



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 289

SEDUTA DEL 6 APR. 2018

POLITICHE DELLA PERSONA

DIPARTIMENTO

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2016 (ACC.STATO REG.65/CSR 14/04/2016) . APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOLATI. ANNO 2017 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N. 181/CSR 26/10/2017

ASSESSORE DIPARTIMENTO

Relatore POLITICHE DELLA PERSONA

La Giunta, riunitasi il giorno 6 APR. 2018 alle ore 14,00 nella sede dell'Ente.

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Luca BRAIA Componente	X	
4.	Roberto CIFARELLI Componente	X	
5.	Carmine MIRANDA CASTELGRANDE Componente	X	
6.	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
Ufficio Ragioneria e Fiscalità Regionale
Maria Teresa LAVERI

5/4/2018

VISTO DI REGOLARITA'
CONTABILE

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

VISTI

- il D.L.vo 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. 13 dicembre 2004 n.2903 così come modificata dalla D.G.R.637/2006
- 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. 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. 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. Modifiche alla D.G.R. 694/2014*”;
- la D.G.R. 26 maggio 2015 n. 691 inerente l'affidamento degli incarichi dirigenziali 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 D.G.R. n.624 del 7 giugno 2016 di ulteriore modifica della DGR 689/2015 relativa al dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e Giunta Regionale;
- la D.G.R. n.231 del 19 febbraio 2014, con la quale si è conferito l'incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona, prorogato con DDGR n.122 del 24 febbraio 2017 e n. 483 del 26 maggio 2017 e ulteriormente confermato con DGR 818 del 31 luglio 2017.

VISTI

- il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale;
- la legge 662 del 23 dicembre 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 –
- il D.P.C.M del 12.01.2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502- (GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15);
- 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'1.09.2008 n.12 modificata e integrata dalla L.R. n.20 del 6 agosto 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 12.01.2017 "Riordino del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata".
- la D.G.R. n. 778 del 26/07/2017, di approvazione della proposta di "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2018-2020".

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 n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 06.08.2015 n.125, Decreto MEF dell'11.08.2017);
- 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 28.04.2017 "Legge di Bilancio 2016";
- la L.R. n. 7 del 28/04/2017 "Bilancio di Previsione Pluriennale 2017/2019";
- la D.G.R. n.345 del 3/5/2017 di ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese di bilancio;
- la L.R. 18 del 30/6/2017 "Prima variazione al bilancio di previsione pluriennale 2017/2019";
- la D.G.R. n. 685 del 5/7/2017 "Ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese in seguito alle variazioni apportate dalla L.R. 30 giugno 2017 n.18, al bilancio di previsione pluriennale 2017/2019 della Regione Basilicata";
- la L.R. 19 del 24/07/2017 "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017";
- la L.R. 38 del 29/12/2017 "Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione e dei propri Enti ed Organismi strumentali per l'anno finanziario 2018.

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'art. 9 del D. 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.

ATTESO 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;

- con DGR 411 del 16 maggio 2017 sono stati approvati i progetti regionali anno 2016, collegati agli obiettivi di piano del PSN secondo le linee progettuali individuate dall'Accordo Stato - Regioni rep. 65/CSR del 14 aprile 2016.

DATO ATTO

che L'Intesa Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/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 **13.110.430,00**.

RICHIAMATO

L'Accordo rep Atti n. 181/CSR sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 26 ottobre 2017 che per l'anno 2017:

- 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 2016 (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 finanziari per un totale complessivo pari ad euro **13.110.430,00=**.

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 2017;
- 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. 1022 del 29/09/2017 ha approvato il "Riparto delle risorse del F.S.R. di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata. Riparto provvisorio anno 2017" 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.13)** anno 2017 a favore delle Aziende Sanitarie unitamente alle indicazioni circa la necessaria predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2017 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 dell'equilibrio economico-finanziario del SSR;

con il suddetto atto si è assegnata, tra altro, la quota vincolata alla realizzazione progettuale in via previsionale, con riserva di conguaglio in sede di riparto definitivo, per l'anno 2017, 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 delle disponibilità finanziarie vincolate del SSN per l'anno 2017.

DATO ATTO

che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell' Accordo rep. n. 181/CSR del 26 ottobre 2017 la regione Basilicata ha predisposto, conformemente agli indirizzi previsti e nel rispetto della obbligatorietà 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 2017 per un importo complessivo pari ad euro **13.110.430,00=** assegnando alle linee progettuali le necessarie risorse di cui si dà evidenza nella tabella sottostante

Linea progettuale		Risorse vincolate 2017 Obiettivi di Piano Sanitario (di cui all'Accordo Stato-regioni 181/CSR-2017) assegnate dalla regione Basilicata: euro
1	ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	2.167.139,00
2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZ ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	233.287,00
3	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE . SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	1.259.816,00
4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	2.550.287,00
5	GESTIONE DELLE CRONICITA'	6.117.258,00
6	RETI ONCOLOGICHE	782.643,00
	Totale	13.110.430,00

VISTA

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

- dei Progetti "ALLEGATO 1/2017" redatti in rispondenza della definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo Rep. n. 181/CSR del 26/10/2017 e dell'Intesa rep. 182/CSR del 26/10/2017 per un importo complessivo di spesa pari ad euro 13.110.430,00=;
- della Relazione Illustrativa "ALLEGATO 2/2017" 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. 65/CSR del 14/04/2016 Fondi vincolati anno 2016- approvati con D.G.R. 411/2017.

ATTESO CHE

- i Progetti regionali, giusto “ALLEGATO 1/2017” (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/2017” - Progetti Obiettivi anno 2017, 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 **13.110.430,00**;
- la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli minimi imposti ove previsto;
- la quota di euro **13.110.430,00** 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 sopradette risorse finanziarie euro **13.110.430,00**, sono accertate sul capitolo E16105 al n. **2017/04569** (incassate per il 70% con reversale n. 5025 19/12/17) sono state impegnate in uscita su cap.**48030/2017** al n. **201706710/2017** del bilancio regione Basilicata, con erogazione (quota70%conguaglio) alle aziende sanitarie del S.S.R. in sede di riparto definitivo delle risorse di parte corrente e vincolata 2017 giusta DGR in corso di approvazione nei termini previsti per legge.

Su proposta dell’Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

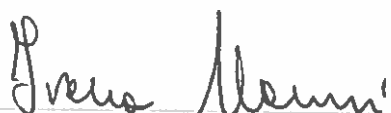
D E L I B E R A

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

- approvare i Progetti 2017 “ALLEGATO 1/2017” con relative schede per n. 6 linee progettuali, parti integranti e sostanziali del presente atto, relativi alle linee progettuali di cui all’ Accordo Rep. n. 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/2017 ” ad invarianza dell’importo di spesa complessiva anno 2017 di euro **13.110.430,00**;
- confermare per i progetti dell’anno 2017 gli indirizzi ed i vincoli di risorse;
- approvare la tabella: - Progetti Obiettivi anno 2017, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata- “ ALLEGATO A/2017”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di euro **13.110.430,00** (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;
- approvare la **Relazione Illustrativa** dei progetti collegati agli obiettivi di Piano FSN Vincolati anno 2016 “ALLEGATO 2/2017”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sui risultati raggiunti dai progetti presentati ed approvati con DGR n. 411/2017;
- 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 **13.110.430,00** quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l'Intesa rep 182/CSR del 26 Ottobre 2017 ed ai fini dell'erogazione del restante 30% del finanziamento sopra indicato;
- dare atto che le su dette risorse finanziarie , pari ad euro **13.110.430,00**, sono state accertate sul capitolo E16105 al n. 2017/04569 (incassate per il 70% con reversale n. 5025 19.12.2017) sono state impegnate in uscita su cap.48030/2017 al n. 201706710/2017del bilancio regione Basilicata, con erogazione (quota 70% conguaglio) alle aziende sanitarie del S.S.R. in sede di riparto definitivo delle risorse di parte corrente e vincolata 2017 giusta DGR in corso di approvazione nei termini previsti per legge.

L'ISTRUTTORE

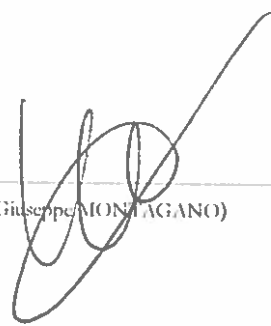


(Dott.ssa Ivana NANNI)

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	Seleziona un elemento	
Pubblicazione allegati	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Allegati non presenti <input type="checkbox"/>
Note	RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2016 (ACC.STATO REG. 65/CSR 14/04/2016). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2017 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N.181/CSR 26/10/2017.	
Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa o nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.		

**Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2017, art.1 comma 34 L.662/96 e s.m.i.
Regione Basilicata**

“ALLEGATO A/2017”

LINEE PROGETTUALI	QUOTA DI FSN VINCOLATO ANNO 2017 ASSEGNATO giusto PIANO REGIONALE 2017 di cui all' "ALLEGATO 1/2017" euro	AZIENDE SSR ATTUATRICI AZIONI PROGETTUALI
1 ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	1.061.140,00	ASP
	1.105.999,00	ASM
Tot. Linea Progettuale 1	2.167.139,00	
2 SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	74.485,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	158.802,00	IRCSS RIONERO
Tot. Linea Progettuale 2	233.287,00	
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	729.096,00	ASP
	384.850,00	ASM
	145.870,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea Progettuale 3	1.259.816,00	
4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	1.408.281,00	ASP
	828.762,00	ASM
	197.341,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	103.152,00	IRCCS
	12.751,00	Attività di supporto al PRP Osservatorio Nazionale Screening, Airtum e NIEPB
Tot. Linea Progettuale 4	2.550.287,00	
5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	4.267.160,00	ASP
	1.684.939,00	ASM
	165.159,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea Progettuale 5	6.117.258,00	
6 RETI ONCOLOGICHE	186.707,00	ASM
	595.936,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea Progettuale 6	782.643,00	
TOT. GENERALE assegnato FSN VINC 2017	13.110.430,00	(Acc.Stato/Regioni 182/CSR 26/10/2017 - Intesa 181/CSR 26/10/2017)



PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER L'ANNO 2017

La regione Basilicata con legge 2 del 12 gennaio 2017 ha integrato e modificato la struttura e la regolazione del Servizio Sanitario Regionale, come definite dalla L.R. 31 agosto 2001, n. 39 e dalla L.R. 1° luglio 2008, n. 12 e successive modifiche ed integrazioni. Ha inteso, così, promuovere una nuova governance fondata su reti organizzative, operative e funzionali fra le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale, riaffermandone i caratteri di unitarietà in una logica di appropriatezza delle cure, efficienza ed equità nella produzione ed erogazione dei servizi al fine di coniugare la sostenibilità economica con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, in una logica e secondo una prospettiva di difesa dell'identità regionale e di adeguamento alle disposizioni normative vigenti. Ha previsto, tra altro, sia una **revisione strutturale dell'offerta ospedaliera**, in conformità agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al Decreto del Ministero della Salute n.70 del 2 aprile 2015; sia una **revisione strutturale dell'offerta sul territorio**, orientata a dare concreta attuazione al modello distrettuale, con la effettiva implementazione dei Distretti della Salute secondo principi e criteri definiti dalla programmazione sanitaria regionale. Nella ridefinizione dell'assetto strutturale ed organizzativo del SSR è rimasta comunque inalterata la configurazione istituzionale prevista dalla Legge Regionale 12/2008:

- Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza (AOR): esercita funzioni di riferimento per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale;
- Ospedale Oncologico IRCCS CROB di Rionero in Vulture (CROB) deputato alle attività di ricerca, diagnosi e trattamento delle patologie neoplastiche
- Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) ed Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM). Entrambe con dimensioni coincidenti con i rispettivi territori provinciali ed una popolazione servita non inferiore a duecentomila abitanti.

In esecuzione dell'art.3, comma1- l.r.2/2017 si è provveduto, con DGR 778 del 26/07/2017, ad approvare la proposta di "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2018-2020" quale documento di tipo strategico che definisce in particolare "...*gli obiettivi da perseguire; le caratteristiche che dovranno permeare le azioni di sistema; i metodi e gli strumenti di regolamentazione dei soggetti erogatori...*" con conferma della funzione del Distretto della Salute quale luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni. Distretto che opera in un ruolo di governance adottando progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina e strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità (governo clinico). Con successiva DGR 779 del 26 luglio 2017 si è approvato l' "Aggiornamento dell'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto aziendale di cui alla DGR 624/2015" che costituisce atto di indirizzo uniforme per tutte le aziende sanitarie regionali per la redazione dell'Atto aziendale (art.35 c.2 L.R. n.26 -30dic.2011) a seguito della L.R.2/2017 di riordino SSR ed a seguito della DDGR n.1497/2016 (ridefinizione posti letto della rete ospedaliera e n. 604/2017(di aggiornamento degli Standard delle strutture complesse , semplici ed altro).

In tale contesto si sviluppano per l'anno 2017 i Progetti –Azione i di cui di seguito si dà evidenza.

**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 26 ottobre 2017 n.181/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<u>1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA</u> 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 dei 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 2017
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 2.167.139,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 2.167.139,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2017	Euro 2.167.139,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	Euro 0,00

IL PROGETTO



PREMESSA	<p>Il Patto per la salute 2014-2016, ha sottolineato esplicitamente la necessità di attuare concrete misure di programmazione sanitaria ed investire nel sistema salute, promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, ed avviare percorsi anche innovativi di riorganizzazione dei servizi e di utilizzo razionale delle risorse al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini.</p> <p>Secondo quanto dettato dal D.L.158 del 13.09.2012 convertito con L.189 dell'8.11.2012 le regioni organizzano l'Assistenza Primaria secondo modalità operative mono professionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali(AFT) e forme organizzative multi professionali 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. Le regioni, altresì, 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>E' l'art. 3 della L.R. n.12/2008 che implementa l'assetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale secondo un modello a rete, impegnando le Aziende sanitarie ad aggregare il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee, con criteri di affinità e complementarietà delle unità operative e per strutture multi-presidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica. Il Distretto della Salute, (area omogenea, secondo l'art. 4 della L.R. 12/ 2008) si configura come un ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale del SSR ed è una macro-organizzazione complessa della stessa, luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico complessiva dei bisogni. Il Distretto si avvale di piattaforme multiprofessionali e multidisciplinari per l'erogazione dell'assistenza primaria (es. Case della salute, Presidi poliambulatoriali etc), per la continuità delle cure (ad es. farmaceutica e domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone)e per l'integrazione ospedale-territorio. Ancora il processo di riorganizzazione delle Cure Primarie in Basilicata si è meglio definito 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)- <i>Programma "sistema" di politiche trasversali e specifiche</i> – che ha 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> con politiche mirate e di merito tendenti ad un modello di welfare regionale e sovraregionale adeguato alle esigenze ed ai diritti della persona.</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.</p> <p>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</p>

**CONTESTO REGIONALE**

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.

La L.R.12 gennaio 2017 n.2 "*Riordino del servizio sanitario regionale di Basilicata*" ha riprogettato gli assetti organizzativi e strutturali del Sistema Sanitario Regionale che, pur confermando il numero complessivo delle Aziende ed Enti del SSR, ha previsto una diversa organizzazione interna strutturata su un modello organizzativo a rete ed ha stabilito l'adozione al 30.06.2017 del nuovo "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità per il triennio 2018/2020".

Con DGR 778/2017 si è approvato il nuovo "Piano regionale integrato" calato in una regione caratterizzata da una 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 che genera un aumento della morbilità, specialmente sul versante delle malattie cronico - degenerative, ed un aumento della domanda di servizi legati alla non autosufficienza a cui bisogna rispondere con reti di servizi che superino confini di geografia fisica ed amministrativa e che realizzino obiettivi comuni aperti a nuove forme di sussidiarietà territoriale e di cooperazione. In tale realtà rimane fondamentale la valorizzazione 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), Legge.189/2012, così come delineate negli Accordi collettivi nazionali e regionali sono state e restano strumenti di promozione del Governo Clinico dell'Assistenza Primaria e mirano alla complementarità con le strutture ospedaliere e con le strutture socioassistenziali.

Il nuovo Accordo Programmatico, (D.G.R. 779 del 26.07/2017), come previsto dal Piano Regionale Integrato, traccia, tra altro, l'ASSISTENZA TERRITORIALE regionale prescrivendo che le Aziende Sanitarie locali di Potenza e Matera si articolino in Distretti della Salute, come definiti dal comma 1 dell'articolo 4 della LR n.12/2008 e che, ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n.7/2014, "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria" nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, gli stessi coincidano con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008. Pertanto al superamento di tale fase gli ambiti territoriali distrettuali collimeranno con gli ambiti sociali definiti con DGR n.917 del 7 luglio 2015 e smi. Nell'Accordo risulta rafforzata la funzionalità del Distretto e ne sono individuate le attività assistenziali proprie:

- a) primaria;
- b) farmaceutica;
- c) domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica;
- e) riabilitativa;
- f) consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- g) sociosanitaria;
- h) dipendenze patologiche;
- i) residenziale e semiresidenziale territoriale.



	<p>Attività da garantirsi anche attraverso gli Ospedali distrettuali di Lauria, Maratea, Chiaromonte, Venosa, ricadenti nel territorio dell'ASP e di Stigliano, Tinchi, Tricarico ricadenti nel territorio dell'ASM.</p> <p>Le aziende del SSR, con l'Atto Aziendale, devono impegnarsi in un progetto con previsione di forte integrazione delle attività sanitarie e amministrative, al fine di costituire una base di dati condivisi utili alla realizzazione di strumenti congruenti per la governance sanitaria e per la valutazione e controllo degli aspetti clinici ed amministrativi.</p> <p>Il tutto mediante l'adesione al modello organizzativo integrato: Dipartimento Interaziendale, Reti interaziendali, Struttura Complessa Interaziendale, Coordinamenti o Programmi Interaziendali. In tale contesto si inseriscono per l'anno 2017 il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare gli art. n.1 comma 5 e n. 5, giusto 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. A tal fine l'Accordo Stato-regioni del 26/10/2017 (rep atti 181/CSR) definisce, per l'anno 2017, le linee progettuali, <i>“con garanzia di sostanziale continuità rispetto ai contenuti delle linee progettuali individuate per l'anno 2016, tenendo conto in particolare della necessità di investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore”</i>, (vedi Accordo Stato-Regioni del 65/CSR 14/4/2016 anno 2016 e precedenti) e tra queste per l' ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA stabilendone i relativi vincoli economici per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse assegnate 2017. La regione Basilicata, avuto debito conto ed in continuità delle azioni intraprese negli anni precedenti sul territorio (SSR) per attività di ASSISTENZA PRIMARIA e per il perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, ha per l'anno 2017 inteso proseguire gli interventi programmati, quale <i>“continuum”</i>, intensificandoli, ampliandoli e/o implementandoli e per il realizzarsi delle stesse ha assegnato alla Linea progettuale 1 ASSISTENZA PRIMARIA, la somma complessiva vincolata di euro 2.167.139,00 (che è quota parte della somma globalmente assegnata 2017 giusto Accordo rep.181/CSR 26-10-2017).</p> <p>Di seguito si dà evidenza del Progetto e delle Azioni pianificate anno 2017:</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1 Azione 1.1</p>	<p>Azione 1.1: OSPEDALE DISTRETTUALE -UCCP-FARMACIA DEI SERVIZI NUOVI ORIZZONTI D'INTEGRAZIONE -ASP- (proseguo azione 1.1 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC. 2017 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.1: euro 1.061.140,00- Referente aziendale ASP: Dott.ssa Anna Bacchini</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Con 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</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1 Azione 1.1</p>	<p>(Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi).</p> <p>Negli altri Presidi, denominati Ospedali Distrettuali (POD), viene svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. In ogni caso sono garantite le attività previste dalla Legge Regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i.</p> <p>Tale previsione, che nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) interessa i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa (essendo il Presidio Ospedaliero di Lauria già riconvertito alle funzioni di Ospedale Distrettuale), pur trovando fondamento nella esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal Patto per la Salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando diseguaglianze tra i cittadini della regione. Al contrario, vuole completare e riqualificare l'assistenza territoriale inserendo tra l'ospedale ed il territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive Comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate per evitare il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.</p> <p>L'azione progettuale verterà su tre parametri fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Rimodulazione di alcuni POD, in particolare Venosa e Maratea, attraverso alcune priorità organizzative e gestionali , quali :<ol style="list-style-type: none">a) Trasferimento delle attività amministrative e socio sanitarie a ai Distretti di Venosa e di Lauriab) Potenziamento dei servizi territoriali delle cure primarie, delle attività consultoriali e dell'attività dell'assistenza domiciliare;c) Trasferimento delle attività dei nuclei operativi territoriali del Dipartimento Salute Mentale;d) Attivazione di posti letto di lungodegenza e riabilitazione (POD di Venosa) e di RSA R2 (POD di Maratea);e) Potenziamento della specialistica ambulatoriale attraverso l'implementazione di un polo specialistico derivante dalla fusione delle attività distrettuali collocate in altra struttura.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:<ol style="list-style-type: none">a) miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;b) 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;c) sperimentazione di nuovi modelli di lavoro integrati tra MMG, infermieri, amministrativi, specialisti, assistenti sociali e medici della continuità assistenziale (MCA)d) semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni. <p>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</p>
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1 Azione 1.1</p>	<p>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</p> <p>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.</p> <p>Il ruolo che si intende dare alle farmacie convenzionate è quello della "<i>farmacia dei servizi</i>" che partecipano come centri polifunzionali dei servizi al processo di riorganizzazione ospedale- territorio.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>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:<ul style="list-style-type: none">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 medico di famiglia o dal pediatra;• collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti ed il relativo monitoraggio, anche attraverso specifici programmi di farmacovigilanza;• erogazione di servizi di primo livello di partecipazione a programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione;• erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;• effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza nell'ambito dei servizi di cui al punto precedente;• prenotazione di prestazioni specialistiche, pagamento dei ticket e ritiro dei referti.
---	---



DESCRIZIONE PROGETTO N.1 - Azione 1.2	<p>Azione 1.2: Presenza in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)-(proseguo azione 1.2 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC. 2017 Progetto 1 assegnato all'azione 1.2: euro 419.130,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr V. Cilla</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1) Aumentare la capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie.2) Assicurare la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità mediante la integrazione del sistema di emergenza territoriale con la continuità assistenziale.3) Ridurre le liste di accesso e decongestionare il PS per accessi impropri. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Acquisto e adozione e implementazione di un programma informatico che metta in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali al fine di implementare i percorsi PDTA di presa in carico dei pazienti.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Popolazione > 65 affetta da pluripatologie/Popolazione generale</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE <i>“Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale di servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi”</i></p> <p>Obiettivo principale del progetto, è la presa in carico globale della popolazione target, cioè i cittadini >65 anni affetti da pluripatologie quali, 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.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Organizzazione e messa in atto del riassetto organizzativo e strutturale di assistenza ospedaliera e distrettuale attraverso incontri tra MMG e Medici di C.A. con i Medici Ospedalieri e Specialisti Territoriali al fine di creare una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale, inserendo nella rete, oltre che i medici anche gli amministratori locali, le farmacie comunali, (laddove presenti), i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.2) 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.3) Utilizzo del programma informatico.
--	--



DESCRIZIONE PROGETTO N.1 Azione 1.3	<p><u>Azione 1.3 :</u> PHARMACEUTICAL CARE – Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei Servizi di Assistenza Ospedaliera e Territoriale- Farmacia dei Servizi - ASM - (proseguo azione 1.1 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC.2017 -Progetto 1 assegnato all'azione 1.3: euro 289.375,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott.ssa F. Di Cuia</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI: Monitoraggio delle prescrizioni attraverso compilazione di schede di rilevazione Garantire la continuità terapeutica ospedale territorio collaborando con le strutture di ricovero ; Favorire l'utilizzo di principi attivi non coperti da brevetto e di farmaci biosimilari; Verifica delle prescrizioni e dei Piani terapeutici.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI 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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Inserimento del 100% dei dati inerenti le prescrizioni di farmaci e/ dispositivi medici e prodotti dietetici per la cura/ trattamento e terapia delle malattie croniche; Impegno di: - n. 2 operatori amministrativi e/o sanitari per 12 ore settimanali x 46 sett. Anno; - n. 1 farmacista x 6 ore sett. X 46 sett. Anno.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Interventi di riassetto organizzativo per migliorare la rete dei servizi di assistenza territoriale ed ospedaliera attraverso molteplici attività svolte in collaborazione tra le farmacie ospedaliere e territoriali , gli operatori del territorio e i medici di medicina generale. 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>
--	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1 Azione 1.4</p>	<p>Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- ASM- (prosieguo Progetto-azione 1.4 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: 2014/2017: annualità 2017 - Quota importo FSN VINC.2017 Progetto 1 assegnato all'Azione 1.4: euro 397.494,00</p> <p>Referente aziendale: Dr. Vincenzo DENISI</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Consolidamento delle aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) inserito nelle attività di integrazione dei servizi assistenziali intraprese dalla ASM, con l'obiettivo della presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali. Utilizzo reti aziendali per consolidare e facilitare il collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI 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 nel rispetto delle condizioni normative ed economiche possibili. Integrare l'attività dei MMG, PLS e CA all'interno di strutture della ASL (Sedi distrettuali di Grottole e Salandra) che ospitano già attività specialistica e servizi socio assistenziali. Acquisto di 10 computer da utilizzare nelle singole strutture territoriali; acquisto di server informatico di supporto alle reti aziendali che permetta il collegamento informatico fra MMG, PLS , CA , specialisti ospedalieri e ambulatoriali. Organizzazione presso gli uffici centrali di assistenza primaria di un ufficio dedicato alla raccolta e conservazione (cartacea e informatica) del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).</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. 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
TITOLO DEL PROGETTO	- Accordo Stato Regioni 26 ottobre 2017 n.181/CSR 2 : SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI : Azione 2.1: Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM).- A.O.San Carlo Pz Azione 2.2: "NARRAZIONI IN ONCOLOGIA" Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici – IRCCS CROB- Rionero
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2017
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 233.287,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 233.287,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2017	Euro 233.287,00
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, inserito per la prima volta nel Patto per la salute 2014-2016, intende affermare la centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale. Le Regioni si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario occupandosi degli aspetti strutturali, organizzativi, comunicativi e relazionali per l'assistenza del paziente considerando la programmazione della formazione del personale impegnato unitamente ai cambiamenti organizzativi per lo più indirizzati a: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

Umanizzazione in ambito sanitario vuole essere : 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, ove assume grande rilevanza "ri-orientare" l'assistenza al paziente considerato nella sua interezza e complessità ed al centro delle attenzioni e delle attività degli operatori sanitari , è necessario dedicarsi, oltre che agli aspetti economico – gestionali, anche a quelli qualitativi e relazionali finalizzati all'umanizzazione delle cure.

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.

Gli interventi in questo contesto possono essere inquadrati tra altro nei seguenti ambiti:

Organizzativo

- accoglienza, informazione, consenso informato, coinvolgimento dei familiari;
- integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l'inserimento mirato di specifici interventi di ambito psicologico anche con particolare riferimento alle condizioni di ricovero in area critica.

Relazionale

- relazione tra medico paziente e altro personale sanitario;
- benessere del personale, stress da lavoro.

Strutturale

- progettazione di ambienti di cura ed assistenza, in modo da soddisfare le esigenze di umanizzazione per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale. Dopo le Linee di indirizzo sulla medicina narrativa rilasciate dall'Istituto Superiore di Sanità, diverse aziende sanitarie hanno istituito laboratori per sperimentare strumenti e metodi narrativi, formare il personale, individuare best practice. L'approccio proposto dalla medicina narrativa sposta il focus dal trattamento della malattia alla cura della persona attraverso l'ascolto, il dialogo, la costruzione condivisa del percorso terapeutico a cui si aggiunge il monitoraggio delle attività e dei percorsi formativi finalizzati alla personalizzazione delle cure. Diventano così importanti le AZIONI programmate ed adottate dalle aziende del SSR.

Il Patto per la Salute 2014-2016 ed in particolare gli art. n.1, comma 5 e n. 5, considerato 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 2017 l'Accordo Stato-regioni del 26/10/2017(rep atti 181/CSR)



	<p>definisce le linee progettuali in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2016 (Accordo Stato-Regioni 65/CSR del 14/04/2016) e tra queste lo Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali definendone i relativi vincoli economici 2017. La regione Basilicata, in debita considerazione delle attività implementate, svolte ed incrementate con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano Vincolati assegnati negli anni precedenti (2013/2016) per la realizzazione dei progetti inerenti lo sviluppo dell'Umanizzazione delle Cure, in un'ottica di continuità delle azioni improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano nel lungo periodo, ha inteso proseguire ed incrementare per l'anno 2017 le azioni intraprese (DGR411/2017) in vista del raggiungimento degli obiettivi individuati e per il procedere delle stesse assegna, quali Obiettivi di Piano Vincolati anno 2017, la somma complessiva vincolata di euro 233.287,00 (quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa 181/CSR 26/10/2017 alla regione Basilicata).</p> <p>Di seguito si indicano le azioni progettuali 2 con assegnazione di FSN Vincolati anno 2017</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N. 2 Azione 2.1</p>	<p><u>Azione 2.1:</u> Prendersi cura: verso un incontro di saperi . Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM).- AOR "SAN CARLO" PZ -(prosieguo Azione 2.1 - DGR 411/2017 FSN VINC.2016)</p> <p>Durata annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC. Progetto 2 assegnato all'Azione 2.1: euro 74.485,00</p> <p>Referente aziendale A.O.R. S. Carlo: Dr.ssa Angela Pia. Bellettieri - Direzione Sanitaria- Responsabile Struttura "Qualità, Risk Management, Accreditamento"</p> <p>L'attivazione di un Laboratorio di Medicina Narrativa (deliberazione del Direttore Generale n.2013/00281 del 02/07/2013 con costituzione di un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare) all'interno dell'azienda Ospedaliera regionale San Carlo, in linea con il principio di Umanizzazione, risponde alla finalità di migliorare la qualità delle cure. La Medicina Narrativa infatti, così come dimostrato dalle esperienze di altre Aziende Sanitarie nazionali, se integrata con la medicina basata sull'evidenza, risulta dare un valido contributo all'interno della pratica clinica. Le storie di malattia consentono di andare oltre i limiti dell'EBM e del classico approccio positivista della biomedicina, decodificando non solo le narrazioni di malattia del paziente ma anche quelle dell'operatore sanitario, mettendo in luce la natura culturale del ragionamento clinico su cui si fonda la biomedicina al di là dei suoi presupposti scientifici. La Medicina Narrativa intende 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.</p> <p>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.</p>



DESCRIZIONE PROGETTO N.2 Azione 2.1	<p>In tale contesto diverse sono le azioni svolte tra cui</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Partiti da una prima fase di sperimentazione (svoltasi nel 2014) si è continuato negli anni successivi, compreso il 2017, con una nuova fase di ricerca che vede coinvolte, dopo diversi stadi formativi, nuove Unità Operative Complesse dell'AOR San Carlo.</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none">• Migliorare le capacità degli operatori sanitari di comunicare con i pazienti e, più in generale, con gli utenti dei servizi sanitari;• Penetrare più in profondità nella narrazione dell'esperienza di disagio o di malattia del malato;• Comprendere meglio il vissuto del paziente, soprattutto nel caso di patologie oncologiche. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none">• Report delle storie accolte;• Valutazione del personale formato alle Medical Humanities tramite interviste o altro sistema previsto per la verifica.
	<p>INDICATORI NUMERICI</p> <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
	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p><i>Formazione : Testi; Test Funzionali; Opere Letterarie; Testi Autobiografici</i></p> <p>Percorso sulle discipline delle Medical Humanities applicate al percorso oncologico; Formazione n. 100 operatori delle Unità Operative oggetto della sperimentazione. Attività di Laboratorio nelle Unità Operative oggetto del progetto.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.2: Azione 2.2</p>	<p>Azione 2.2: "NARRAZIONI IN ONCOLOGIA" - Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici - IRCCS CROB Rionero -(proseguo azione 2.2 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 - Quota importo FSN Vinc. 2017 del Progetto 2 assegnato all'Azione 2.2 : euro 158.802,00</p> <p>Referente aziendale IRCCS CROB: Dr Sergio Maria Molinari</p> <p>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 <i>patient's journey</i>,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 <i>bottom-up</i> 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.</p> <p>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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Numero di diari raccolti ed elaborati.</p> <p>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.</p>
--	--

**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 26 ottobre 2017 n.181/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' 2017
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI	
LINEA PROGETTUALE 3	Euro 1.259.816,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 1.259.816,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2017	Euro 1.259.816,00
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 stato un traguardo importante nel panorama sanitario italiano ed europeo: tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza ed 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 ed in particolare in quella terminale. La stessa fornisce 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. L'attuazione degli interventi previsti viene demandata ad appositi Accordi Stato-regioni quali atti di indirizzo e precisamente:

- 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 al fine di rafforzare l'offerta assistenziale sul territorio per il paziente adulto e pediatrico. Il nuovo Modello Organizzativo, integrato nel territorio, scompone il livello assistenziale 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 di definizione dei requisiti minimi e delle 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.

CONTESTO

In Basilicata la presa in carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione è stata ed è obiettivo strategico delle politiche regionali per la salute: in tale direzione si è operato per lo sviluppo e la continua implementazione dei servizi che compongono la rete delle cure palliative. I Piani Sanitari Regionali previgenti, il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità, per il triennio 2012/2015, come ratificato con D.C.R. n.317 del 24.07.2012 e dal 2017 il nuovo Piano Sanitario Integrato hanno individuato gli obiettivi di salute unitamente alle linee di pianificazione sanitaria regionale da perseguire.

Diversi negli anni 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, in linea con la Legge 38/2010, si sono approvati gli "Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione



CONTESTO

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.

Successivamente si è provveduto ad armonizzare ed integrare i modelli vigenti creando la nuova 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);

- 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, si è recepita l'Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 -Rep. n.151 CSR e, in attuazione della stessa, si è definito, altresì, il modello regionale di "Rete delle cure palliative e della terapia del dolore in ambito pediatrico".

La regione Basilicata, giusto Accordo Stato Regioni n.87/CSR del 10.7.2014 che ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (art 5, comma 2, della L. n.38/2010, ha reputato necessario integrare funzionalmente la Rete Oncologica, la Rete delle Cure Palliative, della Terapia del Dolore e nell'ambito del "Piano regionale della salute e dei servizi alla persona" 2018/2020 approvato con DGR 778 del 26.07.2017 ha fissato presso l'IRCCS-CROB di Rionero il coordinamento della formazione del personale sanitario a qualsiasi titolo coinvolto nel progetto "*Basilicata ospedale-territorio senza dolore*" ed ha stabilito che le cure palliative vengono, in parte, erogate a domicilio tramite l'Assistenza Palliativa Domiciliare.

In tale ottica, dando 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, per l'anno 2017, e che l'Accordo Stato-regioni del 26.10.2017 (rep atti 181/CSR) ne ha definito le linee progettuali (anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2016 -Accordo Stato-Regioni del 14.04.2016) con specifica dei relativi vincoli economici anno 2017 (Intesa Stato/regioni 182/CSR-.2016) e tra queste **Cure Palliative e Terapia del Dolore Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica, la regione Basilicata, in debita considerazione delle azioni intraprese, ha inteso proseguire potenziando le attività svolte per lo sviluppo dell'Assistenza Palliativa in ambito regionale. Programmi, finanziati per gli anni precedenti con risorse assegnate quali Obiettivi di Piano Vincolati anni 2016 e retro, che 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, la regione Basilicata intende per l'anno 2017 proseguire, incrementare le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi individuati ed assegna per il procedere degli stessi, quali Obiettivi di Piano anno 2017, la somma complessiva vincolata di euro 1.259.816,00.**

Di seguito, pertanto, si indicano le azioni finanziate con FSN VINC 2017 per l'attuazione del presente Progetto:

**DESCRIZIONE
PROGETTO N.3
Azione 3.1****Azione 3.1:****Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) – (prosieguo Progetto-Azione 3.1 –DGR 411/2017)****Durata: annualità 2017**

Quota importo FSN VINC. 2017 del Progetto 3 assegnato all'azione 3.1:

euro 729.096,00

Referente aziendale ASP: Dott. Giovanni Vito Corona

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.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

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

INDICATORI NUMERICI

- 1) Numero impianti domiciliari di PICC e Midline anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016
- 2) Numero impianti ospedalieri di PICC, Midline e altri accessi venosi centrali a pazienti in cure domiciliari anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016
- 3) Numero pazienti che eseguono NPT domiciliare con PICC e Midline anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016
- 4) Numero pazienti che eseguono emotrasfusioni domiciliari con PICC e Midline i anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016
- 5) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per eseguire terapie endovenose a causa di assenza di accessi venosi anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016
- 6) Numero pazienti che ricorrono a ospedalizzazione per complicanze della propria malattia generate dalla assenza di accessi venosi anni 2012- 2013 – 2014-2015-2016.



DESCRIZIONE PROGETTO N.3 Azione 3.1	ATTIVITA' PREVISTE Costituzione di un PICC team aziendale in grado di rispondere alla domanda di tutti i territori. Il PICC team aziendale, che avrà carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti), dovrà organizzare le seguenti attività: <ol style="list-style-type: none">1) Formazione del personale<ul style="list-style-type: none">• Corsi specifici;• On the job training.2) Allestimento di una procedura nella quale sono chiaramente individuati:<ul style="list-style-type: none">• le indicazioni cliniche alla procedura (patologie, tipo di infusioni);• i pazienti ai quali offrire la procedura (aspettative di vita, performance status);• le condizioni igieniche e sociali dei domicili nei quali eseguire la procedura;• il kit della procedura;• l'equipe individuata alla esecuzione della procedura;• gestione delle complicanze3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto:<ol style="list-style-type: none">a. 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);b. Mezzi necessari per il trasporto delle equippe e degli strumenti specifici (auto furgonate).4) Coordinamento delle equipe domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare);5) Gestione di eventuali complicanze o criticità;6) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espanto, ecc.).
--	---



DESCRIZIONE PROGETTO N.3 Azione 3.2	<p>Azione 3.2 :</p> <p>Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica -ASM-(proseguo azione 3.2 DGR411/2017).</p> <p>Durata: annualità 2017 - Quota importo FSN VINC. 2017 Progetto 3 assegnato all'azione 3.2: euro 228.000,00 Referente aziendale ASM: Dr. V. Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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).</p> <p>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 dell'ASM.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>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</p> <p>Implementazione ambulatorio di "Terapia del dolore" presso ospedali distrettuali.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Presa in carico completa in ospedale e a domicilio dei pazienti eleggibili per cure palliative.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</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 spirituale;</p> <p>Incontri fra MMG, Medico Palliativista, Medico del Distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.</p>
---	--



DESCRIZIONE PROGETTO N.3: Azione 3.3	<p>Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore -ASM- (proseguo Azione 3.3 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota importo FSN VINC. 2017 Progetto 3 assegnato all'Azione 3.3: euro 156.850,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott. G. Ciampo – Dott. F. Dimona</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 sedazione 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.• Attività territoriali (Stigliano-Tinchi): Ambulatorio di Stigliano e di Tinchi- Hospice di Stigliano <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
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.3: Azione 3.3</p>	<p>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) Preso in carico pz con gravi disabilità (Matera) Prestazioni di Terapia Antalgica complesse (Matera) Accessi ambulatorio Tinchi Accessi ambulatorio di Stigliano</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Cure Palliative:</p> <ul style="list-style-type: none">• impianto di port a cath per chemioterapia e/o NPT, altre terapie• impianto di CVC a medio-lungo termine per pz affetti da patologie croniche (esiti di ictus cerebri, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento)• manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparinizzazione degli impianti• preso in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG. <p>Terapia del Dolore:</p> <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
PROGETTO N.3:
Azione 3.4****Azione 3.4**

**Integrazione Hospice-Cure Palliative Domiciliari - A.O.R. San Carlo Pz – (proseguo
Azione 3.4 DGR 411/2017)**

Durata: annualità 2017 –

Quota importo FSN VINC. 2017 Progetto 3 assegnato all'Azione 3.4: euro 145.870,00

Referente aziendale : 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.

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

Realizzazione di una piattaforma di integrazione funzionale tra il setting residenziale di cure palliative (Hospice dell'A.O. S. Carlo di Potenza) e quello domiciliare (assistenza domiciliare specialistica ADI-ANT distretto di Potenza) tale da creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete delle cure palliative.

Borsa di studio per medico da dedicare soprattutto all'attività di raccolta dati e ricerca.

Realizzare il numero max di interventi a domicilio, da parte dell'equipe dell'Hospice, in relazione al numero di pazienti che afferiranno o sono afferiti all'Hospice nell'anno



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.3: Azione 3.4</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/l 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)e/ o convegni formativi <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none">- 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).- Utilizzo di software dedicato che consenta 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.- Visite domiciliari da parte dell'equipe dell'Hospice e prestazioni specialistiche domiciliari- Prestazioni in affiancamento dell'equipe Hospice (medici e infermieri) all'equipe domiciliare per garantire continuità di cura ed assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice.- Attuazione del protocollo di intesa "Dimissioni protette e continuità delle cure" predisposto tra l'AOR San Carlo e la ASP.- Formazione e affiancamento ai professionisti dell'assistenza domiciliare specialistica ADI-ANT del distretto di Potenza che erogano prestazioni a pazienti che non possono afferire al Day-Hospice.- Formazione finalizzata all'attività di ricerca.- Raccolta dati e ricerca.- Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche (almeno una per anno).
--	--



**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 26 ottobre 2017 n.181/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	ANNUALITA' 2017
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. 2017 :	Euro 2.550.287,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2017- all'Azione progetto 4.1: Piano Regionale di Prevenzione	Euro 2.537.536,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO 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 DGR 94 del 2 febbraio 2016 s.m.i.</p>

**DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO**

Con la presente linea progettuale viene ripartito agli Enti del SSR l'importo assegnato a valere sulla quota del FSN VINCOLATO 2017, al netto della quota assegnata per il supporto al piano.

Di seguito si riporta la tabella di riparto

DESCRIZIONE AZIENDA	IMPORTO IN EURO
ASP	1.408.281,00
ASM	828.762,00
A.O.R. San Carlo - Potenza	197.341,00
IRCSS – CROB - Rionero	103.152,00
Totale	2.537.536,00

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 ai 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 n. 91/2015 – n.710/2015 – n.1230/2015 e successive modifiche e integrazioni n.94/2016	Accordo Stato Regioni 26 ottobre 2017 n.181/CSR
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	2017
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. 2017 :	Euro 2.550.287,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC.2017- all' azione 4.2: "... Supporto Piano Prevenzione..."	Euro 12.751,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO 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>



CONTESTO	<input type="checkbox"/> Ottimizzare gli interventi di prevenzione oncologica primaria e secondaria; <input type="checkbox"/> Monitorare l'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le Aziende Sanitarie regionali; <input type="checkbox"/> Essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto ambientale sull'incidenza delle malattie oncologiche, attraverso studi integrati, già previsti peraltro nel PRP. In ultimo la regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l'expertise del NIEBP.
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.2	Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni. Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi. Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche: <input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni; <input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening); <input type="checkbox"/> miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati. Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche: <input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti; <input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori; <input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali; <input type="checkbox"/> attività di formazione; <input type="checkbox"/> supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti. In ultimo, si prevede di sviluppare metodologie dirette ad un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto avvalendosi del NIEBP.
OBIETTIVI	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

**DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO**

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN Vincolate 2017 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di euro **12.751,00** verrà assegnata 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	5.100,00
AIRTUM	3.825,00
NIEBP	3.826,00
Totale	12.751,00

2017

**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	BASILICATA -Accordo Stato Regioni 26 ottobre 2017 n.181/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<p>5: <u>GESTIONE DELLA CRONICITA'</u> - <u>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità</u> – comprendente le sottoelencate :</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: "La presa in carico efficace" 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 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione - (ASP);</p>



	Azione 5.18: Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano (A.O. R. San Carlo). Azione 5.19: Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-(ASP)- Nuova azione anno 2017
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2017
REFERENTE REGIONALE	Dott. Giuseppe Montagano; dr.ssa ZULLO Maria Luisa; dott.ssa Rocchina Giacoia - Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 5	Euro 6.117.258,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 6.117.258,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2017	Euro 6.117.258,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00
	IL PROGETTO
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>



CONTESTO	<p>La Regione Basilicata con L.R. 12/2008 ha attuato il riassetto organizzativo e territoriale del Sistema Sanitario regionale quale sistema unitario ed integrato adottando una configurazione di strutture organizzative a rete che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendale. Obiettivo: continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio. Il Distretto della Salute, art.1, comma 4 L.R. n. 12/2008, per il "governo partecipato delle politiche integrate della salute" sviluppa 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.</p> <p>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>Nel Distretto riveste grande importanza la gestione della cronicità e a tal fine il modello assistenziale ed organizzativo adottato è stato quello della "presa in carico" integrata e proattiva capace di intercettare il bisogno di salute, anche prima che si manifesti esplicitamente, mediante risposte assistenziali adeguate. Si è inteso passare 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.</p> <p>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>La Legge regionale n.2 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata" del 12 gennaio 2017 ha riprogettato gli assetti organizzativi e strutturali del SSR prevedendo una diversa organizzazione interna strutturata su un modello organizzativo a rete con adozione al 30.06.2017 del nuovo "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità per il triennio 2018/2020".</p> <p>Atteso che 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 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di</p>
-----------------	--



CONTESTO	<p>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 2017 l'Accordo Stato-regioni del 26.10.2017 (rep atti 181/CSR) definisce le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2016 (Accordo Stato-Regioni del 65/CSR 14.04.2016) e tra queste: l'Attività di "GESTIONE DELLA CRONICITA'" definendone i relativi vincoli economici per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse 2017 assegnate giusta Intesa Stato/regioni (182CSR 26.10.2017). In tale ottica la <u>regione Basilicata</u>, date le attività avviate mediante le Aziende del SSR, con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati negli anni precedenti, per lo sviluppo della linea della CRONICITA', valutato necessaria la continuità delle azioni intraprese, sempre improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, ha inteso proseguirle/incrementarle e a tal fine assegna per il protrarsi delle stesse, quali Obiettivi di Piano Vincolato anno 2017, la somma complessiva vincolata di euro 6.117.258,00 al presente progetto di cui di seguito si dà evidenza delle azioni pianificate:</p>
DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.1	<p>Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS – ASP- (prosecuzione azione 5.1 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 –</p> <p>Quota Importo FSN Vinc.2017 Progetto 5 assegnata all'azione 5.1: euro 1.532.740,00</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 Equipes Territoriali della Medicina Generale, l'ASP di Potenza intende espandere la medicina d'iniziativa con un progetto pilota che interessi i MMG e i PLS attraverso la partecipazione di una o più equipe semistrutturate.</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 l'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).</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.1</p>	<p>Si precisa inoltre che:</p> <ul style="list-style-type: none">• con il nucleo di base della Equipes (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, gli Specialisti ove individuati) è possibile prevedere l'integrazione con servizi opzionali, aggiuntiva a seconda delle differenti necessità territoriali;• 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):<ul style="list-style-type: none">- 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>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza Incremento dell'attività medica ambulatoriale a disposizione di tutta la popolazione iscritta ai MMG della Equipe, ed espletata dai MMG, eccedente quella già prevista per la medicina associativa o di gruppo, secondo gli accordi vigenti (attualmente 6 ore giornaliere per le medicina di gruppo e apertura degli ambulatori che raggiunga le ore 19,00). Durata del servizio 12 ore al giorno dalle 8.00 alla 20.00. Incremento dell'attività medica di contattabilità personale o attraverso la organizzazione interna alla struttura per l'eventuale domiciliarietà per ciascun MMG. Almeno due ore giornaliere oltre le 10 del mattino nei giorni feriali non prefestivi. Attività di guardia medica per i mesi estivi nei comuni turistici (Maratea, Rotonda, ecc.). 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 Organizzazione dell'attività clinica ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento per le patologie di: Diabete, Ipertensione arteriosa BPCO e Sindrome metaboliche.</p> <p>Attivazione dei 4 "Ambulatorio Medico orientato"(AMO)- Day-Service Ambulatoriale territoriale-</p> <ul style="list-style-type: none">• Attività ambulatoriale dedicata alla gestione degli AMO/ Day-service. Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in <i>sub-target</i> a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il <i>sub-target</i> più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri.
---	---



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1</p>	<p>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 specifico sistema informativo in rete.</p> <ul style="list-style-type: none">• L'AMO <i>-Day Service Ambulatoriale Territoriale-</i> gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata.• L'AMO- <i>Day Service Ambulatoriale Territoriale-</i> che farà riferimento alle attività individuate dai Distretti Sanitari, Dipartimento Aziendale di Prevenzione ed a livello regionale nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione verrà gestito in collaborazione con la funzione infermieristica professionale e integrato, quando necessario con procedure concordate con i servizi specialistici, di laboratorio e diagnostici dell'ASP.• Restano in capo al MMG: 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 della patologie cronic- degenerative e dei percorsi diagnostico- terapeutici è possibile la distribuzione diretta di farmaci e presidi integrativi, anche attraverso la struttura del NCP. <p>INDICATORI NUMERICI Indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valutazione e controllo secondo linee guida del 100% dei pazienti chiamati, affetti dalle patologie croniche oggetto delle sperimentazione.• Messa in rete dei dati clinici dei pazienti afferenti alla UCP.• Adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche.
---	--



<p>DESCRIZIONE AZIONI PROGETTO N.5: Azione 5.1</p>	<p>RISULTATI ATTESI</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici 80% dei pazienti screenati con diagnostica strumentale e di laboratorio per la gestione delle patologie croniche individuate, su appuntamento• Diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche• Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.• Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.• Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Durante la sperimentazione i MMG svolgeranno le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:</p> <ul style="list-style-type: none">• attività ambulatoriale tradizionale e per gli Ambulatori Medici Orientati alla gestione delle patologie croniche (Ipertensione- Diabete Sindrome Metaboliche- BPCO);• assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione, prevalentemente, quella iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, nelle 12 ore;• incremento delle ore di contattabilità del singolo medico in associazione, anche attraverso il servizio di segreteria del NCP, per l'eventuale domiciliarità non inferiore alle due ore giornaliere dal lunedì al venerdì;• attività di ciascun medico partecipante al progetto, senza la presenza del paziente, di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati , organizzativa, programmatica e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.2</p>	<p>Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata - ASM- (proseguo Progetto Azione 5.2 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnata all'azione: euro 562.126,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr. De Nisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Assistenza Primaria, Specialistica Territoriale, Gestione integrata dei pazienti: presa in carico dei pazienti con malattie croniche attraverso l'organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche al fine di garantire la continuità delle cure mediante gestione integrata del pz. da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Attivazione percorso per n. 3 patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco ipertensione arteriosa) gestite secondo il Chronic Care Model, fra MMG e medici ospedale di Tricarico.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.2</p>	<p>INDICATORI NUMERICI Presa in carico di 50 pazienti per ogni patologia cronica in cui è stato attivato il Chonic Care Model.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 AZIONE 5.2</p>	<p>Azione 5.3 : Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze –ASM-(prosieguo progetto-Azione 5.3 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.3 : euro 51.167,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr. Grieco</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Rete dei servizi per la cura delle malattie croniche con presa in carico multidisciplinare del 100% degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali (c/o U.O. Neurologia - ambulatorio dedicato) per la cura e il trattamento delle demenze. 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>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 AZIONE 5.2</p>	<p>INDICATORI NUMERICI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mille visite/ anno effettuate dai seguenti specialisti: • 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>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Somministrazione antipsicotici con piano terapeutico.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.4</p> <p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.4</p>	<p>Azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali-ASM- (proseguo progetto-Azione 5.4 DGR 411/2017)</p> <p>Durata : annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'azione 5.4: euro 81.382,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr.ssa Coniglio</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi assistenziali</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Prestazioni di ricovero per pazienti affetti da sclerosi multipla, prestazioni sanitarie effettuate dai medici specialisti di Neurologia e Urologia DRG 012 n. DRG 561 n. Visite neurologiche Visite urodinamiche in SM Ecografie vescicali in SM Stimolazione del nervo tibiale posteriore in SM Addestramento auto-cateterismo 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. Partecipazione di diverse unità operative della ASM con coinvolgimento di medici e personale del comparto delle divisioni di Neurologia , Medicina e Urologia.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.5</p>	<p>Azione 5.5: Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model – ASM- (proseguo progetto-Azione 5.5 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC.2017-Progetto 5 assegnato all'azione 5.5: euro 215.029,00</p> <p>Referente aziendale ASM: dr V. Cilla</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none">- Assunzione della presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche già al momento della dimissione ospedaliera, da parte della U.O. S.D. di Geriatria Territoriale e della U.O.S.D. Coordinamento di attività di gestione Percorsi riabilitativi, secondo il modello della “sanità d’iniziativa” o “proattiva”.- Organizzazione e utilizzo del <i>Day service</i> quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in <i>day hospital</i> per utenti che presentano problemi complessi e non richiedono sorveglianza medico-infermieristica prolungata- Assunzione della <i>presa in carico dei cittadini</i> affetti da malattie croniche da parte di un insieme di servizi-professionisti impegnati nella complessità, secondo il modello della “sanità d’iniziativa” o “proattiva”.- Aumentare la coesione tra i fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario tramite la integrazione tra aspetti organizzativi, processi decisionali e sistema informativo.- Assicurare una gestione territoriale sempre più proattiva spostando il baricentro dell'assistenza dall'asse Ospedale all'asse Territorio.- Supportare l'autocura della persona, che è al centro del processo, attraverso l'educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia.- Organizzazione di teams multidisciplinare e multi professionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio . <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none">-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.-Incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero.-Riduzione dei ricoveri diagnostici inappropriati con conseguente rafforzamento della integrazione tra Ospedale e territorio.



DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.5	INDICATORI NUMERICI -Popolazione cronica presente nelle varie sedi distrettuali/Popolazione in generale. -Creazione di una rete sanitaria in cui i percorsi di cura siano affiancati da strumenti diretti alla costruzione di risposte adeguate e complesse. - Incontri tra tutti gli operatori coinvolti a partire dal cittadino interessato reso esperto da opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'empowerment. ATTIVITA' PREVISTE -Incontri con medici responsabili di distretto, MMG, PLS, MCA, Emergenza- Urgenza, medici specialisti ospedalieri, infermieri sia ospedalieri che territoriali, Farmacie, Comuni, Agenzie di volontariato. -Predisposizione percorsi condivisi per realizzare l'integrazione prevista.
DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.6	AZIONE 5.6: Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile- ASP-(prosieguo Progetto azione 5.6 DGR 411/2017) Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.6: euro 269.323,00 Referente aziendale ASP: dr Rocco Orofino OBIETTIVI QUALITATIVI Contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale Favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni. OBIETTIVI QUANTITATIVI 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; Offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto; Coinvolgere il volontariato in un progetto comune. INDICATORI NUMERICI Indicatori quantitativi N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari, N° di operatori che aderiscono al progetto. Indicatori qualitativi Somministrazione di questionari di gradimento per i genitori; Somministrazione di questionari per gli operatori. ATTIVITA' PREVISTE - 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 ...);



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.6</p>	<ul style="list-style-type: none">- Costituzione di un gruppo di operatori, con il coinvolgimento delle associazioni, per il tutoraggio ai gruppi;- 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";- Incontri di gruppo da effettuarsi nei diversi ambiti territoriali dell'azienda, con cadenza settimanale/quindicinale;- Offrire la possibilità ai genitori che, per differenti motivi, non possono presenziare personalmente, di seguire l'incontro in teleconferenza. <p>Nell'anno 2016 sono stati presi in carico 15 minori, presso il proprio domicilio, con un totale di 650 prestazioni erogate Attualmente, nel territorio dell'ASP, sono seguiti 40 bambini affetti da malattie croniche gravi.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.7</p> <p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.7</p>	<p><u>Azione 5.7:</u> " <i>La presa in carico efficace</i>" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. – ASM - (proseguo progetto-Azione 5.5 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 – Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.7: euro 124.699,00 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: Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria. 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> <p>Messa a punto di un sistema informatizzato dotato di strumenti di individuazione persone affette da patologie individuate. Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone dimesse.</p> <p>Individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome.</p> <p>Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa in fase acuta.</p> <p>Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva</p> <p>Monitoraggio dimessi dal P.O. di Matera.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.8</p>	<p>Azione 5.8 : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria – ASM -(prosieguo Progetto- Azione 5.8 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.8: euro 207.280,00</p> <p>Referente aziendale ASM: dr. N. Annese , dr.ssa F. Gallo, dr. V. Cilla , Ass.San. A. Staffieri</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Presa in Carico e Continuità Assistenziale Riabilitativa dall'ospedale al territorio per utenti affetti da Insufficienza Respiratoria .</p> <p>Definizione e adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza Protetica.</p> <p>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</p> <p>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 nell'Azione affette da: Insufficienza Respiratoria (circa 1.000 pazienti all'anno).</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette da : Insufficienza Respiratoria. Percentuale 80% di persone dimesse dalla fase acuta e arruolate nel progetto.</p> <p>Variatione 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>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.8</p>	



	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none">-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>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).</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.9</p> <p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.9</p>	<p>Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato Regioni del 10/02/2011) -ASP- (proseguito Progetto-Azione 5.9 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione 5.9: euro 261.734,00 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. Ottimizzazione dei 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. 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 riabilitative per i pazienti visitati e comunicazione al MMG Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato. Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili.</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;• progettare e realizzare un sistema di scheda clinico-gestionale coerente con gli obiettivi di progetto e con l'Accordo Stato Regioni del 5 Maggio 2011;• definire la struttura delle informazioni e dei flussi informativi fra tutte le unità coinvolte per la condivisione di dati essenziali al "tracciamento" significativo del paziente;• definire i KPI di output e outcome (lato clinico e lato organizzativo) per il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi erogati nell'ambito della rete nella fase degli esiti;• realizzare semplici strumenti per la rendicontazione e il reporting dei risultati di gestione della rete;• predisporre operativamente tutti gli elementi costitutivi per avviare concretamente una rete funzionale da estendere a tutto il territorio provinciale e tale da favorire e migliorare la presa in carico del paziente affetto da Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, garantendone la continuità assistenziale.
DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.10	INDICATORI NUMERICI I risultati attesi, in termini di abilitazione delle competenze degli operatori designati, possono essere sintetizzati nei seguenti punti: <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). ATTIVITA' PREVISTE -Identificazione degli operatori e delle strutture territoriali da integrare alla rete- sistema "Coma to Community" attraverso la costituzione , da parte della Direzione Aziendale, del gruppo di coordinamento aziendale (GDC)



DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.10	<p>dei responsabili delle strutture territoriali abilitate alla gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti;</p> <ul style="list-style-type: none">-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;-realizzazione di un report a conclusione;-produzione di schede dati clinici di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. <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 ed 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. <p>-Produzione di:</p> <ul style="list-style-type: none">- report con tabelle riepilogative;- Unità Territoriali (attestando il percorso seguito),risorse umane e strumentali disponibili;- linee guida operative sull'applicazione reale del modello- semplici elaborazioni statistiche sui dati raccolti e strutturati. (Monitoraggio).
DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.11	<p><u>Azione 5.11 :</u> Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza- ASM- (proseguo Progetto-Azione 5.11 DGR 411/2017)</p> <p>Durata : annualità 2017</p> <p>Quota importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.11: euro 215.524,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.11</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 in 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 Presa in carico della totalità dei pazienti in stato vegetativo, sia in struttura protetta che a domicilio nel caso di famiglia con buona compliance assistenziale.</p> <p>INDICATORI NUMERICI 5 Posti letto per Coma vegetativo presso - UO di Lungodegenza Medica cod.60 -Ospedale Distrettuale di Tricarico.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE -Accoglienza pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza. -Attività formativa per personale medico dedicato a questa tipologia di pazienti e del personale infermieristico e OSS. -Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno ai familiari. -Integrazione delle attività del personale dedicato agli stati vegetativi con la piattaforma delle attività di Cure Domiciliari mediante protocolli condivisi. -Incontri fra Responsabile della struttura protetta dedicata con i Medici di Medicina Generale, Medico del Distretto e personale del distretto. Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.12</p>	<p>Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile- ASP- (prosieguo Progetto-Azione 5.12 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.12: euro 542.392,00</p> <p>Referente aziendale ASP : Dott.ssa Valeria Panetta</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>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.12</p>	<p>Individuazione della figura di riferimento del progetto di assistenza;</p> <p>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> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Classificazione del bisogno per isogravità Valutazione dei costi complessivi per isogravità Definizione di indici quantitativi di assistenza all'anziano fragile e benchmark fra i vari setting assistenziali aziendali.</p> <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 1. Mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali rivolti all'anziano fragile e dei rispettivi metodi di valutazione e di lavoro; 2. Condivisione con le UU.OO. ospedaliere e territoriali della metodologia della Valutazione Multidimensionale; 3. Creazione di un sistema informativo ad hoc; 4. Formazione del personale di assistenza e del caregiver 5. Creazione della Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano fragile.</p>
--	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.13</p>	<p>Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza - ASM - (proseguo Progetto-azione 5.13 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.13: euro 227.732,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI 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 Valutazione della totalità dei pazienti non autosufficienti da ammettere al percorso di presa in carico ed alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare operata dalla UVMD già attiva.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Cura e trattamento del 100% dei pazienti presi in carico.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Attuazione del percorso di cura per il paziente post acuto nei vari setting assistenziali della rete di riabilitazione e lungodegenza per pazienti fragili e non autosufficienti. Attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali. Presa in carico dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti che hanno subito la perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali.</p>
<p>DESCRIZIONE 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- (proseguo Progetto-Azione 5.17 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 progetto 5 assegnato all'Azione 5.17 euro 230.505,00</p> <p>Referente aziendale : D.ssa Lucia Venezia</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.17</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 socio sanitario 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, np); 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>INDICATORI NUMERICI <i>Indicatori di processo</i> Attivazione di un'equipe specialistica formata da un np, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un'assistente sociale per ambito di zona (totale: 3 np, 6 psicologi, 3 logopedisti, 3 terapisti e 3 assistenti sociali) così suddivisi</p>
--	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.17</p>	<p>per un numero totale di ore per figura professionale: 1 npi 18h 2 psicologi 24h (cadauno) 1 terapeuta 12h 1 logopedista 18h 1 assistente sociale 12 h questo per il territorio di Potenza e val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole; nel territorio del vulture-melfese e del Lagonegrese il fabbisogno di ore/figura professionale è stimato essere: 1 npi 6h 2 psicologo 12h (cadauno) 1 terapeuta 6h 1 logopedista 12h 1 assistente sociale 6h per ciascun territorio (da moltiplicare per due); Formazione di una rete integrata con la scuola (almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della scuola); Riunioni mensili con i pediatri territoriali (numero degli incontri per la valutazione della validità delle strategie individuate); Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e casi clinici presi in carico. Tipologia e quantità di specifica terapia riabilitativa (terapia globale plurisettimanale) Interventi di psicoterapia familiare settimanale ed individuale plurisettimanale Incontri settimanali dell'equipe. Indicatori di risultato Definizione di 3 poli di strutture territoriali in cui si definisce l'attivazione dell'equipe una per ambito (Ospedale di Venosa, Servizio di Npi territoriale di Potenza, Ospedale di Lauria). Suddivisione di scuole per territorio: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese. Registro regionale con numero di pazienti assistiti. Studi clinici di prevenzione e follow-up.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Fase 1 Formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci del 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.</p> <p>Fase 2 Formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento- in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento. Creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e del comportamento.</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 PROGETTO N.5 Azione 5.18</p>	<p>Azione 5.18 : Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano – A.O.R. San Carlo Pz -(proseguo Azione 5.18 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 del Progetto 5 assegnato all'azione 5.18: euro 165.159,00 Referente aziendale Dott. Bruno Provenzano</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.</p> <p>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. <p>Concorrere, quando ritenuto utile, alla programmazione del trattamento e alla adeguata collocazione del paziente nell'ambito del percorso ospedaliero.</p> <ul style="list-style-type: none">•Definire attraverso il concorso di tutte le professionalità ritenute necessarie, gli ambiti che possano giovare, quando possibile, di un piano riabilitativo volto a migliorare l'outcome funzionale.•Individuare mediante VMD i pazienti geriatrici con multi o comorbilità che abbiano aspettativa di vita sufficiente per essere eleggibili a procedure diagnostiche terapeutiche invasive, evitando in tal modo ingiustificati fenomeni di ageismo e contribuendo così all'ottimizzazione delle risorse sanitarie disponibili.

**DESCRIZIONE
PROGETTO N.5
Azione 5.18**

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

OBIETTIVI QUANTITATIVI

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

INDICATORI NUMERICI

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

Numero di pazienti eleggibili a procedure invasive rispetto a criteri e standard stabiliti nei PDTA;

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



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.18</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Le azioni progettuali si inseriscono in un più ampio quadro della continuità delle cure. Nello specifico possono essere riassunte nei 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 integrazione con altri test se ritenuti utili);-formazione del personale per l'acquisizione di competenze nell'individuare i pazienti fragili e per l'uso di specifiche scale di valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITA' DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY);-integrazione con il territorio ed implementazione di PDTA specifici e integrati con i Servizi Territoriali (ADI) riguardanti le principali patologie dell'anziano quali anziano con multimorbilità o comorbilità complesse (patologia neurodegenerativa, BPCO, scompenso cardiaco, Insufficienza renale cronica, patologie cardiocerebrovascolari, diabete mellito, patologie ematologiche, sindrome ipocinetica, etc) .con la finalità ultima di redigere al termine del percorso ospedaliero, insieme agli attori dei servizi territoriali (MMG, personale medico e sanitario dell'ADI), il piano terapeutico personalizzato che tenga conto delle condizioni del paziente e che faciliti il percorso di cura;-raccolta dei dati riferiti a fattori prognostici sull'aspettativa di vita dei soggetti affetti da sindrome da fragilità con 'utilizzo di software dedicati al fine di:-realizzare studi osservazionali per l'implementazione di un futuro Osservatorio regionale sulle patologie correlate all'invecchiamento della popolazione-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).
--	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.19</p>	<p>Azione 5.19 : Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-(ASP)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 5 assegnato all'azione 5.18: euro 223.069,00 Referente aziendale ASP : Dott. Giovanni Gonnella</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Il forte aumento delle patologie respiratorie impone la necessità di non trascurare la prevenzione e la diagnosi di tali affezioni in un'ottica di anticipazione giuda nel processo assistenziale. Diventa cruciale, quindi, impostare in modo corretto, concreto e condiviso il percorso che il paziente dovrà affrontare, garantendo continuità diagnostico – terapeutica, attraverso un'integrazione che vede partecipi, dal servizio pneumologico territoriale ai medici di medicina generale fino alle divisioni ospedaliere di ricovero. Strategie che intervengo a sostegno della mortalità e che, per l'aumentata aspettativa di vita, portino anche un miglioramento della qualità di vita, interventi in fase di diagnosi e in fase terapeutica. Per fare ciò, bisogna mettere attenzione sulla promozione della qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, attraverso un miglioramento della qualità e dell'accessibilità. Il concetto di accessibilità è esplicitato nell'idea di "UN SISTEMA DI RETE" comprendente ospedale – territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostici- terapeutici- riabilitativi adeguati. A livello territoriale bisogna prevedere l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata con disponibilità a domicilio del paziente, dove necessario, degli strumenti di monitoraggio anche in modalità telematica. Questo modello deve essere eletto a metodo per realizzare una serie di obbiettivi rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none">• Migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi• Predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza• Appropriatezza diagnostico-terapeutica ed economica delle prestazioni erogate. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Riduzione ricoveri nella fascia che va da 50 a 75 nella norma (il dato verrà rendicontato successivamente)• Abbattimento liste di attesa <p>INDICATORI NUMERICI</p> <ul style="list-style-type: none">• Nr. pazienti arruolati in A.D.R. e nr. visite• Nr. di prestazioni funzionali eseguite ogni anno• Nr. pazienti curati a domicilio• Nr. annuale di nuove diagnosi <p>ATTIVITA' PREVISTE:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Corsi di formazione al personale;➤ Attività Ambulatoriale:<ul style="list-style-type: none">• Visita Pneumologica (prima visita e controllo)• Spirometria semplice
--	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.5 Azione 5.18</p>	<ul style="list-style-type: none">• Spirometria completa con DLCO• Pletismografia• Walking-Test• Emogas-analisi• MIP e MEP• Test di provocazione bronchiale alla metacolina• Monitoraggio cardiorespiratorio notturno con titolazione (polisonnografia)• Ambulatorio per la prevenzione e cura della tubercolosi, nei migranti e popolazione autoctona (Centro per Screening ed Osservazionale per gli Immigrati) <p>➤ Malattie Tuberculari:</p> <ul style="list-style-type: none">• Partecipazione al Gruppo Regionale Tecnico per la Malattia Tuberculare• Controllo sulle prescrizioni delle protesi ventilatorie (NIV, CIPAP, AUTOCIPAP, ed altri presidi per le patologie respiratorie)• FOLLOW-UP dei pazienti in O2LT, con accessi ambulatoriali dedicati e trimestrali• Attivazione di visite domiciliari in attesa della attuazione del protocollo d'intesa con l'ADI per l'ADR.
--	--



PIANO REGIONALE DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE PER L'ANNO 2017

LINEA PROGETTUALE 6 : RETI ONCOLOGICHE

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
TITOLO DEL PROGETTO	<p>Accordo Stato Regioni 26 ottobre 2017 n.181/CSR</p> <p>6: RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA :</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 Pz)</p>
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2017
REFERENTE REGIONALE	<p>Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi,</p> <p>D.ssa Patrizia Damiano , Dott. Giuseppe Montagano,</p> <p>D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano</p> <p>-Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-</p>
ASPETTI FINANZIARI	
SOMMA DESTINATA ALLA LINEA PROGETTUALE 6	Euro 782.643,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO 6	Euro 782.643,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2017	Euro 783.643,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00
IL PROGETTO	



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.3</p>	<p>Azione 6.3 : Attività rivolte alla rete dei tumori rari -(proseguo Progetto-azione 6.3 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 Progetto 6 assegnato all'Azione 6.3: euro 13.817,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott.ssa M. Susi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti oncologici affetti da malattie rare. 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 Presenza in carico del 100% dei pazienti affetti da tumori rari.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Realizzazione di una rete multidisciplinare regionale ed interregionale: Unità Operative coinvolte: U.O. S.D. Oncologia Medica P.O. MATERA - UU.OO. di Oncologia Medica e Radiologia CROB di Rionero; Il Servizio di Senologia Medica operante presso il P.O. di Matera, con l'ausilio di due dirigenti medici: attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici, attività di scambio, contatti, discussione di casi, applicazione e revisione protocolli con il centro regionale (CROB di Rionero) e con alcuni centri nazionali (Istituto Nazionale Tumori di Milano).</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.4</p>	<p>Azione 6.4 ATTIVAZIONE BREAST-UNIT - ASM - (proseguo Azione 6.4 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota importo FSN VINC.2017 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.4: euro 172.890,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott.ssa A.DEROSA - U.O.S.D. Chirurgia Senologica - Dott.ssa A.RUBINO , U.O S.D. Senologia Medica</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Attivazione - organizzazione e gestione BREAST-UNIT Presenza in carico della paziente affetta da tumore della mammella</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.4</p>	<p>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 Presenza in carico di almeno 130 donne affette da patologia mammaria diagnosticata presso l'U.O. di Senologia del P.O. di Matera. n. interventi di patologia mammaria/ anno; n. prestazioni ambulatoriali/anno</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Attivazione - organizzazione e gestione Breast-Unit : - presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella; - incontri di equipe (10, una volta al mese) per monitoraggio percorso di cura e discussione casi- -attuazione della sistematica valutazione della qualità' e dell'appropriatezza delle attività clinico-assistenziali- -attività integrate tra personale sanitario della ASM comprendente: la Radiologia, la Chirurgia senologica, la Senologia, i chirurgo-plastici e la medicina nucleare.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.5</p>	<p><u>Azione 6.5</u> RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE -TUMORI RARI DEL POLMONE - A.O.S.Carlo PZ- (proseguo Progetto Azione 6.5 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota importo FSN VINC.2017 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.5: euro 376.798,00 Referente aziendale A.O.R.S.Carlo: 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</p>

**DESCRIZIONE
PROGETTO N. 6
Azione 6.5**

presenza di un gene chiamato EML4-ALK porta alla produzione di una proteina, ALK, CHE ha una azione carcinogenetica.

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

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

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

OBIETTIVI QUANTITATIVI

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

INDICATORI NUMERICI

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

Valutazioni utili per determinare l'appropriatezza dei trattamenti:

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

ATTIVITA' PREVISTE

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



DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.5	progettuale riguardante i seguenti aspetti: <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.
DESCRIZIONE PROGETTO N. 6 Azione 6.8	<p>Azione 6.8 : Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile (AOR San Carlo PZ)- (prosieguo Progetto-Azione 6.8 DGR 411/2017)</p> <p>Durata: annualità 2017 Quota Importo FSN VINC.2017 del Progetto 6 assegnato all'Azione 6.8: euro 219.138,00</p> <p>Referente aziendale AOR San Carlo PZ: Dr.ssa Angela Vita; dr Nicola D'Alessandro</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>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.</p> <p>Background: la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute, potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi, gli screening hanno la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza ma che richiedono sia un livello di adesione piuttosto elevato sia la disponibilità di test che abbiano una elevata sensibilità. In Italia il test del PSA è ampiamente diffuso nella popolazione generale anche in fasce di età e con frequenze del tutto inappropriate. La diffusione dell'utilizzo del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nelle popolazioni, ha comportato un aumento della diagnosi (tassi raddoppiati nel giro degli ultimi anni) mentre la mortalità mostra un lieve ma costante trend verso la riduzione. I risultati sulla eventuale riduzione di mortalità specifica per interventi di screening di popolazione non sono ancora stati prodotti. I problemi maggiori per lo screening del tumore della prostata derivano dall'esistenza di una notevole quantità di sovradiagnosi e conseguentemente sia di sovratrattamento 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.</p>

**Azione 6.8**

Al momento non vi sono nè evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening nè evidenze forti che indichino quale protocollo sia in grado di rendere accettabile il rapporto fra danni e benefici, mentre ci sono forti indicazioni che i benefici si riducono con l'età (> 70 anni). Inoltre, nessuna società scientifica italiana raccomanda attivamente lo screening per il tumore della prostata e molte delle quali hanno sottoscritto il documento dell'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.

ATTIVITA' PREVISTE

Istituzione del centro HUB presso l'AOR San Carlo dei tumori della prostata e dei testicoli nella Rete Oncologica della Regione Basilicata.

2. Istituzione del centro territoriale della Rete Nazionale per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile.
3. Attivazione dello screening spontaneo dei tumori della prostata
4. Implementazione di protocolli di prevenzione e diagnosi precoce riferiti alle patologie tumorali dell'apparato genitale maschile in collaborazione con l'IRCCS Regina Elena di Roma rafforzandone la già consolidata esperienza.

Fine



RIEPILOGO GENERALE PROGETTI ED AZIONI					
FSN VINC. 2017 Linea Progettuale 1: Riepilogo finale					
PROGETTO 1	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	TOTALE GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2017 ALLA LINEA PROGETTUALE 1	
1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	1.1	1.061.140,00		1.061.140,00	
	1.2		419.130,00	419.130,00	
	1.3		289.375,00	289.375,00	
	1.4		397.494,00	397.494,00	
Totali		1.061.140,00	1.105.599,00	2.167.139,00	
FSN VINC. 2017 Linea Progettuale 2: Riepilogo finale					
PROGETTO 2	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS - CROB-RIONERO	TOTALE GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2017 ALLA LINEA PROGETTUALE 2	
2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	2.1	74.485,00		74.485,00	
	2.2		158.802,00	158.802,00	
Totale Assegnato Progetto		74.485,00	158.802,00	233.287,00	
FSN VINC. 2017 Linea Progettuale 3: Riepilogo finale					
PROGETTO 3	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	TOT.GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2017 ALLA LINEA PROGETTUALE 3
3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	3.1	729.096,00			729.096,00
	3.2		228.000,00		228.000,00
	3.3		156.850,00		156.850,00
	3.4			145.870,00	145.870,00
Totale Assegnato Progetto		729.096,00	384.850,00	145.850,00	1.259.816,00



FSN VINC. 2017 Linea Progettuale 4 Riepilogo finale						
PROGETTO 4	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS - CROB-RIONERO	TOT. GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2017 LINEA PROGETT. 4
4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1	1.408.281,00	828.762,00	197.341,00	103.152,00	2.537.536,00
	4.2					12.751,00
Totale Assegnato Progetto		1.408.281,00	828.762,00	197.341,00	103.152,00	2.550.287,00

FSN VINC. 2017 Linea Progettuale 5 Riepilogo finale						
PROGETTO 5	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO- PZ-	TOT. GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2017 LINEA PROGETT. 5	
5 GESTIONE DELLE CRONICITA'	5.1	1.532.740,00				1.532.740,00
	5.2		562.126,00			562.126,00
	5.3		51.167,00			51.167,00
	5.4		81.382,00			81.382,00
	5.5		215.029,00			215.029,00
	5.6	269.323,00				269.323,00
	5.7		124.699,00			124.699,00
	5.8		207.280,00			207.280,00
	5.9	261.734,00				261.734,00
	5.10	1.207.397,00				1.207.397,00
	5.11		215.524,00			215.524,00
	5.12	542.392,00				542.392,00
	5.13		227.732,00			227.732,00
	5.17	230.505,00				230.505,00
	5.18				165.159,00	165.159,00
5.19	223.069,00				223.069,00	
Totale Assegnato Progetto		4.267.160,00	1.684.939,00	165.159,00		6.117.258,00

FSN VINC 2017 Linea Progettuale 6: Riepilogo finale						
PROGETTO 6	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO- PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS - CROB-RIONERO	TOTALE GEN. FSN VINC. 2017 ASSEGNATO ALLA LINEA PROGETT. 6
	6.3		13.187,00			13.187,00
	6.4		172.890,00			172.890,00
	6.5				376.798,00	376.798,00
	6.7	265.205,00				265.205,00
	6.8				219.138,00	219.138,00
Totale Assegnato Progetto		353.016,00	186.707,00	595.936,00	0,00	782.643,00



RIEPILOGO		ALL'ASP - PZ -	ALL'ASM -MT-	ALL'A.O.S. CARLO - PZ-	ALL'IRCSS CROB -RIONERO	TOT.GEN. FSN VINCOLATO 2017 ASSEGNATO
TOT.GENERALE FSN VINC .2017 ASSEGNATO GIUSTE LINEE PROGETTUALI: 1-2-3-4-5-6		7.465.677,00	4.191.257,00	1.178.791,00	261.954,00	13.110.430,00

ALLEGATO 2/2017

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI
COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN
VINCOLATI ANNO 2016, SECONDO LE LINEE
DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP.
65/CSR DEL 14/04/2016 E ALL'INTESA
REP.64/CSR DEL 14/04/2016, APPROVATI CON
D.G.R. 411 DEL 16 MAGGIO 2017**

La Regione Basilicata con DGR N. 411 del 16 maggio 2017 ha approvato , **senza oneri a proprio carico**, i Progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale anno 2016, secondo le linee di cui all'Accordo Stato-Regioni REP. 65/CSR del 14/04/2016 ed all'Intesa Rep.64/CSR del 14/04/2016 (anche in costanza di prosieguo delle azioni sviluppate secondo le linee progettuali approvate ed afferenti l'Accordo Stato-Regioni REP.234/ del 23/12/2015- FSN Vincolato Anno 2015- giusta DGR 1517/2016 e precedenti) con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e s.m.i. **ANNO 2016**, giusto programma riepilogato nello schema di seguito riportato "Giusto ALLEGATO A/2016" a cui segue debita relazione delle attività svolte nell'anno.

Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2016, art.1 comma 34 L..662/96 Regione Basilicata		
Giusto "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 (Acc.Stato/Regioni 65/CSR 14/4/2016)

Linea progettuale 1: ATTIVITÀ' DI ASSISTENZA PRIMARIA

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata con DGR 411/2017:

Euro 1.354.180,00

Lo sviluppo della presente linea progettuale anche per l'anno 2016 ha tenuto conto delle indicazioni contenute nell'Allegato A- parte I- dell'Accordo del 2012 unitamente all'individuazione di Aree Prioritarie d'intervento giusto art. 1 del D.L. 158/2012 convertito in legge 8 novembre 2012 n.189. L'azione congiunta Stato Regioni ha voluto rendere incisiva la dimensione organizzativa e gestionale dell'Assistenza Primaria quale fattore cruciale per l'ottimizzazione sociale ed economica del sistema Sanità. Si è inteso attuare procedure atte sia a rimuovere gli ostacoli esogeni ed endogeni sia a rendere efficaci i conseguenti strumenti organizzativi, procedurali e tecnici e contestuale 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 2016** 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", compiute dalle aziende sanitarie ASP di Potenza ed ASM di Matera e relativi Presidi Distrettuali, di cui di seguito si dà corretta evidenza in termini di quote **FSN Vincolati 2016** assegnati, per attività svolte e risultati raggiunti:

TITOLO DEL PROGETTO: TOTALE IMPORTO ASSEGNATO AL PROGETTO 1 A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO ANNO 2016: Euro 1.354.180,00	<u>1: ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA</u> comprendente : Azione 1.1: Ospedale distrettuale –UCCP-Farmacia dei servizi nuovi orizzonti d'integrazione-(ASP) - Quota FSN VINC. 2016 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.1: euro 625.740,00; Azione 1.2 Presa in carico globale (ospedale e territorio) dei cittadini > 65 anni affetti da pluripatologie (ASM)- Quota Importo FSN Vinc. 2016 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.2: euro 276.050,00; Azione 1.3: PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale -ASM -Quota FSN Vinc.2016 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.3 : euro 190.590,00; Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- ASM- Quota importo FSN VINC.2016 del Progetto 1 assegnato all'azione 1.4: euro 261.800,00
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 1.354.180,00
COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 1 ASSISTENZA PRIMARIA	Euro 1.354.180,00
Quota a carico Regione	Euro 0,00

Premesso che il Territorio (Distretto e Assistenza Primaria, compreso gli Ospedali Distrettuali), è lo snodo relazionale tra cittadini ed offerta del SSR con funzione di coordinamento di tutte le figure professionali impegnate nell'assistenza. L'esigenza di appropriatezza nell'utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo e 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 ma, al contrario, intende completare ed adeguare 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. Ed è in tale ambito che 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 – anche per l'annualità 2016 con utilizzo degli Ospedali Distrettuali (POD) di:

Maratea, Chiaromonte e Venosa in cui viene svolta attività sanitaria territoriale. Premesso che le azioni progettuali poggiano le basi su alcuni parametri fondamentali :

- **Rimodulazione,** in particolare dei POD di Venosa e di Maratea, anche con sviluppo di priorità organizzative e gestionali. In essa si è inserita, tra altro 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) si è deciso di 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.
- **Integrazione della Continuità Assistenziale con l'Emergenza Urgenza:** modello organizzativo dell'UCCP al fine 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 unitamente alla medicina di iniziativa.
- **Farmacia dei Servizi:** realizzare ulteriore integrazione, sperimentazione di diversi servizi, mediante opportuni protocolli ed accordi con alcune farmacie convenzionate SSN ricadenti nei Comuni piccoli o con particolari disagi orografici dei luoghi e distanti dal Presidio Distrettuale. “ *farmacia dei servizi*” che partecipano come centri polifunzionali dei servizi al processo di riorganizzazione ospedale- territorio con opportuni accordi e protocolli.

La trasformazione dell'Ospedale di Venosa in Ospedale Distrettuale, giusta la L.R.17/2011, si è concretizzata a già a partire dal 2015 con la :

- 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.

L'Ospedale Distrettuale di Venosa è nel corso del 2016 una struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale /multidisciplinare, orientata in particolare alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera in acuzie. All'interno di tale struttura, che vede la valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie, l'attività è svolta in forma integrata anche con il comparto sociale. Le funzioni della struttura si esplicano all'interno di specifici percorsi assistenziali nell'ottica della continuità delle cure e della integrazione sia professionale che istituzionale. L'Ospedale Distrettuale dunque si pone come una struttura ben identificabile dalla popolazione di riferimento ove insistono i diversi servizi afferenti sia all'ambito sanitario che a quello socio-sanitario, non solo fisicamente contigui ma integrati dal punto di vista funzionale e in grado di erogare interventi (anche a “bassa soglia”) flessibili e dinamici. La struttura si configura inoltre come sede privilegiata dell'integrazione ospedale-territorio, con particolare riferimento alla gestione delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, anche relativamente alla gestione della dimissione nell'ottica della continuità assistenziale. I teams di operatori dell'Ospedale Distrettuale operano con modalità caratterizzate da una forte integrazione professionale e dalla possibilità di interagire con i diversi ambiti assistenziali. In questo nuovo approccio ai bisogni salutari, 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 e la centralità del ruolo di Medico di Medicina Generale (MMG). In definitiva, quindi, sia i fenomeni in atto, sia il processo di contenimento della spesa in chiave di riqualificazione della stessa, comportano nuove aspettative nei confronti dei Medici del Territorio (MMG, PLS, Specialisti SUMAI e Ospedalieri), ai quali si chiede di:

- svolgere un ruolo di interfaccia rispetto alle esigenze degli assistiti, in virtù sia di specifiche competenze professionali, sia della presenza territoriale, impedendo che richieste improprie entrino nel meccanismo di offerta, incrementando i costi in modo inappropriato;
- diventare punto di riferimento per alcune prestazioni sanitarie offrendo maggiori prestazioni dirette o specialistiche rispetto alla domanda di salute dei propri pazienti (es. pazienti diabetici, ipertesi, ecc.);
- alimentare virtuosamente il circuito dell'offerta, orientando e dirottando la domanda verso soluzioni efficaci ed appropriate dal punto di vista sia prescrittivo che organizzativo.

Nell'anno 2016 nel Presidio Distrettuale di Venosa (POD) sono state svolte da parte del personale dedicato le seguenti attività:

1) Potenziamento del Punto territoriale di Soccorso (PTS) ed integrazione tra il medico di continuità assistenziale, che ha sede presso il POD di Venosa, ed il personale del PTS

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 2016 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.

	2015 (a)	% sul totale	2016 (b)	% sul totale	Variazione % (a-b) % / b
Totale accessi in Pronto Soccorso	19.810		19.628		-0,9
Totale accessi codici bianchi	333	1,7	722	3,7	116,8
Trattati in A.C.B. (ore 9-13)	61	18,3	80	11,1	31,1
Pazienti rientrati in Pronto Soccorso dall'A.C.B.	1	1,6	5	6,3	400,0
Totale pazienti allontanatisi arbitrariamente dal Pronto Soccorso	341	1,7	61	0,3	-82,1
Tempo medio di attesa Codici Bianchi	33'	--	42'	--	27,3
Tempo medio di attesa dei Codici Verdi	28'	--	30''	--	28,6

Attraverso le suddette attività, è stata garantita la continuità assistenziale con la realizzazione del modello di sportello di accesso multifunzionale tendente alla realizzazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali. Tanto anche in considerazione dell'aumentato numero di accessi al POD favorito dall'offerta dei servizi territoriali ubicati all'interno dello stesso presidio.

- 2) **Potenziamento delle attività amministrative e socio sanitarie rivolte al territorio** attraverso un aumento delle ore di apertura degli sportelli.
- 3) **Potenziamento dell'attività del front office** attraverso l'utilizzo di personale specificatamente dedicato reclutato con apposita gara.

- 4) **Potenziamento dei servizi territoriali delle cure primarie e delle attività consultoriali**, orientando la formazione degli operatori e degli utenti verso la medicina di genere con incontri, convegni e divulgazione di materiale informativo;

A fine di promuovere le forme associative della medicina convenzionata ed in attesa del completamento dei lavori di ristrutturazione dei locali del POD di Venosa, che ospiteranno i MMG, si sono tenuti nell'anno 2016 incontri tra Direttori di Distretto, Il Direttore dell'UOC Assistenza Primaria di Potenza, Melfi e Venosa ed i Medici di Medicina Generale. Si sono favorite le migliori sinergie fra medici e Azienda Sanitaria ed è stata così facilitata la razionalizzazione dei Servizi erogati dall'Azienda Sanitaria soprattutto a livello distrettuale.

- 5) **Potenziamento dell'attività dell'assistenza domiciliare ed avvio della Centrale di Dimissione**

E' stata rimodulata l'offerta con implementazione dell'attività ADI anche nella fascia pediatrica ed adolescenziale (Progetto Bambino inguaribile).

L'Azienda ha adottato un modello di assistenza domiciliare attraverso l'affidamento del servizio ad un soggetto esterno, mediante il ricorso a procedure di gare ad evidenza pubblica. Tale soggetto mette a disposizione un pool di professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, ecc.) per lo svolgimento delle attività domiciliari.

Tale attività è stata riprogettata anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di ulteriori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

I pazienti sono classificati in base al profilo di cura e ai livelli d'intensità, secondo i parametri indicati dal coefficiente di intensità assistenziale. Con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale sono state messe a punto modalità operative concordate e finalizzate soprattutto a migliorare la comunicazione interna. Viene mantenuto un rapporto di comunicazione interattiva con gli stessi attraverso mail periodiche. Il rapporto tra il n. pazienti in cure domiciliari di età > 65 anni e la popolazione in età > 65 anni (82.174 residenti >65 anni alla data del 31.12.2015 – Fonte dati ISTAT) è del 8,88% con un incremento di 0,74 punti percentuali rispetto all'anno precedente. A partire dall'anno 2016 è stato avviato il processo di standardizzazione dei criteri di rilevazione dei dati attraverso l'alimentazione di un unico sistema informatico aziendale dei pazienti trattati in cure domiciliari. Nell'anno 2016 si è cercato di risolvere anche la criticità relativa al tempo di attesa fra segnalazione e valutazione da parte dell'UVM nonché fra la valutazione e la presa in carico.

E' stato individuato uno standard di prodotto con misurazione certa attraverso la ricognizione di fonte cartacea. E' stata attivata la PEC (Posta Elettronica Certificata) che, attraverso la già presente mailing list di tutti i MMG, MCA e i Pediatri di Libera Scelta, ha contribuito allo sviluppo di una forte collaborazione interattiva. L'attivazione della Centrale Unica di Dimissione nell'anno in esame, frutto di una precisa Intesa con l'PAOR San Carlo, dovrebbe contribuire in maniera decisiva alla risoluzione definitiva di tale criticità.

- 6) **Miglioramento e potenziamento dell'offerta ambulatoriale attraverso l'inserimento di nuove specialità nel polo specialistico;**

Nell'anno 2016 l'attività specialistica ha registrato, rispetto all'anno 2015, un incremento nel numero di prestazioni di circa il 47% dovuto prevalentemente:

- all'attuazione della SIC di Oculistica con l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza,
- al potenziamento dell'Ambulatorio di Ortopedia, di odontoiatria con l'acquisto di un nuovo riunito;
- al potenziamento dell'ambulatorio di cardiologia che garantisce la presenza di due specialisti alla settimana;
- al potenziamento dell'ambulatorio per i migranti che con la partecipazione attiva di medici, di infermieri professionali e di personale amministrativo ha assicurato la risposta ai bisogni di salute, il rilascio dei codici STP ed ENI e l'informazione per l'orientamento ai vari

servizi ASP anche attraverso la divulgazione di materiale informativo cartaceo tradotto nelle varie lingue e disponibile in tutti i servizi ASP e nei Campi di Accoglienza Tale attività ha visto la collaborazione delle Associazioni di Volontariato che hanno garantito un servizio navetta per l'accesso agli ambulatori ed ai servizi CUP.

- 7) **Attuazione dei PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive** attraverso la predisposizione di pacchetti di percorso per il Diabete, l'ipertensione, il DSA, e la Medicina dello Sport. Sono state aperte specifiche agende nel CUP aziendale.
- 8) **Attività del Nucleo Alzheimer**

Inaugurato ad ottobre 2015 il Nucleo rientra nella rete dei servizi finalizzata prioritariamente al soddisfacimento dei bisogni di tali pazienti e dei loro familiari voluta dalla Regione Basilicata. Il progetto regionale vuole offrire opportunità ai soggetti nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali) e promuovere interventi sia sanitari sia sociali per assicurare il più alto livello di benessere possibile. Il Nucleo Alzheimer di Venosa è dedicato all'utenza dell'intera Basilicata con 10 posti residenziali e 10 semiresidenziali. Nell'anno 2016 sono stati attivati numero 10 posti letto di residenzialità accogliendo 38 pazienti per un totale di giornate di degenza di circa 1.700. La degenza media nell'anno è stata di circa 44 giorni con un tasso di occupazione dei posti letto di 45,53%. Tali posti letto hanno ospitato pazienti affetti da Alzheimer nella fase centrale con disturbi psico-comportamentali. A tali pazienti è stata garantita la riabilitazione da uno a tre mesi con possibilità di proroga. Inoltre nel Nucleo Alzheimer di Venosa è stato creato, negli spazi esterni disponibili, un "Giardino Alzheimer" per dare la possibilità a tutti i pazienti di uscire all'aperto in uno spazio protetto che prevede il rispetto di alcune componenti terapeutiche ricreative.

L'Azione 1.2 : PRESA IN CARICO GLOBALE(OSPEDALE E TERRITORIO) DEI CITTADINI > 65 ANNI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE- (proseguito annualità 2016 progetto-azione 1.2 DGR 1517/2016) -referente aziendale Dr. V. Cilla- compiuta dall'ASM di Matera nel territorio di competenza ed afferente " Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale di servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi" ha, nell'anno 2016, perseguito l'obiettivo principale della presa in carico globale della popolazione target: cittadini >65 anni affetti da pluripatologie (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.

I servizi ospedalieri e territoriali hanno portato avanti attività comuni volte alla presa in carico globale. Sono stati organizzati e gestiti dieci incontri finalizzati alla creazione di una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale, quali i medici di Medicina Generale e Continuità Assistenziale, i medici ospedalieri, le farmacie comunali, gli amministratori locali , i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio.

Al fine di aumentare la capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini target, si elencano di seguito le principali attività svolte nel corso dell'anno 2016:

- predisposto ed applicato un percorso condiviso per la presa in carico globale dei pazienti ultrasessantacinquenni affetti da pluripatologie;
- È stata garantita la continuità delle cure;
- predisposto ed implementato un programma informatico, che (attraverso l'applicazione di un hard were house), che ha permesso di mettere in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali, con facilitazione delle comunicazioni tra gli operatori socio – sanitari;
- organizzazione e gestione di audit interni con consolidamento delle:
 - capacità degli operatori territoriali ad intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie;

- 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;
- Sono stati organizzati e gestiti sei incontri con i MMG, MCA, medici ospedalieri, farmacie e associazioni di volontariato presenti sul territorio ASM.

L'ASM ha continuato, nel corso del 2016, ad incrementare gli interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei Servizi 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 Progetto-azione 1.3 DGR 1517/2016). Attività molteplici sono state svolte in collaborazione tra le farmacie ospedaliere e territoriali, gli operatori del territorio e i medici di medicina generale. Di seguito si dà evidenza delle stesse:

- 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 collaborando 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, 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 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 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 (AFI) 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 per annualità 2016 Progetto-azione 1.4- DGR 1517/2016). Tenuto conto dell'azione da svolgersi e sulla base di quanto già realizzato nell'annualità precedente si evidenzia che durante l'anno 2016 sono stati organizzati sei incontri a cui hanno partecipato, MMG, PLS, MCA, Operatori dell'Emergenza-Urgenza, Specialisti Ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale. In ogni incontro è stata trattata una specifica patologia cronica definendone per ciascuna di esse linee operative e percorsi condivisi circa la gestione dei pazienti e le sulle modalità di accesso al Pronto Soccorso al fine di incrementare le collaborazioni fra i

diversi operatori socio sanitari interessati ed evitare ricoveri inappropriati con garanzia di migliore assistenza sanitaria ai cittadini. E' stato implementato un server informatico delle reti aziendali, che ha facilitato il collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali, unitamente alla realizzazione di un programma informatico, messo a punto dall' informatico ASM con la consulenza di un'azienda informatica (GSI), con collegamento alle reti aziendali.

E' stato organizzato presso gli uffici centrali dell'assistenza primaria un ufficio dedicato alla raccolta e 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).

Presso le sedi distrettuali di Salandra, di Tricarico e parzialmente nella sede di Grottole, i MMG e PLS svolgono la loro attività di assistenza ambulatoriale ai propri assistiti, usufruendo dei locali, delle attrezzature e dei servizi aziendali.

Linea Progettuale 2:

SVILUPPO PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata con DGR 411/2017 : Euro 131.399,00

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 2016 l'Accordo Stato-regioni del 14.04.2016 (rep atti 65/CSR) ha definito le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2015 (Accordo Stato-Regioni 234/CNR 23.12.2015) 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 precedenti (2013/2015), 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 2016** (quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa rep.64/CSR 14.04.2016 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	2 : SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI comprendente :
TOTALE Importo Assegnato al Progetto 2 a valere sulla quota del FSN VINCOLATI Anno 2016: Euro 131.399,00	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. 2016 del Progetto 2 assegnato all'azione 2.1: €. 49.000,00 Azione 2.2 - " Narrazioni in Oncologia- Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici – (IRCCS CROB) – (Quota Importo FSN Vinc. 2016 del Progetto 2 assegnata all'azione 2.2 €. 82.399,00
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2016
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 131.399,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO 2015 PROGETTO 2:	Euro 131.399,00
Quota carico Regione	Euro 0,00
Referenti regionali	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-

Premesso che uno degli obiettivi della Medicina Narrativa è il miglioramento della 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 2016 progetto 2.1 DGR 1517/2016). Secondo quanto dalla stessa relazione il 2016 ha dato inizio ad un nuovo step formativo con il Corso di Medicina Personalizzata, un Corso che continuerà anche nel 2017, articolato in moduli di due giornate ciascuno, ai quali hanno partecipato circa 200 operatori tra tutte le Professioni Sanitarie / e amministrativi dell'A.O.R. San Carlo. I nuclei tematici interessano la complessità: in medicina, della relazione e integrazione tra scienze biologiche e scienze umane, della narrazione e dei relativi strumenti nella pratica di cura, della clinica della formazione nei suoi aspetti applicativi al sanitario ed al sociale. Il tutto monitorato anche dall'Università degli Studi della Basilicata con la quale l'A.O.S. Carlo ha stipulato un'intesa volta a definire modelli e strumenti a supporto dello sviluppo e della valutazione di progetti finalizzati alla Personalizzazione delle Cure. Pur avendo quale obiettivo generale quello di giungere alla cartella clinica integrata, per ogni singola U.O. si è cercato di perseguire degli obiettivi specifici interni, come l'osservazione delle modalità di comunicazione di una diagnosi di cancro e le conseguenze delle stesse sull'impatto emotivo del paziente o la messa

in luce degli elementi della fidelizzazione e il rapporto tra fidelizzazione e aderenza terapeutica nel caso di paziente cronico. Si è utilizzato lo strumento del diario, quindi del racconto libero, al fine di dare al paziente la possibilità di far fluire la propria storia senza rinchiuderla in questionari o domande strutturate. Le UU.OO. (**Oncologia Medica, Reumatologia, Traumatologia, Ostetricia, Chirurgia Generale e Chirurgia Senologica e Plastica**) coinvolte nella sperimentazione, hanno collaborato nella guida verso i pazienti e nella scelta, all'interno di ciascun reparto, di un setting adeguato alla sperimentazione.

Risultati e conclusioni: sulla base di un approccio multidisciplinare, dettata dall'esigenza di condurre la sperimentazione, è stata affidata una borsa di studio ad una Antropologa per la ricerca sul campo e la raccolta e l'analisi dei dati. L'analisi delle Storie è stata effettuata mediante un software utilizzato nell'ambito della Ricerca Qualitativa. All'interno di ciascuna storia sono state evidenziate le tre dimensioni della disease (Storia clinica), della illness (vissuto emozionale) e della sickness (significato sociale), facendo emergere dunque la malattia da un punto di vista clinico, come vissuto soggettivo il significato sociale dello star male.

Sempre in tema di sviluppo dell'Umanizzazione delle cure L'IRCCS CROB di Rionero con l'Azione 2.2 -**NARRAZIONI IN ONCOLOGIA- Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici** - referente aziendale dr Sergio Maria Molinari - in linea con il sempre più sentito passaggio da una medicina paternalistica ad un modello relazionale all'interno del quale il paziente non è solo oggetto di cura ma "soggetto", inserisce l'approccio narrativo nel contesto dell'*empowerment*, attraverso un percorso di cura sempre più orientato verso la personalizzazione e la condivisione ha voluto accogliere, attraverso la narrazione, il vissuto soggettivo della persona e l'impatto della malattia sulla sua qualità di vita, al fine di integrare le linee guida cliniche con le indicazioni derivanti dall'esperienza diretta di chi la malattia la vive. Nel corso del 2016 si sono svolte le seguenti attività all'interno del Day Hospital Oncologico dell' I.R.C.C.S. C.R.O.B:

- formulazione del disegno sperimentale comprendente la definizione della domanda di ricerca al fine di utilizzare le narrative per osservare il percorso affrontato da ciascun paziente, rivolgendo attenzione agli aspetti clinico assistenziali, psicologici e sociali che emergono da ognuna;
- definizione della popolazione target con formulazione del campionamento;
- context analysis: prima di iniziare il lavoro sul campo, si è cercato di ottenere informazioni relative all'ambiente all'interno del quale si sarebbe svolta la ricerca, per ottenere una fotografia del reparto:
- circa 60 accessi al giorno;
- tipologia pazienti: tutti i pazienti sono affetti da tumori solidi in stadio precoce o avanzato in trattamento con farmaci antitumorali, chemioterapici o biologici;
- strutturazione, gestione del OH Oncologico: 08:00-10:00 prelievi; dalle 10:00 in poi, visite mediche e terapie;
- personale sanitario presente nel OH: 5 medici oncologi; 6 Infermieri
- strutturazione del patient's journey, con annesso 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.
- ricerca sul campo: presenza quotidiana nel OH Oncologico a partire dalle 09:30, per utilizzare il tempo che intercorre tra il prelievo e l'inizio della terapia;
- raccolta diari;
- trascrizione delle narrative;

- lettura e prima analisi categoriale delle narrative volta a mettere in evidenza le diverse dimensioni della malattia ed eventuali criticità. L'analisi categoriale è stata infatti utilizzata per l'individuazione dei campi semantici più significativi identificati secondo una apposita griglia di lavoro.

La Medicina Narrativa ha favorito così un approccio patient centred, volto a mettere il malato al centro dei suoi bisogni con contestualizzazione dei dati clinici. Trattandosi di un Istituto Oncologico specifico, il CROB è altresì risultato essere Centro di attrazione per le scelte terapeutiche dei pazienti provenienti dalle regioni limitrofe sulle quali ha, sicuramente, un peso rilevante l'esperienza positiva vissuta in precedenza da parenti o conoscenti all'interno dello stesso che risulta essere "agente influente" ovvero motivazionale esterno.

Linea progettuale 3:

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata con DGR 411/2017 : Euro 1.065.829,00

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 nell'ambito territoriale come definito a livello regionale. In tale ottica 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. Tutto al fine di 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, giusto quanto realizzato con utilizzo dei Fondi per Obiettivi di Piano Vincolati assegnati negli anni precedenti (2013-2014-2015), ha consolidato, nell'anno 2016, le attività in continuità delle azioni implementate ed improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo. A tal fine ha approvato, con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2016 (quota parte della somma globalmente assegnata giusta Intesa 64/CSR 14.04.2016 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 2016.

TITOLO DEL PROGETTO	3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA
TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 3 a valere sulla quota del FSN VINC Anno 2016: Euro 1.065.829,00	Comprendente le seguenti azioni: Azione 3.1: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale (ASP) - Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'azione 3.1: euro 533.502,00 Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica -(ASM) Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'azione 3.2: euro 229.478,00 Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (ASM) - Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'azione 3.3: euro 156.538,00 Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari- (A.O.R. San Carlo Pz)-Quota importo FSN VINC. 2016 Progetto 3 assegnato all'azione 3.4: euro 146.311,00
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2016
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 411/2017	Euro 1.065.829,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO 2016 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 1517/2016) ha inteso continuare le azioni necessarie per eseguire a domicilio del paziente ogni atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) con l'impianto di devices specifici al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali oncologici/non oncologici e di ridurre le ospedalizzazioni inappropriate con l'implementazione delle cure domiciliari Il tutto strutturando sul territorio un assetto organizzativo ad hoc con costituzione di PICC team aziendale a carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti sufficientemente efficaci ed efficienti a fronte della domanda di tutti i territori) che offrano a pazienti allettati con performance status compromesso e indice di Karnofsky inferiore a 30 diversi servizi quali:
- 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.

Premesso che in data 30/06/2015 è stata approvata la Delibera Aziendale ASP n. 2015/00419, di istituzione di 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 con previsione di PICC team disseminati nei vari ambiti territoriali. In riferimento a tale delibera sono state pianificate le seguenti attività:

1) Formazione del personale:

Corsi specifici anche di carattere universitario;

On the job training;

2) Monitoraggio delle procedure determinate dalle linee guida aziendali approvate;

3) Allestimento e acquisizione degli strumenti di ultima generazione necessari all'impianto con garanzia di 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.

Tenuto conto delle azioni sopra pianificate si specifica che nel corso del 2016 sono stati impiantati (prevalentemente a domicilio) 161 Devices fra Picc e Midline.

E' l'ASM di Matera che ha compiuto nell'area territoriale di competenza l' **Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** - Referente aziendale ASM: Dr. Denisi, dr. G. Agneta - (proseguito attività di cui al progetto 3.2 DGR 1517/2016-) e l'**Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore** - Referente aziendale ASM Dott.ssa E. Pinto- (proseguito delle attività progetto 3.3 DGR 1517/2016- FSN Vinc. 2015) - Si dà evidenza che con la **prima azione (3.2)** l'ASM ha inteso realizzare la gestione di una Rete Integrata e funzionale delle attività di 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. Nel corso del 2016, sono stati impegnati molteplici operatori sanitari :n. 15 Medici di distretto, n.2 Medici palliativisti, n. 3 Medici specialisti, n. 3 Psicologi, n.20 Infermieri e n.4 Assistenti sociali e le principali attività svolte 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
- Personale dipendente Hospice Stigliano: n.1 medico, n. 5 infermieri e n.7OSS
- Prestazioni di ricovero c/o Hospice Stigliano: n. 173
- Prestazioni ambulatoriali totali presso:
 - Ospedale distrettuale Tinchi = 834
 - Ospedale Distrettuale Stigliano n. 319;
- Ricoveri ordinari presso l'Hospice di Stigliano n. 95

Con la seconda azione, la **3.3**, l'ASM ha inteso far fronte, tra altro, alle richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore provenienti, in ordine di frequenza, da specialisti oncologi e/o

oncoematologi, da reparti ospedalieri per pazienti già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMG, e, per soddisfare tutta la domanda del bacino d'utenza, contenere i tempi di attesa in 24/48 ore per la maggior parte delle prestazioni e in 7 giorni per prestazioni più complesse con impiego della sala operatoria.

Si sono svolte pertanto le seguenti attività:

- 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
- Impianti e manutenzione di cateteri intravascolari a medio e lungo termine, gestione di tracheotomia e PEG, terapia antalgica
- Utilizzo delle tecniche più recenti per l'esecuzione dell'impianto allo scopo di minimizzare le complicanze acute e di ridurre l'esposizione del pz e degli operatori a radiazioni ionizzanti. A tale scopo viene routinariamente utilizzata la tecnica cosiddetta dell'ECG intracavitario per stabilire la corretta profondità d'inserzione del catetere
- Scelta accurata dei devices da impiegare allo scopo di evitare complicanze o incidenti (deconnessioni, embolizzazioni di cateteri, lesioni da decubito, infezioni...)
- Esecuzione degli interventi più complessi in sala operatoria assicurando sterilità, analgesedazione o narcosi laddove sono necessarie
- Presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG, facilitando l'accesso a trattamenti ambulatoriali, disponendo, quando necessario, il soggiorno per alcune ore in Terapia Intensiva con monitoraggio e con la presenza del tutor
- 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
- Attività territoriali (Stigliano-Tinchi): Ambulatorio di Stigliano e di Tinchi

Di seguito una tabella riassuntiva:

INDICATORI NUMERICI SULLE ATTIVITA' REALIZZATE NEL CORSO DELL'ANNO 2016	
Descrizione prestazioni effettuate	n. prestazioni
Prestazioni Altra irrigazione di ferita	4
Incannulamento venoso centrale	430
Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute	20
Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia	34
Manutenzione di catetere venoso centrale	399
Medicazione di catetere venoso centrale	509
Pulizia di ferita NAS	85
Visita anestesiologicala	111
Visita anestesiologicala di controllo	159

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 l'A.O.R. San Carlo Pz ha realizzato l'Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari-referente aziendale : Dr. M. Ricciuti - (annualità 2016 prosieguo attività progetto 3.3 DGR 1517/2016-FSN VINC.2015) 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, tale da creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella rete delle cure palliative. Tale integrazione ha previsto una comune valutazione e monitoraggio del paziente, soprattutto relativamente ai sintomi, fisici, psichici e spirituali, oggetto proprio delle cure palliative, nonché delle terapie adottate, dei risultati delle stesse e delle loro modificazione in relazione all'andamento dei sintomi.

Di seguito si esplicitano le attività svolte nell'anno di riferimento (2016):

- 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 ed 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:

a)

Indicatore	Numero	%
Numero di pazienti seguiti dalle due equipe (Hospice e Assistenza Specialistica ADI - ANT distretto di Potenza).	70	50% 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.	20	15%
Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche o Convegno formativo con la partecipazione delle due equipe	Convegno "Appropriatezza cure palliative" tenutosi Il 9 giugno 2016	

b) Ore di attività svolte dal personale interessato nel 2016

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 50% dei pazienti seguiti dalle due equipe e il 15% di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice

LINEA PROGETTUALE 4 :

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata: Euro 2.557.989,00
(Accordo Stato Regioni n.65/ CSR- 14 aprile 2016) - DGR 411/2017

PROGETTO: IMPORTO TOTALE assegnato al Progetto 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2016 : Euro 2.557.989,00	4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE Comprendente: Azione 4.1 Piano regionale di prevenzione-annualità 2016 - (di cui del progetto 4 importo FSN Vinc.2016 assegnato: euro 2.545.199,00) 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)
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 2016 a valere sulla quota del FSN VINC. 2016 :	Euro 2.557.989,00
QUOTA EVENTUALE CARICO REGIONE	Euro 0,00

LINEA PROGETTUALE 4.- Azione 4.1 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (annualità 2016)

Con riferimento al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, la Regione Basilicata con i provvedimenti DDGGRR n. 91/2015, N.710/2015, N. 1230/2015 e N. 94/2016 ha recepito l'Intesa Stato-Regioni di riferimento ed ha definito la propria programmazione elaborando, giuste modifiche ed integrazioni concordate con il Ministero della Salute a seguito esiti valutazione ex ante, il Documento Operativo "Piano regionale della Prevenzione – programmi/progetti e linee d'intervento- documento operativo" (Allegato 1) corredato del relativo "quadro d'insieme" (All. n. 2 e 3), riportante programmi/progetti, linee d'intervento in corrispondenza dei macro obiettivi e indicatori centrali oltre che i relativi indicatori sentinella e risultati attesi unitamente alle modalità di attuazione in ambito regionale. Contemporaneamente si è data continuità alle interlocuzioni con le Aziende Sanitarie sulla nuova programmazione sanitaria in materia di prevenzione (nota Dipart. prot. n.126296 13 A2/2016) da attuarsi in continuo coordinamento regionale.

Il Piano Regionale della Prevenzione vigente (di seguito PRP) contempla i programmi:

- Guadagnare Salute Basilicata, che è articolato per Setting (“Setting Scuola”, “Setting Ambienti di Lavoro”, “Setting Comunità”) e comprende anche progettualità dedicate al genere femminile (“Guadagnare Salute Programma Donna”);
- Screening Audiologico e Oftalmologico Neonatali;
- Salute e Lavoro;
- Ambiente e Salute;
- Prevenzione delle malattie infettive, oltre che specifici programmi inerenti alla Sicurezza Alimentare e alla Sanità Pubblica Veterinaria.

- Attività di comunicazione sociale di promozione della salute.

Per anno di vigenza del PRP, è stato individuato, così come richiesto, un set di indicatori sentinella ai fini del monitoraggio in fase esecutiva di quanto pianificato e della valutazione annuale in sede regionale e ministeriale dello stato di avanzamento delle attività programmate.

Di seguito, su relazione della referente regionale, si rappresenta ciò che è stato realizzato al 2016.

Riguardo l'implementazione e messa a sistema delle attività di promozione e di educazione alla salute nelle scuole, attraverso la costruzione della “Rete Lucana delle Scuole che promuovono la Salute”, è stata chiesta l'adesione alla “Rete” a tutti gli istituti scolastici presenti sul territorio regionale. Al riguardo sono state tenute diverse riunioni del Comitato Paritetico Regionale formato da Regione - AA.SS.LL. - Ufficio Scolastico Regionale, che sovrintende alle attività in argomento, oltre che con i referenti dei tavoli tematici per la piena condivisione delle azioni da mettere in campo e degli obiettivi di processo e di esito da perseguire. E' stato di conseguenza elaborato il documento operativo da divulgare agli istituti scolastici della “Rete” al fine di acquisire le rispettive disponibilità di partecipazione per singolo programma/progetto di piano. Da qui, nell'ambito del programma **Guadagnare Salute Basilicata - “Setting Scuola”**, il 43% degli istituti scolastici della “Rete” ha aderito all'iniziativa rivolta alla scuola primaria riguardante gli argomenti **“nutrizione e attività fisica” per la prevenzione delle MCNT** e circa il 50% ai programmi di **“prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare”**. I programmi **“usa la testa non farti prendere dal gioco”** e **“giovani sani e informati ... è bello”** hanno fatto registrare a loro volta un'adesione di ben il 60%, a riprova della sensibilizzazione alle problematiche derivanti dalla contingenza di temi quali il GAP.

Circa i programmi/progetti **“Life Skill Training Basilicata”** e **“Unplugged”** è stata preventivamente condivisa con gli operatori interessati la metodologia informativo/formativa da adottare.

E' stato altresì realizzato il previsto evento formativo dedicato ad operatori sanitari e scolastici finalizzato a conoscenza/aggiornamento e recepimento di buone pratiche nell'ambito della promozione della salute nella scuola, con particolare riferimento alla **“promozione dell'attività fisica nella scuola primaria e secondaria di primo grado”**. Inoltre, relativamente alla prevenzione delle dipendenze (tossicodipendenze - GAP), si segnalano campagne informative svolte nelle scuole con Associazioni di Volontariato, Privato Sociale, Enti Locali.

Il programma **Guadagnare Salute Basilicata - “Setting Ambienti di Lavoro”** non è stato avviato così come delineato, prevedendone una rimodulazione, al pari di quello che ci si propone per **“la riduzione del disagio mentale e delle dipendenze patologiche”**, sebbene riguardo a quest'ultimo programma si evidenziano iniziative dedicate alla popolazione carceraria, programmate nell'ambito dell'Osservatorio regionale inter-istituzionale sulla sanità penitenziaria (anche con riferimento all'accordo sul documento concernente le linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, approvato dalla C.U. - Rep. Atti n. 3/CU/2015).

Riguardo al **“progetto pilota per la identificazione precoce dei soggetti di 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT”**, si è proceduto alla preliminare valutazione degli strumenti utilizzabili, vagliando i tempi e le risorse disponibili con predisposizione di un documento che ha delineato le attività nel loro divenire con relativa fattibilità, oltre che definito il profilo di salute del target. In più si è condiviso che i contesti strategici idonei ad intercettare e coinvolgere il target fossero sia quelli previsti nel “programma di counselling motivazionale breve” per la promozione di sani stili di

vita" (contesti sanitari opportunistici) che quelli del programma regionale di comunicazione per la promozione della salute (rif. Guadagnare Salute Basilicata - "Comunicare la Salute").

Per **"la promozione dell'esercizio fisico nei soggetti anziani"** si è deciso di optare per la divulgazione delle linee guida OMS sull'attività fisica, oltre che di intercettare/coinvolgere il target nei contesti previsti dal "piano di counselling motivazionale breve per la promozione di sani stili di vita" e dal piano regionale di comunicazione per la promozione della salute sebbene al riguardo non siano mancate iniziative territoriali.

Si aggiunge che **"presso i consultori familiari"**, nell'ambito del **"progetto di implementazione/valorizzazione delle loro attività"**, così come previsto, sono stati espletati corsi su sicurezza stradale e domestica (anche sulle etichette di pericolo apposte sui prodotti chimici) e sono state svolte attività di informazione/supporto dedicate alla prevenzione delle infezioni da HIV e HPV negli istituti scolastici e a favore di immigrati in collaborazione con il privato sociale.

Intensa è stata tra l'altro, in particolare presso i consultori familiari di una delle due ASL regionali, l'attività dedicata agli adolescenti, sia di natura consulenziale (consulenza ginecologica, IVG, contraccezione, consulenza psicologica, consulenza sociale), sia di natura progettuale/educativa (attività di integrazione scolastica per alunni disabili e non, attività per problematiche di abuso e maltrattamenti ed attività di promozione della salute rivolte a studenti, insegnanti e genitori). Sono stati attivati centri di ascolto nelle scuole, sono state portate avanti iniziative di contrasto al cyberbullismo ed è stato realizzato un evento di formazione (**"Indicatori precoci di disagio in ambito scolastico"**) rivolto al personale consultoriale.

Sono state definite le linee d'indirizzo regionali per **"Comunicare la Salute"**, a valenza trasversale, che sono state oggetto di procedura di gara (conclusasi nel 2017) finalizzata alla loro attuazione da parte della ditta aggiudicataria (agenzia esperta di marketing sociale), a supporto del SSR, con cui le linee d'indirizzo regionale sono state preventivamente condivise.

Per la **"prevenzione degli incidenti stradali"** sono stati svolti interventi d'informazione nelle scuole e sono state coinvolte anche le scuole guida. Inoltre è stato prodotto un report regionale, così come è stato prodotto un report regionale sugli **"incidenti domestici"** (compresi gli avvelenamenti) aggiornato al 2016 (rif. parte di piano tematica).

Non è stato possibile avviare 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"** per la mancata disponibilità al 2016 dei dati dell'ultimo censimento Istat per sezione di censimento che si ritengono necessari alle analisi previste

Si è proceduto alla raccolta dati dei sistemi di sorveglianza (**"PASSI", OKKio alla Salute, HBSC**) ed è stata data l'adesione al **"PASSI d'Argento"**

Per quanto riguarda il **"programma di contrasto alla violenza di genere"**, nell'ambito delle iniziative messe in campo e già riportate nella rendicontazione relativa all'anno precedente, nel corso del 2016 è stata implementata in particolare l'attività di informazione oltre che l'attività di accoglienza e supporto a soggetti a rischio e vittime.

Si è proceduto come previsto alla disamina delle criticità ostative all'aumento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici in atto da parte della popolazione target ed è stato sostanzialmente affrontato e superato in primis il problema degli inviti inesitati attraverso la revisione dell'anagrafica relativa agli aventi diritto, disponibile presso la centrale operativa preposta alla trasmissione degli inviti, e la parificazione di tale anagrafica con quella di fonte MEF (rif. linea d'intervento **"conoscere la popolazione non aderente agli screening e sperimentare interventi su misura a contrasto delle disuguaglianze"**).

Circa la parte di piano **"Guadagnare Salute Programma Donna"** in riferimento a:

- linea progettuale **"management del diabete gestazionale finalizzato alla prevenzione del diabete tipo 2 e alla riduzione della morbi mortalità cardiovascolare"**, sono stati sensibilizzati in particolare i Medici di Famiglia tramite le loro rappresentanze in sede di

Commissione regionale “Diabete”; sono state implementate le previste attività di sensibilizzazione del target, relative visite e follow-up, in particolare presso la UOSD di Diabetologia e Endocrinologia di Potenza; è stata avviata la discussione nella stessa Commissione degli atti propedeutici alla istituzione del registro regionale del diabete gestazionale;

- linea progettuale inerente **“all’applicazione e relativi risultati del test HPV – DNA già in atto in Basilicata e all’eventuale aggiornamento del nuovo modello di screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina”** ne è stata verificata l’adesione ed in merito alla linea progettuale **“valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori della mammella in Basilicata”** è emersa l’opportunità di rimodulazione;
- **“valutazione dei bisogni delle donne anziane”** è stata rimandata al 2018 (a seguito della conclusione della raccolta dei dati ex “Passi d’Argento”, prevista come fonte informativa, avviata nel 2017).
- screening audiologico ed oftalmologico neonatali è stato raggiunto l’obiettivo atteso al 2016 (1 punto nascita a regime per entrambi gli screening).

Riguardo al programma **“Salute e lavoro”**:

- sono state ulteriormente sensibilizzate le competenti Unità Operative delle AA.SS.LL. sull’importanza dell’uso degli strumenti informativi disponibili, per ciascun flusso sono stati individuati i referenti aziendali e ciascuna unità ha prodotto relativa reportistica (rif. progetto di **“sviluppo e messa a regime di sistemi e strumenti informativi”**);
- le attività di sensibilizzazione avviate dall’INAIL, come da iniziative in tal senso già programmate in sede di Comitato Regionale ex DPCM 21 dicembre 2007 - di cui l’INAIL fa parte – hanno ulteriormente contribuito **“alla emersione e al riconoscimento di malattie professionali”**;
- per **“la prevenzione dello stress lavoro-correlato per la promozione del benessere organizzativo nelle aziende”**, si sono concluse come previsto al 2016 le attività del progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) dal titolo **“Piano di monitoraggio e di intervento per l’ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato”**, cui anche la Regione Basilicata ha partecipato;
- sono aumentate le prestazioni di sostegno dedicate a RLS/RLST e bilateralità presso gli sportelli informativi AA.SS.LL. attivi presso i competenti servizi (così come previsto nel **“piano di prevenzione degli infortuni in edilizia”**) e, comunque, numerose sono state in genere le attività informative rese dalle AA.SS.LL. alle imprese (ad aziende edili e non solo), ad implementazione di una prassi già parte integrante dell’intero sistema regionale/aziendale ed inter-istituzionale di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- come previsto, in riferimento al **“piano regionale di prevenzione degli infortuni in agricoltura”**, nel 2016 sono stati coinvolti, in termini di informazione/formazione, tutti gli istituti tecnici agrari presenti sul territorio regionale (grazie all’input dato dal programma riguardante l’alternanza scuola-lavoro);
- sempre come previsto sono stati controllati per sorveglianza sanitaria una cinquantina di cantieri edili nell’ambito territoriale dell’ASL proponente il progetto **“Cantiere Sicuro”**;
- riguardo al progetto dal titolo **“linee guida per la valutazione del rischio rumore per attività a livello di esposizione molto variabile”** trattasi di attività prevista in implementazione dal 2017;
- riguardo alla **“prevenzione dei rischi lavorativi per l’apparato muscolo-scheletrico”**, difficoltà organizzative non hanno consentito di definire al 2016 il previsto piano di attività;
- per la linea d’intervento inerente a **“Cancerogeni occupazionali e tumori professionali da produzioni attive e pregresse”**, sono stati elaborati i dati disponibili del registro regionale dei mesoteliomi asbesto-correlati (ReNaM COR Basilicata) e data la disponibilità a partecipare ai

lavori nazionali previsti per l'attuazione del "Piano Cancerogeni" - da cui si ritiene possano scaturire gli indirizzi utili a rimodulare le attività.

Si segnala che nel 2016 l'attività ispettiva delle AA.SS.LL. a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ha riguardato il 40% dei cantieri edili notificati ed oltre il 10% dell'insieme delle unità produttive presenti sul territorio regionale - di cui il 12% in collaborazione inter-istituzionale - e che, nello stesso anno, sono stati realizzati in collaborazione inter-istituzionale anche eventi di informazione. Per quanto riguarda il programma "Ambiente e Salute" sono state eseguite le attività di seguito indicate:

- per il progetto dal titolo **"Definizione degli indirizzi e delle buone pratiche da perseguire nella costruzione/ristrutturazione di edifici per la riduzione dei rischi da 'Radon'"**, è stato stabilito il dovuto raccordo con il Centro di Riferimento Regionale per la Radioattività (ARPAB) e controllati, per ordine di priorità, gli istituti scolastici di 97 su 131 comuni delle due province lucane (in numero da 1 a 4 edifici per ciascun comune, fatta eccezione per la città di Potenza, con 14 edifici, e per la città di Matera, con 10 edifici - tra cui locali commerciali in zona Sassi) - da cui la mappa al 2016 degli edifici esaminati per livelli massimi di concentrazione di radon indoor (consultabile sul sito dell'ARPAB);
- relativamente all' **"impatto della problematica amianto sulla popolazione"** si è proceduto alla revisione della banca dati del ReNaM COR Basilicata ed è stata avviata l'analisi della qualità dei dati registrati;
- per quanto concerne lo **"studio di monitoraggio di policlorodibenzodiossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF) e policlorobifenili (PCB) nel latte materno di donne residenti nella provincia di Potenza"** ci si è avvalsi e ci si avvale della collaborazione dell'ISS. Ciò ha consentito di raggiungere agevolmente l'obiettivo atteso al 2016 (report intermedio di attività).

Nell'ambito dello stesso programma "Ambiente e Salute" è stata anticipata al 2016 la definizione del previsto studio epidemiologico a causa di specifiche criticità che hanno investito la Basilicata nel corso di tale anno (rif. intervento di **"ridefinizione di problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale ed emanazione di indirizzi per la loro gestione"**). A questa progettazione, per quanto contemplato negli atti di riferimento, possono collegarsi sia l'intervento programmato per **"il miglioramento della qualità delle matrici ambientali secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"** e lo sviluppo di metodologie utili alla valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali nonché le previste attività di comunicazione del rischio sia l'intervento programmato per **"la valutazione d'impatto sulla salute umana dei residenti dei comuni del SIN Val Basento (in provincia di Matera) oltre che "le attività formative dedicate sui temi ambiente e salute ad operatori del SSR e dell'ARPAB"**, superandone così - in fase di rimodulazione delle attività - la frammentarietà.

Infine per l' **"implementazione e messa a regime dei programmi di controllo in materia di REACH e CLP"**, è emersa la necessità di riorganizzare le attività per il perseguimento degli obiettivi attesi.

Per la parte di piano riguardante **"Malattie Infettive e Vaccinazioni"**, si fa presente che:

- è migliorato **"l'uso dei sistemi di sorveglianza speciale"** e, con riferimento al sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, sono state espletate le indagini di laboratorio di conferma per l'intera casistica rilevata al 2016, così come atteso;
- per **"il miglioramento del controllo delle malattie infettive a decorso cronico"**, è stata implementata l'attività dei servizi preposti sia a livello territoriale che ospedaliero, già sensibilizzati anche per attività dedicate a specifici target (immigrati);
- per **"la riduzione dei rischi di trasmissione di malattia tubercolare e di infezione di HIV tra gli immigrati"**, numerose sono state le attività di prevenzione e assistenza a livello

territoriale al di là delle previsioni di questa parte di piano, che si intende rimodulare per superare eventuali deficit di coordinamento e gestione tra istituzioni e servizi interessati.

Relativamente alle **“coperture vaccinali”** sono stati mantenuti i livelli di copertura previsti dagli indirizzi nazionali e già raggiunti (generalmente superiori alle medie nazionali) e migliorati quelli critici.

Sono state effettuate giornate di formazione dedicate agli operatori dei centri vaccinali per l'uso ottimale dell'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (in funzione in tutte le AA.SS.LL. regionali) - cui sono stati destinati ulteriori eventi di supporto in sede, secondo necessità.

Pressoché continui sono stati i contatti e i confronti con gli stessi centri vaccinali in previsione del PNPV 2017-2019 e del suo recepimento.

La definizione ed adozione di **“un piano per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive”** è stata rimandata agli anni 2017/2018 ad integrazione delle attività già messe in campo in occasione della **“pandemia influenzale”** e dell' **“emergenza MVE”**, comprensive di attività informativo/formative e simulazioni.

Per quanto riguarda **“le infezioni correlate all'assistenza”**, premesso che presso le strutture ospedaliere operano i comitati di sorveglianza e sono stati definiti protocolli operativi finalizzati al contenimento di tali infezioni nonché procedure per la prevenzione di quelle da micro-organismi multi-resistenti, nel corso del 2016 sono state attenzionate le post-chirurgiche, rilevandone un netto calo rispetto all'anno precedente (Infezioni post-chirurgiche per 100.000 dimissioni – Basilicata: anno 2015 344,93; anno 2016 149,03 vs Italia 233,07) ed è stato monitorato altresì il **“consumo di antibiotici”** registrando anche in questo caso dei miglioramenti.

Rispetto infine a quanto previsto in ambito di **“Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria”**: -per **“la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti”** sono stati richiesti i referenti aziendali per la stesura e la formalizzazione del protocollo operativo da avviare nel 2017; riguardo alla prevista **“formazione degli operatori del settore alimentare (OSA)”** per aumentare l'offerta di alimenti destinati a soggetti allergici, intolleranti e celiaci è stato organizzato e divulgato tramite il sito istituzionale delle AA.SS.LL. il primo evento formativo ma, data la scarsa adesione, si è optato di effettuare l'informazione direttamente in fase di controllo ufficiale. E' stata effettuata la ricognizione delle procedure in uso per la **“formazione e l'addestramento delle autorità competenti in materia di controlli ufficiali”** e sono stati avviati i corsi di primo e secondo livello inerenti agli standard di funzionamento delle medesime autorità; sono state potenziate e riviste tutte le procedure di audit ed è stato potenziato **“il sistema regionale in merito agli obblighi di audit tra autorità competenti”**;

Per il **“contrasto al randagismo”** sono state poste in essere le procedure per l'avvio del piano regionale di sterilizzazione e, comunque, tutti i cani randagi accalappiati sono stati sterilizzati.

Per **“la prevenzione dei disordini da carenza iodica”**, i controlli sull'utilizzo di sale iodato sono stati effettuati contestualmente al controllo ufficiale.

Riguardo all' **“Azione 4.2”** inerente allo **svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB** a fine 2017 è pervenuto a tutte le Regioni il relativo progetto di finanziamento concordato tra Regioni e referenti dei tre Network, da adottare a partire dal 2018 (con possibilità di estensione al 2019).

Il registro Tumori della Basilicata

In Basilicata è presente un Registro Tumori su base regionale istituito dalla Regione, con DGR n. 1277/2000 affidato al Crob e confermato dalla legge regionale 14 del 2011.

L'attività del Registro di Basilicata nel corso degli anni è stata centrata sulla definizione dei flussi e sulla analisi dei dati e finalizzata al miglioramento della qualità del dato e all'efficienza dei sistemi automatici. L'attività svolta ha portato alla costruzione della banca dati dei casi prevalenti (fondamentale per identificare i casi incidenti).

AL GIUGNO 2016 l'area coperta dal registro tumori corrisponde a quella dell'intera Regione Basilicata. La popolazione è così distribuita: 282.546 Maschi (184.491 nella provincia di Potenza e 98.055 in quella di Matera) e 295.016 Femmine (193.021 nella provincia di Potenza e 101.995 in quella di Matera). (ISTAT 2012). Nel 2016 la Commissione Accreditamento dell'AIRTUM ha accreditato il Registro

Tumori di Basilicata. Il Registro Tumori di Basilicata a differenza di molti altri Registri Tumori Italiani è un registro di popolazione generale, ovvero, raccoglie i dati relativi a tutti i tumori maligni dei residenti in Basilicata.

L'attività svolta ha portato alla costruzione di database che raccoglie dati su base regionale a partire dal 2005 e la pubblicazione dei dati fino al 2014 fa del Registro Tumori di Basilicata uno dei più aggiornati a livello nazionale. Di fatto è uno strumento regionale per la conoscenza e lo studio delle malattie neoplastiche deputato principalmente alla sorveglianza delle stesse ed alla valutazione degli screening regionali attivi.

Linea progettuale 5

GESTIONE DELLE CRONICITA'

Modelli Avanzati di gestione delle malattie Croniche

Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata con DGR 411/2017 : Euro 3.955.193,00

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. Alla concreta individuazione degli stessi concorrono diversi modelli teorici di riferimento, tra cui il Disease Management, il Chronic Care Model (CCM), la Clinical 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 per l'individuazione di strumenti utili per massimizzare le loro potenzialità. La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari. La complessità dei bisogni richiede una valutazione multidimensionale con 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. Il SSR Basilicata per meglio governare le problematiche legate alla CRONICITÀ della MALATTIA ha inteso sviluppare/incrementare nuove modalità assistenziali, con azione integrata dei professionisti e dei servizi, per la definizione e la gestione condivisa dei Percorsi Diagnostico Terapeutici centrati sui bisogni della persona, unitamente a modalità organizzative di lavoro in Rete (vedi Chronic Care Model). Per superare le difficoltà proprie del sistema unitario Ospedale-Territorio ha mirato all'individuazione di strumenti utili a favorirne le potenzialità unitamente alla condivisione di scelte terapeutiche basate sull'EBM con promozione dell'empowerment del paziente sulla base dei piani di cura. Considerate le attività avviate, compiute, organizzate su gran parte del territorio regionale già dagli anni precedenti (utilizzo dei Fondi per Obiettivi di Piano Vincolati 2013/ 2014/ 2015) per il compimento del piano/progetti-azioni circa le CURE per la CRONICITA' ha, nel corso dell'anno 2016, incrementato/ continuato le azioni/progetto pianificate per il perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo e a tal fine si dà corretta evidenza sia delle attività che dei risultati raggiunti nel corso del 2016 del Progetto 5: **GESTIONE DELLA CRONICITA'- Modelli avanzati di gestione**

delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità che di seguito si riassume nella tabella di seguito riportata:

<u>TITOLO DEL PROGETTO</u>	<u>5- GESTIONE DELLA CRONICITA':</u>
	<p><u>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità:</u> Comprendente:</p> <p>-Azione 5.1: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMGG e PPLLSS - (ASP) Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 1.030.673,00</p> <p>-Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata (ASM) Quota FSN VINC.2016 di cui al Progetto 5 assegnato all'azione: euro 370.231,00</p> <p>-Azione 5.3 Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze –ASM- Quota FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione: euro 33.700,00</p> <p>-Azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali - ASM- Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 53.600,00</p> <p>-Azione 5.5 Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model – ASM- Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 141.624,00</p> <p>-Azione 5.6: Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile – ASP - (nuova azione anno 2016)- Quota FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'Azione euro 48.500,00</p> <p>-Azione 5.7: " <i>La presa in carico efficace</i>" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. (ASM)- Quota FSN VINC.2016 Progetto 5 assegnato all'azione: euro 82.130,00</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)- Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 136.520,00</p> <p>-Azione 5.9: Percorso di cura del paziente disabile (ASP) Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 176.000,00</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.2016 di cui al Progetto 5 assegnato all'azione: euro 811.900,00</p> <p>-Azione 5.11 : Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza (ASM) - Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 141.950,00</p> <p>-Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile (ASP) - Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione 5.12: euro 364.725,00</p>

<p>TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 5 a valere sulla quota del FSN VINC. Anno 2016:</p> <p>Euro 3.955.193,00</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.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione euro 149.990,00</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. (ASP)-Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 150.000,00</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.2016 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.2016 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 108.650,00</p>
<p>DURATA PROGETTO</p>	<p>ANNUALITA' 2016</p>
<p>REFERENTE REGIONALE</p>	<p>Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa; dr.ssa Rocchina Giacoia – -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-</p>
<p>ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 5</p>	<p>Euro 3.955.193,00</p>
<p>Costo Complessivo Progetto 5 GESTIONE DELLA CRONICITA'</p>	<p>Euro 3.955.193,00</p>
<p>Quota a carico regione</p>	<p>Euro 0,00</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, con debito conto del contesto territoriale e delle iniziative già poste in essere dai Direttori di Distretto con la istituzione di alcune Equipies 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 annualità 2016 azione progetto 5.1 -DGR 1517/2016) ha posto tra gli obiettivi strategici 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, in annualità precedenti, avviato **“la medicina d'iniziativa”** con un progetto pilota che ha interessato i MMG e i PLS che ha visto la formazione di una o più Equipies Territoriali della Medicina Generale e/o Equipies Semi-Strutturate già presenti in alcuni Distretti della Salute (ex USIB) ed in particolare in quello di Lauria ed in quello di Senise. Primo obiettivo 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 un 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 2016 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. Erolì 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 ;

La partecipazione a dette équipes prevede una remunerazione strutturata aziendale.

Durante la sperimentazione i MMG (**Attività Equipes**) hanno svolto le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:

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

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 équipes:

- 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.

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. Già 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 2016

Nell'ambito territoriale di Lagonegro, come in Basilicata, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morbi-mortalità e secondo quanto relazionato con deliberazione del D.G. n.138/2017 l'Asp ha ritenuto utile e necessario condividere il programma regionale con il coinvolgimento dei MMG, per la somministrazione della Carta del Rischio cardiovascolare Assoluto dell'Istituto Superiore di Sanità alla popolazione residente in età compresa tra i 35 e i 69 anni unitamente al monitoraggio dei soggetti a rischio. E' stato pertanto definito un Piano Attuativo degli Obiettivi, già fissati con la DGR n.1713/2006, con il coinvolgimento di tutti gli attori previsti: MMG, Specialisti Ospedalieri e Territoriali, Responsabili dei Distretti, Responsabile delle Cure Primarie, Responsabile del Dipartimento di Prevenzione e 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 2016 IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (LAURIA E SENISE)	
descrizione	numero
CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER (Dispositivo Cardiac Post-operatorio in situ)	474
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1.316
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Arteriosa	68
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Venosa	115
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Arteriosa	7
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Venosa	4
ECOCARDIOGRAFIA	582
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	1.267
ELETTROCARDIOGRAMMA	3.852
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON ICLOERGOMETRO	323
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	498
VISITA ANGIOLOGICA	148
VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	196
VISITA CARDIOLOGICA	1.953
VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	812
	11.930

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 e BPCO stadio III - IV.**

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

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

Tra gli obiettivi si ricordano:

- evitare ricoveri impropri in Day Hospital e nel reparto di Broncopneumologia in quanto i problemi clinici verranno risolti ambulatorialmente;
- venire incontro alle esigenze dei Medici di Medicina Generale che necessitano di avere risposte in tempi brevi per alcuni pazienti con particolari problemi clinici legati alle problematiche broncopneumologiche.

TABELLA DELLE PRESTAZIONI EROGABILI

PATOLOGIA	CODICE	PRESTAZIONI EROGABILI
ASMA	007.493	Visita Pneumologica – Emocromo – IgE specifiche – prelievo sangue venoso– Test per cutanei a lettura immediata – Rx torace – Ecocardio – ECG –
INSUFF. RESP. CRONICA	024.518.81	Visita Pneumologica– ALT – AST –K – Teofillina – Esame urine - Emocromo – EGA – prelievo sangue arterioso e/o venoso – Test per cutanei a lettura immediata – Rx torace – Ecocardio – ECG – Spirometria globale – Esercizi respiratori (93.18.1 – 93.99)
BPCO STADIO III – IV		Visita Pneumologica – ALT – AST – K – Teofillina – Esame urine - Emocromo – EGA – prelievo sangue arterioso e/o venoso – Rx torace – Ecocardio – ECG – Spirometria globale – Esercizi respiratori (93.18.1 – 93.99)

Dati di attività 2016

AMO 2016 BPCO ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (LAURIA E SENISE)	
descrizione	numero
Broncoscopia con Fibre Ottiche	18
Diffusione Alveolo-Capillare	77
Emogasanalisi Arteriosa Sistemica	583
Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	6
Intradermoreazioni con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)	128
Laringoscopia e Altra Tracheoscopia	7
Monitoraggio Incruento della Saturazione Arteriosa	3
Prelievo di Sangue Arterioso	258
Spirometria Globale	159
Spirometria Globale con Tecnica Pletismografica	9
Spirometria Semplice	1.197
Test del Cammino	14
Test di Broncodilatazione Farmacologica	6
Test Percutanei e Intracutanei a Lettura Immediata (Fino a 12 allergeni)	45
Toracentesi	11
Visita pneumologica	1.145
Visita pneumologica di controllo	760
Totale	4.426

AMO DIABETE

Nel corso dell'anno 2016 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 è stata, nel 2016, a livello regionale l'unica esperienza di gestione integrata del diabete attualmente eseguita.

AMO 2016 DIABETE E DAY SERVICE PIEDE DIABETICO - ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (LAURIA E SENISE)	
descrizione prestazioni	numero
Anamnesi e Valutazione, Definite Brevi	1
Eco(Color)Dopplergrafia degli Arti Inferiori - Arteriosa	582
Esame del Fundus Oculi	90
Glucosio [S]	4
Prelievo di Sangue Venoso	5
Valutazione della Soglia di Sensibilita' Vibratoria	560
Visita diabetologica	786
Visita diabetologica di controllo	1.999
TOTALE	4.027

Ambulatori Specialistici Diabete messi in rete tra loro nel territorio della ASP.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA



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 nel territori dei Distretti di Lauria e Senise, ove attivato il progetto, gli stessi siano comunque più bassi rispetto agli altri territori aziendali.

L'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 attraverso:

- comportamenti prescrittivi conformi alle linee guida ed ai relativi protocolli assistenziali disponibili in ambito nazionale e regionale, finalizzati a migliorare il più possibile l'appropriatezza prescrittiva da parte dei medici prescrittori (ospedalieri e medici di assistenza primaria e specialisti convenzionati interni);
- applicazione delle modalità di accesso per Classi di Priorità definite in rapporto alla gravità clinica del paziente.

Per quanto concerne l'accesso per classi di priorità la Regione Basilicata, ai sensi della normativa nazionale, ha stabilito i criteri di accesso alle prestazioni per priorità clinica e/o d'urgenza anche con l'obiettivo prioritario di garantire la riduzione della domanda inappropriata. Si è provveduto a:

- 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 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, programmatica e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali.***

Riunione di tutte le Equipes con cadenza almeno bimestrale (minimo sei 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 marzo 2014, hanno continuato l'attività garantendo 8 ore giornaliere dal 2015 e la partecipazione dei Medici di Continuità Assistenziale in plus orario e dei 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 (pari al 60% dei MMG totali) e rilascio di crediti ECM. Obiettivo tra altri è stata quella di presentare il progetto e le linee guida e gli approcci metodologici del percorso diagnostico terapeutico.

Sempre nel corso del 2016 l'azienda sanitaria ASM di Matera, con l'Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata - (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto 5.2 - DGR 1517/2016 FSN Vinc. 2015-) - referente aziendale dr De Nisi - ha proseguito con l'implementazione di modelli avanzati per la presa in carico dei pazienti con malattie croniche mediante l'organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche al fine di garantire la continuità delle cure con gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri.

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 pz. 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:

- Prestazioni di laboratorio per pazienti cronici: n.285 pazienti
- Prestazioni di radiologia per pazienti cronici: n.210 pazienti
- Prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti cronici:
 - Cure palliative : n. 12 pazienti;
 - Visite e prestazioni cardiologiche : n.234 pazienti;
 - Medicina fisica e riabilitazione : 165 pazienti;
 - Neurologia : 142 pazienti;
 - Oculistica : 112 pazienti;
 - Oncologia : 8 pazienti;
 - Ortopedia : 78 pazienti;
 - Otorinolaringoiatria : 45 pazienti;
 - Pneumologia : 48 pazienti;
 - Psichiatria : n. 64 pazienti;
 - Urologia : n.73 pazienti;
 - Endocrinologia : 178 pazienti
 - Gastroenterologia/Endoscopia : 286 pazienti
 - Angiologia (doppler arterioso): n.35 pazienti
- Dimissioni/accettazione RSA da parte UVMD: n.98 pazienti/ospiti.
- Ricoveri per riacutizzazioni pazienti Cronici: n.68 pazienti in Lungodegenza Medica
- Dimissioni domiciliari protette pazienti Patologie croniche: n. 84 da UO Lungodegenza Medica e UO di Riabilitazione.

Riguardo alla gestione complessa della CRONICITÀ ed in specifico delle DEMENZE l'azienda ASM di Matera, 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 1517/2016), ha continuato, nel corso del 2016, la sperimentazione di una Rete dei Servizi per la cura delle Malattie Croniche con l'utilizzo di un ambulatorio dedicato per la cura e il

trattamento delle demenze presso la U.O. di Neurologia al fine della presa in carico multidisciplinare del 100% degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali. Sono state interessate al progetto diverse unità operative della ASM, con il coinvolgimento soprattutto di medici, psicologi e personale del comparto delle divisioni di Neurologia, Medicina, Psicologia e Fisiatria.

Sono state svolte molteplici attività sanitarie, quali:

- Circa 1000 visite ambulatoriali;
- 10 riunioni, studio dei casi;
- 900 prestazioni ambulatoriali;
- 400 somministrazione farmaci;
- collaborazioni telefoniche con i Medici di Medicina Generale;
- controlli periodici, tramite contatto telefonico con i caregiver;
- compilazione cartelle e assistenza ai pz in sala di attesa;
- selezione e studio di test neuropsicologici da somministrare ai pazienti;
- collaborazioni con la Farmacia ospedaliera per dispensazione gratuita dei farmaci;
- definizione dei Piani terapeutici per i primi tre mesi di trattamento;
- collaborazioni con i Fisiatri per segnalazioni dei pazienti da trattare con terapia cognitivo comportamentale;
- corsi di aggiornamento regionali e nazionali.

Riguardo all'azione 5.4: Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali attuata nel corso del 2016 dall'azienda ASM - referente aziendale Dr.ssa Coniglio - (anche in prosieguo del progetto 5.4 DGR 1517/2016) si sono continuate/accesciute le attività per il miglioramento dei percorsi assistenziali per l'approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Con la partecipazione di diverse unità operative dell'ASM, soprattutto medici e personale del comparto delle divisioni di Neurologia, Medicina e Urologia, durante l'anno sono state svolte le seguenti attività di ricovero e prestazioni sanitarie varie (riunioni, studio casi, visite, prestazioni ambulatoriali, somministrazione farmaci). Di seguito è riassunto il lavoro svolto:

- Prestazioni di ricovero per pazienti affetti da Sclerosi Multipla: DRG 012 n. 12, DRG 013 n.35, DRG 561 n. 2
- Visite neurologiche totali n. 1668
- Visite urodinamiche n. 14;
- Ecografie vescicali n. 14;
- Stimolazione del nervo tibiale posteriore n.12;
- Addestramento autocateterismo n. 1
- Riunioni di équipe per definizione e monitoraggio percorsi e per studio casi n. 5

E' ancora l'azienda ASM di Matera che con l' **Azione 5.5: Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model** -referente aziendale dr V. CILLA- ha, nel 2016, proseguito ed in parte incrementato quanto già sviluppato in ambito territoriale, nel corso delle annualità precedenti (progetto-azione 5.5 DGR 1517/2016). E' stato consolidato il Day Service, quale modalità assistenziale ambulatoriale per il trattamento di cittadini affetti da patologie croniche che non richiedono sorveglianze medico-infermieristiche prolungate, in alternativa al ricovero ordinario e al day hospital. Il modello seguito è stato quello della " *sanità d'iniziativa*" detta anche " *proattiva*". In questo modo gli infermieri distrettuali, periodicamente, hanno contattato telefonicamente i cittadini affetti da malattie croniche presso i loro domicili al fine di monitorare il loro stato di salute. In tal modo si è consolidato lo spostamento del baricentro dell'assistenza dall' Ospedale al Territorio, con conseguente incremento del sostegno ai cittadini bisognosi di cure, presso il proprio domicilio.

Principali attività svolte nell'anno di riferimento:

- 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) ed il Diabete (classi di età 20-74).

PRESTAZIONI:

- Visite mediche fisiatriche e prescrizione presidi n. 830
- Visite mediche, consulto a domicilio consulto presso strutture residenziali sostituzioni ecc. effettuate dal geriatria territoriale nella sede distrettuale di Grottole, presso il poliambulatorio e l'Ospedale di Matera :
- totale 777 prestazioni ,
- prestazioni infermieristiche totali 1700.

E' dell'ASP di Potenza l'azione 5.6 inserita, per l'anno 2016, nel Progetto 5 CRONICITA' : **"Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile"** – referente aziendale dr Rocco Orofino - con gli obiettivi di: 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; contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale; presa in carico dei minori malati cronici; favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni; offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto e coinvolgere il volontariato in un progetto comune.

Nell'anno di riferimento sono stati presi in carico 33 bambini affetti da malattie croniche gravi e di seguito si espongono le attività realizzate :

- 1) consulenza psicologica assicurata a tutti i minori e loro famiglie da parte di una psicologa psicoterapeuta formata in cure palliative pediatriche (cpp), con presa in carico dei minori e dei componenti familiari;
- 2) colloqui con la coppia genitoriale per la condivisione e la gestione delle conflittualità della coppia, della famiglia e della rete parentale con interventi dell'assistente sociale per problematiche lavorative e finanziarie familiari ed il coinvolgimento delle realtà associative operanti sul territorio;
- 3) momento formativo, organizzato insieme con l'Associazione Maruzza Basilicata, con docenti esperti in gestione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto al quale hanno partecipato

- operatori e genitori. Si così proceduto ad individuare gli operatori motivati per la gestione dei gruppi stessi;
- 4) tutoraggio del gruppo di operatori al fine di proseguire la formazione specifica su gruppi di autoaiuto tra genitori, a livello domiciliare, che favoriscano lo scambio con lo scopo di favorire lo scambio di informazioni, la condivisione dei problemi e delle esperienze tra famiglie;
 - 5) formazione "a cascata" da parte degli operatori formati, rivolta ad altri operatori ed a volontari.
 - 6) potenziamento degli incontri tra genitori nell'ambito territoriale del vulture-melfese e del potentino, con la previsione di riunioni periodiche;
 - 7) elaborazione e somministrazione dei questionari ai genitori ed agli operatori;
 - 8) coinvolgimento delle realtà associative, in particolare dell'Associazione Maruzza Basilicata che ha come mission l'aiuto alle famiglie di bambini con malattie inguaribili.

Esiti:

Su trentaquattro famiglie in carico: hanno aderito ai gruppi di auto-mutuo-aiuto 22 coppie genitoriali. Si è dato l'avvio a tre gruppi, uno nell'ambito territoriale del potentino, uno nel vulture-melfese ed uno nel lagonegrese. Al progetto hanno aderito undici operatori e sono stati somministrati questionari di gradimento ai genitori e questionari agli operatori.

Sempre inserita nel **Progetto 5 CRONICITA'**, si è ampiamente consolidata nel corso del 2016 l'**Azione 5.7: "La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio** (in continuità del progetto-azione 5.7 DGR 1517/2016 FSN VINC. 2015) attuata dall'azienda ASM di Matera - referenti aziendali: dr. Cilla e dr. Di Candia- con garanzia di 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. Grazie al sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo si è 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. Il team multidisciplinare è costituito dal medico fisiatra, dal medico ospedaliero e dal tecnico della riabilitazione (fisioterapista e/o logopedista). Durante l'anno di riferimento sono state 150 circa le persone dimesse dal P.O. di Matera ed affette dalle patologie sopraindicate. Degli stessi l'80% , dimessi dalla fase acuta, è stato arruolato nel progetto. A tal fine sono stati fatti Protocolli operativi con le UU.OO ospedaliere interessate. Tali accordi prevedono, tra l'altro, che la dimissione sia effettuata da parte del team di riabilitazione, responsabile anche della presa in carico e del monitoraggio del percorso e degli outcome. Per la presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva sono stati elaborati protocolli organizzativi ed operativi con le strutture estensive presenti sul territorio. Si è, altresì, implementato il sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo. Si è garantita la corrispondenza tra i bisogni riabilitativi espressi dalle persone inserite nelle strutture riabilitative territoriali e il trattamento effettivamente loro erogato.

Esiti:

- 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. Per quanto riguarda la sclerosi multipla, si tratta di una patologia per la quale, una volta diagnosticata, viene gestita nel territorio.
- Studio, valutazione e somministrazione di test di misurazione delle funzioni motorie e cognitive da parte del medico fisiatra e fisioterapisti e logopedisti per un totale di 24 ore settimanali per ogni operatore interessato.

- Attività di studio dei casi, analisi - presa in carico e stesura, condivisione e monitoraggio protocolli organizzativi e operativi all'interno dell'equipe multidisciplinare (medico, fisioterapista e logopedista e coordinatrice att. riab.) due ore settimanali cadauno.

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 realizzata dall'azienda Sanitaria di Matera -responsabili aziendali: dr. N. Annese , dr.ssa F.Gallo, dr. V.Cilla , Ass. San. A. Staffieri- (proseguito azione 5.8 DGR 1517/2016), ha inteso, nel corso del 2016, continuare a perseguire gli obiettivi primari: definizione ed adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza protesica ed implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo. Il tutto mediante l'elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse con contemporanea individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome nonché l'applicazione dei protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa dopo la fase acuta. E' stato implementato il sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo mediante l'utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone affette da insufficienza respiratoria. Nell'anno di riferimento, i pazienti assistiti con ossigenoterapia domiciliare a lungotermine (OLT), nel territorio della ASM, sono stati circa novecento. Per i pazienti non deambulanti e/o allettati sono stati effettuati trecentosessantuno accessi domiciliari per la valutazione del paziente e l'esecuzione dell'emogasanalisi arteriosa. Sono state effettuate ancora le seguenti prestazioni: Ass. Sanitario a domicilio 305 accessi, 305 emogasanalisi arteriose, n. 305 prelievi arteriosi, 250 monitoraggi incruenti della saturazione, 305 consulti brevi con refertazione delle emogasanalisi arteriose e 250 refertazioni monitoraggi incruenti della saturazione. Visite totali effettuate presso la U.O.: n. 1582. Esiti: secondo quanto relazionato dall'ASM i pazienti così individuati hanno visto crescere almeno del 50% la propria autonomia con partecipazione agli eventi della vita quotidiana.

Sempre per il compimento del Progetto 5 CRONICITA' l'azienda ASP di Potenza , nel corso del 2016, ha sviluppato l'Azione 5.9: " Percorso di cura del paziente disabile" (anche in prosieguo progetto azione 5.9 DGR 1517/2016)- responsabile aziendale dott. Nicola De Rosa- il cui obiettivo è ottimizzare i servizi riabilitativi sul territorio aziendale e rendere le cure più accessibili, tempestive, appropriate ed efficaci. A tal fine ha impiegato tutte le sinergie 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 sono stati effettuati gli ulteriori due stage (dodici giorni) del Corso di Formazione per il trattamento del Paziente Neurologico Adulto, iniziato nell'anno 2014. Svolto da specialisti del settore di rilevanza nazionale si è rivolto al personale aziendale operante nel settore riabilitativo. A seguito delle informazioni raccolte si è provveduto ad aggiornare i protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione avendo debita 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. Particolarmente nella fase più avanzata del trattamento riabilitativo è stato strumento di

socializzazione rendendo possibile la fruizione 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 2016 l'ASP ha proceduto ad effettuare controlli sul territorio aziendale: 685 Visite di Controllo di cui 39 Visite domiciliari, 365 pratiche controllate, 280 pratiche controllate ed autorizzate e 85 pratiche variate.

E' ancora 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** - (anche in prosieguo progetto-Azione 5.10 DGR 1517/2016) - referente aziendale dr. Gianvito Corona- ha persistito, nel corso del 2016, con il consolidamento e il rafforzamento 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"). 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. Nel corso dell'anno sono stati identificati gli operatori e le strutture territoriali da integrare alla rete-sistema "Coma to Community" attraverso la presentazione alla Direzione Strategica Aziendale di una proposta di costituzione del gruppo di coordinamento aziendale (GDC) per la gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti.

Attraverso incontri con gli operatori delle Cure domiciliari sono state condivise le linee generali della rete- sistema "Coma to Community".

E' stata effettuata l'analisi conoscitiva delle strutture della ASP che si occupano di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti.

E' stata predisposta una proposta operativa per la creazione DB di pazienti, referenti, unità, esperienze, livelli formativi.

E' stato realizzato uno schema tipo, da sottoporre all'approvazione della direzione aziendale, per la realizzazione di un report a conclusione del progetto e per la produzione di schede dei dati clinici di pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti. Continuano azioni di formazione degli operatori e dei familiari "on the job training".

Sono state condivise le linee guida nazionali 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. E' stata definita la scheda del consenso informato e sono state portate a conoscenza degli operatori le linee generali di trattamento dati e privacy. E' stata, altresì, definita la modalità di accesso condiviso tra gli operatori sanitari.

Le attività inerenti la realizzazione dei programmi di assistenza ai pazienti fragili in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza, del pari, sono state implementate per l'anno 2016 anche sul territorio afferente l'ASM di MT (responsabile aziendale - dr Vincenzo Denisi) mediante l'**Azione 5.11: Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza** (in continuità del progetto azione 5.11 DGR 1517/2016) che ha realizzato l'Assistenza in SUAP per pazienti in Stato Vegetativo, necessitanti di cure intensive ed assistiti in spazi dedicati, con 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. Le attività in favore dei pazienti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza, con n.5 posti letto collocati all'interno della UO di Lungodegenza Medica cod.60 dell'Ospedale di Tricarico, ha registrato per l'anno 2016 la seguente attività:

- n.8 pazienti dimessi
- n. 723 giornate di degenza
- degenza media di 90,38 giorni;

Per le degenze relative agli stati vegetativi la normativa non prevede alcuna soglia di giornate di degenza 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 di infermieri 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%)]. Il mutamento demografico determina sicuramente ripercussioni importanti sulla salute pubblica regionale a cui bisogna dare risposte importanti. L'azienda Sanitaria di Potenza, in linea con le direttive Nazionali e Regionali, ha inteso far fronte alle diverse e complesse palessi esigenze garantendo continuità di cure nel tempo e sul territorio e a tal fine ha realizzato, nel corso del 2016, l'**Azione 5.12 : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile**, referente aziendale Dott. Giovanni B. Bochicchio- (anche in prosieguo progetto azione 5.12 DGR 1517/2016). Grazie all'implementazione del progetto CRONOS (protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer) giusto D. M. 20.07. 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(ASP). 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. La "problematica demenza" vista in ogni possibile valutazione dimensionale: complessità della patologia (la diagnosi, la terapia la sua efficacia e i suoi costi); difficoltà di natura socio assistenziale (assistenza al malato dalle prime fasi alle fasi terminali da gestire con approcci differenziati; 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 sempre la 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*, 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 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 è anche effettuata (tutti i giorni della settimana) attraverso il *Day Service Geriatrico*, opportunità per quei pazienti 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, ecocolor Doppler TSA).

I pazienti individuati quali portatori delle patologie sotto elencate continuano ad essere seguiti nel tempo attraverso l' UVA.

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività dell'ambulatorio UVA nell'anno 2016.

DIAGNOSI	QUANTITÀ
Deterioramento cognitivo	97
Demenza mista	101
MCI	71
M. Alzheimer	131
M. Alzheimer con MCV	48
M. Alzheimer con disturbi psico-comportamentale	24
S. Depressiva	14
Non deteriorato	19
S. Ansioso depressiva	7
Demenza fronto temporale	2
Oligofrenia	1
Demenza con Parkinson	6
Totale	579
1^ visita	89
Controlli	11
Totale	100

Risultati Raggiunti

L'*Ambulatorio Demenze* è punto di riferimento per i familiari per la risoluzione dei complessi problemi che attengono la gestione del paziente 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 sessanta pazienti con *demenza in fase severa*; i Geriatri del CEIMI eseguono al domicilio del paziente 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 un giorno alla settimana.

Nelle *fasi moderate severe* i disturbi non cognitivi e soprattutto quelli comportamentali rappresentano la maggiore fonte di stress per la famiglia ed il caregiver, anche professionale. I farmaci antipsicotici e antidepressivi in genere non

sono in grado da soli di risolvere le situazioni più complesse, derivanti da incapacità di gestire i rapporti con l'ambiente (falsi riconoscimenti, incapacità a compiere movimenti volontari, vagabondaggio, disturbi sensoriali, false interpretazioni, agitazione verbale). Di conseguenza si sono tentati approcci psicosociali secondo diversi modelli. Di concerto con la Cooperativa Onlus Auxilium, che ha da sempre mostrato una sensibilità ed una profonda conoscenza del problema, si sta procedendo ad un programma sperimentale di "Doll therapy" nell'ambito delle terapie non farmacologiche. Tali metodiche innovative sono sempre più supportate da dati scientifici che ne attestano validità ed efficacia; la Doll Therapy si prefigge come end point primari quelli di ridurre alcuni disturbi comportamentali del paziente 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 paziente 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.

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 1517/2016)- Referente aziendale: Dr. Vincenzo Denisi – nel corso dell'annualità 2016 l'azienda si è adoperata per il raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi (es. 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)previsti con sviluppo di attività per il 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 MMG 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 dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti (perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali). In questi ultimi anni il ruolo degli " Ospedali Distrettuali", come definiti dalla Regione Basilicata con Legge n.17 del 2011, ha assunto un valore strategico: infatti per la fase post-acuta del percorso-paziente (anziano e fragile) da qualche anno l'azienda ASM ha messo in campo dei setting di ricovero dedicati alla Lungodegenza e Riabilitazione, anche in ossequio alla DGR 1300/2010 (Rete Regionale Lungodegenza/Riabilitazione) come prevista dalla L.R. n.12/2008. Dai dati di attività dell'anno 2016 si rileva che negli Ospedali Distrettuali di Tricarico e Stigliano, vi sono stati n.655 pazienti complessivi ricoverati secondo i seguenti setting assistenziali:

- Lungodegenza Medica n.147;
- Lungodegenza Riabilitativa n.135;
- Degenza Intensiva Riabilitativa n.364;
- stato vegetativo n. 9;

con n.21.923 giornate di degenza complessive;

con una degenza media di n.34,02;

% di occupazione dei P.L. di 60,67%.

Dopo il ricovero la presa in carico del paziente ha previsto l'invio al medico di Medicina Generale che, a seconda dei casi, può 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 RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale, struttura mista che eroga prestazioni sanitarie e socio-assistenziali) sede di Tricarico dove, per l'anno 2016, sono stati assistiti n.98 pazienti suddivisi in due classi di gravità :

R2: pazienti con bisogno assistenziale di tipo sanitario importante (ossigenoterapia, tracheostomizzati, PEG, gravi piaghe da decubito etc.)

R3: pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Cure Residenziali di Mantenimento).

Le patologie neoplastiche, sempre in aumento, colpiscono fasce sempre più giovani di popolazione e nonostante ci si adopera sempre più per fronteggiarle risulta sempre molto elevata la probabilità di divenire un paziente lungo-sopravvive (survivor) ad un tumore. Questa lunga sopravvivenza può, tuttavia, caratterizzarsi per una serie di patologie e disabilità destinate a determinare una "perdita di salute", fra le quali, la compromissione della capacità riproduttiva. Vi è da dire che 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. Problemi che in genere sono più evidenti negli uomini: il 90% dei maschi dopo la pubertà ha infertilità. In Italia, si stima che nel 2016 siano stati diagnosticati 365.800 nuovi casi di tumore maligno, di cui circa 189.600 (54%) nel sesso maschile e circa 176.200 (46%) nel sesso femminile. Approssimativamente, il 3% del totale viene diagnosticato in pazienti con età inferiore a quarant'anni. Per il momento, non sono ancora disponibili stime AIRTUM sull'incidenza di nuovi casi di tumore suddivise per regione e fascia di età.

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

N° tumori attesi inserire dati Anno 2016	uomo	donna
	20-39 anni	20-39 anni
Basilicata	32	59
Italia	2268	5054

E' provato che il counselling riproduttivo ai giovani pazienti oncologici sia proposto subito dopo la diagnosi e la successiva stadiazione della malattia oncologica così da avere il tempo necessario per la condivisione delle migliori strategie di preservazione della fertilità mutevoli a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva.

La possibilità di avere un figlio è spesso difficile per i pazienti, sia uomini che donne, in età fertile sottoposti a terapia oncologica il cui apparato riproduttivo viene messo a dura prova dal cocktail di farmaci o dalle radiazioni ionizzanti destinate a uccidere le cellule maligne e che spesso hanno effetti pesanti anche sulle cellule sane. Problema che è ancora più pressante per gli adolescenti oncologici, 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. Diverse sono le 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: si discute di **crioconservazione degli spermatozoi o del tessuto testicolare e di crioconservazione degli ovociti o del tessuto ovarico al fine di "guadagnare salute riproduttiva"** per i pazienti oncologici nel rispetto dei tempi *sempre* molto *stretti* legati alle terapie antitumorali. 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-sopravvissuti 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. 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.

La possibile comparsa d'infertilità secondaria ai trattamenti anti proliferativi unito al disagio psico-sociale sono problematiche di importanza crescente alle quali, durante l'anno 2016, ha inteso rispondere il SSR e l'ASP di Potenza ha attuato **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 compiuto negli anni precedenti (progetto azione 5.14 - DGR 1517/2016-FSN 2015). Viene prevista l'individuazione di un ginecologo per ogni punto nascita, esistente nell'azienda ASP di Pz, da formare attraverso un apposito stage, o comando, in struttura pubblica e/o privata da individuare in pieno accordo. Il dirigente medico dovrà formarsi nel prelievo ovocitario e nella tecnica laparoscopica. Il personale da impiegare è di tre unità di Dirigente medico (uno per Lagonegro, uno per Villa d'Agri e uno per Melfi). Riguardo alle attività realizzate durante l'anno di riferimento si specifica che l'azienda si è attivata per l'individuazione di una Bio-Banca già esistente ed accreditata che faccia da terminale operativo del progetto lucano. Si è 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 proceduto all'organizzazione di protocollo d'intesa con l'Azienda Ospedaliera San Carlo per la presa in carico della paziente necessitante di PMA al fine della valutazione ed attivazione delle relative prestazioni.

L'autismo e i disturbi del linguaggio risultano essere patologie necessitanti di diagnosi precoce con corrispondente trattamento tempestivo dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti sia in fase prescolare che 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 azioni da dedicare in ambiente scolastico. Per governare le problematiche legate alla cura di tali patologie l'azienda sanitaria ASP di Potenza ha organizzato una Rete Territoriale Integrata di Assistenza con garanzia di interventi omogenei sul territorio di riferimento. **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 -, anche in prosieguo delle attività svolte nell'annualità precedente(Progetto - azione 5.17 DGR 1517/2016) ha impegnato , nell'anno 2016, *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 tre npi, sei psicologi, tre logopedisti, tre terapisti e tre assistenti sociali, operante nei tre ambiti territoriali: Vulture- Melfese, Potenza, Lagonegrese e considerato il numero complessivo di circa settecentosettanta scuole con una popolazione scolastica di circa sessantaseimilatrecento alunni del primo ciclo di scolarità. Tali *Equipes* si affiancano 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 primario delle stesse è **l'identificazione precoce**, nei bambini in età prescolare, di comportamenti disfunzionali 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). Le azioni pianificate richiedono : a) la 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; 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.

Le attività previste si sono suddivise in due fasi dedicate: alla formazione dei pediatri e del personale scolastico interessato; alla creazione di gruppi di lavoro, alla formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà ed alla formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità. Nel corso dell'anno il servizio di NPI ha evidenziato un incremento degli accessi per quanto riguarda la richiesta di consultazione per BES e DSA. E' stato istituito un registro in cui sono stati individuati casi afferenti e si è provveduto ad effettuare un'implementazione degli approfondimenti prescritti nei casi dubbi (livello cognitivo borderline). Il servizio ha iniziato una collaborazione per un'attività di ricerca con l'ambulatorio Klinefelter, evidenziando percorsi per la valutazione di casi associati ai disturbi dell'apprendimento. Si è cercato di semplificare il percorso diagnostico attraverso agende interne in modo da gestire gli approfondimenti tra gli operatori e non più tramite CUP e così favorire una riduzione dei tempi di attesa ed una risposta più rapida per l'utenza (Day service dal mese di marzo 2017). Sono state garantite attività di consulenza con enti scolastici e comunali oltre che con il tribunale dei minori nelle situazioni più problematiche. Il servizio ha formalizzato un progetto su richiesta del Garante dell'Infanzia per il trattamento dei bambini in casi di maltrattamento e trauma effettuato in una scuola della città di Potenza. Necessaria è una rete tra operatori di equipe diverse per condivisione percorsi diagnostici. A tal proposito il primo passaggio è stato quello di informatizzare la cartella elettronica attraverso il sistema ARCA

L'invecchiamento della popolazione e una nuova organizzazione sanitaria richiedono la progettazione di setting assistenziali basati sulla continuità delle cure per risolvere nel modo più appropriato il problema della continuità delle cure al momento della dimissione ospedaliera del paziente fragile ed anziano (integrazione ospedale-territorio). Il monitoraggio della fragilità diviene elemento necessario per intervenire sui determinanti e limitare ove possibile l'evoluzione della malattia in disabilità. L'AOR San Carlo di Pz con l'azione 5.18 " **Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano**"- referente aziendale (in prosieguo del progetto azione 5.18 DGR 1517/2016) – ha inteso monitorare la fragilità con conseguente governo dei bisogni assistenziali emergenti attraverso la costituzione di una Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera Territoriale (UVGOT) che di fatto ha effettuato la valutazione dell'anziano fragile ricoverato presso la UOC di Geriatria garantendo la continuità delle cure anche a domicilio. Nell'anno 2016 sono proseguite le attività connesse alle prestazioni rese dalla Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera con supporto da parte dell'ADI e per la realizzazione di quanto disposto con nota n. 2015/40222 del 24.11.2015 del Direttore Generale dell'AOR giusto 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. Al momento sono state definite le modalità di presa in carico di pazienti necessitanti di ADI, riabilitativi (cod. 56 e cod. 60), RSA, RSA Alzheimer. E' stato elaborato un "cruscotto" attraverso cui avere la segnalazione da parte delle UU.OO.CC. Ospedaliere degli utenti necessitanti di prosecuzione di cure nei vari "settings" assistenziali, con redazione di un manuale operativo. Sono stati fatti incontri residenziali formativi con il personale interessato per: l'acquisizione di competenze atte ad individuare i pazienti fragili con l'uso di specifiche scale di valutazione (Multiprognostic index che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-Scala di EXTON SMITH- Valutazione della Quantità dei Farmaci assunti e dello Stato Abitativo- Indice di KARNOFSKY) con aggiornamento su tematiche di attualità che hanno favorito i

momenti di confronto clinico. E' stata fatta formazione estesa anche al personale di altra azienda sanitaria regionale (ASP- PZ) E' stato adottato il sistema della Valutazione multidimensionale (VMD) della persona fragile (nutrizionale, fisiopatologico mirato, cognitivo, farmacologico ecc.) al fine di migliorare l'outcome limitando l'impatto sulla salute e di garantire una corretta risposta ai bisogni sanitari e alla domanda di assistenza. Tutto ciò ha permesso un'adeguata programmazione dei trattamenti nei setting assistenziali appropriati. La suddetta VMD, con il contributo di tutte le professionalità ritenute necessarie, ha permesso di:

- individuare i pazienti geriatrici con multi o comorbidità e con aspettativa di vita sufficiente per essere eleggibili a procedure diagnostiche terapeutiche invasive, contribuendo all'ottimizzazione delle risorse sanitarie disponibili;
- individuare, i pazienti fragili che possano giovare di approccio mirato riabilitativo prima del ritorno presso il proprio domicilio;
- individuare, attraverso l'uso di score validati, i pazienti geriatrici "fragili" con bassa aspettativa di vita, grave compromissione delle condizioni generali ed outcome clinico negativo nel breve periodo, per i quali è preferibile l'approccio palliativo al fine di poter migliorare la qualità della vita rimanente;
- integrare con i servizi territoriali (ambulatori, servizi di Day hospital geriatrico e Day Service geriatrici o di altre discipline), al momento della dimissione ospedaliera, la valutazione e la pianificazione del Programma terapeutico e, al tempo stesso, garantirne la continuità assistenziale o, eventualmente, 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).	40	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	14	
Pazienti dimessi come pazienti fragili di cui anche con problematiche di tipo sociale	12	Re-ingressi non programmati (entro 7 giorni dalla dimissione) di pazienti presi in carica dall'UVGO costituenda.

Gli obiettivi potranno ritenersi conclusi nell'arco di alcuni anni e per l'anno 2016 hanno riguardato la valutazione per stratificazione prognostica del 50% 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 nelle UU.OO.CC. che hanno partecipato in maniera sperimentale al presente progetto (UU.OO.CC. di Geriatria, Medicina Generale, Pneumologia, Ortopedia).

Tale fase sarà estesa per l'anno 2017 a tutte le altre UU.OO.CC. dell'Azienda Ospedaliera.

Linea Progettuale 6 : RETI ONCOLOGICHE

Quota di FSN Vincolato Anno 2016 Assegnata con DGR 411/2017 :

Euro 868.023,00

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha approvato con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2016 (quota parte della somma globalmente assegnata giusto Accordo 65CSR 14.04.2016) il Progetto RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA concretizzatosi nell'anno 2016 in numero sette "azioni" compiute dalle aziende: ASP di Potenza , ASM di Matera e A.O.R. San Carlo di Potenza di cui di seguito si dà corretta evidenza per attività e risultati raggiunti :

<u>Titolo del Progetto</u>	6: RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA comprendente: <u>Azione 6.1:</u> 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.2016 assegnata all'azione: euro 87.811,00 <u>Azione 6.2:</u> 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.2016 assegnato all'azione: euro 81.090,00 <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) – Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 6 assegnato all'azione: euro 9.100,00 <u>Azione 6.4:</u> Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)-Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 6 assegnato all'azione: euro 32.780,000 <u>Azione 6.5:</u> 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.2016 di cui al progetto 6 assegnato all'azione: euro 247.877,00 <u>Azione 6.7:</u> Utilità' della diagnosi precoce per il tumore della Prostata e del Testicolo- (ASP Pz)- Quota FSN VINC.2016 di cui al progetto 6 assegnato all'azione: euro 265.205,00 <u>Azione 6.8:</u> Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile - (A.O.S. CARLO Pz) - Quota FSN Vinc.2016 di cui al progetto 6 assegnato all'azione: euro 144.160,00
Totale importo assegnato al Progetto 6 a valere sulla quota del FSN Vincolato Anno 2016: Euro 868.023,00	
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2016
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 868.023,00
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 – (in prosieguo del progetto-azione 6.1 DGR 1517/2016) - Referente aziendale: dr.ssa Giulia Motola- è stata realizzata per l'annualità 2016 dalla U.O.S.D. Farmacologia Clinica dell'azienda ASP di Potenza avvalendosi dell'istituto Sportello Unico Aziendale per Malattie Rare il cui specifico obiettivo continua ad essere, da un lato, supportare i pazienti affetti da malattia rara /tumori rari e le loro famiglie acconsentendone i bisogni con proposta di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali appropriati e, dall'altro, offrire agli Operatori sanitari impegnati il giusto collegamento funzionale e scientifico con le altre strutture della Rete Regionale e Nazionale. Tutto al fine da assicurare un approccio complessivo ai bisogni dei pazienti. Lo Sportello Unico, nel corso dell'anno, è diventato struttura funzionale di riferimento per i pazienti in trattamento farmacologico in quanto anello di congiunzione tra Centri/Presidi di Rete del territorio che garantisce la più efficace integrazione tra le diverse componenti a beneficio dell'iter clinico/assistenziale degli assistiti. Lo stesso, altresì, è risultato essere di riferimento per gli interlocutori esterni alla ASP ed innanzitutto: pazienti e familiari, associazioni dei pazienti, istituzioni ed altri soggetti coinvolti nelle Malattie Rare. Lo Sportello in applicazione della delibera aziendale n.289 del 12 aprile 2006 e successive modifiche provvede all'autorizzazione, ai pazienti affetti da Malattia Rara che ne fanno richiesta, della erogazione di farmaci e presidi non a carico del S.S.N. Gli assistiti affetti da Malattie Rare, muniti di diagnosi e piano terapeutico, possono ottenere dietro istanza presentata alla Direzione Generale 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, e 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 ed acquisiti presso le farmacie aperte al pubblico. Si è instaurata una stretta collaborazione con il Centro di Coordinamento della Rete per le Malattie Rare della Regione Basilicata, individuato con *Delibera n.822 del 12 luglio 2016* avente sede a Potenza presso il Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata. Detto centro si pone tra le funzioni quelle di:

- Essere un riferimento per Pazienti, familiari, Associazioni al fine di supportarli su percorsi diagnostico-terapeutici, assistenziali e normativi, sia in ambito nazionale che internazionale;
- Validare i piani terapeutici particolari, regionali ed extraregionali con collaborazione con il Gruppo Tecnico Regionale;
- Coordinare i Presidi di Rete;
- Promuovere i programmi di formazione e aggiornamento, nonché di prevenzione per Operatori Sanitari e Sociali, Pazienti e famiglie e Associazioni di Volontariato;
- Essere un supporto informativo su PDTA e normativa ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Gestire il Registro Regionale delle Malattie Rare;
- Organizzare e gestire il Registro per le Malformazioni Congenite;
- Garantire lo scambio delle informazioni e della documentazione sulle Malattie Rare con gli altri Centri regionali e con gli organismi internazionali competenti;
- Fornire informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati in ordine alle modalità di erogazione di terapie farmacologiche;
- Elaborare ed integrare la modulistica utile allo svolgimento delle attività inerenti le Malattie Rare.

La cooperazione dello Sportello, tra altro, consiste nel fornire al Centro tutte le informazioni , riguardanti le prestazioni sanitarie, anche ai fini della implementazione e gestione di un apposito sito regionale dedicato ai Pazienti affetti da Malattie Rare di sicura utilità per i cittadini della Basilicata. Per

il prosieguo negli anni a venire l'azienda sanitaria, grazie all'efficacia valutata negli anni di "sperimentazione" potrà pianificarne il finanziamento con quota parte dei fondi sanitari destinatele secondo normativa vigente in materia.

Sempre relativamente alla presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare 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 progettazione 6.2 – DGR 1517/2016) - Referente aziendale: dott.ssa F. Di Cuia - ha inteso perseguire il duplice obiettivo di dare informazioni in ordine alla terapia e somministrazione di farmaci prescritti sia ai pazienti che ai loro congiunti unitamente alla fornitura dei farmaci. Nel corso dell'anno la presa in carico dei pazienti affetti da malattie rare si è sviluppata attraverso l'implementazione di attività integrate fra farmacisti, medici ospedalieri e MMG attuando, se necessario, anche collaborazioni con medici appartenenti ad altri ospedali nazionali.

Durante l'anno, la ASM ha dispensato farmaci per le malattie rare per un totale di euro 3.549.675,10.

Soprattutto per quanto attiene le prescrizioni di farmaci biosimilari per la cura dei tumori rari, i farmacisti della U.O. di Farmacia dell'ASM di Matera, hanno collaborato con i medici specialisti e con i Medici di medicina Generale al fine di incrementarne l'uso e la prescrizione ai pazienti bisognevoli. In tal modo si è riusciti ad ottenere una percentuale di utilizzo dei sopra detti farmaci pari al 30,49 % rispetto ai farmaci originator il tutto con un notevole vantaggio per la terapia dei pazienti ed una buona riduzione della spesa aziendale per farmaci. Riguardo alle risorse impiegate per la somministrazione dei farmaci per malattie rare sono stati impiegati: un farmacista ospedaliero 120 ore/anno ed un amministrativo per scarico prodotti 120 ore/ anno. Si specifica che la presente azione progettuale sicuramente positiva negli anni di implementazione e di "sperimentazione" ha permesso all'ASM di valutarne la giusta efficacia ed efficienza tanto che per il prosieguo negli anni a venire la stessa potrà pianificarne azioni e finanziamento con la quota parte del fondo sanitario previsto dalla normativa vigente e destinatele dal SSR Basilicata

E' ancora l'azienda ASM che nel corso del 2016 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 una migliore compliance del paziente affetto da tali malattie con 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 Azione 6.3 DGR 1517/2016). 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, ha messo in atto 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) dedicando alla rete di collaborazione così creata 40 ore all'anno cadauno. La rete ha funzionato per la diagnosi, il trattamento e lo studio di tumori rari con valutazione epidemiologica delle patologie rare.

Sono state svolte le seguenti attività:

Visite oncologiche totali	n. 4.380;
Chemioterapie totali	n. 2.381;
Terapie di supporto (es. infusione steroidi)	n. 1.786;
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: Dr.ssa A. Rubino U.O.S.D. Chirurgia Senologica; Dr.ssa A. De Rosa -U.O.S.D. Senologia Medica) – nel corso dell'anno 2016 (anche in prosieguo dell'azione 6.4 DGR 1517/2016) 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; applicando nuove tecnologie tese al miglioramento della qualità delle cure offerte secondo protocolli e linee guida e con la tenuta e l'aggiornamento del data base dei casi.

Nel corso dell'anno di riferimento le donne affette da patologia mammaria diagnosticata presso all'U.O. di Senologia, circa 100, 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. Grazie all'attivazione di un ambulatorio dedicato, è stato 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 75 donne affette da patologia mammaria.

Sono stati effettuati incontri di equipe (dieci, una volta al mese) per monitoraggio percorso, discussione casi e preparazione interventi (4 ore settimanali per ciascun operatore interessato, chirurgo senologico, chirurgo plastico, senologa medica, radiologo, tecnico di radiologia, infermiera dedicata all'ambulatorio di chirurgia senologica, circa 380 ore x ciascuno).

Delle donne diagnosticate con tumore presso l'U.O. Senologia, circa il 58% ha accettato di essere inserita nel percorso presso il P.O. di Matera. Le pazienti sono state prese in carico, visitate e poi operate presso il P.O. di Matera per un totale di:

- 380 prestazioni ambulatoriali di chirurgia senologica (visite, visite di controllo, medicazioni, biopsie, asportazione di lesioni benigne ecc.);
- 75 interventi di chirurgia senologica, chirurgia radioguidata, di Nipple-sparing e SKI- sparing mastectomy in collaborazione ai chirurghi plastici (almeno una visita per donna prima dell'intervento) e il personale della Medicina nucleare.

Nell'ampio quadro di continuità delle cure si inseriscono le attività relative: alla **costituzione della rete regionale dei** pazienti con diagnosi di **adenocarcinoma polmonare** (Anatomie patologiche, pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche); all'**implementazione di un laboratorio di diagnostica molecolare** con acquisto dei relativi KIT diagnostici; alla **raccolta dei dati con utilizzo di software** dedicati e alla **realizzazione di studi osservazionali** per l'implementazione dei trattamenti specifici. E' in tale ottica che 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 / incrementare per l'annualità 2016 le attività concretizzate durante gli anni precedenti (progetto/azione 6.5 - DGR 1517/2016) con debita considerazione che i tumori rari sono da sempre una sfida importante per la medicina proprio data la palese difficoltà nello 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).

Di seguito si riepilogano le attività svolte nell'anno di riferimento (2016):

- 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;

Numero di casi investigati attraverso l'esecuzione degli esami di diagnostica molecolare/numero	45
N. di casi trattati con inibitori della TKI / n. di casi con mutazioni	0

- 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, al termine del progetto la corrispondenza tra presenza di mutazione e tipo di terapia ricevuta (a regime deve essere del 100%);
- è 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
Personale sanitario	10	624	6.240
Data Manager	2	624	1.248
Totale	18	1.872	11.232

Considerato che la regione Basilicata intende garantire, tra altro, la qualità degli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce delle patologie tumorali dell'apparato genitale maschile e a tal fine adotta anche una strategia di prevenzione e di controllo fondata su prove di efficacia in modo da contrastarne l'aumento. La prevenzione intende ridurre la mortalità, la morbilità o, gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio, o ad una certa patologia. Il tutto nell'ottica della salute e del benessere individuale e collettivo.

Il Tumore della Prostata è in Italia la seconda causa di morte nel sesso maschile per patologia neoplastica. Risulta utile agire con tempestività nella diagnosi precoce di tale patologia che è in forte aumento anche tra la popolazione della Regione Basilicata unitamente alla costituzione della Rete Oncologica Regionale diviene elemento necessario per l'intercettazione dei bisogni e della domanda del territorio di riferimento. Proprio in tale ottica l'**Pazienda 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 2016 progetto-azione 6.7 DGR 1517/2016)- ha inteso garantire sul territorio di riferimento (ex Asl 3 di Lagonegro) delle strutture specialistiche urologiche con ambulatori dedicati alla prevenzione oncologica in grado di fornire percorsi idonei ad identificare il problema. La 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, può assicurare interventi preventivi nelle fasce a rischio della popolazione maschile (over 50 aa) con 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- Nel territorio di riferimento (ex ASL n.:3 di Lagonegro) nell'anno 2016 sono stati selezionati 86 pazienti di età superiore ai 50aa con PSA elevato e sottoposti a Biopsia Prostatica ecoguidata (Mapping) con i seguenti risultati: circa il 30 % dei pazienti è risultato affetto dalla patologia neoplastica.

Sono state effettuate n. 50 instillazione endovesicale di farmaci antitumorali a pazienti operati per neoplasia vescicali , n.133 cistoscopia diagnostica e n. 100 biopsie. Molteplici sono state le 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. Si sono tenuti 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.

Premesso che gli screening hanno la peculiarità di riguardare patologie ad notevole frequenza e che richiedono sia un livello di adesione piuttosto elevato sia la disponibilità di test di 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. Sono confermate le evidenze che il trattamento del tumore in fase precoce riduca sia la mortalità causa specifica, sia la mortalità generale. In tale contesto si dà atto che già da qualche anno l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza grazie al Progetto- azione 6.8 giusta DGR411/2016 e precedenti inerente la Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile 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.

Tali attività sono proseguite anche nel corso del 2016 con attuazione del programma di lavoro rientrante nell' azione 6.8- **Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile** - (DGR 1517/2016 FSN VINC.2016) - referente aziendale Dott.ssa Angela Vita-
Di seguito si elencano le attività svolte nell'anno di riferimento:

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

Screening di tipo spontaneo		Numero di casi diagnosticati attraverso l'esecuzione del test PSA
Fascia di età		
>70 anni	<70 anni	18
n.	n.	
450	1.100	

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

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti Medici e Sanitari	4	450	1.800
Infermieri	10	450	4.500
Totale	14	900	6.300

Fine

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

IL SEGRETARIO

[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE

[Handwritten signature]

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 10.06.2018
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

[Handwritten signature]



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** facciate e da n. **3** allegati.