizzare nell'ambito del territorio aziendale la gestione di una Rete Integrata e funzionale delle attività di Cure Palliative erogate in ospedale, Hospice, a domicilio ed in altre strutture residenziali per la presa in carico in ospedale e a domicilio dei pazienti eleggibili per le cure palliative.

Le principali attività svolte nel 2015 hanno riguardato:

- 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 gli ospedali distrettuali
- Ricoveri ordinari presso l'Hospice di Stigliano n. 74
- Ricoveri diurni presso l'ospedale distrettuale di Stigliano: n. 59.

Riguardo alla **seconda azione, la 3.3, l'ASM** al fine di far fronte, tra altro, alle richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore che pervenivano, in ordine di frequenza, da specialisti oncologi e/o oncoematologi, da reparti ospedalieri per pz già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI e da MMG ha svolto nel corso del 2015:

- 1) Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti
- 2) 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)
- 3) Impianti e manutenzione di cateteri intravascolari a medio e lungo termine, gestione di tracheotomia e PEG, terapia antalgica
- 4) 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.
- 5) Scelta accurata dei devices da impiegare allo scopo di evitare complicanze o incidenti (deconnessioni, embolizzazioni di cateteri, lesioni da decubito, infezioni...)
- 6) Esecuzione degli interventi più complessi in sala operatoria assicurando sterilità, analgesia o narcosi laddove sono necessarie.
- 7) 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
- 8) Disponibilità di una Infermiera dedicata alla gestione dell'ambulatorio di Cure Palliative con vantaggi sulla continuità delle cure e sulla qualità degli aspetti relazionali.
- 9) Consulenze di Terapia Antalgica per pz ospedalizzati eventualmente prossimi alla dimissione per l'allestimento di un piano terapeutico personalizzato
- 10) Consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del pz
- 11) Attività territoriali (Stigliano-Tinchi): Ambulatorio di Stigliano e di Tinchi- Hospice di Stigliano.

❖ **Premesso che** i pazienti oncologici in fase avanzata e terminale necessitano di continuità delle cure sia nel passaggio dalle cure attive a quelle palliative, sia, proprio in quelle palliative nei diversi setting assistenziali ed in particolare in quello residenziale, in Hospice, e in quello domiciliare. In tale contesto **P.A.O.R. San Carlo Pz** ha realizzato **l'Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari-** referente aziendale : Dr. M. Ricciuti – (annualità 2015 prosieguo attività progetto 3.3 DGR808/2016-FSN VINC.2014) avendo ad obiettivo l'attuazione 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, con l'aggiunta dell'assistenza domiciliare AIL, per i pazienti ematologici) tale da creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete delle cure palliative. Di seguito si esplicitano le attività svolte nell'anno 2015:

- a) Condivisione del protocollo di intesa predisposto tra l'azienda Ospedaliera San Carlo e la ASP “Dimissioni protette e continuità delle cure”;
- b) 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);
- c) I membri dell'equipe dell' Hospice (medici e infermieri) hanno effettuato prestazioni in affiancamento all'equipe domiciliare, per meglio realizzare la continuità di cura e assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice (pre-ricovero in Hospice con valutazione

congiunta dei criteri di accesso, conoscenza del paziente e dell'unità familiare e pianificazione degli obiettivi da perseguire in Hospice, post-dimissione dall'Hospice e in particolare la gestione di device impiantati in Hospice richiedenti competenza professionale e strumenti in possesso dell'equipe dell'Hospice

- d) Formazione e 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) Formazione finalizzata all'attività di ricerca anche attraverso l' erogazione di una borsa di studio per medico.

Riepilogo esiti:

Indicatore	Numero	%
Numero di pazienti seguiti dalle due equipe (Hospice e Assistenza Specialistica ADI –ANT distretto di Potenza).	90	60% dei pazienti che sono afferiti in Hospice segnalati dall'assistenza domiciliare ADI-ANT
Numero di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice / numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno.	15	10%
Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche o Convegno formativo con la partecipazione delle due equipe	Convegno Regionale SICP (Società Italiana di Cure Palliative) "Qualità di vita e qualità di cure"06//06/2015 Potenza Auditorium A.O. S. Carlo	

Nella tabella seguente sono riportate le ore di attività svolte dal personale interessato nel 2015

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti medici	2	312	624
Personale sanitario	10	312	3120

In conclusione gli esiti realizzati hanno riguardato , al momento, il 60% dei pazienti seguiti dalle due equipe e il 10% di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice rispetto al numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno.

LINEA PROGETTUALE 4 :

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata: Euro 2.557.989,00

(Accordo Stato Regioni 234/CSR 23 dicembre 2015) DGR 1517/2017

PROGETTO: IMPORTO TOTALE assegnato al Progetto 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2015 : Euro 2.557.989,00 Giusta DGR 1517/2016	<u>4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</u> Comprendente: Azione 4.1 Piano regionale di prevenzione-annualità 2015 - (di cui del progetto 4 importo FSN Vinc.2015 assegnato: euro 2.440.199,00) Azione 4.2: Piano regionale di prevenzione- Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB- (euro 12.790,00) AZIONE 4.3-Centro di Riferimento Regionale "Salute Ambiente e Lavoro": Sorveglianza Epidemiologico-sanitaria degli esposti ad amianto naturale-ASP- (annualità 2015) – (di cui del progetto 4 importo assegnato FSN Vinc.2015 Euro 63.000,00) Azione 4.4: Osservatorio aziendale per la sicurezza sul lavoro- ASP -(nuovo- annualità 2015) - (di cui del Progetto 4 importo assegnato FSN Vinc.2015 Euro 42.000,00)
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 Annualità 2015 a valere sulla quota del FSN VINC. 2015 :	Euro 2.557.989,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00

LINEA PROGETTUALE 4.- Azione 4.1 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (annualità 2015)

Circa il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, la Regione Basilicata con i provvedimenti nn. 91/2015, 710/2015, 1230/2015 e 94/2016 ha recepito l'Intesa Stato-Regioni di riferimento, ha definito la propria programmazione ed elaborato il documento operativo.

Tanto a seguito del necessario confronto con il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria su talune criticità emerse riguardo alla pianificazione regionale di cui trattasi, che sono state successivamente superate in quanto le modifiche-integrazioni apportate ed i chiarimenti forniti sono stati ritenuti in linea con le ipotesi discusse (rif. nota prot. 0002543-29/01/2016 – DGPRE-COD_UO-P).

Inoltre si è data continuità alle interlocuzioni con le Aziende Sanitarie sulla nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione e, a seguito di tali interlocuzioni, le Aziende Sanitarie hanno preso atto del relativo documento operativo e lo hanno recepito per darne esecutività in coordinamento con la Regione negli anni di vigenza del piano.

Comunque nel corso del 2015:

-nell'ambito del programma "Guadagnare Salute Basilicata – Setting Scuola" sono state condivise in sede di Comitato Paritetico Regionale, composto da rappresentanti della Regione, delle AA.SS.LL. e della Scuola, le linee guida predisposte per implementare e mettere a sistema le attività di promozione e di educazione alla salute nelle scuole.

E' stata ulteriormente consolidata la collaborazione Scuola-Sanità tramite i referenti AA.SS.LL. del programma. Si è data sistematicità alle azioni già in essere, valorizzando le risorse esistenti e favorendo la creazione della rete con l'elaborazione a livello aziendale di percorsi dedicati contenenti proposte educative da realizzare nel periodo di vigenza del piano nella scuola dell'infanzia, nella scuola primaria e nella scuola secondaria di primo e secondo grado.

E' stato anche organizzato un percorso di formazione rivolto a operatori sanitari e scolastici per rafforzare le competenze in tema di buone pratiche e costruzione di reti ed è stato avviato nel frattempo il reclutamento degli istituti scolastici finalizzato all'implementazione dell'adesione delle scuole alla rete di promozione della salute, acquisendo già nel corso dell'anno 2015 una buona percentuale di adesioni.

Sono proseguite le attività di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (interventi nelle scuole; presa in carico di soggetti a rischio) e sono state programmate le iniziative di supporto finalizzate alla piena realizzazione delle specifiche attività previste nella nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione (raccordo tra i due centri regionali di riferimento per la prevenzione e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, sviluppo delle attività di collaborazione, sensibilizzazione e coinvolgimento di operatori sanitari e socio-sanitari).

Per la prevenzione degli incidenti stradali sono stati ripresi i rapporti e gli accordi con gli istituti scolastici per accrescere innanzitutto le conoscenze sui corretti comportamenti alla guida da parte del target individuato (scuola secondaria di secondo grado).

-Per quanto riguarda il programma "Guadagnare Salute Basilicata - Setting Ambienti di Lavoro, sono state avviate le attività necessarie alla predisposizione dell'atto regionale d'indirizzo per la promozione di corretti stili di vita negli ambienti destinatari del programma.

-Riguardo al programma "Guadagnare Salute Basilicata – Setting Comunità":

-per il progetto dal titolo "Valutazione dell'impatto delle disuguaglianze sociali su stili di vita e comportamenti a rischio e patologie correlate e pianificazione degli interventi di contenimento" è stata predisposta la richiesta all'Istat dei dati regionali utili alle finalità del progetto.

-si è rimandato al 2016 l'avvio del progetto dal titolo "Riduzione del disagio mentale e delle dipendenze patologiche";

-per il progetto pilota finalizzato alla identificazione precoce dei soggetti di fascia di età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche trasmissibili sono state definite tutte le fonti informative utili a delinearne il profilo di salute;

-per quanto concerne il progetto dal titolo "Conoscere la popolazione non aderente agli screening oncologici e sperimentare interventi su misura a contrasto delle disuguaglianze sono state avviate e concluse le interlocuzioni con i referenti dell'IRCCS – CROB (Soggetto Responsabile del progetto) per l'identificazione delle persone non aderenti all'ultimo round dei tre screening oncologici in atto, la definizione dei rispettivi campioni e la loro stratificazione per età, sesso (per quanto riguarda lo screening per il tumore del colon-retto), cittadinanza e residenza nonché per la predisposizione del questionario da somministrare al target e per l'addestramento degli intervistatori;

-si è rimandato al 2016 l'avvio del progetto di promozione dell'attività fisica nei soggetti anziani e nei soggetti con patologie croniche;

-riguardo al progetto di valorizzazione delle attività dei consultori familiari per la promozione della salute e dell'accesso ai servizi per le varie fasce di età e relativi percorsi, si è proceduto alla disamina delle attività espletate e delle risorse umane disponibili al 2015, rilevando l'adeguatezza del personale impegnato e le attività in corso, risultando che presso i consultori dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza:

-si è dato corso all'implementazione delle attività in grado di assicurare alla donna gravida, di qualunque nazionalità, un idoneo percorso di facilitazione nell'accesso ai servizi, garantendo un sostegno costante alla coppia e l'assistenza ed il monitoraggio della salute della stessa e del bambino, sia tramite consulenze sia tramite iniziative di informazione-formazione, incrementando del 50% circa le attività di consulenza rispetto al 2014 (tra

consulenze psicologiche, sociali, ginecologico/ostetriche, post-parto, anche domiciliari, riguardo a donne gravide e consulenze psicologiche, sociali, pediatriche riguardo a bambini di 0-3 anni) ed effettuando numerosi corsi e incontri di educazione alla salute su vari argomenti (allattamento al seno, stili di vita, incidenti domestici e di trasporto, ecc.);

-è stata svolta attività di educazione alla salute (oltre che di consulenza) rivolta alle famiglie su tematiche d'interesse della fascia di età 4-12 anni, per un totale al 2015 di oltre cento incontri;

-si è realizzato l'accesso ai servizi del 25% circa della popolazione di 13-18 anni, con un incremento delle attività di consulenza rispetto all'anno precedente di circa l'8% tra consulenze psicologiche, consulenze ginecologiche in genere, ivi comprese quelle per la prevenzione delle infezioni da HPV e HIV, consulenze per contraccezione, tutoring per IVG e gravidanze in minori, consulenze per problemi scolastici ed integrazione scolastica di alunni disabili, consulenze per abuso e maltrattamenti e sostegno al percorso adottivo. In particolare nel 2015 le consulenze psicologiche sono aumentate del 25% e quelle per la contraccezione di circa il 50% rispetto all'anno precedente;

-sono state organizzate anche attività di informazione rivolte studenti della stessa fascia di età, quali quelle per la promozione di corretti stili di vita, per l'educazione all'affettività, alla sessualità, alla relazione, per la prevenzione del bullismo e cyberbullismo, realizzando nel 2015 n. 516 incontri nelle scuole rispetto ai 320 dell'anno precedente;

-sono stati attivati centri di ascolto dedicati alle problematiche adolescenziali in una quarantina di scuole ed inoltre presso il consultorio familiare del capoluogo di regione (Potenza) è stato attivato l'ambulatorio per il contrasto del cyberbullismo per la prevenzione e la cura delle giovani vittime e la riabilitazione degli adolescenti aggressivi (bulli), con personale, spazi, tempi, numero di telefono ad essi destinati, sulla base dell'esperienza di analogo ambulatorio già attivo presso il Policlinico Gemelli di Roma, con cui sono stati attivati contatti e scambi di esperienza (la cura e la riabilitazione sono svolte attraverso psicoterapia individuale e terapia di gruppo, con uno spazio di ascolto anche per i genitori); detto ambulatorio lavora in collaborazione con l'Associazione di promozione sociale per la lotta al cyberbullismo "ilcielonnellastanza" (rif. protocollo d'intesa per la messa in atto di attività sinergiche di sensibilizzazione sul territorio al fine di combattere l'uso inappropriato di internet e per l'elaborazione di percorsi integrati sul territorio); è stato anche attuato un corso di formazione aziendale rivolto agli psicologi consultoriali e di altri servizi aziendali che lavorano per gli adolescenti con l'obiettivo di potenziare e perfezionare le strategie efficaci di prevenzione e di trattamento dei comportamenti dirompenti in età scolare, che possono assumere diverse forme (dal comportamento oppositivo provocatorio a forme di vero e proprio bullismo all'abuso di sostanze) e di fornire agli stessi psicologi gli strumenti utili al coinvolgimento degli insegnanti in momenti formativi, suggerendo protocolli di intervento verificabili da applicare al gruppo classe;

-nell'ambito del "percorso donna" è stata potenziata in particolare l'attività di consulenza sociale, psicologica, ginecologico-ostetrica sulla questione contraccezione ed IVG con un incremento nel 2015 di circa il 20% delle relative prestazioni rispetto all'anno precedente.

-riguardo infine al "percorso menopausa" sono stati organizzati percorsi informativi sulle problematiche proprie dell'età con particolare riguardo alla promozione di strategie di prevenzione per l'acquisizione di corretti stili di vita in questa particolare fase della vita della donna.

Le attività dei consultori dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera hanno prevalentemente riguardato due aree principali: l'area ostetrico-ginecologica che si è occupata prioritariamente della maternità (procreazione e contraccezione) e l'area psicologica e sociale che si è occupata di problematiche relazionali, dalla conflittualità delle separazioni ai casi di violenza di genere ed in famiglia, oltre che essere di riferimento per le adozioni, nelle more della definizione del riassetto in corso che li ha occupati durante tutto il 2015 in sub progetti rientranti nel programma operativo di riorganizzazione che prevede in particolare l'implementazione delle iniziative per ridurre le IVG e di quelle a sostegno della coniugalità e della genitorialità, l'attivazione di servizi dedicati ad adolescenti e loro genitori ed azioni di formazione dell'assistenza multiculturale degli operatori.

Inoltre:

-per la realizzazione del progetto di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali e domestici è stata avviata la disamina dei dati ACI/Istat, PS e SDO;

-per il consolidamento delle attività legate ai sistemi nazionali di sorveglianza (PASSI; OKkio alla Salute; HBSC) si è constatata la stabilizzazione a livello locale e nel contempo sono state avviate le attività necessarie alla partecipazione al "PASSI d'Argento";

-nell'ambito delle attività previste per il contrasto alla violenza di genere, per la loro piena attuazione, sono state intraprese diverse iniziative nel corso del 2015 e cioè:

-è stata recepita l'intesa concernente il piano nazionale d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere (Rep. atti n. 47/CU del 7 maggio 2015);

-è stato approvato il piano regionale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere 2015-2017 per realizzare percorsi culturali finalizzati a ridurre gli episodi di violenza sulle donne e sui minori, nonché per costruire una rete territoriale a garanzia di sicurezza e protezione intorno alle donne che ne rimangono vittime;

-sono stati fissati gli obiettivi di piano di medio e lungo termine nell'arco di vigenza dello stesso, da conseguire con azioni di informazione e sensibilizzazione della collettività, ivi inclusa l'educazione nelle scuole, di formazione di tutte le professionalità operanti nel settore, di potenziamento delle forme di assistenza, di governance del fenomeno attraverso il coordinamento a tutti i livelli, con costruzione di una banca dati e di un percorso di ascolto e di accoglienza, in una dimensione olistica, dalla presa in carico al reinserimento sociale, avvalendosi di Centri dedicati antiviolenza e Case rifugio, peraltro già attivati, assicurando percorsi di assistenza ed integrazione sociale anche a vittime di tratta, donne immigrate nella maggior parte dei casi;

-sono state definite le linee di indirizzo per l'accoglienza integrata di genere in favore di donne sole migranti e per nuclei monoparentali madre-bambino per accogliere e proteggere donne protagoniste di situazioni particolarmente vulnerabili;

-è stato istituito l'Osservatorio sulla violenza di genere e sui minori nel tentativo di far emergere il fenomeno ad oggi, com'è noto, abbastanza sommerso;

-è stato costituito un gruppo tecnico di lavoro con i Comuni capoluogo di Potenza e Matera, le AA.SS.LL e l'Azienda Ospedaliera Regionale al fine di avviare percorsi operativi e supportare gli interventi, gruppo di cui si prevede l'ampliamento ad altre istituzioni, in primis quelle scolastiche, per conseguire l'obiettivo della rete territoriale di assistenza.

Si aggiunge che per avere contezza del fenomeno sul territorio regionale, per comprenderne l'entità ed individuare le aree di maggior bisogno a cui correlare l'intensità degli interventi, sono state messe a punto due indagini mirate, l'una diretta, attraverso la consultazione dei Comuni e l'altra indiretta, attraverso la consultazione degli Ambiti Sociali di Zona; la prima con lo scopo di risalire all'offerta assistenziale presente sul territorio regionale in termini di servizi e strutture (sportelli di ascolto, centri antiviolenza, case rifugio), la seconda con lo scopo di risalire alla domanda di assistenza quindi alla richiesta di bisogno, con rilevazione dei casi complessivamente trattati, il dettaglio della provenienza della donna, se italiana o immigrata, il numero dei minori, se accompagnati da donne italiane o immigrate.

Per la realizzazione del programma "Guadagnare Salute Donna":

-riguardo al progetto di management del diabete gestazionale è stata ricostituita nel corso del 2015 la Commissione Regionale per il Coordinamento delle attività diabetologiche (composta da Regione, Diabetologi, Società Scientifiche e Federazioni di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Diabetologi ed Associazione Lucana Assistenza Diabetici) e, in tale contesto, sono state avviate le interlocuzioni necessarie alla realizzazione del progetto;

-si è rimandato al 2016 l'avvio della verifica dell'applicazione e relativi risultati del test HPV – DNA, già in atto in Basilicata, per un eventuale aggiornamento del nuovo modello di screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina, al pari dell'avvio delle attività riguardanti il progetto di valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori della mammella e delle attività riguardanti la valutazione dei bisogni e la riduzione del disagio fisico e mentale delle donne anziane.

Circa il programma "Guadagnare Salute Basilicata – Comunicare la Salute" si è lavorato per definire principi fondamentali, obiettivi strategici e specifici, azioni (con indicazioni su ambiti d'intervento, setting d'intervento, target, canali e strumenti di comunicazione convenzionali e non), prevedendone valutazioni di processo, impatto e risultato.

Riguardo agli screening audiologico e oftalmologico neonatali sono state avviate le interlocuzioni necessarie a portarli entrambi a regime entro il 2016 in almeno due punti nascita – come previsto dal relativo cronoprogramma di piano.

Nell'ambito del programma "Salute e Lavoro":

-sono state avviate le interlocuzioni con gli enti coinvolti ed è stato rimandato al 2016 l'avvio della fase esecutiva dei progetti relativi allo sviluppo dei sistemi informativi e alla prevenzione dello stress lavoro-correlato nonché l'avvio della fase esecutiva dei progetti di livello aziendale "Cantiere sicuro", "Linea guida per la valutazione del rischio rumore per *"attività a livello di esposizione molto variabile"*, "Intervento per la valutazione e la prevenzione dei rischi lavorativi per l'apparato muscolo-scheletrico" e "Cancerogeni occupazionali e tumori professionali da produzioni attive e pregresse".

Per l'attuazione del progetto teso a favorire l'emersione ed il riconoscimento delle malattie professionali si è condiviso in sede di CRC di riproporre a cura dell'INAIL Regionale – Direzione Medica campagne di sensibilizzazione in collaborazione con le parti sociali.

Per quanto riguarda il piano per la prevenzione degli infortuni in edilizia, sono intercorsi i confronti necessari a definire quanti-qualitativamente i controlli da effettuare e le procedure da mettere in atto per rendere omogenee sul territorio regionale le attività di vigilanza da parte delle AA.S.LL. e da parte delle AA.SS.LL. e degli altri enti ispettivi nelle operazioni di vigilanza collegiale pianificate in sede di CRC (si segnala che nel 2015 le AA.SS.LL. hanno effettuato controlli su circa il 50% dei cantieri notificati, e prioritariamente - come ormai da prassi - su quelli definiti come “*cantieri sotto il minimo etico di sicurezza*”, di cui il 6% circa con altri enti ispettivi).

Riguardo al piano per la prevenzione degli infortuni in agricoltura, sono stati presi i contatti necessari a rendere fruibile presso i competenti servizi la banca dati delle aziende agricole ed è stato condiviso di riproporre per le ispezioni la stessa check-list (scheda di sopralluogo delle aziende agricole) concordata in sede di CRC (si segnala che nel 2015 le ispezioni effettuate complessivamente sulle aziende agricole da parte di tutti i competenti enti ispettivi sono state 813 e che le AA.SS.LL. hanno effettuato il 60% dei controlli fatti sulle aziende agricole con altri enti ispettivi).

Circa il Programma “Ambiente e Salute”:

-le fasi esecutive dei progetti “Definizione degli indirizzi e delle buone pratiche da perseguire nella costruzione/ristrutturazione di edifici per la riduzione dei rischi da “Radon”, “Inquinanti chimici presenti nel fiume Basento ed impatto sulla salute umana dei residenti dei comuni adiacenti”, “Implementazione e messa a regime dei programmi di controllo in materia di REACH e CLP” nonché “Miglioramento della qualità delle matrici ambientali secondo il modello della “Salute in tutte le politiche” e sviluppo di metodologie utili alla valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali e alla comunicazione del rischio sono state rimandate al 2016;

-riguardo al progetto “Impatto della problematica amianto sulla popolazione” sono state avviate le verifiche di qualità dei dati del ReNAM COR Basilicata per le revisioni che si renderanno necessarie;

-riguardo al progetto dal titolo “Studio di monitoraggio di policlorodibenzodiossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF) e policlorobifenili (PCB) nel latte materno di donne residenti nella provincia di Potenza” nel corso del 2015 è stato stipulato apposito accordo con l’Istituto Superiore di Sanità, sono stati definiti-predisposti e validati gli strumenti operativi ed è stato acquisito il parere favorevole del Comitato Etico Unico Regionale.

In merito alla “Ridefinizione di problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale ed emanazione di indirizzi per la loro gestione” sono state avviate interlocuzioni con l’Istituto Superiore di Sanità per addivenire ad un accordo quadro nella previsione di un articolato intervento di studio, ricerca e formazione e dei seguenti obiettivi generali

-rafforzamento, secondo le più avanzate metodiche e attraverso l’uso delle più recenti tecnologie disponibili, del sistema dei controlli e del monitoraggio ambientale di competenza delle autorità regionali, sulla base di corrette e tempestive informazioni scientificamente rilevanti;

-progettazione e realizzazione di un sistema di sorveglianza sanitaria, che consenta di individuare indicatori di contaminazione ambientale ed eventuali patologie ad essi correlati;

-impostazione di un sistema di valutazione dello stato di salute delle popolazioni residenti, utilizzando tutte le fonti di dati disponibili, e raccogliendone di ulteriori, sulla base di specifiche progettualità di studio, con riferimento alle più avanzate tecniche di analisi e di valutazione al momento disponibili;

-predisposizione di un avanzato sistema di prevenzione e monitoraggio della salute delle popolazioni residenti, con annessa verifica nel tempo della sua efficacia;

-realizzazione di uno studio integrato dell’inquinamento dell’atmosfera e del suolo, attraverso misure di parametri chimici, fisici, tossicologici e di valutazioni sanitarie, epidemiologiche e ambientali, mediante modelli interpretativi;

-predisposizione e coordinamento di attività di raccolta di dati ambientali e sanitari, arruolamento delle popolazioni e raccolta dei dati sanitari, valutazione dell’esposizione della popolazione, studi epidemiologici sugli effetti a lungo termine, analisi sui ricoveri, esiti riproduttivi, analisi sulla mortalità, studi epidemiologici sugli effetti a breve termine, valutazione della mortalità e della morbosità;

-supporto nell’attività di comunicazione delle informazioni di carattere tecnico/scientifico, relative all’avanzamento delle attività di monitoraggio della salute della popolazione lucana, e al sistema dei controlli posti a presidio della stessa;

-predisposizione e coordinamento di attività di alta formazione, tesa al rafforzamento delle competenze tecnico scientifiche, necessarie per garantire una sempre maggiore autonomia nel governo delle complessità evidenziate dalla relazione ambiente-salute.

Tanto nell’ambito di una “Cabina di Regia” di coordinamento/soprintendenza rispetto alle questioni “Ambiente e Salute” composta da ISS, Dipartimenti Regionali alla Sanità e all’Ambiente, AA.SS.LL., Azienda Ospedaliera

Regionale, IRCCS CROB – sede del Registro Tumori della Basilicata, ARPAB e Fondazione per la Ricerca Scientifica in ambito socio-sanitario di Basilicata.

La fase esecutiva del programma di “Prevenzione delle malattie infettive” è stata rimandata nel 2016, ma al 2015 sono stati sostanzialmente elaborati e valutati i dati di copertura vaccinale riscontrando il mantenimento a valori superiori al 95% e alla media nazionale delle coperture anti-polio-difterite-tetano-pertosse-epatite B - Hib e pneumo in età pediatrica a 24 mesi, il miglioramento delle coperture anti-morbillo-parotite-rosolia e varicella alla stessa età e relativi valori sempre superiori alla media nazionale, così come per quanto riguarda le vaccinazioni dell'età pediatrica di richiamo a 5-6 anni.

Si è riscontrato altresì:

-il persistere delle criticità legate alla copertura vaccinale antinfluenzale, come nel resto del Paese, sebbene siano stato osservati dei miglioramenti rispetto ai dati di copertura degli anziani e della popolazione generale oltre che di altre specifiche fasce di età, quali le fasce di età 45-64 e 15-17 anni;

-il miglioramento della copertura vaccinale dei soggetti a rischio di età 18-64 anni.

Riguardo alla vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni, la copertura vaccinale della coorte 2001 (ciclo completo) è risultata del 78% e della coorte 2002 (ciclo completo) del 75% circa.

Da qui il raggiungimento dell'obiettivo vaccinale della coorte 2001 per quanto previsto dal PNPV 2012-2014.

Mentre per quanto riguarda la coorte 2002 – tenendo presente che la percentuale di vaccinate con la prima dose è pari all'82,5%, si è ritenuto che il dato relativo al completamento del ciclo vaccinale possa implementare il dato di copertura registrato per questa stessa coorte al 31/12/2015 e perciò consentire il raggiungimento dell'obiettivo di copertura delle coorte 2002 previsto dal PNPV 2012-2014 ($\geq 80\%$).

Atteso che i dati regionali di copertura della vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni (coorti 2001 e 2002 sono risultate superiori alle corrispondenti medie nazionali).

Le medesime coperture relative alla coorte 2003 sono più basse poiché la chiamata di tutti i soggetti al 31/12/2015 non può ritenersi completa.

Nel corso del 2015 sono state anche assunte iniziative atte a contrastare il calo delle coperture vaccinali, quali la realizzazione di un corso accreditato e di un workshop, la pubblicazione e la divulgazione di opuscoli informativi destinati ai genitori, la promozione delle vaccinazioni nelle scuole per docenti, genitori e alunni, l'aggiornamento degli obiettivi di copertura vaccinale assegnati alle Aziende Sanitarie Locali, nelle more dell'attuazione del nuovo piano nazionale di prevenzione vaccinale.

Inoltre sono state avviate le operazioni di verifica dei dati di notifica delle malattie infettive tramite la consultazione dei dati rinvenienti da tutti i flussi informativi disponibili e di valutazione dei trend d'incidenza delle malattie infettive prevenibili con vaccino; sono state implementate a livello aziendale attività di prevenzione delle malattie infettive nella popolazione immigrata con particolare riguardo alla malattia tubercolare e riguardo alla sorveglianza e alla prevenzione delle malattie infettive nella stessa (popolazione immigrata) sono state avviate con i referenti aziendali le interlocuzioni necessarie ad elaborare un documento operativo dedicato.

Si è lavorato altresì alla definizione di direttive finalizzate alla gestione delle maxi-emergenze, ivi comprese quelle infettive.

Si è riscontrato al 2015 la riduzione del consumo di antibiotici e la necessità di implementare le misure di contenimento del rischio clinico, anche con riferimento alle infezioni correlate all'assistenza.

Difatti nel 2015 è stata deliberata la istituzione del sistema regionale di gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente.

Per quanto riguarda infine la sanità pubblica veterinaria e la sicurezza alimentare sono state avviate nel corso del 2015 le interlocuzioni con i referenti aziendali per l'attuazione di quanto programmato nel documento di piano.

Di seguito si riassume il riparto delle risorse FSN Vincolate 2015 attribuito alle aziende sanitarie attuatrici delle attività sopra esposte :

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

❖ **L'Azienda Sanitaria di Potenza con l' 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) – referente aziendale dr Angelo Caputo – responsabile del “Centro di Riferimento Regionale Salute, Ambiente e Lavoro” dell’ASP-Pz- ambito territoriale dell’ex ASL3 di Lagonegro per le problematiche inerenti alla presenza di amianto naturale sul territorio di competenza- nel corso dell’anno 2015.

Il Registro Nazionale Mesoteliomi, Cor Basilicata, ha documentato casi di mesotelioma occorsi in residenti in aree rurali al confine calabro-lucano riferibili alla presenza in zona di affioramenti rocciosi contenenti tremolite. Successivamente è stata istituita un’unità di crisi a cui la Giunta Regionale della Basilicata, con DGR. n. 1522/02, ha affidato la valutazione dei rischi per la salute pubblica e la predisposizione di una proposta di misure da adottare a fini della tutela ambientale ed igienico-sanitaria.

Nel febbraio 2005 si è tenuta a Roma nella sede dell’Istituto Superiore di Sanità una Consensus Conference, allo scopo di definire le azioni epidemiologico-sanitarie per le popolazioni residenti nelle aree della Regione Basilicata contaminate da fibre di tremolite site nel territorio della ex- ASL 3 Lagonegro (PZ).

Sorveglianza Epidemiologico-Sanitaria dei residenti di Lauria e Castelluccio Superiore: “Progetto Tremolite”.
Obiettivi:

Studio della prevalenza delle malattie amianto correlate;

Comunicazione del rischio e promozione della salute;

La sorveglianza epidemiologico-sanitaria è stata condotta da Aprile 2008 a Marzo 2013, periodo di tempo in cui sono stati sottoposti a visita medica un gruppo di residenti a Lauria e Castelluccio Superiore aderenti al progetto su base volontaria; a distanza di tre anni dalla prima visita è stato eseguito un follow up degli stessi.

Reclutamento della popolazione a rischio

Attraverso il coinvolgimento di opinion leader locali, si è provveduto ad organizzare un incontro pubblico preliminare con la popolazione residente nelle aree contaminate da tremolite. In tale occasione è stato distribuito un opuscolo sintetico ed illustrativo dell’iniziativa e delle modalità di svolgimento del progetto.

Dall’anagrafe dei due Comuni oggetto dello studio sono stati ricavati gli elenchi dei residenti;

ciascun residente maggiorenne ha ricevuto una lettera ad personam finalizzata alla raccolta delle adesioni al progetto. Le lettere rispedite sono state informatizzate ottenendo un elenco di partecipanti che sono stati di volta in volta convocati, con una nuova lettera, per l’accesso agli accertamenti sanitari con almeno 30 giorni di anticipo. Gli ambulatori presso i quali sono state effettuate le visite mediche sono ubicati presso l’ospedale De Lieto di Maratea (PZ).

Programma previsto per la popolazione generale:

1) questionario standardizzato COR – ReNaM, che approfondisce i dati clinici e ricostruisce la storia espositiva (familiare, residenziale, lavorativa, servizio militare, tempo libero);

2) anamnesi lavorativa;

3) anamnesi patologica prossima e remota, con particolare riferimento all’apparato respiratorio;

4) visita medica;

5) spirometria (soggetti di età pari o superiore a 18 anni secondo i criteri di esecuzione dell’American Thoracic Society - ATS)

6) lettura B-reader in Ilo Bit con eventuali esami radiologici del torace portati in visione; gli esami radiologici del torace esibiti sono presi in esame qualora effettuati negli ultimi 5 anni.

Per i soggetti residenti nelle zone contaminate da almeno 20 anni è stata inoltre effettuata:

- visita pneumologica;

- radiografia del torace in 2 proiezioni (esecuzione e lettura secondo le indicazioni ILO-BIT) qualora non avessero effettuato una radiografia del torace negli ultimi 5 anni.

Non è stata effettuata la radiografia del torace in soggetti che abbiano effettuato esami analoghi nei 5 anni precedenti lo studio, o che comunque siano stati esposti per ragioni diagnostiche o terapeutiche a radiazioni ionizzanti, o le donne in età fertile per le quali non è stato possibile escludere una gravidanza in atto.

Trattandosi di uno studio di ricerca, è stato applicato l’art. 108 (Ricerca scientifica clinica) del

D.L.vo n. 230/1995 e successive modifiche ed integrazioni (Attuazione delle direttive

89/168/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom, 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 136 - Supplemento Ordinario del 13/06/1995, che prevede che “le esposizioni di persone a scopo di ricerca scientifica clinica possono essere effettuate soltanto con il consenso scritto delle persone medesime, previa informazione sui rischi connessi con l’esposizione alle radiazioni ionizzanti e solo nell’ambito di programmi notificati almeno trenta giorni prima del loro inizio al Ministero della Salute.

Comunicazione del rischio

Gli obiettivi generali del progetto comunicativo focalizzati sulla tutela della salute pubblica, sul miglioramento delle conoscenze, sulla modifica dei comportamenti dannosi per la salute e/o sul potenziamento dei comportamenti adeguati per la prevenzione e per la riduzione del rischio, sulla negoziazione in merito a questioni controverse, sono stati integrati di volta in volta dagli obiettivi specifici di ogni singolo intervento. L'approccio comunicativo è stato di due tipi: un intervento comunicativo attraverso incontri pubblici con la popolazione ed un approccio personalizzato all'interno della sorveglianza epidemiologico-sanitaria sul modello del counselling.

Sensibilizzazione e adesione a programmi per la cessazione dell'abitudine al fumo.

In tale contesto è stato possibile affrontare la tematica riguardante il fumo di sigaretta ed iniziare a proporre ai tabagisti la possibilità di smettere di fumare attraverso l'intervento clinico minimo previsto nelle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità per la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco, con la somministrazione del Test di Fagerstrom per la valutazione della dipendenza da nicotina.

Attività Epidemiologico-Sanitaria svolta: nel triennio 2008-2011 sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 877 residenti nei Comuni di Lauria e Castelluccio Superiore, 429 uomini (47%) e 448 donne (53%). Sono stati inseriti in sorveglianza sanitaria anche i congiunti di un residente in una contrada di Castelluccio Inferiore affetto da mesotelioma maligno della pleura. Nella *tabella 1* è riportata la distribuzione della popolazione per sesso, età ed abitudine al fumo.

Tabella 1: Distribuzione della popolazione per età sesso ed abitudine tabagica

	UOMINI				DONNE				
	F	NF	EF		F	NF	EF		
<30	29	29	3	61	21	48	3	72	133
30-40	27	37	20	84	13	68	6	87	171
41-50	27	41	24	92	12	73	14	99	191
51-60	11	31	35	77	5	68	3	76	153
61-70	10	17	29	56	-	67	-	67	123
71-80	6	21	22	49	-	41	-	41	90
>80	1	4	5	10	-	6	-	6	16
	111	180	138	429	51	371	26	448	877

Tabella 2: Abitudine al fumo- tassi grezzi età specifici

	uomini	fumatori	tasso	%	donne	fumatori	tasso	%
<30	61	29	0,475	47,5	72	21	0,29	29
31-40	84	27	0,321	32,1	86	13	0,15	15
41-50	90	27	0,3	30	98	12	0,12	12
51-60	77	11	0,14	14	76	5	0,07	7
61-70	56	10	0,18	18	66	-	-	-
71-80	49	6	0,12	12	41	-	-	-
>80	10	1	0,1	10	6	-	-	-
	427	111	0,26	26	445	51	0,114	11,4

Il 18,6% di tutti i residenti visitati è fumatore abituale. L'analisi dell'abitudine al fumo diviso per sesso ed analizzato per età evidenzia una maggiore frequenza del fenomeno nel sesso maschile (26% dei maschi vs il 11,4% delle donne) (*Tabella 2*); emerge inoltre nel sesso maschile un maggior numero di fumatori tra soggetti di età inferiori a trenta anni. La crescente tendenza all'abitudine tabagica nei giovani suggerisce l'opportunità di intervenire con più stringenti campagne di sensibilizzazione alla cessazione dell'abitudine tabagica e dissuasione

dall'intraprenderla, alla luce del noto effetto sinergico del tabagismo con l'esposizione a fibre amiantifere nel determinismo di neoplasie maligne del polmone.

Il 10,6 % degli 877 residenti visitati presentano anomalie alla radiografia del torace correlabile con esposizione ad amianto. Il 7.1% è affetto da placche pleuriche (10.8% degli uomini, 3,8% delle donne). La prevalenza delle interstiziopatie polmonari è pari al 4%, (6,3% degli uomini e 1,9 % delle donne). Sono stati diagnosticati due casi di mesotelioma ed un caso di carcinoma polmonare con placche pleuriche bilaterali e calcifiche.

Tabella 3: anomalie radiografiche del torace correlabili con esposizione a tremolite

	UOMINI				DONNE				
	F	NF	EF		F	NF	EF		
<30	-	-	-	-	-	-	-	-	
31-40	2	-	-	2	-	-	-	-	2
41-50	2	1	4	7	1	1	1	3	10
51-60	3	3	7	13	1	3	1	5	18
61-70	3	6	12	21	-	13	-	13	34
71-80	1	7	7	15	-	8	-	8	23
>80	1	2	3	6	-	-	-	-	6
TOT	12	19	33	64	2	25	2	29	93

Il tasso grezzo di anomalie radiografiche nel sesso maschile è pari al 15% (64/429) mentre nel sesso femminile è pari al 6,5%. Emerge pertanto che la frequenza di anomalie amianto correlate nel sesso maschile rispetto al sesso femminile ha una frequenza superiore al doppio (Tabella 3). Risultano effettuati 29 esami HRTC del torace: nel 90% dei casi la TAC ha confermato la presenza di anomalie pleuroparenchimali sospettate con la radiografia del torace. Tre tac sono invece risultate negative.

Tassi di Anomalie Pleuro-parenchimali stratificate per sesso, età e abitudine tabagica : (Tabelle 4-12)

Tab.4

TOTALE VISITATI			
	visitati	freq patol ac	tasso%
<30	133	0	0
30-40	171	2	1,1
41-50	183	10	5,3
51-60	153	18	11,7
61-70	121	34	28
71-80	90	23	25
>80	16	6	37
	877	93	10,6

Tab.5

UOMINI VISITATI			
	tot uomini	freq patol ac	tasso sp%
<30	61	1	1,6
30-40	84	2	2,3
41-50	90	7	8
51-60	77	14	18
61-70	56	21	37
71-80	49	15	31
>80	10	6	60
	427	66	15

Tab.6

UOMINI FUMATORI			
	F	freq patol ac	tasso%
<30	29	1	3
30-40	27	2	7
41-50	27	2	7
51-60	11	3	27
61-70	10	3	30
71-80	6	1	17
>80	1	1	100
	111	13	12

Tab.7

UOMINI NON FUMATORI			
	NF	freq patol ac	tasso%
<30	29		
30-40	37		
41-50	39	1	2,5
51-60	31	3	9,6
61-70	17	6	35
71-80	21	7	33
>80	4	2	50
	178	22	12

Tab.8

UOMINI EX FUMATORI			
	EF	freq patol ac	tasso%
<30	3		
30-40	20		
41-50	24	4	17
51-60	35	8	23
61-70	29	12	41
71-80	22	7	32
>80	5	3	60
	138	34	25

Tab.9

DONNE FUMATRICI			
	F	freq patol ac	tasso%
<30	21		0
30-40	13		0
41-50	12	1	8
51-60	5	1	2
61-70	-		
71-80	-		
>80	-		
	51	2	4

Tab.10

DONNE VISITATE			
	tot donne	freq patol ac	tasso sp%
<30	72		0
30-40	86		0
41-50	98	3	3
51-60	76	5	6,5
61-70	66	13	20
71-80	41	8	20
>80	6	1	17
	445	30	6,7

Tab.11

DONNE EX FUMATRICI			
	EF	freq patol ac	tasso%
<30	3		0
30-40	6		0
41-50	14	1	7
51-60	3	1	33
61-70	-		
71-80	-		
>80	-		
	26	2	8

Tab. 12

DONNE NON FUMATRICI			
	NF	freq patol ac	tasso%
<30	48		0
30-40	67		0
41-50	72	1	1,4
51-60	68	3	4
61-70	66	13	20
71-80	41	8	20
>80	6	1	17
	368	26	7

L'analisi della prevalenza delle anomalie del torace amianto correlabili in relazione a sesso, abitudine tabagica e fasce di età evidenzia in generale una maggiore prevalenza nel sesso maschile rispetto a quello femminile ed in entrambi i sessi il tasso di prevalenza aumenta con l'età. Alcune sottoclassi di residenti tuttavia sono in numero troppo esiguo. La prevalenza delle anomalie pleuroparenchimali riguarda soprattutto soggetti di entrambi i sessi a partire dalla quarta decade di età, coerentemente con quanto riportato in letteratura sulla latenza tra esposizione e comparsa di malattia. Il maggiore interessamento del sesso maschile rispetto a quello femminile suggerisce ragionevolmente che per i soggetti di sesso maschile si siano determinate situazioni espositive pregresse a fibre amiantifere superiori a quelle per il sesso femminile in termini di frequenza e dose a causa di una maggiore tendenza nel sesso maschile ad essere occupati in attività lavorative a contatto col suolo, che comportano operazioni di scasso di terreno, movimento terra con ruspe e pale, trasporto di inerti dalle cave di prestito ai siti in cui erano utilizzati come fondo stradale ecc.

Sono stati visitati i congiunti del paziente affetto da mesotelioma residente nel territorio di Castelluccio Inferiore, tre donne e due uomini: due donne e un uomo tra i congiunti presentano

alla radiografia del torace placche pleuriche bilaterali. La famiglia risiede in una contrada dove sono evidenti nel terreno pietre verdi e dove insiste, a qualche centinaio di metri di distanza, una cava di prestito a cielo aperto tutt'ora esposta agli agenti meteorici. Il campionamento personale del luglio 2011 ha interessato anche due componenti della famiglia dando esito positivo per la presenza di tremolite. È ragionevole ipotizzare che lo scenario espositivo odierno sia mutato rispetto a quello determinatosi nel secolo scorso quando il territorio è stato oggetto di importanti attività antropiche finalizzate al disboscamento, intensificazione di agricoltura ed allevamento, sbancamento di suoli per far spazio a nuclei abitativi.

L'attività di campionamento personale condotta nel Luglio 2011 ha interessato 30 residenti in aree a rischio tremolite di cui 20 occupati in edilizia ed agricoltura, 10 in attività che non comportano disturbo del suolo. I risultati hanno evidenziato che il rischio di esposizione a tremolite per gli occupati in edilizia ed agricoltura è sensibilmente più elevato rispetto al resto della popolazione per la quale non sono stati registrati superamenti della dose di esposizione di fondo naturale in queste aree, pari a 2 ff/l.

Al fine di ipotizzare una correlazione tra attività lavorativa e comparsa di anomalie pleuroparenchimali amianto correlabili si è proceduto a dividere la popolazione visitata in tre gruppi che comprendono i residenti occupati in agricoltura e allevamento (A), edilizia (E) ed altre mansioni che teoricamente non comportano contatto con suolo e/o laterizi da esso derivanti (N). Per i residenti che nella loro vita lavorativa hanno svolto mansioni multiple è stata presa in considerazione l'attività svolta per maggior tempo oppure quella svolta in un periodo coerente con la latenza media di insorgenza delle malattie amianto correlate e la pregressa esposizione.

I risultati ottenuti sono riportati in tabella 13:

Tabella 13 : prevalenza anomalie amianto correlabili per sottogruppo occupazionale

SETTORE LAVORATIVO	FREQUENZA RESIDENTI	MALATTIE	TASSO PREVALENZA
AGRICOLTURA	394	52	13%
EDILIZIA	239	37	15%
ALTRE MANSIONI	244	4	1,6%
TOT	877	93	10,6%

Emerge una netta prevalenza di anomalie pleuroparenchimali nei soggetti occupati in edilizia, allevamento ed agricoltura, rispetto alla parte di popolazione occupata in altri settori che generalmente non comportano contatto col suolo. Tale evidenza si pone a sostegno dell'ipotesi che il rischio di esposizione a tremolite è sensibilmente maggiore nelle categorie che lavorano a contatto col suolo.

FOLLOW UP

In riferimento agli indirizzi sullo sviluppo delle fasi dell'attività di sorveglianza epidemiologico- sanitaria si è proceduto a distanza di tre anni al follow up dei residenti reclutati su base volontaria. I cittadini sottoposti a visita medica nella prima fase del "Progetto Tremolite" sono stati riconvocati e sottoposti ad accertamenti quali:

Visita Specialistica di Medicina del Lavoro

Visita Specialistica Pneumologica

Valutazione della funzionalità respiratoria secondo i criteri ATS 2005

È stata data priorità ai residenti risultati affetti da patologia amianto-correlata. Per tali soggetti in relazione alla patologia ed alle condizioni cliniche rilevate i sanitari hanno richiesto una radiografia del torace previa valutazione del rischio/beneficio.

Tutti i residenti sono stati invitati a portare in visione eventuali esami strumentali del torace effettuati nel triennio intercorso dalla prima visita.

La programmazione del follow up triennale è conforme con quanto previsto dalla normativa vigente sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto a mente della quale la sorveglianza sanitaria deve avere cadenza almeno triennale (D. Lgs 81/08 art 259 comma 1).

CONCLUSIONI

L'adesione al follow-up ha interessato circa il 43% dei soggetti riconvocati a visita di controllo, e soprattutto tra i residenti delle contrade di Lauria. I soggetti residenti a Castelluccio Superiore hanno partecipato al follow-up in misura pari a circa il 10% dei controlli effettuati.

L'analisi dei dati rivenienti dall'attività sanitaria svolta e dalla valutazione del rischio attraverso i campionamenti personali, dimostra la presenza di malattie amianto correlate tra i residenti in aree contaminate da tremolite; tali

alterazioni riguardano prevalentemente soggetti occupati in agricoltura, allevamento ed edilizia con pregressa esposizione a dosi di tremolite verosimilmente più elevate di quelle riscontrabili attualmente, a seguito delle azioni di messa in sicurezza effettuate dalle autorità competenti e dell'aumento della consapevolezza del rischio e delle misure di contenimento da parte della popolazione. È ragionevole ipotizzare che alla luce della lunga latenza tra l'inizio dell'esposizione e l'insorgenza di malattie amianto correlate sia benigne sia maligne sia opportuno proseguire con la sorveglianza epidemiologico sanitaria delle popolazioni residenti ed esposte a tremolite. Sono auspicabili più intensivi interventi per la disassuefazione dal fumo di sigaretta. In relazione invece alla gestione del rischio di esposizione è opportuno mantenere ed implementare l'attività di comunicazione con la popolazione generale per la corretta gestione del suolo ed inoltre definire in dettaglio i siti più a rischio al fine di circoscriverli e metterli in sicurezza intensificando i rilievi mineralogici ed i campionamenti ambientali e personali di fibre asbestiformi aerodisperse, continuando nella direzione già intrapresa dalle autorità locali.

❖ Nell'ambito del **Progetto 4** -Piano Nazionale Prevenzione e Supporto al Piano Nazionale Prevenzione Azienda ASP di Potenza con l'azione **Azione 4.4: Osservatorio Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro**-referente aziendale ing. Rocco Zaccagnino – ha inteso realizzare un Osservatorio Aziendale che unitamente 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, realizzare una rete territoriale integrata di sicurezza nell'ambiente lavorativo con l'adozione di opportuna piattaforma informatica aziendale con l'obiettivo di conseguire il consolidamento dei sistemi di monitoraggio del rischio e delle patologie di lavoro. 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. 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. Nel corso dell'anno le attività del Servizio si sono sempre svolte con regolarità e con risposte immediate a tutte le istanze sottoposte all'attenzione del Servizio stesso. Tutto si è sviluppato in positivo procedendo con sempre maggiore sintonia, collaborazione e condivisione; questo elemento di crescita è di fondamentale importanza anche in virtù dei delicati compiti affidati al Servizio. Si riassumono, per titoli e riferimenti, le relazioni e i documenti, trasmessi alla Direzione ASP, relativi ad una parte delle attività svolte dal Servizio Prevenzione e Protezione aziendale:

- Elaborazione e trasmissione “Prima Bozza del Questionario tipo per la valutazione dei rischi in ospedali, strutture e altre attività dell'Azienda sanitaria Locale di Potenza”;
- Elaborazione e trasmissione “Tabella schematica riepilogativa formazione minima prevista sulla sicurezza”;
- Elaborazione e trasmissione “Proposta programma di formazione per dipendenti, anche neoassunti, dell'ASP da tenere nell'anno 2015”;
- Trasmissione verbali di tenuta, con frequenza trimestrale, delle riunioni periodiche con gli Addetti del SPP al fine di elaborare strategie e programmi di intervento da proporre alla Direzione;
- Tenuta e trasmissione verbale della riunione annuale periodica di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii.;
- Trasmissione modifiche suggerite dal Responsabile SPP alla Bozza di “Protocollo d'intesa sulle modalità di designazione dei RLS e sulle modalità di svolgimento delle loro funzioni”;
- Formulazione di una proposta per l'aggiornamento e/o l'elaborazione, da realizzare nel corrente esercizio, dei documenti di rischio e delle procedure di sicurezza - il Servizio ha proceduto a redigere e/o ad aggiornare direttamente i documenti e le procedure elencate a margine della presente e a richiedere l'individuazione di un professionista per attività di supporto al SPP al fine di redigere e/o aggiornare i documenti e le procedure di emergenza, tra cui le planimetrie di evacuazione (sono già state affisse nel Poliambulatorio Madre Teresa ai fini del conseguimento della Certificazione dell'Ambulatorio di Endocrinologia), per alcune strutture individuate come principali (al Professionista individuato si sta fornendo continua assistenza e supporto in termini di fornitura materiale e informazioni, in termini di confronto sulle problematiche, in termini di sopralluoghi congiunti c/o le strutture interessate dall'incarico);
- Elaborazione e trasmissione “Proposta organizzativa SPP e Tabelle riepilogative con elenco dei documenti di rischio e delle procedure di sicurezza presenti in Azienda (con lo stato di aggiornamento)”;
- Elaborazione e trasmissione proposta “Piano di formazione 2016”;

- Programma di formazione tenuto nel 2015 - nel mese di aprile si è tenuto il primo corso di formazione obbligatoria per 21 studenti del 3° anno di Infermieristica di Villa D'Agri che dal 04 al 09 maggio 2015 dovevano recarsi per l'attività di tirocinio c/o il policlinico "Gemelli" di Roma; si sono tenuti il 3 e il 4 del mese di giugno i corsi di formazione per lavoratori addetti alla Risonanza Magnetica;
- Elaborazione e trasmissione "Verifica stato delle deleghe delle funzioni di sicurezza ai dirigenti ed elaborazione bozza nuove deleghe da conferire ai Dirigenti dell'ASP";

Attività di informazione:

Sul sito aziendale ASP è presente la sezione dedicata al Servizio Prevenzione e Protezione con indicazione dei compiti ad esso assegnati e con allegati vari corsi di formazione direttamente accessibili sia da parte dei dipendenti aziendali che dai comuni cittadini (questa sezione dedicata svolge attività di informazione e contestualmente offre una opportunità di "formazione dal sito" per chi ha voglia o necessità di seguire i corsi rappresentati).

-Avvio programma di informazione "Obiettivo sicurezza" sulla Home del sito aziendale.

-"Proposta verifica possibilità di Convenzione con l'Azienda Ospedaliera San Carlo ai fini dell'utilizzo della loro Piattaforma Aziendale FAD per le 4 ore di Formazione sui Rischi Generali" per dipendenti ASP, neoassunti, tirocinanti, studenti dei vari corsi;

- "Comunicazione INAIL nominativi Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)";

- Avvio attività per la predisposizione della formazione dei RLS;

- Si è tenuta una riunione specifica con medici Competenti.

Consapevole dell'importanza rivestita dal SPP, in modo particolare in un'azienda sanitaria come l'ASP, il Servizio si è adoperato per organizzarne e svilupparne al meglio le attività. Si sono effettuate diverse visite e sopralluoghi a strutture dell'Azienda, anche ripetute sulle medesime strutture in virtù delle esigenze, oltre ai sopralluoghi necessari allo svolgimento delle attività elencate a margine della presenza in modo dettagliato, si segnalano:

Ospedale di Lauria, Poliambulatorio Avigliano, Scuola Infermieristica Centro Sociale Villa D'Agri, Sede Centrale 118, Sede Via Ciccotti Potenza, Poliambulatori Madre Teresa, Sede via della Fisica 18 Potenza, Ambulatorio Brienza, Sede Piano dei Lippi Lagonegro, P.O. Lagonegro, P.O. Venosa, Farmaceutico in via San Remo Potenza, P.O. Villa D'Agri, Ambulatorio Marsiconuovo.

Riguardo alle altre attività svolte nell'anno 2015 si precisa che sono stati redatti e/o aggiornati i seguenti documenti:

Valutazione dei Rischi:

- Aggiornamento del DVR dell'Ambulatorio di Grumento Nova, via Municipio.
- Redazione del DVR della nuova struttura "Polo Sanitario via della Fisica" con annessa Postazione del 118.
- Sopralluogo e stesura parziale DVR dell'Ambulatorio di Brienza, via Aceronia interessato da lavori di ristrutturazione ed ampliamento.
- Redazione ed aggiornamento del DVR del Distretto Sanitario di Avigliano via G. Rossa.
- Redazione del DVR presso la sede dell'Università Cattolica, via C. Colombo – Villa D'Agri (PZ).
- Redazione del DVR presso il Poliambulatorio via C. Colombo, Villa D'Agri e relativa valutazione del Rischio Incendio, Piano di emergenza ed Evacuazione (da terminare).
- Redazione del DVR – rischi specifici per il personale che opera nel Dipartimento SBA- Area A, Area B e Area C (quest'ultimo da completare).
- Sopralluogo ed aggiornamento parziale del DVR presso l'ambulatorio di Gallicchio, via Papa Giovanni.
- Redazione del DVR del Presidio Ospedaliero "G. De Lieto" via San Nicola, Maratea

Documento Unico Valutazione Rischi Interferenti:

- Procedura aperta per l'affidamento, per tre anni, del Servizio di gestione del Centro Diurno Psichiatrico di Senise (PZ) presso la struttura "Convento Cappuccini".
- Procedura aperta per l'affidamento della fornitura, distinta in n. 2 lotti, del servizio della gestione di n. 2 strutture residenziali assistenziali (RSA) di Chiaromonte fino a 20 posti residenza, e Maratea fino a 16 posti residenza, per la durata di 5 anni.
- Procedura aperta per l'affidamento del servizio di progettazione, realizzazione, gestione e manutenzione del nuovo sistema informatico di contabilità delle Aziende Sanitarie Provinciali di Potenza e di Matera, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS di Rionero in Vulture.
- Procedura aperta per l'affidamento del Servizio di Ristorazione e Mensa del Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri, destinato ai Degenti e ai Dipendenti.

- Procedura aperta per l'affidamento della fornitura in modalità "service" di sistemi analitici per l'esecuzione dei test di biologia molecolare in PCR per HCV, per la genotipizzazione HCV, e per la fornitura di kit diagnostici di amplificazione, occorrenti per la U.O.C laboratorio di analisi del Presidio Ospedaliero di Villa D'Agri, per la durata di anni 5.
- Procedura aperta per l'affidamento della fornitura in modalità "service" di sistemi analitici per l'esecuzione di esami diagnostici di microbiologia, occorrenti per i laboratori di analisi Chimico-Cliniche Aziendali.
- Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di sistemi e servizi per la gestione ed il funzionamento del sistema informativo del DIRES della Regione BASILICATA.
- Procedura aperta per l'affidamento del servizio di pulizia dei presidi e strutture territoriali ubicate nell'ambito del Distretto sanitario di Potenza.

Si è provveduto alla redazione/estrazione di atti inerenti le Malattie professionali e Infortuni su richiesta del personale dipendente interessato a tali circostanze.

Numerose sono state le Segnalazioni/esposti e richieste sopralluoghi tra cui:

- Richiesta sopralluogo "*Verifica condizioni microclimatiche dell'ambiente di lavoro presso il CUP del P.O. di Villa D'Agri*"
- Richiesta sopralluogo "*Nota Prot. n. 159173 "Verifica dello stato di sicurezza dell'ambiente di lavoro" presso la sede Asp dell'Università Cattolica del Cuore – Villa D'Agri.*"
- *Nota Prot. n. 176569 - richiesta schede di mansione per il personale afferente la U.O.C. Medicina del lavoro e Personale S.P.P.I.L.L. ai fini della sorveglianza sanitaria.*
- Richiesta sopralluogo "*conformità deposito temporaneo contenitori mobili di ossigeno c/o reparto di Pneumologia P.O. di Villa D'Agri.*"
- Richiesta sopralluogo "*Nota Prot. n. 0162422 accertamenti condizione ambienti di lavoro*" presso il CSM di Lauria.

Radioprotezione

L'attività in materia di Radioprotezione da parte del Servizio Prevenzione e Protezione vista la particolarità, la complessità, i requisiti in termini di titoli ed elevata specializzazione che la materia richiede, si è sviluppata nella direzione di fornire continuo supporto alle attività dell'Esperto Qualificato (della sorveglianza fisica della radioprotezione, della sicurezza laser, della sicurezza dell'impianto di risonanza magnetica e nucleare) mediante opportuni incontri nonché trasmissione alla Società incaricata delle attività di radioprotezione delle planimetrie sale RX e RM, tenuta copia classificazione del personale: in A e in B e collaborazione nelle attività di informazione e formazione dei lavoratori. Il tutto permeato da massima collaborazione del Servizio ogni qualvolta è pervenuta richiesta da parte dell'Esperto Qualificato o della Società incaricata.

Linea progettuale 5

GESTIONE DELLE CRONICITÀ'

Modelli Avanzati di gestione delle malattie Croniche

Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata con DGR 1517/2016 : Euro 4.398.462,00

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata in Italia la consapevolezza che, per affrontare la CRONICITÀ e quindi contrastare la storia naturale della malattia, sia necessario sviluppare nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti e dei servizi nella definizione e gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona. Ai fini di una concreta individuazione degli stessi concorrono diversi modelli teorici di riferimento: il Disease Management, il Chronic Care Model (CCM) e Clinkal Governance applicabili per lo sviluppo di modalità organizzative di lavoro in rete atte al superamento dell'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (ospedale - territorio) e all'individuazione di strumenti utili per massimizzare le loro potenzialità. Negli anni recenti la presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari proprio per le particolari peculiarità bio-psico-sociali di tali soggetti. La complessità dei

bisogni richiede una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona debitamente strutturato in un piano individuale di assistenza (PAI) sociosanitario integrato con previsioni di trattamenti da effettuarsi c/o il domicilio della persona o, laddove non sia possibile (condizioni cliniche, ambientali, familiari), presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale. La regione Basilicata per meglio affrontare le problematiche afferenti la CRONICITÀ della MALATTIA ha logicamente incrementato nuove modalità assistenziali con azione integrata dei professionisti e dei servizi per la definizione e la gestione condivisa dei Percorsi Diagnostici Terapeutici centrati sui bisogni della persona unitamente a modalità organizzative di lavoro in Rete (vedi Chronic Care Model). Ha inteso così superare le difficoltà proprie del sistema unitario Ospedale-Territorio individuando 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. Il SSR Basilicata in considerazione delle attività avviate, compiute e progettate su gran parte del proprio territorio già negli anni precedenti (utilizzo dei Fondi per Obiettivi di Piano Vincolati negli anni precedenti - 2013 e 2014) circa la realizzazione dei progetti attinenti le attività di cure per la **CRONICITÀ** ha, nel corso dell'anno 2015, implementato e proseguito le azioni/progetto promosse al fine del perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo e a tal fine il **Progetto 5: GESTIONE DELLA CRONICITÀ**- **Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità** compiutosi nel corso del 2015 mediante numerose azioni realizzate dalle aziende del SSR riassunte nella tabella di seguito riportata di cui si dà corretta evidenza sia delle attività che dei risultati raggiunti:

<p><u>TITOLO DEL PROGETTO</u></p> <p>TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 5 a valere sulla quota del FSN VINC. Anno 2015:</p> <p>Euro 4.398.462,00</p>	<p><u>5- GESTIONE DELLA CRONICITÀ:</u></p> <p><u>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità:</u></p> <p>Comprendente le seguenti azioni:</p> <p>-Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS - (ASP)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 1.152.902,00</p> <p>-Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata (realizzata dall' ASM - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 450.680,00</p> <p>-Azione 5.3 : Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze (realizzata dall'ASM) - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 38.504,00</p> <p>Azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali (realizzata dall'ASM)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 67.975,00</p> <p>-Azione 5.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model (realizzata dall'ASM) - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 99.971,00</p> <p>-Azione 5.7: " La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. (ASM)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 76.603,00</p> <p>-Azione 5.8 : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria (ASM)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 86.369,00</p> <p>-Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (realizzata dall'ASP) Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 176.500,00</p> <p>-Azione 5.10 : Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (ASP)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 965.270,00</p> <p>-Azione 5.11 : Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza (ASM) - Quota FSN VINC.2015 di</p>
---	--

	<p>cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 163.710,00</p> <p>-Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile (ASP) - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione 5.12: euro 517.375,00</p> <p>-Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza (ASM)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 172.879,00</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)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 150.000,00</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)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 50.000,00</p> <p>-Azione 5.16. Attivazione di un ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico presso il P.O. di Matera. (ASM) -Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 25.168,00</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) Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 155.000,00</p> <p>-Azione 5.18: Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano (AOR San Carlo di Pz)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 49.556,00</p>
DURATA 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 Progetto 1 Assistenza Primaria	Euro 4.398.462,00
Quota a carico regione	Euro 0,00

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, con debito 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'Azienda Sanitaria Locale di Potenza **con l'azione 5.1 Sperimentazione in tema di Management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS**, - referente aziendale Dr. Massimo De Fino- (proseguo nell'annualità 2015 progetto **5.1** -DGR 808/2016 FSN VINC 2014) ha posto tra i propri obiettivi strategici del triennio 2013-2015 l'estensione di una **“sanità d'iniziativa”** quale 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 con garanzia al paziente di un miglioramento della qualità di vita mediante interventi adeguati e differenziati giusto livello di rischio. Ciò in ossequio al 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 pertanto avviato **“la medicina d'iniziativa”** con un progetto pilota che ha interessato i MMG e i PLS con partecipazione di una o più **Equipes Territoriali** della Medicina Generale e/o equipes 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 per tutti i medici di Assistenza Primaria è stata l'adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Si sono, altresì, attivate alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (**tre AMO – Ambulatori Medici Orientati e 1 ambulatorio codici bianchi**). La necessaria integrazione ospedale/territorio nei processi di prevenzione e cura, nonché dei percorsi di assistenza, ha richiesto attività di sensibilizzazione con i MMG e lo spostamento materiale degli 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 esplicate hanno già dato negli anni scorsi un buon risultato in termini di abbattimento del Tasso di ospedalizzazione e di migrazione sanitaria passiva. Nel corso dell'anno 2015 sono state attive le seguenti Equipes Territoriali e Semistrutturali:

Equipe funzionale Lagonegro

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

Equipe funzionale Valle del Mercure

Dott. ssa Caputo Rita – MMG - Coordinatore;

- Dott. Mauro Luigi – MMG;
- Dott. Palazzo Emidio – MMG;
- Dott. Rinaldi Domenico – MMG;

Equipe Biagio Maria Alberti e Terme Latronico

Dott. Albamonte Emilio – MMG - Coordinatore;

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

Equipe Humanitas

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

Equipe semistrutturale - Nuova dimensione medica -

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

Equipe semistrutturale – Valle del Noce-

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

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

Attività svolte dalle Equipes:

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 .

Temi trattati nelle riunioni di equipes:

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

Di seguito le attività attuate:

AMO Ipertensione e Scompensamento Cardiaco

Con la D.G..R. n. 418 del 28 marzo 2007 è stato approvato il protocollo attuativo della rete regionale per lo scompensamento cardiaco. Nel corso dell'anno 2015 si è prevista:

- la completa funzionalità in ambito ospedaliero degli ambulatori dedicati per lo S.C
- l'assistenza in ADI ai pazienti con SC, in comune accordo con i MMG che restano i coordinatori clinici dei pazienti;
- l'effettuazione 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'effettuazione 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 Scompensamento 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 Anno 2015

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

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

AMO BPCO

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

- Asma;
- Insuff. Resp. Cronica;
- BPCO stadio III – IV;

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

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

AMO DIABETE

Nel corso dell'anno 2015 sono continuate le azioni propedeutiche all'attivazione **dell'Ambulatorio multidisciplinare del piede diabetico di I° livello**. Il progetto rientra nell'ambito della delibera regionale "Approvazione protocollo attuativo per la gestione in rete integrata Ospedale-Territorio della malattia diabetica". L'ambulatorio ha provveduto, in via sperimentale, anche all'applicazione dei microinfusori per i pazienti affetti da diabete giovanile del Tipo 1.

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

a) 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.

L'attività prevista per la medicina associativa o di gruppo, secondo gli accordi vigenti, è pari a 6 ore giornaliere. Che in una prima fase sono state comunque pari a 9 ore 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.

b) Tempi di attesa per le prestazioni interessate dagli Ambulatori Medici Orientati e dai Day Service.

Dall'esame delle schede di riepilogo dei tempi di attesa relativi alle prestazioni oggetto della fase progettuale sperimentale, con rilevazione a cadenza mensile, e dal rapporto mese di novembre 2015 con mese di novembre 2014 con attività riferite a tutte le sedi aziendali ove vi è offerta di prestazioni di Diabetologia, Cardiologia e Broncopneumologia si è potuto notare da un lato come l'attesa media sia sempre nei parametri previsti sia dal Piano regionale che da quello Aziendale (30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali), e dall'altro come comunque nei territori dei Distretti di Lauria e Senise, ove attivato il progetto, gli stessi siano comunque più bassi rispetto agli altri territori aziendali.

La Azienda Sanitaria di Potenza, anche alla luce della esperienza maturata nei due anni precedenti del progetto, ha creato un comitato unico con l'Azienda Sanitaria Ospedaliera San Carlo per il monitoraggio delle liste di attesa e il miglioramento della performance organizzativa delle attività al fine della riduzione delle stesse. Lo stesso Comitato ha definito le strategie da intraprendere al fine di contenere le liste di attesa attraverso un sistema concertato di azioni che garantiscano da un lato il governo della domanda di prestazioni e dall'altro rideterminino l'offerta delle stesse. Ne è scaturito un aggiornamento del Piano Aziendale di contenimento delle liste di Attesa, che, relativamente al governo della domanda, ha comportato una razionalizzazione delle richieste di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

a) 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.

b) 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 Equipes si riuniscono con cadenza almeno semestrale (minimo 6 riunioni l'anno) al fine della valutazione dell'andamento del progetto in tutte le sue fasi. In particolare nel 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.

c) Codici Bianchi

Gli ambulatori di codici bianchi presso i PSA di Lagonegro, Villa D'Agri, Melfi e Potenza, a livello sperimentale, attivi a partire dal 1 marzo 2014, hanno continuato l'attività per tutto il 2015 garantendo 8 ore giornaliere dal 2015, e la partecipazione di Medici di Continuità Assistenziale in plus orario e Medici di Medicina Generale.

d) 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.

❖ **L'Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata** - (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto 5.2 / DGR 808/2016- FSN Vinc. 2014) realizzata nell'anno 2015 dall'azienda Sanitaria di Matera- referente aziendale dr. DE NISI- si è dispiegata con l'implementazione di modelli avanzati per la presa in carico delle patologie croniche ed il coinvolgimento di tutti gli attori del territorio aziendale (operatori dei Distretti Sanitari, servizio di Assistenza Primaria, Specialistica Territoriale, Servizi Amministrativi ed i servizi fornitori di protesi e presidi vari ad 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 attuata presso i Distretti di Matera, di Policoro, di Tricarico e presso gli Ospedali Distrettuali aziendali (Tinchi, Stigliano e Tricarico) con l'utilizzo di ambulatori dei MMG per le patologie croniche con apertura in orari diversi, con formazione del personale di studio (infermieri), dei familiari e delle associazioni di volontariato attivi nel campo socio sanitario per l'autocura e l'auto-aiuto finalizzato alla gestione, più o meno autonoma, di alcune patologie croniche. In particolare il focus si è diretto su percorsi riguardanti le patologie croniche: diabete, scompenso cardiaco ed ipertensione arteriosa. La gestione delle attività si è svolta (applicazione del Chronic Care Model) tra MMG e medici ospedale di Tricarico con l'obiettivo di determinare, ove possibile, il cosiddetto "empowerment" dei pazienti-utenti, previa adeguata formazione-informazione sulla patologia d'interesse, compreso lo stadio della stessa, al fine di ridurre l'asimmetria informativa fra sistema sanitario ed utente. Nel corso dell'anno 2015 pertanto la *presa in carico dei pazienti con malattie croniche* si è tradotta nell'organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche al fine di garantire la continuità delle cure mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri. In particolar modo sono state organizzate molteplici attività sinergiche per l'apertura Casa della Salute e Medicina di gruppo c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico. Dal punto di vista operativo ai pazienti presi in carico, ma anche a quelli occasionali, è stato garantito l'accesso privilegiato per le prestazioni specialistiche che sono compendiate di seguito:

A) Prestazioni di laboratorio per pazienti cronici: n.265 pazienti;

B) Prestazioni di radiologia per pazienti cronici: n.210 pazienti.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti cronici:

- 1) Cure palliative : n. 12 pazienti;
- 2) Visite e prestazioni cardiologiche : n.234 pazienti;
- 3) Angiologia (doppler arterioso): n.35 pazienti;
- 4) Endocrinologia : 178 pazienti;
- 5) Gastroenterologia/Endoscopia : 286 pazienti;
- 6) Medicina fisica e riabilitazione : 165 pazienti;
- 7) Neurologia : 142 pazienti;
- 8) Oculistica : 112 pazienti;
- 9) Oncologia : 8 pazienti;
- 10) Ortopedia : 78 pazienti;
- 11) Otorinolaringoiatria : 45 pazienti;
- 12) Pneumologia : 48 pazienti;
- 13) Psichiatria : n. 64 pazienti;
- 14) Urologia : n.73 pazienti;
- 15) Ricoveri per riacutizzazioni pazienti Cronici: n.68 pazienti in Lungodegenza Medica
- 16) Dimissioni domiciliari protette pazienti Patologie croniche: n. 84 da UO Lungodegenza Medica e UO di Riabilitazione

17) Dimissioni/accettazione RSA da parte UVMD: n.98 pazienti/ospiti.

❖ Riguardo alla gestione complessa della CRONICITÀ ed in specifico delle DEMENZE l'azienda ASM di Matera ha attuato, con l'azione 5.3 : **Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze-** referente aziendale Dr. Grieco- (anche in prosieguo del progetto 5.3 DGR 808/2016 FSR Vinc. 2014), nel corso del 2015 la sperimentazione di una Rete dei Servizi per la cura delle Malattie Croniche con 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. A tal fine si sono definiti Percorsi Diagnostico-Terapeutici in collaborazione con MMMMG con segnalazione (telefonica alla segreteria della U.O. di Neurologia) e per prescrizione esami. Sono state, altresì, interessate alle azioni progettuali diverse unità operative della ASM coinvolgendo soprattutto medici, psicologi e personale del comparto delle divisioni di Neurologia , Medicina, Psicologia e Fisiatria. Sono state svolte molteplici attività sanitarie:

- 1) circa 1000 visite ambulatoriali
- 2) riunioni, studio dei casi
- 3) prestazioni ambulatoriali
- 4) somministrazione farmaci
- 5) collaborazioni telefoniche con i Medici di Medicina Generale
- 6) controlli periodici, tramite contatto telefonico con i caregiver
- 7) compilazione cartelle e assistenza ai pz in sala di attesa
- 8) selezione e studio di test neuropsicologici da somministrare ai pazienti
- 9) collaborazioni con la Farmacia ospedaliera per dispensazione gratuita dei farmaci
- 10) definizione dei Piani terapeutici per i primi tre mesi di trattamento.
- 11) collaborazioni con i Fisiatri per segnalazioni dei pazienti da trattare con terapia cognitivo comportamentale
- 12) corsi di aggiornamento regionali e nazionali.

❖ Riguardo all'azione 5.4 : **Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali** attuata nel corso del 2015 dall'azienda ASM - referente aziendale Dr.ssa Coniglio - (anche in prosieguo del progetto 5.4 DGR 808/2016 FSN vinc.2014) mediante il compimento delle attività inerenti il dispiegamento del percorso assistenziale per l'approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla con la collaborazione di diverse unità operative della ASM ed il necessario coinvolgimento dei medici e del personale di comparto delle divisioni di Neurologia , Medicina e Urologia. Sono state svolte le seguenti attività di ricovero e prestazioni sanitarie varie (riunioni, studio casi, visite, prestazioni ambulatoriali, somministrazione farmaci):

- 1) Prestazioni di ricovero x pz. affetti da Sclerosi Multipla
DRG 012: n. 12, DRG 013: n.35, DRG 561: n. 2
- 2) Visite neurologiche totali: n. 1880
- 3) Visite urodinamiche: n. 14;
- 4) Ecografie vescicali : n. 14;
- 5) Stimolazione del nervo tibiale posteriore: n.12;
- 6) Addestramento autocateterismo: n. 1
- 7) Riunioni di équipe per definizione e monitoraggio percorsi e per studio casi: n. 5

❖ L'azienda ASM di Matera con l'azione 5.5: **Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model** -referente aziendale dr V. CILLA- nell'ottica di quanto già realizzato, nel corso dell' annualità precedente, in ambito territoriale (progetto 5.5 DGR 808/2016 FSN VINC.2014) , ha proseguito nell'attuazione del Day Service consolidandolo quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento di cittadini affetti da patologie croniche che non richiedono sorveglianze medico-infermieristiche prolungate in alternativa al ricovero ordinario e in Day Hospital. Il modello seguito è stato quello della "sanità d'iniziativa" detta anche "proattiva": i cittadini affetti da malattie croniche sono stati contattati periodicamente dagli infermieri distrettuali presso i loro domicili per il corretto monitoraggio dello stato di salute. Si è così stabilizzato lo spostamento del baricentro dell'assistenza dall' Ospedale al Territorio, con conseguente incremento del sostegno ai cittadini bisognosi di cure, presso il proprio domicilio.

Di seguito si riassumono le principali attività svolte:

- organizzazione di teams multidisciplinari e multiprofessionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio;

- monitoraggio dello stato di salute dei pz. affetti da malattie croniche, tramite contatti telefonici, periodici, da parte degli infermieri distrettuali
- rafforzamento e consequenzialità tra gli aspetti organizzativi e ed operativi delle attività ricolte ai pazienti;
- incremento delle ore di continuità assistenziale, utilizzando il plus orario dei MCA, per assistere a domicilio i pazienti scompensati, con conseguente offerta di soluzioni di assistenza sul territorio alternative al ricovero;
- stesura, condivisione e applicazione di percorsi condivisi, tra operatori territoriali e ospedalieri, al fine di dare risposte adeguate a problemi complessi come la cura delle malattie croniche;
- programmazione ed attuazione di interventi di formazione rivolti agli operatori dei servizi interessati;
- valutazione e verifica del miglioramento delle attività di assistenza erogate sul territorio e dell'integrazione/intensificazione dei rapporti tra gli operatori Ospedale e Territorio, oltre che del minor ricorso al ricovero ospedaliero per queste patologie croniche. Sono stati presi in considerazione, 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) anche se non sono disponibili i dati di mobilità passiva.

❖ Sempre inserita nel **Progetto 5 CRONICITA'**, si è ampiamente consolidata nel corso del 2015 l'**Azione 5.7: "La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio** (anche in continuazione del progetto 5.7 DGR 808/2016 FSN VINC. 2014)- dell'azienda ASM di Matera - referenti aziendali: dr. Cilla e dr. Di Candia- la cui finalità principale è stata di garantire la continuità assistenziale nella presa in carico riabilitativa dall'Ospedale al Territorio dei soggetti dimessi dal P.O. di Matera affetti da Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria ed arruolati nel progetto. Di grande supporto è stata l'implementazione (nel 2015) del sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo e si è, altresì, garantita la corrispondenza tra i bisogni riabilitativi espressi dalle persone inserite nelle strutture riabilitative territoriali e il trattamento effettivamente loro erogato. Si è, ancora, implementato il sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo, tramite l'utilizzo della classificazione internazionale ICF, per le persone affette dalle seguenti patologie: ictus, sclerosi multipla e neoplasie mammarie. Durante l'anno di riferimento, è stato monitorato oltre l'80% delle persone dimesse nell'anno dal P.O. di Matera ed affette dalle malattie sopradette: 120 per ictus e 50 per neoplasie. Per quanto riguarda la sclerosi multipla, si tratta di una patologia per la quale, una volta diagnosticata, viene gestita nel territorio. Sicuramente, dalle osservazioni effettuate, si può affermare che rispetto alla situazioni di partenza le persone interessate hanno implementato, almeno del 50%, la propria autonomia e la partecipazione agli eventi della vita quotidiana.

Anche l'**Azione 5.8 : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria** (annualità 2015 anche in prosieguo dell'anno precedente progetto 5.8 DGR 808/2016 FSN Vinc. 2014), realizzata sempre dall'azienda Sanitaria di Matera-(responsabili aziendali: dr. N. Annese , dr.ssa F.Gallo, dr. V.Cilla , Ass. San. A. Staffieri) ha inteso perseguire i seguenti obiettivi primari: definizione ed adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza Protesica, implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo, Presa in Carico, Trattamento Riabilitativo di Ossigenoterapia ed Addestramento all'utilizzo di apparecchiature protesiche dell' 80% di persone affette da Insufficienza Respiratoria, dimesse/anno dai P.O. di Matera e di Policoro, arruolate nel programma. L'arruolamento prevede l'elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. che di volta in volta dimettono i pazienti interessati con contemporanea individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome unitamente all'elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa dopo la fase acuta. Riguardo alle attività svolte nel corso dell'anno 2015 si specifica che è stato implementato il sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo tramite l'utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone affette da insufficienza respiratoria e per la individuazione dei pazienti dimessi sono stati concordati Protocolli operativi con le varie Unità Operative ospedaliere interessate. Tali accordi hanno previsto, tra l'altro, che la dimissione fosse effettuata da parte del team di riabilitazione, responsabile anche della presa in carico, del monitoraggio del percorso e degli outcome. Il team multidisciplinare è 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). Gli operatori ospedalieri e del territorio, hanno collaborato anche attraverso la stesura ed applicazione di protocolli organizzativi e terapeutici. Il sistema informatizzato dotato di strumenti di individuazione dei pazienti target e per il monitoraggio del percorso riabilitativo risulta in fase di

implementazione. Nell'anno 2015, i pazienti assistiti con ossigenoterapia domiciliare a lungotermine (OLT), nel territorio della ASM sono stati circa 900. Per i pazienti non deambulanti e/o allettati sono stati effettuati n. 461 accessi domiciliari per la valutazione del paziente e l'esecuzione dell'emogasanalisi arteriosa. Riguardo agli esiti l'ASM ha rappresentato che dai dati a disposizione circa il 50% dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti dell'azienda (Matera e Policoro) ed affetti da insufficienza respiratoria, sono stati arruolati nel programma e, dai dati acquisiti, ha potuto così affermare che, rispetto alle situazioni di partenza, i pazienti individuati hanno implementato almeno del 50% la propria autonomia e la partecipazione agli eventi della vita quotidiana.

❖ All'interno del **Progetto 5 CRONICITA'** l'azienda ASP di Potenza, nel corso del 2015, ha implementato **l'Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile** (proseguo annualità 2015 progetto 5.9 DGR 808/2016 - FSN Vinc.2014)- responsabile aziendale dott. Nicola De Rosa- con l'obiettivo di ottimizzare i propri servizi riabilitativi sussistenti sul territorio aziendale al fine di rendere le cure più accessibili, tempestive, appropriate ed efficaci. Pertanto si è adoperata per:

- una maggiore integrazione tra medici ospedalieri, specialisti territoriali, Medici di Medicina Generale, 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;
- la rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base.

Riguardo ai *risultati raggiunti* l'ASP evidenzia che nell'anno 2015 sono stati compiuti gli ulteriori due stage (12 giorni) del Corso di Formazione per il trattamento del Paziente Neurologico Adulto, iniziato nell'anno 2014. Corso che è stato tenuto da specialisti del settore di rilevanza nazionale ed è stato rivolto al personale aziendale operante nel settore riabilitativo. A seguito delle informazioni raccolte, hanno provveduto ad aggiornare i protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione con particolare attenzione alla gestione del malato neurologico. Il soggiorno nel reparto è stato reso più gradevole mediante la dotazione di apparecchi televisivi in ogni stanza e l'allestimento di un salottino, posizionato al centro del reparto e dotato anch'esso di: un televisore di maggiore dimensione, n. 8 poltrone e di tavoli a disposizione dei degenti, nella fase più avanzata del trattamento riabilitativo, quale strumento di socializzazione usufruendo in gruppo sia dei programmi televisivi che del consumo dei pasti. Secondo quanto riferito dall'ASP i pazienti sono stati inseriti, alla dimissione, in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extra-ospedaliera e dei suoi esiti: sono stati prescritti gli ausili necessari per la prosecuzione del trattamento riabilitativo a domicilio garantendo, nel frattempo, la continuazione del trattamento riabilitativo da parte delle strutture preposte.

Nell'anno 2015 l'ASP ha proceduto ad effettuare controlli sul territorio aziendale come da tabella sottostante:

Dati Anno 2015	
Visite di Controllo	685
di cui Visite Domiciliari	39
Pratiche Controllate	365
Pratiche Controllate ed Autorizzate	280
Pratiche Variate	85

❖ E' sempre l'ASP di Potenza che con l' **Azione 5.10 : Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti** - (proseguo annualità 2015 progetto 5.10 DGR 808/2016 FSN VINC 2014) - referente aziendale dr. Gianvito Corona- **che** ha proseguito nel corso del 2015 il lavoro di consolidamento e di implementazione di un assetto organizzativo sempre meglio rispondente a quelli che sono i bisogni dei pazienti in condizioni di Stato-Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti e delle loro famiglie (giuste indicazioni Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 "Linee di indirizzo per le persone in Stato Vegetativo e in stato di Minima Coscienza"). Il tutto con debita attenzione ai percorsi di cura ospedale-domicilio e con specifici provvedimenti finalizzati alla creazione e al mantenimento di condizioni assistenziali certe e omogenee con garanzia di 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 e nello stesso tempo di 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. Di fatto una rete che governa tutte le fasi (clinico-

gestionali) della malattia compresa la quarta fase: quella degli esiti, consequenziale alla fase di ospedalizzazione, nella quale 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 mirati alla gestione e risoluzione di tali criticità, con trasmissione di competenze e modelli operativi tali da consentire agli operatori coinvolti di raggiungere gli obiettivi prefissati. L'anno 2015 è stato caratterizzato da attività dirette al coinvolgimento degli operatori e delle strutture territoriali da integrare alla rete-sistema "*Coma to Community*". E' in fase di costituzione il gruppo di coordinamento aziendale (GDC) dei responsabili delle strutture territoriali abilitate alla gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. L'azienda ASP, a fine anno, ha individuato una struttura complessa delle Cure Domiciliari per attuare processi di omogeneizzazione di offerta assistenziale tra le diverse strutture territoriali (modalità di distribuzione presidi, modalità di inserimento nelle cure domiciliari, modalità di gestione delle tracheostomie e della nutrizione artificiale, figure specialistiche coinvolte, ecc.). Successivamente ha provveduto alla ricognizione di tutte le risorse strumentali e umane. Si sono tenuti incontri tra i vari operatori per:

- la predisposizione di una scheda-tipo per la raccolta dei dati salienti dei pazienti trattati;
- l'individuazione dei livelli e dei bisogni formativi degli operatori.

Sono stati acquisiti elementi normativi sull'implementazione dell'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 e condivisi con tutti gli operatori interessati. A ciò si aggiunge la predisposizione di corsi di formazione teorici degli operatori suddivisi per categoria e corsi di formazione teorici dei familiari e dei care giver. E' già in atto la formazione degli operatori e dei familiari: "on the job training". Sono state 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 e la tracciabilità del paziente avviene in modalità condivisa.

- ❖ Le attività inerenti la realizzazione dei programmi di assistenza ai pazienti fragili **in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza** sono state altresì implementate per l'anno 2015 anche sul territorio dell'ASM (responsabile aziendale delle azioni dr Vincenzo Denisi) e precisamente con **l'Azione 5.11: Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza**, (proseguo annualità 2015 in continuità del progetto 5.11 DGR 808/2016-FSN Vinc.2014) che ha realizzato l'Assistenza in SUAP per pazienti in Stato Vegetativo, necessitanti di cure intensive ed assistiti in spazi dedicati, sottoponendoli al monitoraggio delle condizioni cliniche mediante l'utilizzo di sistemi intelligenti che applicati ai pazienti (elettrodi) trasmettevano 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. Di seguito si riassumono le attività svolte in favore dei pazienti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza, con l'utilizzo di n.5 posti letto collocati all'interno della U.O. di Lungodegenza Medica, cod.60, dell'Ospedale di Tricarico:

- n.4 pazienti dimessi;
- n. 399 giornate di degenza;
- degenza media di 99,75 giorni;

Per le degenze relative agli stati vegetativi la normativa non prevede alcuna soglia di giornate di ricovero oltre la quale è previsto l'abbattimento della retta giornaliera. I pazienti sono collocati nel reparto in un'area di maggior tranquillità, dove è assicurata anche una certa discrezione che consente ai parenti una presenza più assidua. I dispositivi di monitoraggio wireless dei parametri vitali come pressione, saturazione d'ossigeno, frequenza cardiaca, ECG etc. sono tenuti permanentemente sotto controllo dagli operatori del reparto.

I bisogni quotidiani (h24) di tali pazienti è importante nella misura in cui ognuno di loro, mediamente, necessita di un impegno di circa tre ore di lavoro del personale infermieristico ed Operatori Socio-Sanitari (OSS) per igiene personale, medicazioni e somministrazione di farmaci, oltre l'impegno di personale di assistenza per l'alimentazione con PEG o tramite sondini naso-gastrici e per via parenterale (cateteri venosi centrali).

- ❖ Dato atto che il crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative ed accanto alle patologie cardiovascolari, respiratorie, osteometaboliche, traumatiche, neurologiche risultano in aumento le patologie involutive cerebrali negli over 65enni. La popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia [rapporto CEIS 2009: gli over 65enni rappresentano 1/5 della popolazione, la quota di over 75enni ha un peso pari al 9.9% superiore tanto al valore Italiano (9.6%) che a quello del Sud (8.5%)] e che tale mutamento demografico determina ripercussioni importanti sulla salute pubblica. A fronte di tale scenario l'azienda Sanitaria di Potenza ha realizzato nel corso dell'anno 2015 **l'Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete**

di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile, referente aziendale Dott. Giovanni B. Bochicchio- (anche in prosieguo annualità 2015 progetto 5.12 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014) facendosi carico di guardare a tutto tondo alle problematiche del pz anziano fragile, in linea con le direttive Nazionali e Regionali con l'ambizione di rispondere alle sue diverse e complesse esigenze, garantendo continuità di cure nel tempo e sul territorio. Grazie all'implementazione del progetto Cronos (protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer) giusto D. Ministeriale 20 luglio 2000, la Regione Basilicata ha individuato 3 UVA (Unità' di Valutazione Alzheimer) una delle quali operante all'interno della UO - CEIMI del presidio ospedaliero di Venosa. L' UVA, nei suoi 10 anni di attività, ha garantito lo studio ed il trattamento della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio della ex ASL 1 costituendo punto di riferimento per i pz, i familiari, i MMG. Si è affrontata così la "problematica demenza" per la possibile valutazione delle dimensioni circa le complessità legate essenzialmente alla patologia (la diagnosi, la terapia la sua efficacia e i suoi costi), delle difficoltà di natura socio assistenziale (assistenza al malato dalle prime fasi alle fasi terminali che presuppongono un approccio estremamente differente, la cura delle famiglie, il supporto al care giver, la preparazione di figure operative che abbiano un approccio il più possibile professionale al problema etc). Obiettivo primario è stato fare una diagnosi differenziale fra le varie forme di demenza. A tale scopo è presente nel Reparto un Ambulatorio Demenze all'interno del quale viene eseguita una Valutazione Psico Metrica che prevede, attraverso la somministrazione di una batteria di test neuropsicologici (MMSE, ADL, IADL, GDS [Geriatric Depression Scale], Clock test, memoria autobiografica, memoria semantica, test di Corsi, test di racconto, parole di Ray rievocazione immediata-rievocazione differita, Token test, Fluenza verbale per categoria, Matrici attenzionali, Matrici a colori di Raven, Global deterioration scale) ed una valutazione clinica, di esplorare le problematiche di memoria e di decadimento cognitivo al fine di giungere alla diagnosi delle diverse forme di demenza senile (dalla MCI all'Alzheimer, dalle demenze vascolari alle miste, dalla fronto temporale alla d. a corpi di Levy...). L'Ambulatorio Demenze ha svolto la propria attività nei giorni Martedì e Mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 con prenotazioni c/o il CUP con impegnativa del MC. Tale valutazione viene anche effettuata (tutti i giorni della settimana) attraverso il Day Service Geriatrico che è opportunità per quei pz le cui problematiche vuoi economiche vuoi sociali (la solitudine e l'abbandono sono la principale maledizione della vecchiaia) non gli permettono di poter eseguire in proprio gli esami previsti dal protocollo Alzheimer (emocromo, glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, Cl, Mg, Ca, Transaminasi, GGT, colesterolo e trigliceridi, elettroforesi proteica, VES, FT3, FT4, TSH, Vit B12, folati, TPHA, es urine; ECG, Rx torace, TC o RMN encefalo, in alcuni casi selezionati la SPECT cerebrale, ecocolordoppler TSA). Nelle fasi iniziali della malattia, quando le capacità di apprendere sono ancora parzialmente conservate, si possono attuare interventi riabilitativi per mantenere le capacità cognitive comportamentali, attraverso la stimolazione e l'esercizio ripetuto, con risultati riscontrabili anche se non duraturi. Ma nelle fasi severe e avanzate tutto ciò perde significato: il centro della cura non può più essere identificato con il miglioramento delle performance funzionali, ma con la diminuzione dello stress e l'aumento del benessere. L'Ambulatorio Demenze è punto di riferimento per i familiari per la risoluzione dei complessi problemi che attengono la gestione del pz demente (non solo Alzheimer) soprattutto quando subentrano disturbi psico-comportamentali. La sua presenza è 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 necessita di piano terapeutico (off label) e comporta il periodico monitoraggio delle condizioni cliniche soprattutto cardiache (Controllo bimestrale secondo le indicazioni AIFA fatte proprie dalla Regione Basilicata e dalla ex ASL 1 - comunicazione del 6-2-2007). Sono seguiti dal Centro 60 pz con demenza in fase severa; i Geriatri del CEIMI eseguono al domicilio del pz il controllo attraverso un esame ECG, la visita specialistica, la visione degli esami ematochimici e provvedono, quando non controindicato, al rinnovo del PT per gli antipsicotici atipici. 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). Tale valutazione viene eseguita il Mercoledì dalle 14,00 alle 17.00. Tra le attività intraprese, inoltre, si è dato corso ad un programma di ROT (Terapia di orientamento alla realtà), con l'obiettivo di far mantenere al pz anziano il contatto cognitivo con la realtà (spazio, tempo, identità personale) attraverso stimoli continui al fine di rallentare la progressione del deficit cognitivo, a condizione che il paziente abbia sufficienti capacità comunicative e verbali. Con la Cooperativa Onlus Auxilium si è continuato il programma sperimentale di "Doll therapy" -(terapia non

farmacologica e metodica innovativa sempre più supportata 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). Anche il contatto con gli animali, *Pet therapy*, si è dimostrato utile in disturbi cognitivi e comportamentali di varia origine ed età, e dati ne indicano l’efficacia anche nelle persone con demenza. La sua funzione è di stimolo ad attività (dalla carezza alla passeggiata, all’alimentazione, al gioco) ma anche a ricordi, senza trascurare lo stimolo sensoriale (tattile, olfattivo, visivo) e la grande interazione affettiva che un animale può comportare. Le fasi più avanzate della demenza implicano: instabilità clinica per le patologie associate, responsabili di un forte aumento dei costi della cura, ed un dilemma etico: rianimazione cardiopolmonare; ricoveri ospedalieri; uso di antibiotici; alimentazione artificiale. Con il procedere della malattia, una quota importante di persone si rivolge alla cura istituzionale, compresi i ricoveri temporanei o “di sollievo”. Il progetto di “costituzione ed organizzazione della rete regionale per le Demenze” offre un modello quanto mai attinente alle esigenze attuali e pur nella complessità reale o apparente della sua realizzazione individua il percorso assistenziale da compiere per la presa in carico globale dei pazienti dementi e delle loro famiglie. Tale percorso va dalla individuazione della patologia alla adozione della terapia medica più appropriata e poi necessariamente vira verso la organizzazione di una rete strutturale di servizi che pone al primo posto la formazione e l’aggiornamento di personale specializzato all’interno delle strutture ospedaliere (destinate ad accogliere un n* sempre crescente di pz dementi con comorbilità) e all’esterno di esse (ad esempio nell’ambito dell’ADI), nonché la formazione dei care giver informali (badanti e/o familiari).

❖ **Con l’ Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza - realizzata dall’azienda Sanitaria di Matera-** (anche in prosieguo delle attività progettuali n. 5.13- DGR 808/2016 - FSN VINC 2014)- Referente aziendale: Dr. Vincenzo Denisi – nel corso dell’annualità 2015 l’azienda si è spesa per il raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi previsti con lo sviluppo delle attività di compimento 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. Il tutto con la collaborazione e l’ integrazione tra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia con garanzia di continuità assistenziale alle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e con successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali e la 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. Si è tenuto conto del ruolo degli “ Ospedali Distrettuali”, come definiti dalla Regione Basilicata con la Legge n.17 del 2011, che ha assunto negli ultimi anni un valore strategico in quanto, al contrario di quanto avviene da sempre per i “pazienti cosiddetti acuti, che hanno un percorso ben strutturato negli ospedali per acuti, per la fase post-acuta del percorso-paziente (anziano e fragile) solo da qualche anno nell’ azienda ASM sono stati messi in campo dei setting di ricovero dedicati alla Lungodegenza e Riabilitazione, tutto ciò anche ai sensi della DGR 1300/2010 (Rete Regionale Lungodegenza/Riabilitazione) prevista dalla L.R. n.12/2008. Di seguito i dati dell’attività svolta nell’anno 2015 negli Ospedali Distrettuali di Tricarico e Stigliano rilevando che sono stati ricoverati n.901 pazienti complessivi secondo i seguenti setting assistenziali:

- Lungodegenza Medica n.355;
- Lungodegenza Riabilitativa n.139;
- Degenza Intensiva Riabilitativa n.407;
- con n.35.124 giornate di degenza complessive;
- con una degenza media di n.36,85;
- % di occupazione dei P.L. di 77,66%.

Dopo il ricovero per la presa in carico del paziente si è previsto l’invio al medico di Medicina Generale che, a seconda dei casi, ha potuto decidere di proseguire l’iter di cura o di recupero in ambulatorio o a domicilio con gli strumenti dell’ADI. Nei casi in cui si instauri una non-autosufficienza i pazienti, previa valutazione della UVMD (Unità di Valutazione Multi Dimensionale), sono avviati ad un periodo di sistemazione in Residenza Sanitaria Assistenziale a Tricarico (una struttura mista che eroga prestazioni sanitarie e socio-assistenziali).

❖ Le patologie neoplastiche sono in aumento e colpiscono fasce sempre più giovani di popolazione e nonostante ci si adoperi sempre più per fronteggiarle attualmente è sempre molto elevata la probabilità di divenire un paziente lungo-sopravvivate (survivor) ad un tumore. Tale lunga sopravvivenza può, però, caratterizzarsi per una serie di patologie e disabilità destinate a determinare una "perdita di salute", fra le quali, una compromissione della capacità riproduttiva. Le dimensioni di tale fenomeno sono tutt'altro che modeste: dopo un trattamento chemioterapico per linfomi e leucemia, possono verificarsi dei problemi nella funzione delle gonadi, cioè ovaie e testicoli che in genere sono più evidenti negli uomini che nelle donne (il 90% dei maschi dopo la pubertà ha infertilità). Proprio alla possibile comparsa d'infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi ed al disagio psico-sociale ad essa legato, temi di importanza crescente, l'ASP di Potenza ha inteso rispondere, nell'anno 2015, con **l'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**,—referente aziendale Dott. Alfonso Chiacchio – (anche in prosieguo di quanto già realizzato nell'anno precedente con Progetto 5.14 - DGR 808/2016) A tal fine ha organizzato, in maniera adeguata, sicura ed efficiente e con molteplici strategie, le strutture e le risorse deputate alla erogazione di prestazioni mirate a "*guadagnare salute riproduttiva*" per i pazienti oncologici nel rispetto dei tempi *sempre* molto *stretti* legati alle terapie antitumorali. Le Unità operative impegnate in queste azioni 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. Il modello organizzativo si intende 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. Il counselling riproduttivo è una prestazione da fornire in condizione di urgenza e richiede una immediata disponibilità e canali di comunicazione efficaci. Obiettivo generale: migliorare l'accessibilità alle tecniche di preservazione della fertilità con rilevazione dei dati sui risultati di queste tecniche e sullo stato di salute dei pazienti lungo-sopravvivenuti ad esse sottoposte effettuando un censimento delle Unità operative oncologiche per ognuna delle realtà sanitarie coinvolte al fine di creare una rete fra le unità operative oncologiche e uno o più Servizi di Riproduzione Assistita. Si intende pertanto 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 unitamente ad una delle seguenti tecniche di preservazione della fertilità: crio-preservazione del seme agli uomini, trasposizione ovarica e/o crioconservazione di tessuto ovarico e/o crioconservazione di ovociti alle donne. Riguardo alle attività realizzate nell'anno 2015 si specifica che l'azienda si è attivata per l'individuazione di una Bio-Banca già esistente ed accreditata che possa essere il terminale operativo del progetto lucano; è stato eseguito il programma di formazione degli operatori (dirigenti medici della ASP) appositamente individuati per svolgere attività laparoscopica per i prelievi del tessuto ovarico; si è organizzato un protocollo d'intesa con l'Azienda Ospedaliera San Carlo per la presa in carico presso il centro PMA della paziente necessitante di Procreazione Medico-Assistita al fine della valutazione ed attivazione delle relative prestazioni.

❖ ***

❖ Sempre all'interno del Progetto 5 –CRONICITA'– si è svolta l'**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)- (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto 5.14 DGR 808/2016 - Fsn Vinc.2014)** perseguita, nell'anno 2015, dall'azienda ASP con la quale si è inteso migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera urogenitale. In tale ottica s'è proseguito nello sviluppo del macro-processo PDTA comprensivo dell'intera gestione di sentitissimi ed attualissimi problemi di salute della popolazione femminile ad iniziare dall'età fertile fino a quella senile ed inclusa l'assistenza alla persona sia per la cura della patologia sia per il sostegno psicologico e sociale. Il tutto articolato sia sulla componente **Ospedaliera** che su quella **Territoriale** dell'azienda ASP. Si tratta di piani in cui intervengono varie discipline, in maniera preponderante la Ginecologia e la Uro-Ginecologia, con individuazione di fattori di rischio di alcune forme di patologie capaci di far emergere le patologie stesse sensibilizzando alle tematiche la popolazione femminile soprattutto quella più indifesa: per status sociale, adolescenti e senili . Tutto, anche, al fine di ridurre l'incidenza della malattia come problema "individuale -familiare-sociale" e di erogare terapie mediche e procedure invasive nel pieno rispetto dei "gold standard" nazionali ed internazionali. Di seguito si elencano le attività realizzate nell'anno 2015:

- Individuazione di n.3 centri ambulatoriali dedicati nei Presidi Ospedalieri;
- Predisposizione di un unico “tavolo di lavoro medico multidisciplinare” Uroginecologo- ginecologo-anatomopatologo-fisioterapeuta-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 e somministrazione di questionari strutturati ai/ alle pazienti affetti da Endometriosi, da Cistite interstiziale, da Vulvodinia.

Anche l’azienda ASM di Matera nell’anno 2015 con l’azione **5.16. Attivazione di un Ambulatorio dedicato alle donne affette da dolore pelvico** presso il P.O. di Matera- referente aziendale Dott. S. Anastasio (anche in prosieguo dell’annualità precedente giusto progetto 5.16 DGR 808/2016-)- ha inteso sostenere le esigenze di cure e di assistenza indispensabili alle donne affette dal dolore pelvico. In tale ottica ha attuato attività integrate, multidisciplinari e sinergiche fra operatori ospedalieri e territoriali (medici, infermieri, psicologi e MMG), ha curato la formazione del personale medico ed infermieristico utilizzato e tutti gli operatori interessati. Ha svolto attività di informazione ai MMG con 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. Negli ambulatori della U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale di Matera sono state seguite tutte le donne che soffrono da dolore pelvico, con la presa in carico, gestione, trattamento e riabilitazione delle donne interessate. Sono state svolte attività multidisciplinari fra i ginecologi, gli urologi, psicologi, ostetriche ed infermieri attraverso incontri per la definizione del percorso assistenziale ed incontri con i Medici di base per la segnalazione di pazienti affette da dolore pelvico.

Premesso che alcune patologie come ad es. autismo, disturbi del linguaggio necessitano che ad una diagnosi precoce corrisponda un trattamento tempestivo dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti in fase prescolare e nel primo ciclo di istruzione. Tali interventi rientrano nei BES (circ. min. dic.2012)e richiedono particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di interventi da dedicare in ambiente scolastico. Per far fronte alle problematiche legate a tali patologie l’azienda sanitaria ASP di Potenza ha inteso creare una Rete Territoriale Integrata di Assistenza con garanzia di interventi omogenei in tutto l’ambito di riferimento e con l’ **Azione 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione** -referente aziendale Asp dott.ssa Fiorillo Cristiana -, con implementazione nonché in prosieguo delle attività svolte nell’anno precedente(**Progetto 5.17 DGR 808/2016**) ha, nell’anno 2015 , impegnato *un’ equipe specialistica* (formata da un npi, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un’assistente sociale *per ambito di zona* per un totale di 3 npi, 6 psicologi, 3 logopedisti, 3 terapeuti e 3 assistenti sociali, operante nei tre ambiti territoriali: Vulture- Melfese, Potenza, Lagonegrese considerato il numero complessivo di 772 scuole nei tre territori con una popolazione scolastica di circa 66.301 alunni del primo ciclo di scolarità. *Equipes* da affiancarsi al personale che si interessa dell’integrazione scolastica con un lavoro specifico di tipo sociosanitario nelle strutture territoriali ed un lavoro diretto in ambiente scolastico. Compito dell’equipe designata è **l’identificazione precoce** nei bambini in età prescolare di comportamenti disfunzionali che predispongono a futuri insuccessi scolastici nonché **il permanere** di tali comportamenti durante le scuole elementari in comorbidità o come **diagnosi primaria** rispetto ai disturbi specifici degli apprendimenti (legge 170/10). Le azioni programmate si esplicano attraverso: a) la formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci del disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione, per la pronta segnalazione all’equipe competente; b) la formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell’apprendimento; c) la creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi. Di seguito si riportano, tra le altre, le attività svolte nel corso del 2015:

- formazione specifica per i pediatri ed un convegno nel mese di settembre 2015 organizzato insieme ai MMG, PLS ed Associazioni di Volontariato sui disturbi dell’apprendimento(dislessia);
- elaborazione per ogni paziente delle schede di osservazione dei comportamenti problematici per i genitori e per gli insegnanti.
- L’equipe dedicata ha garantito specifici percorsi di affiancamento ai genitori con supporto psicologico, per casi particolarmente delicati.
- Sono state garantite attività di consulenza sia con enti scolastici e comunali, ove richiesti, nonché con la UVBR aziendale in cui la figura del neuropsichiatra infantile ne è diventata componente fissa. E’ stata altresì garantita consulenza per ulteriori specifici progetti in ambito scolastico.

- E' stato costituito ed implementato il 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).
- Si è provveduto allo sviluppo di una rete tra operatori di equipe diverse per condivisione percorsi diagnostici.

Invecchiamento della popolazione e nuova organizzazione sanitaria inducono a progettare nuovi setting assistenziali basati sulla continuità delle cure ed il momento della dimissione ospedaliera del paziente fragile ed anziano (integrazione ospedale-territorio servizi sanitari e sociali) richiede per la presa in carico di tale paziente percorsi assistenziali personalizzati e appropriati. Il monitoraggio della fragilità diviene elemento necessario per intervenire sui determinanti e limitare ove possibile l'evoluzione della malattia in disabilità. In tale ottica si è orientata l'AOR San Carlo di Pz compiendo l'azione **5.18 "Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano"- referente aziendale** (proseguo annualità 2015 azioni progetto 5.18 DGR 808/2016- FSN Vinc.) - attraverso la costituzione (informale) di una Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera Territoriale (UVGOT) che di fatto ha effettuato la valutazione dell'anziano fragile ricoverato presso la U.O.C. di Geriatria garantendo così la continuità delle cure anche a domicilio. Di seguito si evidenzia che nell'anno 2015 sono proseguite le attività connesse alle prestazioni rese dalla Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera con supporto da parte dell'ADI. Con nota prot. n. 2015/40222 del 24.11.2015 il Direttore Generale dell'AOR ha predisposto un protocollo operativo, denominato "Implementazione e sviluppo della rete interaziendale delle dimissioni protette finalizzato a facilitare la continuità assistenziale specialistica integrando quella ospedaliera a quella sanitaria territoriale" e propedeutico alla realizzazione organizzativa-operativa della "Centrale delle dimissioni" prevista dalla normativa regionale ed inserita quale struttura ubicata presso la UOC di Geriatria nell'Atto Aziendale di nuova definizione. Ne consegue che la UVGOT è un elemento necessario ed imprescindibile per la valutazione clinica dei soggetti con sindrome di fragilità ricoverati non solo nella Unità Operativa di Geriatria ma in tutte le unità operative che ne hanno fatto richiesta attraverso l'utilizzo di Scores validati ed eventuali altri test se ritenuti utili. Al fine di definire le modalità di avvio della sperimentazione della Centrale delle Dimissioni è stato costituito un Gruppo di coordinamento composto dal responsabile individuato dall'AOR Dr. Nicola Carmine Libutti e dal responsabile ADI per l'ASP, Dr. Gianvito Corona. Tale gruppo si è riunito in fase iniziale per 2 incontri (9 giugno 2015 e 7 luglio 2015). Durante il primo incontro (verbale 1/15) si sono definiti:

- a) le modalità di formazione del personale infermieristico coinvolto nel progetto;
 - b) le modalità operative di educazione dei caregiver;
 - c) il report di sintesi con generalità del paziente e del caregiver, data e diagnosi di dimissione, valutazione finale del medico della centrale tutor del paziente unitamente ai dati di attivazione dell'assistenza domiciliare.
- Nel secondo incontro (7 luglio 2015 - verbale 4/15), con la presenza del Direttore Sanitario dell'AOR, sono state definite le modalità operative per la stesura del "manuale operativo" e relativa tempistica anche in relazione alle esigenze delle aziende sanitarie coinvolte. Il gruppo di coordinamento ha lavorato, in un clima altamente cooperativo e con forte interesse al confronto, alla descrizione e condivisione dell'oggetto di lavoro, esitato nella elaborazione del "Manuale operativo". In detto documento sono individuati i criteri di accesso per pazienti senza specifiche problematiche (ADI di 1° e II° livello); i criteri di accesso alle cure in pazienti con problematiche specifiche complesse (ADI di IV livello) e i criteri di accesso per particolari pazienti, ad es. pazienti in gravi condizioni cliniche, che richiedono elevato impegno sanitario e monitoraggio clinico continuativo. Sono state altresì dettagliate le fasi del percorso da attivare sia per l'accesso alle cure domiciliari di 1° e II° livello che di IV° livello con l'indicazione dei ruoli e delle responsabilità declinate per ogni fase. Nel corso dell'anno 2015 si è svolta attività di formazione (residenziale e interna al reparto) del personale per l'acquisizione di competenze atte ad individuare i pazienti fragili mediante l'uso di specifiche scale di valutazione (Multiprognostic index : ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- Valutazione della quantità dei farmaci assunti e dello stato abitativo- Indice Di Karnofsky); con aggiornamento su tematiche di attualità che hanno favorito i momenti di confronto clinico. La formazione su tali tematiche è stata estesa anche al personale dell'ASP. La Valutazione Multidimensionale (VMD) della persona fragile (nutrizionale, fisiopatologico mirato, cognitivo, farmacologico ecc.) ed una adeguata programmazione dei setting assistenziali appropriati, 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 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;
- L'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 terapeutico e per garantire la continuità assistenziale o per programmare approfondimenti clinici quando ritenuti necessari:

INDICATORE	NUMERO	%
Pazienti ricoverati nella UO di Geriatria valutati dall'UVGOT come pazienti fragili (Numero di pazienti a cui viene effettuato la valutazione Multiprognostic index).	38	Rispetto dei tempi dalla valutazione del paziente fragile da Unità Operativa di Geriatria alla segnalazione al Territorio rispetto a quanto previsto nel manuale delle dimissioni protette e continuità delle cure
Pazienti eleggibili a procedure invasive rispetto a criteri e standard stabiliti	16	
Pazienti dimessi come pazienti fragili di cui anche con problematiche di tipo sociale	10	Re-ingressi non programmati (entro 7 giorni dalla dimissione) di pazienti presi in carica dall'UVGO costituenda.

Per l'anno 2015 gli obiettivi 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.

Linea Progettuale 6 : RETI ONCOLOGICHE

Quota di FSN Vincolato Anno 2015 Assegnata con DGR 1517/2016 : Euro 722.999,00

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha approvato con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2015 (quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.236/CSR 23.12.2015 alla regione Basilicata) il sottostante Progetto concretizzatosi nell'anno 2015 in numero sette "azioni" svolte dalle aziende ASP di Potenza , ASM di Matera e AOR San Carlo di Potenza di cui si dà corretta evidenza per attività e risultati raggiunti :

Titolo del Progetto Totale importo assegnato al PROGETTO 6 a valere sulla quota del FSN VINC. Anno 2015: Euro 722.999,00	<u>6: RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA :</u> comprendente: Azione 6.1- Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della Rete Nazionale dei tumori rari (ASP di PZ) - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 68.863,50 Azione 6.2: Attività integrate tra UU.OO. Farmacia Ospedaliera - Ematologia ed altre UU.OO. Ospedaliere -MMG per gestione pazienti affetti da Malattie Rare- (ASM) Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 100.000,00 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) – Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 5.750,00 Azione 6.4 : Attivazione BREAST-UNIT' - (ASM) Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 19.250,00 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)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 147.012,00 Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP Pz)- Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 340.300,00 Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile - (A.O.S. CARLO Pz) - Quota FSN VINC.2015 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 41.823,50
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2015
REFERENTI REGIONALI	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-
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO 6	Euro 722.999,00
Quota carico Regione	Euro 0,00

❖ **L' 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) - Referente aziendale ASP-dr.ssa Giulia Motola- è stata realizzata per l'annualità 2015 dalla U.O.S.D. Farmacologia Clinica dell'azienda ASP di PZ avvalendosi dello Sportello Unico Aziendale per Malattie Rare, istituito, negli anni precedenti, con lo specifico obiettivo di supportare i pazienti affetti da malattia rara /tumori rari e le loro famiglie acconsentendone i bisogni e proponendo percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali appropriati e di offrire agli Operatori sanitari il collegamento funzionale e scientifico con le altre strutture della Rete Regionale e Nazionale assicurando un approccio complessivo ai bisogni dei pazienti. Nel corso dell'anno lo Sportello è stato struttura funzionale di riferimento per i Pazienti in trattamento farmacologico in quanto anello di congiunzione tra Centri/Presidi di rete del territorio e strumento di garanzia**

per la più efficace integrazione tra le diverse componenti a beneficio dell'iter clinico/assistenziale dei pazienti. Inoltre, è stato riferimento per interlocutori esterni alla ASP, quali innanzitutto Pazienti e familiari, Associazioni di Pazienti, Istituzioni ed altri soggetti coinvolti nelle Malattie Rare. Collabora con il Centro di coordinamento Regionale, anche per proporre interventi o azioni volte a migliorare l'attività dei Presidi di Rete, coopera con le articolazioni aziendali preposte per la definizione ed attuazione di un sistema organico di studio e monitoraggio delle Malattie Rare nel territorio, propone/collabora con le articolazioni aziendali coinvolte nella realizzazione di iniziative di formazione per il personale e gli operatori interessati, propone/collabora con le articolazioni aziendali coinvolte per l'attività di ricerca, progettazione. In applicazione della delibera aziendale n.289 del 12 aprile 2006 e successive modifiche, lo Sportello provvede alla autorizzazione della erogazione di farmaci e presidi non a carico del S.S.N., facilita il percorso dei Pazienti, rendendo accessibili le informazioni relative alle Prestazioni ed ai Servizi Sanitari ai quali hanno diritto (per esempio: esenzioni ticket, erogazione gratuita di farmaci e presidi non a carico del S.S.N., percorsi riabilitativi), anche orientando gli stessi ed i loro Medici di famiglia e/o direttamente verso i Centri di Diagnosi e Cura della Rete Nazionale Malattie Rare.

Gli Assistiti affetti da Malattie Rare possono ottenere, dietro istanza presentata alla Direzione Generale di dell'ASP, la dispensazione gratuita dei farmaci e presidi non a carico del S.S.N., quando questi ultimi siano correlati alla patologia, infungibili e indispensabili, ed annoverati nei piani terapeutici redatti da 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. Come da protocollo di studio, lo Sportello sta provvedendo a fornire ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di Libera Scelta e a tutti gli Operatori Sanitari informazioni circa l'esistenza di un Centro dedicato e in particolar modo in merito ai protocolli terapeutici. Inoltre, ha preso contatti e collabora con l'Ambulatorio per la Sindrome di Klinefelter, attivato con deliberazione del Direttore Generale n. 843 del 04.12.2015. Detto Ambulatorio permetterà di garantire ai Pazienti portatori della sindrome, e alle loro famiglie un percorso privilegiato per affrontarne in modo semplice e diretto tutti gli aspetti comprese le comorbidità

L'Ambulatorio si pone tra le funzioni quelle di:

- fornire alla coppia ogni informazione relativa ad eventuali gravidanze e/o a consulenze genetiche per la diagnosi prenatale;
- garantire una periodica valutazione clinica, riguardante, altresì, i possibili problemi legati alla fertilità, con la possibilità di effettuare gli esami strumentali e di laboratorio necessari in tutte le epoche della vita (prepuberale, puberale, pazienti adulti ed anziani) e allo scopo di individuare e trattare, quanto più precocemente possibile, le comorbidità associate alla sindrome (criptorchidismo, ipospadia, ginecomastia, cardiopatie, disturbi del linguaggio, disturbi dell'apprendimento, osteoporosi);
- fornire ogni altra informazione inerente la sindrome.

❖ Sempre relativamente alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare nel corso dell'anno 2015 l'ASM di Matera con l' **Azione 6.2: Attività integrate tra UU.OO. Farmacia Ospedaliera e Ematologia ed altre UU.OO. Ospedaliere -MMG per gestione pazienti affetti da Malattie Rare - (proseguo nell'annualità 2015 progetto 6.2 - DGR 808/2016)** - Referente aziendale ASM: dott.ssa F. DI CUIA- ha perseguito il duplice obiettivo di dare informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti sia ai pazienti che ai loro congiunti unitamente alla somministrazione dei farmaci. A tal fine si sono implementate attività integrate fra i farmacisti e medici ospedalieri e i MMG, attuando, se necessario, anche collaborazioni con medici appartenenti ad altri ospedali nazionali. La ASM ha dispensato, nell'anno 2015 farmaci per le Malattie Rare per un totale di euro **3.359.148,00**. Soprattutto per quanto attiene le prescrizioni, i farmacisti della U.O. di Farmacia della ASM, hanno collaborato con i medici specialisti e con i Medici di medicina Generale al fine di incrementare l'uso e la prescrizione di farmaci biosimilari per la cura dei tumori rari ai pazienti. In tal modo si è riusciti ad ottenere una percentuale di utilizzo dei suddetti farmaci pari al 30,49 % rispetto ai farmaci originator, con un notevole vantaggio per la terapia dei pazienti e una buona riduzione della spesa aziendale per farmaci.

❖ L'**azienda ASM** nel corso del **2015** ha svolto attività integrate tra UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la realizzazione di una **Rete Regionale e Nazionale per i Tumori Rari** e per la migliore compliance del paziente affetto da tali malattie mediante l'espletamento dell'**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** - referente aziendale ASM: dr.ssa M. Susi - (proseguo annualità 2015 progetto 6.3 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014). Il servizio di servizio di Senologia Medica del P.O. di Matera ha continuato a partecipare attivamente al progetto grazie all'impegno di due propri

dirigenti medici per l'espletamento di attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici, di attività di comunicazione (scambio, contatti) di 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) per l'effettuazione di visite e attività di valutazione integrata di epidemiologia, diagnosi e trattamento dei pazienti oncologici e con tumori rari. Tutte le azioni si sono protese per l'attuazione 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. Di seguito si dà evidenza delle attività compiute nel corso dell'anno 2015:

- Visite oncologiche totali: n. 3.655;
- Chemioterapie totali: n. 2.391;
- Terapie di supporto (es. infusione steroidi): n. 1.665;
- Selezione e studio dei casi, da parte delle oncologhe mediche, da sottoporre a visita della U.O. di Oncologia del P.O. di Matera: n. 200;
- Consulenze per altre U.O.: n. 213;
- Visite effettuate dal radioterapista del CROB: n. 85;
- Studio dei casi e valutazione epidemiologica: n. 150.

❖ Premesso che il percorso della Breast Unit è nato dall'esigenza di inserire la Chirurgia Senologica in modelli organizzativi convalidati nel rispetto delle raccomandazioni della Comunità Europea secondo cui la patologia mammaria deve essere trattata solo ed esclusivamente nei centri che rispettano i modelli organizzativi tracciati: PDTA che prevedono ambulatorio di chirurgia senologica, ambulatorio integrato, audit mensili e sedute chirurgiche dedicate. Ai fini di migliorare la qualità e la sicurezza delle attività clinico assistenziali della patologia mammaria diagnosticata ad almeno 100 donne presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera si è decisa l'organizzazione e la gestione di un ambulatorio dedicato per garantire la presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella. In tale ottica **l'azienda ASM di Matera con l'Azione 6.4 : Attivazione BREAST-UNIT** – (Referenti aziendali ASM: Dott. A. Rubino, Dott. F. Baldari U.O. Senologia; Dott. A. DEROSA -U.O.C. Chirurgia) – nel corso dell'anno 2015 (anche in prosieguo delle attività progetto 6.4 DGR 808/2016 FSN Vinc.2014) ha continuato con l'approccio multidisciplinare dei trattamenti annoverando un gruppo di lavoro costituito dalle diverse Unità Operative nella cura della patologia neoplastica mammaria; effettuando delle riunioni interdisciplinari per la programmazione e la discussione dei casi clinici e di specifica formazione dei professionisti coinvolti; con l'applicazione di nuove tecnologie di miglioramento della qualità delle cure offerte secondo protocolli e linee guida; nonché tenuta ed aggiornamento del data base dei casi. Cento donne affette da patologia mammaria diagnosticata presso all'U.O. di Senologia sono state inserite nel percorso della Breast Unit attivato dal personale sanitario della ASM, comprendente la Radiologia, la Chirurgia senologica, e la Senologia, al fine della presa in carico totale delle pazienti. L'attivazione dell'ambulatorio dedicato ha garantito l'accesso al trattamento chirurgico dopo l'esame diagnostico. Presso l'U.O. di Chirurgia Senologica del P.O. di Matera sono state operate 64 donne affette da patologia mammaria.

❖ Nell'ampio quadro di continuità delle cure si inseriscono le attività per: la **costituzione della rete regionale dei** pazienti con diagnosi di **adenocarcinoma polmonare** (Anatomie patologiche, pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche); **l'implementazione di un laboratorio di diagnostica molecolare** con acquisto dei relativi KIT diagnostici; la **raccolta dei dati con utilizzo di software** dedicati e la **realizzazione** di studi osservazionali per l'implementazione dei trattamenti specifici. Proprio in tale ottica **l'azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza con l' Azione 6.5 : RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE -TUMORI RARI DEL POLMONE-** referente aziendale dott. Domenico Bilancia - ha inteso proseguire / implementare nell'annualità 2015 le attività intraprese negli anni precedenti (anche in continuazione progetto 6.5 - DGR 808/2016) considerato che i tumori rari sono 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. 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 dei percorsi di cura 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, con presenza di un *gene chiamato EML4-ALK* porta alla produzione di una proteina l'ALK che ha azione carcinogenetica. Il Crizotinib compete con l'ATP (o adenosintrifosfato: una rnicro-molecola in grado di attivare i processi biochimici che richiedono energia) per l'ALK e, sostituendosi all'ATP, ne impedisce il funzionamento. Ad oggi sono molto pochi i tumori che manifestano tale alterazione (si valuta siano circa il 5% di tutti i tumori NSCLC) ed 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). Grazie allo studio dei ricercatori del *Massachusetts General Hospital (MGH)* si è scoperto il ruolo di una nuova alterazione genetica determinante per lo sviluppo di tumori che presentano riarrangiamenti del gene ROS1 (1-2% dei cancri non-piccole cellule del polmone—NSCLC) e che possono essere trattati con Crizotinib, già noto come potente inibitore dei tumori con oncogene ALK. Il gene ROS1 si aggiunge alla lista di geni noti, che comprende il KRAS, l'EGFR, e l'ALK) in grado di guidare la crescita del NSCLC quando alterati. Complessivamente l'insieme delle alterazioni note è determinante in poco più della metà dei tumori NSCLC. 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. Gli obiettivi delle azioni progettuali realizzate permettono la valutazione per stratificazione prognostica, spalmata su almeno tre annualità, dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative della rete.

Di seguito si riepilogano le attività svolte nell'anno 2015:

- Esecuzione di esami di diagnostica molecolare (laboratorio di biologia molecolare IRCCS CROB di Rionero in Vulture);
- Valutazione, per stratificazione prognostica del 100% dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative del Dipartimento Funzionale Oncologico;
- Raccolta dei dati;
- Si è costituita la Rete Regionale al fine di intercettare tutti i pazienti con diagnosi di adenocarcinoma polmonare (Anatomie patologiche, pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche). Tali attività sono state realizzate mediante incontri periodici tra i referenti delle Unità operative;
- Sono stati identificati altri 4 pazienti(+ 4 nel 2014) positivi alle mutazioni (vedi tabella) ed è stato istituito un registro dei pazienti con mutazioni ROS1 e ALK ai fini di valutare la corrispondenza tra presenza di mutazione e tipo di terapia ricevuta (a regime deve essere del 100%)

Numero di casi investigati attraverso l'esecuzione degli esami di diagnostica molecolare/numero	61
N. di casi trattati con inibitori della TKI /n. di casi con mutazioni	4

- E' stata fatta la stratificazione prognostica del 100% dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative del Dipartimento Funzionale Oncologico e della rete dopo la sua istituzione.
- Sono stati raccolti i dati mediante l'utilizzo di software dedicati con la finalità di implementare i trattamenti specifici.

Nella tabella seguente sono riportate le ore di attività svolte dal personale interessato:

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti Medici	6	624	3.744
Infermieri	7	624	4.368
Biologi	1	572	572

❖ Il Tumore della Prostata rappresenta in Italia la seconda causa di morte nel sesso maschile per patologia neoplastica. E' utile agire con tempestività nella diagnosi precoce di tale patologia che risulta essere in forte aumento anche tra la popolazione della Regione Basilicata e certamente la costituzione della Rete Oncologica Regionale è elemento necessario per l'intercettazione dei bisogni e della domanda del territorio di riferimento. Proprio in tale ottica l'azienda ASP di Potenza con **Azione 6.7: Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo** - Referente aziendale: dott. Fiorentino Vassallo- (**proseguo annualità 2015 progetto 6.7 DGR 808/2016**)- ha inteso garantire sul territorio di riferimento (ex Asl3 di Lagonegro) strutture specialistiche urologiche con ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei ad identificare il problema. 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 assicurare interventi preventivi nelle fasce a rischio della popolazione maschile (over 50 aa), con la istituzione di banca dati dei pazienti studiati. Sono state garantite sul territorio Strutture specialistiche Urologiche attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei a fare emergere il problema. Tali ambulatori sono stati garantiti nelle sedi ambulatoriali distrettuali di Senise, Rotonda, Maratea, Lauria. Sono state effettuate nell'anno di riferimento n. 55 instillazione endovesicale di farmaci antitumorali a pz. operati per neoplasia vescicali , n.161 cistoscopia diagnostica e n. 100 biopsie. Si sono svolte 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. Sono state coinvolte le scuole superiori mediante incontri mirati alla prevenzione: discutere l'importanza che riveste l'auto-palpazione periodica dello scroto riguardo all'insorgenza della patologia tumorale.

❖ Una strategia di prevenzione e di controllo fondata su prove di efficacia aiuta a contrastare l'aumento delle persone con patologie tumorali dell'apparato genitale maschile e la regione Basilicata vuole garantirne, tra altro, la qualità degli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce. Proprio in tale ottica l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza con l' **Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile** - (anche in prosieguo del progetto 6.8 DGR 808/2016 FSN Vinc. 2014) – referente aziendale Dott.ssa Angela Vita -nel corso del 2015- - in sinergia con la regione Basilicata, ha indirizzato, tra le altre, le proprie attività per l'istituzione:

- di un Centro HUB presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza dei tumori della prostata e dei testicoli nella Rete Oncologica di Basilicata
- del Centro Territoriale della Rete Nazionale per la Prevenzione Primaria e di diagnosi precoce dell'apparato genitale maschile

unitamente all' **attivazione di screening di tipo spontaneo** dei tumori della prostata e all' **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.

Il tutto dando atto che la prevenzione mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia e nello stesso tempo si promuove 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. D'altro canto si confermano le evidenze che il trattamento del tumore in fase precoce riduca sia la mortalità causa specifica sia la mortalità generale. Al momento non vi sono nè evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening nè evidenze forti che indichino quale protocollo 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 (2015):

1. Prosecuzione dello screening spontaneo per i tumori della prostata attraverso l'esecuzione di test dell'antigene prostatico specifico (PSA).

2. Aderenza al 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. Attivazione di condivisi percorsi c o n d i v i s i t r a l'AOR San Carlo, l'ASP e l' IRCCS CROB di Rionero in Vulture per definire le attività di screening a livello territoriale
4. Promozione di eventi formativi e di aggiornamento rivolti anche a MMG al fine di favorire il ricorso al test-PSA in maniera consapevole per le fasce di età più giovani, così come raccomanda The American Urological Association.

Screening di tipo spontaneo		Numero di casi diagnosticati attraverso l'esecuzione del test PSA
Fascia di età		
>70 anni	<70anni	
n.650	n.600	

Fine

**Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2016, art.1 comma 34 L..662/96
Regione Basilicata**

“ALLEGATO A/2016”

LINEE PROGETTUALI	QUOTA DI FSN VINCOLATO ANNO 2016 ASSEGNATO giusto PIANO REGIONALE 2016 di cui all'ALLEGATO 1/2016 euro	AZIENDE SSR ATTUATRICI AZIONI PROGETTUALI
1 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	625.740,00	ASP
	728.440,00	ASM
Tot Linea progettuale 1	1.354.180,00	
2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	49.000,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	82.399,00	IRCSS RIONERO
Tot. Linea progettuale 2	131.399,00	
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	533.502,00	ASP
	386.016,00	ASM
	146.311,00	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	1.412.534,00	ASP
	831.265,00	ASM
	197.937,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	103.463,00	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'	2.736.798,00	ASP
	1.109.745,00	ASM
	108.650,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
tot. Linea Progettuale 5	3.955.193,00	
6 RETI ONCOLOGICHE	353.016,00	ASP
	122.970,00	ASM
	392.037,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea progettuale 6	868.023,00	
	9.932.613,00	TOT. GENERALE assegnato FSN VINC 2016 (Intesa 64/CSR 14/4/2016 - Acc.Stato/Regioni 65/CSR 14/4/2016)