



DELIBERAZIONE N° 1034

SEDUTA DEL 30 DIC. 2019.

POLITICHE DELLA PERSONA

DIPARTIMENTO

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2018 (ACC.STATO REG.150/CSR 01.08.2018) . APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOLATI ANNO 2019 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N.191/CSR 28.11.2019

**ASSESSORE DIPARTIMENTO
POLITICHE DELLA PERSONA**

Relatore

La Giunta, riunitasi il giorno 30 DIC. 2019, alle ore 16,35 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Vito BARDI Presidente	X	
2.	Francesco FANELLI Vice Presidente	X	
3.	Francesco CUPPARO Componente	X	
4.	Rocco Luigi LEONE Componente	X	
5.	Donatella MERRA Componente	X	
6.	Gianni ROSA Componente	X	

Segretario: ARC. MERRA DONATELLA

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

L'atto si compone di N° 10 pagine compreso il frontespizio
e di N° 3 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

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

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

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

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. n. 11 del 13 gennaio 1998 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
- le DD.G.R. n.1667 del 2 giugno 1998 e n. .637 del 3 maggio 2006 successivamente modificata ed integrata con DGR 539 del 23 aprile 2008 concernenti la disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta regionale e dei provvedimenti di impegno e di liquidazione della spesa,
- la D.G.R. n. 227 del 19 febbraio 2014 " *Denominazione e configurazione dei dipartimenti Regionali relativi alle aree istituzionali Presidenza della Giunta e Giunta Regionale*";
- la D.G.R. n. 693 del 10 giugno 2014 " *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. n. 694 del 10 giugno 2014 " *Dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta e della Giunta Regionale. Individuazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali individuali e declaratoria dei compiti loro assegnati*";
- la D.G.R. n.1314 del 7 novembre 2014 di parziale modifica della DGR 693/2014
- la D.G.R. n. 689 del 22 maggio 2015 " *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. n. 691 del 26 maggio 2015 inerente l'affidamento degli incarichi dirigenziali in conseguenza dell'intervenuto riassetto organizzativo di cui alla DGR 689/2015;
- la D.G.R. n. 771 del 9 giugno 2015 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;
- le DDGR n. 355/2017, n.674/2017, n. 588/2018, n. 1026/2018 e n. 51/2019, relative al conferimento ed ai termini di durata degli incarichi dirigenziali;
- le DDGR n. 818/2017, n. 819/2017 e n. 434/2018 relative gli incarichi e la durata degli incarichi dei Dirigenti Generali dei Dipartimenti regionali;
- le DDGR n.519 del 31 luglio 2019, N.680/2019 e 867/2019 avente ad oggetto il rinnovo degli incarichi dirigenziali degli uffici della Giunta Regionale e successive proroghe;
- la DGR n. 524 del 5 agosto 2019 relativa al conferimento degli incarichi di Dirigente Generale dei Dipartimenti regionali

VISTI

- La legge 42 del 5 maggio 2009 recante delega al governo in materia di federalismo fiscale (Dlgs 56 del 18.02.2000 e s.m.i.)
- La legge 196 del 31 dicembre 2009 riguardante la legge di contabilità e finanza pubblica e s.m.i.
- il D.Lgsvo. n.118 del 23 giugno 2011 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

- 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 e s.m.i.

VISTE

- la L.R. n. 34 del 06 settembre 2001 recante “*Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata*” e s.m.i.;
- la L.R. n. 2 del 13 marzo 2019 “*Legge di stabilità regionale 2019*”;
- la L.R. n. 3 del 13 marzo 2019 “*Bilancio di previsione finanziario per il triennio 2019/2021*”;
- la D.G.R. n. 169 del 15 marzo 2019 “*Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli della spesa*”;
- la DGR 873 del 30 novembre 2019 “*Ripartizione in capitoli, dei titoli, delle tipologie e delle categorie delle entrate e delle missioni e dei programmi, dei titoli e dei macroaggregati delle spese in seguito alle variazioni apportate dalla L.R. 28 novembre 2019, n. 25, al Bilancio di Previsione pluriennale 2019/2021 della Regione Basilicata*”

VISTI

- il D.lgsvo n. 502 del 30 dicembre 1992 come modificato dai decreti legislativi 517/1993, n. 229/1999, n. 168/2000, n.254/2000, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale e s.m.i.;
- la Legge 662 del 23 dicembre 1996 e s.m.i. 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.lgsvo n. 112 del 31 marzo 1998 laddove all’art.115, comma 1, lett. a) dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del SSN avvenga previa Intesa della Conferenza Stato Regioni
- la Legge n. 38 del 9 marzo 2010 recante “*Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”.
- la L.R.n.39 del 31 ottobre 2001 e s.m.i. relativa al “*Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale*” .
- la L.R. n. 4 del 14 febbraio 2007e s.m.i. “*Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale*” che assicura, all’interno della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, l’erogazione dei livelli sociali delle prestazioni sociali funzionalmente integrati con i Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal Sistema Sanitario Regionale
- la L.R. n. 12 del 1° settembre 2008 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 L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017 “*Riordino del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata*”;
- il D.M. della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*” pubblicato nella G.U. in data 4 giugno 2015;
- il D.P.C.M del 12 gennaio 2017 di “*Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza*” (LEA) di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”- (GU n.65 del 18-3-2017 – S.Ord.n. 15). Recepito con DGR 600 del 30 giugno 2017.
- la D.G.R. n. 778 del 26 luglio 2017, di approvazione della proposta di “*Piano regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2018-2020*”.

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.

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).

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*".

VISTE

- 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.

- 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 la proroga al 31/12/2019 del Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali per la Prevenzione 2014/2018(rep atti 247/CSR/2017) recepita con DGR n. 723/2018.

RICHIAMATA

la DGR n. 848 del 14 novembre 2019 di approvazione del riparto provvisorio del Fondo sanitario Regionale anno 2019 e di modifica ed integrazione della DGR N.1105 del 30.10.2018 con la quale 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 si è assegnato in via previsionale alle aziende del SSR, tra altro, la Quota FSN Vincolata destinata alla realizzazione delle azioni progettuali, ai sensi dell'art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662 e smi, non essendo a quella data intervenute Intese della conferenza Stato- Regioni sul riparto delle disponibilità finanziarie vincolate del SSN anno 2019

CONSIDERATO che

che con DGR 411 del 16 maggio 2017 sono stati approvati i progetti regionali anno 2016, collegati agli obiettivi di piano del PSN giuste linee progettuali individuate giusto Accordo Stato - Regioni rep. 65/CSR /2016

DATO ATTO che

- l'Intesa Stato-Regioni del 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 192/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 per l'anno 2019 quantificandole per la regione Basilicata in complessivi **euro 11.375.092,00**

- l'Accordo rep Atti n. 191/CSR sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 28 novembre 2019 per l'anno 2019:

- 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 per certe di sostanziale continuità di quanto individuato per l'anno precedente (Accordo Stato Regioni 26 ottobre 2017), in coerenza con il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 relativamente a: aree prioritarie di intervento, strategie adeguate alla gestione delle cronicità e della non autosufficienza e sviluppo dei processi a garanzia dell'equità delle cure ai fini dell'elaborazione di progetti finalizzati alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale;
- ratifica per la regione Basilicata vincoli finanziari per un totale complessivo pari ad **euro 11.375.092,00 =.**

ATTESO

che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell' Accordo rep. n. 191/CSR/2019, conformemente agli indirizzi previsti e nel rispetto della obbligatorietà di alcune linee unitamente ai limiti finanziari minimi per esse stabiliti anche in prosieguo (per alcuni) di quanto sviluppato dalle aziende del SSR in anni precedenti, si è predisposto un "PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE PER OBIETTIVI DI PIANO

ANNO 2019 "Allegato1/2019" con schede Progetto-azioni per l'impiego delle risorse vincolate anno 2019 per un importo complessivo di euro 11.375.092,00 = con assegnazione alle linee progettuali delle necessarie risorse di cui si dà evidenza nella tabella seguente

Linea progettuale		Utilizzo regione Basilicata Risorse vincolate 2018 Obiett. Piano Sanitario (Acc. Stato Regioni n.191/CSR-2019) pari a euro 11.375.092,00 :
1	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ	3.106.883,00
2	PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO	863.025,00
3	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	2.607.730,00
4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	2.527.996,00
5	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO.	2.269.458,00
Totale		11.375.092,00

ATTESO CHE

con DGR 154 del 15 marzo 2019 sono stati approvati i Progetti Regionali anno 2018, collegati agli Obiettivi di Piano del PSN secondo le linee progettuali individuate dall'Accordo Stato - Regioni rep. 150/CSR del 01 agosto 2018

con DGR 289 del 6 aprile 2018 sono stati approvati i Progetti Regionali anno 2017, collegati agli Obiettivi di Piano del PSN secondo le linee progettuali individuate dall'Accordo Stato - Regioni rep. 181/CSR del 26 ottobre 2017

VISTA

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

- **"PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE PER OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2019- ALLEGATO 1/2019"**, contenente i Progetti –azione e relative schede redatti in rispondenza della definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo Rep. n. 191/CSR del 28.11.2019 e dell'Intesa rep. 192/CSR del 28/11/2019 per un importo complessivo di spesa pari ad euro **11.375.092,00=**;

- **“ALLEGATO 2/2019 - Relazione Illustrativa dei Progetti collegati agli Obiettivi di Piano FSN Vincolati anno 2019”** 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. 150/CSR del 01 agosto 2018 Fondi vincolati anno 2018-approvati con D.G.R. 154 del 15 marzo 2019

CONSIDERATO

che i Progetti- azione con relative schede, **“PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE PER OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2019- ALLEGATO 1/2019”**, per numero cinque linee progettuali sono coerentemente allineati a quanto sancito in sede di Accordo Stato-Regioni e risultano riassunti nell'acclusa tabella denominata “Progetti Obiettivi anno 2019, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione

- Basilicata –ALLEGATO 3/2019”, parte integrante e sostanziale del presente atto, comprendente le relative ripartizioni di finanziamento destinate dalla regione a ciascuna linea progettuale, anche nel rispetto del requisito finanziario minimo ove previsto, per un importo complessivo di spesa pari ad **euro 11.375.092,00**;
- che la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli minimi imposti ove previsto;
- che la quota di **euro 11.375.092,00** 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 sono state accertate sul capitolo E16105 (incassate per €8.021.550 con reversale n. 2898 del 7/8/2019) sono state impegnate in uscita su cap.U48030/2018 del bilancio regione Basilicata con successiva riserva di conguaglio. in sede di Riparto Definitivo delle Risorse di Parte Corrente e Vincolata 2019 giusta DGR da approvarsi nei termini previsti per legge

TENUTO CONTO

Che, conformemente a quanto disposto dal comma 34 bis art. 1 L.23/12/1996 n.662 e s.m.i., nell'Accordo Stato-regioni rep.191/CSR-2019 è previsto 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 dei FSN Vincolati assegnati per l'anno 2019 giusta Intesa rep. 192/CSR-2019, **riservando l'erogazione del restante 30 per cento all'avvenuta approvazione** da parte della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministro della Salute **dei Progetti regionali presentati per l'anno 2019 e di una Specifica Relazione Illustrativa** dei risultati raggiunti per singolo Progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali. Il tutto nel rispetto dei termini previsti dall'Accordo **al fine di evitare la perdita delle somme assegnate** che si traduce **nella non erogazione della quota residua del 30 per cento con contestuale recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata**

DATO ATTO

che è **necessario** procedere alla presentazione dei documenti, previsti per l' utilizzo dei FSN Vincolati 2019, **al Ministero della Salute** che proporrà alla Conferenza Stato Regioni **l'ammissione al finanziamento per euro 11.375.092,00** (quota già assegnata alla regione Basilicata giusta Intesa rep 192/CSR 28.11.2019) **ai fini dell'erogazione della restante parte del finanziamento** sopra indicato considerato che **il mancato adempimento comporterebbe** per il SSR **sia la perdita del saldo che il recupero** da parte del Ministero dell'anticipazione del 70 per cento già incassata(Intesa 92/CSR/2019) e versata per quota

parte alle aziende sanitarie

*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 richiamato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento di:

1. **approvare** il “PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE PER OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2019- ALLEGATO 1/2019” (parte integrante e sostanziale del presente atto) contenente i **Progetti- azione 2019** con relative schede per numero cinque linee progettuali giusti Accordo Stato regioni. Rep. n.191/CSR del 28.11.2019 ed Intesa Stato-regioni rep. n.192/CSR del 28 novembre 2019 coerentemente allineati a quanto in essi sancito, riepilogati nell’acclusa tabella denominata “Progetti Obiettivi anno 2019, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata -ALLEGATO 3/2019-”, ad invarianza dell’importo di spesa complessiva anno 2019 di **euro 11.375.092,00**;
2. **confermare** per i progetti dell’anno 2019 indirizzi e vincoli;
3. **approvare** la tabella: “ **Progetti Obiettivi anno 2019, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata - ALLEGATO 3/2019**”, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di **euro 11.375.092,00** (art.1 c.34 L-662/96) per Linea Progettuale per una spesa complessiva di pari importo;
4. **riservarsi** l’ eventuale rimodulazione delle percentuali delle risorse assegnate ai progetti per le singole linee progettuali mediante l’adozione di opportuno atto;
5. **approvare** la “ **Relazione Illustrativa dei Progetti collegati agli Obiettivi di Piano FSN Vincolati anno 2018 - ALLEGATO 2/2019 -**” (parte integrante e sostanziale della presente deliberazione), sui risultati raggiunti dai progetti presentati con utilizzo dei FSN Vinc.2018 ed approvati con DGR n. 154/2019;
6. **ribadire** che il predetto programma “PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE PER OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2019- ALLEGATO 1/2019” non comporta operazioni contabili sul Bilancio Regionale;
7. **trasmettere** il presente atto con relativi allegati al Ministero della Salute che proporrà alla Conferenza Stato Regioni l’ammissione al finanziamento per **euro 11.375.092,00** quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l’Intesa rep 191/CSR del 28 novembre 2019 ed ai fini dell’erogazione del restante 30% del finanziamento sopra indicato;
8. **dare atto** che le su dette risorse finanziarie , pari ad **euro 11.375.092,00**, sono state accertate sul capitolo E16105, incassate per euro 8.021.550 con reversale n. 2898/2019 e sono state impegnate in uscita al cap.U48030/2019 del Bilancio regionale ed in parte versate alle Aziende il 29/11/2019 (euro 8.021.550,00) con successiva riserva di conguaglio alle stesse in sede di Riparto Definitivo delle Risorse di Parte Corrente e Vincolata 2019 giusta DGR da approvarsi nei termini di legge.

L'ISTRUTTORE


(dott.ssa Ivana Nanni)

IL RESPONSABILE P.O.

(“[Inserire Nome e Cognome]”)

IL DIRIGENTE


(di Giuseppe Montagna)

In ossequio a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 la presente deliberazione è pubblicata sul portale istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente:

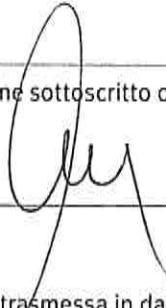
Tipologia atto	
Pubblicazione allegati	Si <input type="checkbox"/> No xx <input type="checkbox"/> Allegati non presenti <input type="checkbox"/>
Note	RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2018 (ACC.STATO REG. 150/CSR 01.08.2018). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2019 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N.191/CSR 28.11.2019.
Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa o nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.	

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

IL SEGRETARIO



IL PRESIDENTE



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

13.01.2020

L'IMPIEGATO ADDETTO



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 **10** fasciate e da n. **3** allegati.

Firmato digitalmente da

Rosanna lasala

SerialNumber =
TINIT-LSLRNN60A42G942H
C = IT

Data e ora della firma: 13/01/2020 10:30:51



PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE
PER OBIETTIVI DI PIANO ANNO 2019



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 dalle L.R. 31 agosto 2001 n. 39 e L.R.1° luglio 2008, n. 12 e s.m.i. E' stata promossa una nuova governance fondata su reti organizzative, operative e funzionali fra aziende ed 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. Obiettivo: coniugare la sostenibilità economica con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza e mantenere una prospettiva di difesa dell'identità regionale e di adeguamento alle disposizioni normative vigenti. Si è proceduto, tra altro, sia ad 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 ad 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 inalterata la configurazione istituzionale prevista dalla Legge Regionale 12/2008 e e s.m.i. e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno assunto il seguente assetto funzionale ed organizzativo:

- **Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza (AOR)**- DEA di II livello, un'unica struttura ospedaliera articolata in più plessi con titolarità dei presidi ospedalieri di base di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri ad essa trasferiti dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP). Esercita funzioni di riferimento per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale;
- **Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)** comprendente il presidio ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il presidio ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II" che costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti;
- **Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)** che assume altresì la competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa sul sistema regionale dell'Emergenza Urgenza.

ASP ed ASM hanno entrambe dimensioni coincidenti con i rispettivi territori provinciali ed una popolazione servita non inferiore a duecentomila abitanti.

- **Ospedale Oncologico IRCCS CROB** di Rionero in Vulture (CROB) deputato alle attività di ricerca, diagnosi e trattamento delle patologie neoplastiche.

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 DGR 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 2019 i Progetti, in applicazione dell'Accordo Stato regioni rep. 191/CSR del 28 novembre 2019, di cui di seguito si dà evidenza.

**Linea progettuale****PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ**

Una delle maggiori sfide dei Sistemi Sanitari è quella di fornire a pazienti cronici un'assistenza sanitaria adeguata alle loro necessità multiple legate alla multicronicità. L'OMS definisce la malattia cronica “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”. 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. E' incontrovertibile che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero delle malattie con chiaro 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 controllo della malattia. Una gestione efficace della cronicità presuppone scelte ed indirizzi strategici riguardanti l'offerta sanitaria con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutte le componenti coinvolte: dalle persone al macrosistema salute.

Ad oggi uno dei paesi europei più anziani risulta essere l'Italia. Secondo :

- ✦ uno studio d'indagine Istat 2017 sull'invecchiamento della popolazione con contestuale rilevanza di patologie croniche (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche) si è evidenziato, tra altro, che:
 - il 39,1% dei residenti in Italia, soprattutto donne di età > 55 anni, ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche indicate;
 - nella popolazione degli ultra settantacinquenni la multicronicità si è attestata al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne) con bisogni di salute complessi
 - quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, risulta essere ultrasessantacinquenne.
- ✦ uno studio condotto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane ,dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, si è rilevato il costante aumento negli anni delle patologie croniche. Nel 2017 è emerso che ne è stata interessata quasi il 40% della popolazione (cioè 24 milioni di cittadini dei quali 12,5 milioni hanno multi-cronicità) con previsione che nel 2028 il numero di malati cronici salirà a 25 milioni ed i multi-cronici saranno 14 milioni. Riguardo alla Basilicata si è registrata la prevalenza di almeno due malattie croniche con il 25,7% della popolazione interessata.
- ✦ Il rapporto Health at a Glance: Europe 2018, elaborato dall'OCSE, ha rilevato che la Cronicità è un fenomeno strettamente connesso anche alla crescita di aspettativa di vita che, in Italia, ha raggiunto gli 83,4 anni, quasi 2 anni e mezzo in più rispetto alla media europea.

Nel nostro Paese il quadro della cronicità ha una spiccata connotazione sociale, con significative differenze di genere, di condizione socio-economica, territoriali ed **il governo delle malattie croniche** risulta essere una **priorità di Salute Pubblica: occorre** rivedere l'approccio alla cura che tenga conto della multicronicità fornendo un'assistenza multidisciplinare, personalizzata ed indirizzata a migliorare la qualità della vita del paziente con riduzione del ricorso all'ospedalizzazione. Al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini, di armonizzare a livello nazionale le attività nel campo della cronicità e di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette dalle malattie croniche **il Ministero della Salute ha condiviso** con le Regioni il “Piano della Cronicità” documento **contenente** le Linee Programmatiche per il governo della Cronicità (Accordo Stato-Regioni 15.09. 2016) . In esso sono state ampiamente individuate le problematiche relative all'attuazione dei **PDTA in pazienti**



cronici con multimorbilità e si è fissata quale possibile soluzione, tra altro, la programmazione di Percorsi di Cura condivisi e personalizzati.

Gestire tale livello di complessità richiede un aumento degli impieghi anche in termini di risorse economiche; di decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata per il miglioramento della qualità della vita del paziente; una riduzione del carico del trattamento (polifarmacia ed appuntamenti multipli); una diminuzione delle cure non pianificate, degli accessi impropri al PS e del ricorso all'ospedalizzazione.

Il **Patto per la Salute 2014-2016**, ha previsto l'attuazione di concrete misure di programmazione sanitaria con previsioni di necessari investimenti nel sistema salute promuovendo percorsi di interazione tra il territorio e tutte le istituzioni interessate unitamente a percorsi anche innovativi di riorganizzazione dei servizi con utilizzo razionale delle risorse.

L'applicazione degli artt. n.1 comma 5 e n. 5 in particolare, in esecuzione art. 1, comma 34 legge 662/1996 e s.m.i., 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 legge 662/1996 e s.m.i., assegnate annualmente dal Ministero della Salute alle regioni, a seguito di apposita Intesa espressa in sede di Conferenza Stato –regioni per l'attuazione dei Progetti predisposti nel rispetto delle linee guida e dei vincoli economici stabiliti in apposito Accordo.

Riguardo all'annualità 2019

- **L'Intesa Stato-regioni** - rep. Atti 192/CSR del 28.novembre 2019- ha sancito la ripartizione alle regioni delle quote, vincolate per Obiettivi di Piano anno 2019, destinate all'attuazione dei Progetti regionali predisposti nel rispetto delle linee guida e dei vincoli economici stabiliti con successivo Accordo;

-**L'Accordo Stato-Regioni** - rep. atti 191/CSR del 28 novembre 2019 – ha definito **le Linee Progettuali** con tematiche “trasversali a più ambiti di assistenza” che indicano, in particolare, “..... **la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza**, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione e alle Cure Palliative e Terapia del Dolore...”e **tra queste la linea Progettuale : PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ**. Il tutto anche in sostanziale costanza di quanto individuato per l'anno 2018 ed in parte nelle annualità precedenti (es.L.P. 5 “Gestione della Cronicità” Accordo Stato-regioni rep.181/CSR/2017-anno 2017).

La **regione Basilicata** considerati programmi ed obiettivi, in debito conto del lavoro implementato/svolto dalle aziende del SSR per il **governo delle Cronicità** con utilizzo dei Fondi vincolati assegnati per Obiettivi di Piano nelle annualità pregresse, valutata l'efficacia degli interventi attuati unitamente alla necessità di proseguire e/o realizzare nuovi percorsi sempre improntati al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, **promuove con utilizzo** delle somme assegnate quali **Fondi Sanitari Vincolati per Obiettivi di Piano anno 2019**, il presente Progetto: “**1 PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI**” ed **assegna** per il compimento dello stesso, **senza oneri a proprio carico**, la somma complessiva di **euro 3.106.883,00** .

Segue evidenza del **Progetto** con relative **Azioni** aziendali programmate.

**SCHEMA PROGETTO**

1	LINEA PROGETTUALE	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI comprendente : <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Azione 1.Asp</u> : Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (Chronic Care Model) b) <u>Azione 1.Asm</u> : Gestione dei pazienti con Multicronicita’ attraverso l’offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della Vita dei pazienti e ridurre il ricorso all’ospedalizzazione (Cronic Care Model)
	AREA DI INTERVENTO	Piano Nazionale della Cronicità Pazienti con multicronicita’ percorsi di cura condivisi e personalizzati - Aree Distrettuali Territoriali Azienda ASP Potenza Azienda ASM Matera

2	REGIONE BASILICATA RESPONSABILE DEL PROGETTO	
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dr Giuseppe MONTAGANO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria;
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668709
	<i>e- mail</i>	giuseppe.montagano@regione.basilicata.it ;
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	D. ssa Rocchina GIACOIA
	<i>Ruolo e qualifica</i>	DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA PERSONA Dirigente Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668868
<i>e- mail</i>	rocchina.giacoa@regione.basilicata.it	



RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 1.....MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE Annualità 2019		
<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
3 <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato Regioni 191/CSR 28.11.2019 (Utilizzo Quota Parte assegnata alla Regione con Intesa192/CSR 28.11.2019)	Euro 3.106.883,00 (di cui : • € 2.000.000,00 assegnate all’Azione 1.Asp • € 1.106.883,00 assegnate all’Azione 1.Asm)
<i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>Nessun onere a carico del Bilancio regionale</i>	Euro 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI anno 2019		
<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4 Tot costi Azione 1.Asp	2.000.000,00	Per la specifica dei costi dell’Azione si rimanda alla sottostante parte a) Punto 4.1Asp del Progetto 1
Tot costi Azione 1.Asm	1.106.883,00	Per la specifica dei costi dell’Azione si rimanda alla sottostante parte b) Punto 4.1ASM del Progetto 1
Totale costi PROGETTO	3.106.883,00	

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI		
<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5 Azione 1.Asp Risorse Disponibili/ da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie all’Azione Progettuale si rimanda alla sottostante parte a) Azione 1.Asp : Punto 5.1.Asp
Azione 1.Asm Risorse Disponibili/ da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie all’Azione Progettuale si rimanda alla sottostante parte b) Azione 1.Asm Punto 5.1.ASM



6	<p>PROGETTO: I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p>	<p>La Basilicata è una regione geograficamente complessa, a bassa densità di popolazione caratterizzata da progressivo invecchiamento e con una estensione territoriale segnata da grande frammentazione abitativa aggravata da una rete di infrastrutture piuttosto arretrata e limitante. L'invecchiamento dei lucani</p> <p>-determina un aumento della morbilità, specialmente sul versante delle malattie cronico - degenerative. Coesistono nel paziente anziano patologie cardiovascolari, respiratorie, osteoarticolari, traumatiche, neurologiche ed accanto ad esse si rileva il dato della crescita esponenziale negli over 60enni delle patologie involutive cerebrali. “...<i>Facendo riferimento ai dati ISTAT la prevalenza delle malattie croniche esistenti nella regione raggiunge il 38,6% della popolazione, contro un valore nazionale pari a 39,1% affetto da almeno una malattia cronica, il 21,1% dei lucani dichiara due o più patologie croniche a fronte di un dato nazionale del 20,7%...</i>” (PSR2018/2020);</p> <p>-genera un aumento della domanda di servizi legati alla non autosufficienza a cui occorre 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.</p> <p>La valorizzazione dell'Assistenza Primaria nel Distretto risulta fondamentale ai fini della 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 n.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 complementarietà con le strutture ospedaliere e con le strutture socioassistenziali.</p> <p>Di fatto il SSR intende assicurare gli obiettivi di salute e a tal fine definisce strategie e strumenti organizzativi con indirizzi e documenti normativi orientati da un contesto normativo nazionale ed internazionale.</p> <p>Diversi i processi di cambiamento susseguitisi negli anni, tra cui quello avviato con legge Regionale n.39 del 31.10.2001 “ <i>Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale</i>”, poi proseguito, attuando, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L.R. 1.7.2008 n. 12 e s.m.i. <u>il riassetto organizzativo e territoriale</u> del Servizio Sanitario Regionale quale sistema unitario ed integrato con adozione di una configurazione di Strutture Organizzative a Rete che comprende e integra la Rete Ospedaliera regionale e le Reti Infra e Interaziendale . Le Aziende sanitarie sono impegnate 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), ambito territoriale e macro-organizzazione complessa dell' Azienda Sanitaria Locale del SSR, è il luogo di governo della domanda e di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico complessiva dei bisogni; • D.C.R. n. 317 del 24/7/2012 <u>l'approvazione del "Piano Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità - 2012/2015- Ammalarsi meno, curarsi meglio"</u> che ha disegnato la nuova organizzazione del SSR e ne ha definito le macrostrutture aziendali (Distretti Socio-Sanitari), l'organizzazione territoriale e di ambito, la rete ospedaliera ed il rapporto Ospedale Territorio. Il Distretto diviene “anche e soprattutto il
---	--	--



luogo della presa in carico dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali del cittadino”. In esso riveste grande importanza la gestione della Cronicità: il modello assistenziale ed organizzativo adottato è stato quello della "presa in carico" integrata e proattiva capace di intercettare il bisogno di salute (modello della “sanità d’iniziativa”) con 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), per la presa in carico multidisciplinare degli utenti cronici;

- Legge regionale n.2 “Riordino del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata”, del 12 gennaio 2017 la riprogettazione degli assetti organizzativi e strutturali del SSR mantenendo inalterata la configurazione istituzionale (Legge Regionale 12/2008 e smi) ma con diversa organizzazione interna strutturata su un modello organizzativo a rete ospedaliera (aziende e P. Ospedalieri, IRCCS) e territoriale (aziende Sanitarie Locali).

- DGR 778 /2017 l’approvazione del nuovo “Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità per il triennio 2018/2020 (PSR)” individua strategie per le singole aree del SSR unitamente ai metodi, agli indirizzi e alle modalità operative per la costruzione e l'attuazione della Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale con sviluppo di logiche di rete e complementarietà delle strutture sanitarie pubbliche e private, chiamate a soddisfare i bisogni di salute della popolazione regionale, con utilizzo risorse investite a garanzia dei LEA come definiti dal DPCM 12/01/2017.

Risultano definiti nel vigente PSR priorità e strumenti organizzativi tra cui:

- **Il Distretto della Salute e dell’Ambito Socio-Territoriale**, quale articolazione organizzativa fondamentale nel nuovo assetto del sistema SSR, deputato alla realizzazione degli interventi e dei servizi della Rete Regionale Integrata, erogati in ciascun territorio, giuste funzioni di indirizzo e di controllo svolte dalla Conferenza Istituzionale dell’Ambito Socio-Territoriale così come definita dall’art.12 della LR n.4/2007. All’interno del Distretto operano i centri operativi Sub-Distrettuali, Unità dei Servizi Integrati di Base (USIB), che assicurano unitarietà di organizzazione e la valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o, percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (ad esempio, area della cronicità, area della fragilità) con utilizzo dell’istituendo dello Sportello Unico destinato ai cittadini/e che esprimono un bisogno di salute o un disagio sociale. Si individuano le Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) come il luogo in cui avviene la presa in carico integrata dell’utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa e l’attuazione della Valutazione Multidimensionale e Multiprofessionale da cui discende un Piano di Assistenza personalizzato Integrato, sottoscritto dall’assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela. Organizzazione e modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate dall’Atto Aziendale e dagli appositi regolamenti Asl giusto nuovo Accordo Programmatico Interaziendale approvato con D.G.R. 779 del 26.07/2017.

- La “**Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali**” per le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull’Assistenza Ospedaliera, e per il rispetto dell’equo



	<p>accesso ai LEA”. Le difficoltà di erogazione dell’assistenza sanitaria nei territori interni dove la popolazione anziana è molto elevata e la natalità molto bassa richiedono iniziative determinanti per riorganizzare il modello di offerta dei LEA.</p> <p>Con il PSR si pianificano diverse linee di azione tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Realizzazione presidi territoriali. (3.2.5.1)</u>: diverse possibili tipologie di luoghi di erogazione dei servizi integrati con una organizzazione di rete fondato sul modello “Hub and Spoke: <ul style="list-style-type: none"> • Presidi previsti dal Decreto 2 aprile 2015 n° 70 allegato paragrafo 9 comma 9.2.2 “Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate” e paragrafo 10 comma 10.1 “Ospedale di comunità” • Punto Unico di Accesso (PUA), allocato presso il Presidio comunale di riferimento o comune capoparea o presso i presidi di cui al punto a, (Hub) e Centri di Riferimento Territoriale (CRT) (Spoke). ➤ <u>Presa in carico e supporto dei cronici (3.2.5.4)</u> <p>La presa in carico ed il supporto ai pazienti cronici prevede l’implementazione del Chronic Care Model rivolto alle persone considerate a medio e ad alto rischio. Le patologie croniche considerate sono le affezioni del sistema circolatorio, l’insufficienza cardiaca, l’insufficienza renale cronica, l’insufficienza respiratoria cronica, il diabete, le neoplasie e le patologie neurodegenerative. Il centro dell’azione è rappresentato dalla figura dell’ Infermiere di Famiglia/Comunità (IFC) che in “affiancamento del MMG o dello specialista ...”–prenderà in carico in maniera proattiva i soggetti cronici per erogare i servizi programmati giusto Percorso Diagnostico-Terapeutico identificato e con supporto di idonea attrezzatura biomedica.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI (<u>Parte a) Azione 1.Asp</u> <u>Parte a) Azione 1.Asm</u>)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
7		01/01/2019	31/12/2019	SI

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il quadro sulla cronicità nel nostro Paese ha mostrato negli ultimi anni la prevalenza di almeno due malattie croniche concomitanti in Basilicata con il 25,7% della popolazione interessata (anno 2017). Considerate le sussistenti condizioni risulta necessario rivedere l’approccio alla cura che tenga conto della multicronicità mediante un’assistenza multidisciplinare e personalizzata indirizzata a migliorare la qualità della vita del paziente e che miri a ridurre il ricorso ad ospedalizzazione.</p>
---	---------------------------	---



In tale ottica, tramite le Aziende Sanitarie del SSR, si promuovono per il governo delle malattie croniche le seguenti **Azioni progettuali** che impiegano, quale possibile strategia, il **Cronic Care Model (CCM)**:

- a) **Azione 1.Asp: Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)** –azienda ASP di Potenza - avente ad **obiettivo generale la Presa in carico dell’assistito** durante tutte le fasi della vita attraverso azioni di prevenzione sia primaria che secondaria, nonché attraverso le cure più appropriate per le patologie croniche, **riducendone l’ospedalizzazione;**
- b) **Azione 1.Asm: Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l’offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità’ della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all’ospedalizzazione (CCM)** – azienda ASM di Matera - avente ad **obiettivo generale** la promozione di un nuovo approccio alla Multicronicità, fornendo un’assistenza multidisciplinare e personalizzata indirizzata a migliorare la qualità della vita del paziente e a ridurre il ricorso all’ospedalizzazione.

Di seguito, di ciascuna **Azione progettuale**: “a) **Azione 1.Asp.**; b) **Azione 1.Asm.**”, parti integranti e sostanziali del presente Progetto, si espongono i relativi **Punti progettuali** riferentisi a: **Responsabile Aziendale Azione (2...); Articolazione dei Costi di Realizzazione...(4..), Risorse Necessarie per la Realizzazione...(5...), Durata azione (7...); Obiettivo Generale...(8..), Obiettivi Specifici(9...), Risultati Attesi (10...), Punti di forza(11...), Punti di Debolezza (12...), Diagramma di Gant, Descrizione Analitica dell’Azione -anno 2019- (13...) e l’eventuale Trasferibilità(14...)**

(PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI) parte:

- a) **Azione 1.ASP: Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)** –

Azienda ASP di Potenza - annualità 2019

Importo FSN Vinc 2019 assegnato alla presente Azione €2.000.000,00
(giusto soprastante **Punto 3** (generale) del **PROGETTO: 1....)**

2. 1.Asp	<u>AZIENDA ASP di POTENZA</u> Responsabile dell’Azione Progettuale <u>Azione 1.Asp</u>	
	<i>Cognome Nome Responsabili Aziendali</i>	Dr. Rafaela PETRUZZELLI
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Medico
	<i>Recapiti telefonici</i>	0973-641303
	<i>e- mail</i>	rafaela.petruzzelli@aspbasilicata.it



4. 1.Asp	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 1... : Azione 1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione	€30.000,00	
Costi gestione Azione Progettuale	€1.970.000,00		
	Tot. costi <u>Azione 1.Asp</u>	2.000.000,00	(giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto: 1..)

5. 1.Asp	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 1... / Azione 1.Asp: Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>	
Disponibili		6	Personale Medico (uno per Distretto)	
		6	Infermieri (uno per Distretto)	
		6	Fisioterapisti (uno per Distretto)	
		6	Assistenti sociali (uno per Distretto)	
		3	Amministrativi (uno per Distretto)	
		6	MMG (uno per Distretto)	
		12	Medici Specialisti Ambulatoriali	
		1	Coordinatore del progetto	
		6	Postazioni informatiche (una per Distretto)	
	Da acquisire		1	Informatico
			3	Amministrativi (uno per Distretto)
			6	Infermieri (uno per Distretto)
			6	Corsi di formazione
			1	Software di stratificazione, analisi e gestione delle cronicità degli assistiti
		1	Accordo decentrato con i MMG	
	1	Accordo decentrato con i Medici Specialisti Ambulatoriali		

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7.1.Asp	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 1... parte: a)Azione 1.Asp	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	Sì



8.1.Asp	OBIETTIVO GENERALE Azione 1.Asp	Presa in carico dell'assistito durante tutte le fasi della vita attraverso azioni di prevenzione sia primaria che secondaria, nonché attraverso le cure più appropriate per le patologie croniche, riducendo l'ospedalizzazione.
9.1.Asp	<p>PROGETTO:1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> <p>a)-Azione1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)</p>	<p>Il modello di Chronic Care Model (CCM) è un sistema complesso che presuppone una vera e propria rivoluzione culturale della Medicina Generale. In attesa della rivisitazione dell'Accordo regionale per l'Assistenza Primaria, con messa a punto delle nuove modalità di accorpamento della Medicina Generale / Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT e Unità di Cure Complesse Primarie – UCCP, si intende verificare l'applicabilità della rete territoriale di presa in carico del paziente nell'ambito delle malattie croniche giusto Piano Nazionale delle Cronicità. Sarà obiettivo per tutti i medici di Assistenza Primaria, afferenti all'ASP di Potenza, l'adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostici-Terapeutici, seguendo le indicazioni previste dal PNGLA 2019-2021. In tale ottica è stata già identificata una task force costituita dai Direttori di Distretto di Assistenza Primaria e da rappresentanti dei MMG a cui si aggiungono i componenti delle strutture di STAFF della Direzione Strategica(Controllo di Gestione e SIA). Fondamentale nella prima fase è la stratificazione della popolazione secondo la piramide di Kaiser modificata come riportata nel <i>Piano delle Cronicità</i>. La task force individuerà le specifiche azioni da porre in essere a seconda dello strato individuato e dalla complessità assistenziale, che saranno previste a partire dalla Medicina di Iniziativa, dai PDTA e PDTA Complessi in caso di multicomorbidità, fino alla assistenza in ADI e Cure Palliative.</p> <p><u>La presa in carico nella rete territoriale assistenziale, include un 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) con la possibilità di prevedere l'integrazione di servizi opzionali, aggiuntivi a seconda delle differenti necessità territoriali.</u></p> <p>Servizi che possono riguardare, oltre ai possibili Servizi Distrettuali presenti nelle ASP (Consultorio familiare, Sert, DSM, Servizio Farmaceutico, Servizi di Prevenzione, Sportelli Unici di Accesso) :</p> <p>a) sperimentazioni di sistemi informativi, finalizzati anche alla valutazione del paziente complesso utilizzando specifiche schede valutative della suite InterRAI;</p> <p>b) esperienze di telemedicina o servizi interni affidati ai MMG di elettrocardiografia, ecografia a fronte di capacità professionali validate e certificate, eventualmente con corsi di formazione ad hoc ed attività aggiuntive di particolare impegno professionale.</p>



	<p>Di seguito riassunti gli obiettivi specifici dell’<u>Azione 1.Asp</u></p> <p>1°. Obiettivo Stratificazione della popolazione</p> <p>2°. Attivazione della Medicina di Iniziativa (stili di vita)</p> <p>3°. Presa in carico precoce del paziente cronico a basso rischio (PDTA)</p> <p>4°. Presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale del paziente cronico complesso o con multipatologia (es.: PDTA cardio-metabolico)</p> <p>5°. Potenziamento assistenza domiciliare integrata al fine di ridurre l’ospedalizzazione non appropriata.</p>
--	--

	RISULTATI ATTESI Progetto 1: a) <u>Azione 1.Asp</u> Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM).	
10.1.Asp	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dall’azione</i>	Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva sia farmaceutica che specialistica; riduzione ricoveri inappropriati; individuazione del setting assistenziale; integrazione multiprofessionale e multidisciplinare tra specialisti e tra specialisti e MMG.
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i>	Miglioramento della qualità di vita del paziente cronico; aumento della fascia statistica di pazienti non ammalati; maggiore disponibilità di risorse economiche per i pazienti in cure palliative e di fine vita.

	PUNTI DI FORZA PROGETTO 1... : <u>Azione 1.Asp</u> Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)	
11.1.Asp	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l’implementazione
	Stratificazione della popolazione	L’esigua numerosità della popolazione rende agevole l’analisi dei bisogni di salute della stessa e l’individuazione dei suoi bisogni di cura
	Unità di Valutazione distrettuali	Rinforzare la sinergia tra gli operatori dei vari distretti della salute appartenenti alla UVD, rendendo quanto più omogenea ed obiettiva la scheda valutativa anche attraverso l’utilizzo della suite InterRAI



12.1.Asp	PUNTI DI DEBOLEZZA PROGETTO 1....: Azione 1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
	Situazione orogeografica e densità abitativa	Miglioramento delle reti assistenziali di assistenza primaria; potenziamento dell'ADI
Difficoltà di comunicazione tra gli operatori	Potenziamento dei sistemi di telemedicina	

DIAGRAMMA DI GANT**(PROGETTO 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI)**

a) Azione 1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione e sviluppo della componente Software		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Analisi della popolazione									X	X	X	X
Valutazione del rischio										X	X	X
Formazione											X	X
Definizione di programmi di educazione alla salute e stili di vita											X	X
Avvio e sperimentazione dei programmi di educazione alla salute e stili di vita						X	X	X	X	X	X	X
Avvio e applicazione di specifici protocolli di diagnosi e cura di almeno 3 patologie croniche						X	X	X	X	X	X	X
Semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni									X	X	X	X



DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI: a) Azione 1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)				
14. 1.Asp	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Stratificazione della popolazione	Definizione e sviluppo della componente Software	Analisi dei dati da acquisire e delle modalità di elaborazione e reporting	Realizzazione del software (Sì/No)
		Analisi della popolazione	Produzione di report stratificazione della popolazione secondo la piramide di Kaiser	N. di report prodotti/ n. report richiesti
		Valutazione del rischio	Inserimento dell'assistito cronico nel livello di complessità e/o comorbilità	n. pazienti cronici valutati/ totale Pazienti Cronici
Formazione	Attivazione corsi di formazione per gli operatori coinvolti	N. corsi realizzati/ n. corsi previsti		
14. 1.Asp	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Attivazione della Medicina di Iniziativa	Definizione di programmi di educazione alla salute e stili di vita	Definizione di programmi di educazione alla salute e stili di vita redatta a cura di Medici della prevenzione, Specialisti Ambulatoriali e MMG	n.programmi definiti/ totale programmi previsti
		Avvio e sperimentazione dei programmi di educazione alla salute e stili di vita	Avvio dei programmi di educazione alla salute e stili di vita a cura dei Direttori di Distretto	n.programmi avviati/ totale programmi definiti
	Presa in carico precoce del paziente cronico a basso rischio (PDTA)	Avvio di specifici protocolli di diagnosi e cura di almeno 3 patologie croniche	Realizzazione di PDTA di almeno 3 patologie croniche a basso rischio individuate in base alla percentuale di malati risultanti dalla stratificazione	n.percorsi avviati/ totale percorsi definiti
Semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni		Sviluppo di day-services e di PAC	n.DS-PAC avviati/ totale DS-PAC definiti	

FINE Azione 1.Asp Stratificazione della popolazione e presa in carico del paziente con multi cronicità secondo il modello di presa in carico del malato cronico (CCM)



PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI) parte:

b) Azione 1.Asm: Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM) – Azienda ASM di Matera -

Importo FSN Vinc. 2019 assegnato alla presente Azione € 1.076.883,00
(giusto soprastante Punto 3 (generale) del Progetto 1....)

2.1.ASM	Responsabile dell'Azione Progettuale AZIENDA ASM DI MATERA Azione 1. ASM	
	Cognome Nome dei Responsabili Aziendali ASM-MT	Dr Vincenzo AMOIA – Dr Vincenzo DENISI – Dr Rocco PASCIOCCO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	DIRETTORI UU.OO.CC. DISTRETTI SANITARI: <u>Distretto Sanitario Collina Materana-Metapontino:</u> Dr. Vincenzo AMOIA; <u>Distretto Medio Basento – Bradano:</u> Dr. Vincenzo DENISI; <u>Distretto di MATERA:</u> Dr. Rocco PASCIOCCO
	<i>Recapiti telefonici</i>	0835- 586550 (AMOIA) ; 0835 – 524140 (DENISI); 0835 - 253650 (PASCIOCCO)
	<i>e- mail</i>	vincenzo.amoia@asmbasilicata.it vdenisi@asmbasilicata.it rocco.pasciucco@asmbasilicata.it

4. 1.Asm	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 1... : b) Azione 1.ASM: Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM) – Azienda ASM di Matera		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ Costi per la formazione	5.000,00	
	○ Costi gestione Azione Progettuale	1.101.883,00	
	Tot. costi <u>Azione 1.ASM</u>	1.106.883,00	(giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto: 1..)



5. 1.Asm	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI <u>Azione 1.Asm</u>		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	Disponibili	-PERSONALE IN SERVIZIO PRESSO LE UU.OO. TERRITORIALI -ATTIVITA' DI FORMAZIONE	

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7.1.Asm	DURATA COMPLESSIVA DEL (PROGETTO 1...) parte b) <u>Azione 1.Asm</u>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	Sì

8.1.Asm	OBIETTIVO GENERALE Azione 1.Asm	Promozione di un nuovo approccio alla multicronicità, fornendo un'assistenza multidisciplinare e personalizzata, e che sia indirizzata a migliorare la qualità della vita del paziente.
---------	--	---

9.1.Asm	PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI	L'applicazione del Chronic Care Model (CCM) quale modello di assistenza medica si
	OBIETTIVI SPECIFICI <u>Azione 1.Asm:</u> Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)	<ol style="list-style-type: none"> 1) propone di realizzare <ul style="list-style-type: none"> • un cambiamento a livello dei Sistemi Sanitari; • un approccio “proattivo” tra il personale sanitario e i pazienti stessi; 2) considera i pazienti come parte integrante del processo assistenziale 3) ha ad obiettivo il miglioramento della condizione dei malati cronici. <p>L'ASM di Matera con la presente azione: individua l'AREA DI INTERVENTO nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - DISTRETTI SANITARI - OSPEDALI DISTRETTUALI - CURE DOMICILIARI - ASSISTENZA PRIMARIA

**OBIETTIVI SPECIFICI**

- SERVIZI INFERMIERISTICI AZIENDALI;
convoglia le attività per i seguenti obiettivi specifici:
- 1°. **Ottimizzazione dell’assistenza** attraverso la presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche da parte di un insieme di servizi-professionisti, secondo il modello della sanità d’iniziativa” o “proattiva”, “Chronic Care Model”;
 - 2°. **La Presa in Carico e la Continuità Assistenziale Riabilitativa** dall’ospedale al territorio per Utenti affetti da Insufficienza Respiratoria. Definizione e adozione di percorsi riabilitativi e di assistenza protesica. Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo.
 - 3°. **Garantire la continuità assistenziale della presa in carico** riabilitativa per pazienti affetti da disabilità complesse derivanti da patologie neurologiche a carattere cronico.
 - 4°. **Assistenza in SUAP per pazienti in stato vegetativo** (P.L. presso Ospedale Distrettuale di Tricarico n.5) e monitoraggio delle condizioni cliniche mediante l’utilizzo di elettrodi che trasmettono il livello dei principali parametri vitali alla medicheria o al domicilio del paziente.
 - 5°. **Monitoraggio della sperimentazione gestionale pubblico – privato**, di cui alla Convenzione con la RSA di Tricarico, gestita dalla Fondazione Don Gnocchi, ai fini della presa in carico di anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di tipo sanitario. Monitoraggio Protocolli con le Residenze Protette presenti sul territorio ASM per i percorsi e Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.
 - 6°. **Attivazione di una rete di servizi sul territorio:** Integrazione delle attività dei MMG e PLS e C.A. all’interno delle strutture distrettuali della ASM (Distretto Medio Bradano e Basento: Grottole, Salandra, Tricarico, Oliveto Lucano, Calciano e Garaguso; Distretto Collina Materana – Metapontino: Craco, Accettura, S. Giorgio Lucano).
 - 7°. **Supporto al Progetto PUA – ADI** (Punto Unico di Accesso) in 3 sedi (da attivare presso i Distretti di Matera, Montescaglioso, Pisticci), integrando le attività e il personale presente nelle sedi distrettuali per la presa in carico dei pz. con multicronicità.
 - 8°. **Attivazione di un percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito:** dalla prevenzione al trattamento



10.1.Asm	RISULTATI ATTESI PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI parte	
	b) Azione 1.Asm: Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità' della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	Definizione di “sedi fisiche di prossimità” per l'accesso e l'erogazione dei servizi per i pazienti affetti da multicronicità. Riduzione del ricorso improprio al PS, dei costi assistenziali per esami clinico –diagnostici ripetitivi ed inappropriati e di reazioni avverse da farmaci.
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i>	Creazione di un macrosistema (MMG, PLS, Operatori dei Distretti territoriali, operatori ospedalieri, Enti Locali, associazioni di volontariato), che garantisca assistenza multidisciplinare e personalizzata al paziente affetto da multicronicità. Riduzione dei ricoveri nei reparti di medicina interna, riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, riduzione a ricorso esami ripetitivi.

11.1.Asm	PUNTI DI FORZA PROGETTO: 1..	
	Azione 1.Asm Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità' della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Responsabilizzazione del paziente con cronicità e di tutta la rete dedicata alla presa in carico. (Cure primarie integrate).	Condivisione di obiettivi attraverso incontri tra tutti gli operatori coinvolti e opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'empowerment. Incremento delle attività ambulatoriali, domiciliari e residenziali.

12.1.Asm	PUNTI DI DEBOLEZZA PROGETTO: 1..:	
	b)Azione 1.Asm Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità' della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Carenza e disomogenea distribuzione territoriale del personale infermieristico, medico specialista e amministrativo sul territorio	Nuovo piano Assunzioni

**DIAGRAMMA DI GANT**

PROGETTO: 1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI parte

b) Azione 1.Asm: Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Studio e analisi dei dati sul contesto epidemiologico aziendale relativo alla multicronicità	x	x											
Condivisione di obiettivi attraverso incontri tra tutti gli operatori coinvolti e opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'empowerment. Previsione del coinvolgimento diretto nel progetto dei Medici di famiglia, da inserire nell'Accordo Integrativo aziendale stipulato fra la ASM e i MMG del territorio			x	x	x	x	x						
Attivazione di un percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento										x	x	x	
Definizione di “sedi fisiche di prossimità” per l'accesso e l'erogazione dei servizi per i pazienti affetti da multicronicità									x				
Presenza in carico pazienti e definizione degli interventi mirati										x	x	x	

DESCRIZIONE ANALITICA DELL' Azione 1.Asm Gestione dei Pazienti con Multicronicità attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e Personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (CCM)

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Mappatura territoriale	Raccolta e studio di alcuni indicatori con tecnologie elettroniche sanitarie e/o con software di gestione dei dati relativi alle malattie croniche, quali, lo Scenpense cardiaco, il Diabete, la BPCO, Malattie cerebrovascolari, broncopatia cronica ostruttiva, cirrosi epatica, neoplasie maligne, malattie neurodegenerative, osteoporosi, demenze senili ecc. Dati di ricoveri per queste patologie presso gli ospedali aziendali e di mobilità passiva anno 2017 (ultimi disponibili).	Reports



	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Responsabilizzazione del paziente con cronicità e di tutta la rete dedicata alla presa in carico.(Cure primarie integrate).	Condivisione di obiettivi attraverso incontri tra tutti gli operatori coinvolti e opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'Empowerment. Previsione del coinvolgimento diretto nel progetto dei Medici di famiglia, da inserire nell'Accordo Integrativo aziendale stipulato fra la ASM e i MMG del territorio	Verbali degli incontri e risultanze
	Creazione rete continuità assistenziale della presa in carico riabilitativa dall'ospedale al territorio	Incremento delle ore di continuità assistenziale, utilizzando il plus orario dei MCA, per assistere a domicilio i pazienti cardiopatici, con conseguente offerta di soluzioni di assistenza sul territorio alternative al ricovero;	Reports su Incremento delle ore e delle attività di MCA
	Assistenza in SUAP per pazienti in stato vegetativo	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. n. Posti letto per Coma vegetativo presso l'Ospedale Distrettuale di Tricarico.	Procedura AIRO
	Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza	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).	Verbali del monitoraggio della sperimentazione gestionale pubblico – privato, di cui alla Convenzione con la RSA di Tricarico
	Attivazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito: dalla prevenzione al trattamento all'interno degli ospedali dell'Azienda	<ul style="list-style-type: none"> -Costituzione di un gruppo multidisciplinare aziendale; -Studio di prevalenza, ossia la proporzione di "eventi" presenti nella pop. ospedaliera nel P.O. di Matera, Policoro e Tricarico; -Elaborazione di una Procedura Aziendale con la relativa scheda di valutazione del rischio Lesioni da Decubito -Elaborazione di una scheda per la valutazione del rischio e trattamento delle lesioni da decubito; -Percorso di Formazione e addestramento di base per tutti gli operatori sanitari che operano nel campo delle Lesioni da Decubito -Percorso di formazione avanzato per i referenti di reparto; 	<p>Studio di prevalenza</p> <p>Elaborazione/attivazione: percorso/ procedura/ scheda di valutazione</p> <p>Reports su att. di formazione x i referenti di reparto</p> <p>Verbali incontri con gli</p>



			-Identificazione precoce dei pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione e di gestire al meglio coloro che hanno già sviluppato LDD; -Uniformare i comportamenti tra i vari operatori e garantire la continuità assistenziale sia intra-ospedaliera che a domicilio finalizzata alla prevenzione e gestione delle LDD; -Ottimizzazione dell'uso degli ausili e i dispositivi di medicazione	operatori del territorio Stampa di 1000 copie di Schede di Valutazione del Rischio e Gestione delle LDD da distribuire fra gli addetti ai lavori
	<i>Fase</i>	<i>Azioni</i>	<i>Breve descrizione dei contenuti</i>	<i>Indicatori di verifica</i>

FINE Azione 1.Asm : Gestione dei pazienti con Multicronicita' attraverso l'offerta di Servizi di Assistenza Multidisciplinari e personalizzata ai fini del miglioramento della qualità della Vita dei pazienti e ridurre il ricorso all'ospedalizzazione (Cronic Care Model)

FINE

PROGETTO:1 PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI



Linea Progettuale

PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

L'esigenza di un Servizio Sanitario sostenibile (Patto per la Salute rep. N. 82CSR del 10 luglio 2014)-salute e benessere, istruzione di qualità ,riduzione delle diseguaglianze, spinge le regioni per l'aggiornamento ed il potenziamento dei modelli organizzativi e strutturali dei Sistemi Sanitari anche al fine di realizzare il miglioramento della qualità dei servizi, con promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e garanzia di unitarietà del sistema unitamente all'umanizzazione delle cure. Umanizzazione in ambito sanitario vuole essere la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali più aperte sicure e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il paziente.

Questo lungo e complesso processo richiede varie e diversificate azioni orientate: all'ottimizzazione dell'accessibilità alla struttura e alle prestazioni e nuove modalità nel fornire le informazioni all'utente; ad assicurare il comfort degli ambienti; a garantire la trasparenza dei processi di cura e la formazione del personale nei rapporti con il paziente. E' evidente che all'interno di un contesto di cambiamento, caratterizzato anche da forti criticità legate alla carenza di risorse, assume grande rilevanza “*ri-orientare*” l'assistenza al paziente complessivamente ponendolo al centro delle attenzioni e delle attività degli operatori sanitari che devono a loro volta essere formati, motivati e opportunamente tutelati.

Il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare l'art.1 comma 5, ai fini del miglioramento dell'erogazione dei Lea prevede, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate per tali aree di attività, la possibilità dell'utilizzo della quota vincolata per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, con realizzazione di alcune linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato Regione ed al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis legge 662/1996.

Relativamente all'anno 2019 l'Accordo Stato-regioni del **28.11.2019 rep. Atti 191/CSR** definisce tali le linee progettuali, con relativo vincolo economico per alcune, tra queste **la linea PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO** per la cui realizzazione la **regione Basilicata**, con specifico Progetto **assegna, senza oneri a proprio carico**, quali **Obiettivi di Piano Vincolati anno 2019**, la somma complessiva di **Euro 863.025,00** (quota parte della somma globalmente attribuita con Intesa 192/CSR 28.11.2019) ai fini del raggiungimento degli obiettivi individuati e, per il procedere degli stessi definisce le Azioni Aziendali del SSR, avendo debita considerazione delle attività compiute nell'anno 2018 e precedenti (L.P. *per lo sviluppo dei Processi di Umanizzazione delle cure*) sempre con utilizzo fondi per Obiettivi di Piano Vincolati (anni 2013/2017), valutata l'efficacia degli interventi attuati unitamente alla necessità di proseguire e/o realizzare nuovi percorsi sempre improntati al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo.

Segue evidenza del **PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO**, con relative azioni aziendali, e specifica attribuzione delle risorse FSN Vincolati anno 2019.



SCHEMA PROGETTO

Regione Basilicata

LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO
TITOLO DEL PROGETTO	<p>2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Comprendente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <u>Azione 2.Asm</u> : Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario (ASM Matera) b) <u>Azione 2.IRCCS</u> La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico (IRCCS-Rionero) c) <u>Azione 2.AORSCARLO</u> :Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro (AORSCarlo-Potenza)
AREA DI INTERVENTO	<p><u>L'area d'intervento progettuale è così suddivisa</u></p> <p><u>a)Azione 2.Asm che si</u> indirizza (anno 2019) all'area territoriale ed ospedaliera <u>dell' Azienda Sanitaria di Matera</u> con programmi ed attività rivolte</p> <ul style="list-style-type: none"> • ai cittadini /utenti e al personale in servizio in Azienda per migliorare le condizioni di accesso • agli operatori sanitari, sostenendoli nelle loro responsabilità legali, etiche e la promozione dei diritti. <p><u>b)Azione 2.IRCCS dell'Istituto IRCCS CROB- Rionero che sviluppa</u> interventi di supporto organizzativo e relazionali medico/paziente ed altre figure connesse , nei percorsi di attività dell'Istituto di Ricerca Oncologico <u>IRCCS CROB- Rionero</u>.(anno 2019)</p> <p><u>c)Azione 2.AORSCarlo dell'</u> Azienda Ospedaliera regionale San Carlo di Potenza (2019) per l'organizzazione/attuazione di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSL) che sia “un sistema organizzativo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale” che consenta di gestire in modo organico e sistematico la sicurezza dei lavoratori senza sconvolgere la struttura organizzativa aziendale. (La sua adozione non è un obbligo di legge ma se conforme a quanto previsto dall'art. 30 del D. Lgs 81/08, ha <u>anche</u> un obiettivo di efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni (D. lgs 231/01).</p>

1



REGIONE BASILICATA RESPONSABILE DEL PROGETTO		
2	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dr Giuseppe MONTAGANO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona- Regione Basilicata-
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668709
	<i>e- mail</i>	giuseppe.montagano@regione.basilicata.it ;
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dr Ernesto ESPOSITO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente pro-tempore ad interim –Ufficio Prevenzione Primaria –Dipartimento Politiche della Persona-
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668839
	<i>e- mail</i>	ernesto.esposito@regione.basilicata.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO : 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
3 <i>Risorse Vincolate degli Obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato Regioni n. 191/CSR del 28 .11.2019 (Utilizzo quota parte assegnata alla Regione con Intesa 192/CSR del 28.11. 2019)	Euro 863.025,00 (di cui euro <ul style="list-style-type: none"> • 600.000,00 assegnate all' <u>Azione</u> <u>2.Asm</u>; • 124.999,00 assegnate all' <u>Azione 2.IRCCS</u> • 138.026,00 assegnate all' <u>Azione</u> <u>2.AORSCarlo</u>)
		<i>Eventuali Risorse regionali</i>

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO		
		anno 2019
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
4 a) Tot. costi Azione 2.Asm	600.000,00	Per la specifica dei costi dell' Azione si rimanda alla sottostante parte a) Punto 4.2.Asm
b) Tot. costi Azione 2.IRCCS	124.999,00	Per la specifica dei costi dell' azione rimanda alla sottostante parte b) Punto 4.2.IRCCS
c) Tot costi Azione 2.AORSCarlo	138.026,00	Per la specifica dei costi dell' Azione rimanda alla sottostante parte c) Punto 4.2. AORSCarlo
Tot. gen. le costi PROGETTO 2..	<u>863.025,00</u>	



RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO		
<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5 <u>Azione 2.Asm</u> Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie si rimanda <u>alla sottostante parte a) Punto 5.2.Asm</u> del presente Progetto
<u>Azione 2.IRCCS</u> Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE Necessarie si rimanda <u>alla sottostante parte b) Punto 5.2.IRCCS</u> del presente Progetto
<u>Azione 2. AORSCarlo</u> Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE Necessarie si rimanda <u>alla sottostante parte c) Punto 5.2. AORSCarlo</u> del presente Progetto

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Il Sistema Sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molti fattori eterogenei e dinamici (pluralità delle prestazioni sanitarie, competenze specialistiche dei ruoli professionali, tecnici, sanitari ed amministrativi, eterogeneità dei processi e risultati da conseguire...) in un contesto in cui <u>l'aumento della morbilità genera l'aumento della domanda dei servizi da</u> assicurare con obiettivi di salute, strategie e strumenti organizzativi che tengano conto dell'equità. In tale ottica si è orientato da tempo il SSR Basilicata attuando diverse azioni, anche con utilizzo di risorse per Fondi Vincolati Obiettivi di Piano annualità pregresse (2018 e precedenti) e che ad oggi si ritiene dover proseguire/ampliare. Gli interventi fissati, per il tramite delle aziende sanitarie, si sono rivolti e si rivolgono ai seguenti ambiti:</p> <p><u>Organizzativo:</u> a) accoglienza, informazione, consenso informato, coinvolgimento dei familiari; b) integrazione dei percorsi di diagnosi e cura;</p> <p><u>Relazionale:</u> a) relazione tra medico paziente e altro personale sanitario; b) benessere del personale, stress da lavoro;</p> <p><u>Strutturale:</u> 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. In alcune aziende sanitarie/ospedaliere si sono istituiti laboratori per sperimentare strumenti e metodi narrativi con formazione del personale e per individuare best-practices.</p> <p>I focus delle aree di intervento dettate dalla presente linea progettuale per l'annualità 2019, in sostanziale continuum di quanto previsto per il 2018, spingono ad attuare azioni che tendano a:</p> <p><u>ridurre le barriere per gli operatori sanitari</u> al fine di</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro e al contrasto delle discriminazioni e della violenza, • sostenere gli operatori sanitari nelle loro responsabilità legali ed etiche, anche per quanto riguarda la promozione dei diritti umani; <p><u>ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie</u> per</p> <ul style="list-style-type: none"> • superare le difficoltà relative agli aspetti organizzativi ed alle barriere architettoniche; <p><u>potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario</u> per</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie
---	--	---



- migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi ;

favorire eventi formativi indirizzati al personale sanitario circa i propri diritti, ruoli e responsabilità per affrontare la discriminazione in ambito sanitario.

Il SSR Basilicata per il tramite di:

a) azienda ASM di Matera (Azione 2.Asm) mette in atto azioni/attività rivolte:

- ai cittadini / utenti, garantendo l'accesso alle cure sanitarie;
- agli operatori sanitari, sostenendoli nelle loro responsabilità legali, etiche e la promozione dei diritti.

Il tutto considerato che l'azienda ASM ha avviato diversi programmi per migliorare le condizioni di accesso dei cittadini /utenti e del personale aziendale tra cui :

- rifacimento totale della segnaletica verticale all'interno degli ospedali per circa 10.000 mq;
- progettazione e-realizzazione e installazione presso il P.O. di Matera, di due Totem multimediali con tecnologia Touch - screen, provvisti di software , che permettono all'utente di visualizzare, selezionando sulla schermata di home page il nome del reparto e/o servizio di interesse, il relativo percorso e se necessario richiedere una stampa con indicazioni dattiloscritte;
- effettuazione, partendo dalla norma istitutiva dell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e dalla Raccomandazione ministeriale n. 8 del nov. 2007 d'indagine conoscitiva sugli atti di violenza a danno degli operatori sanitari con somministrazione - tutti i dipendenti di un questionario strutturato. Gli esiti hanno fatto emergere che circa l'80,53% dei dipendenti ASM, nel corso della propria attività lavorativa, ha assistito / subito episodi di aggressività verbale o fisica da parte di pz. e/o familiari verso operatori sanitari.

b) Istituto IRCCS Crob di Rionero (Azione 2.IRCCS) prosegue/estende, nell'anno 2019, l'attività di supporto psico-sociale alle unità operative di degenza presenti in Istituto. In particolare due figure (Psicologo/assistente sociale) svolgono un lavoro fondamentale nella presa in carico del paziente oncologico e della sua famiglia, accompagnando gli stessi durante tutto il percorso di cura.

c) Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza ai fini dello sviluppo di un grande “processo globale” di Gestione del Rischio in Sanità, di cui la Sicurezza ne rappresenta l'immagine più complessa ed universale (in ambito sanitario, sicurezza, qualità e governo globale dei rischi per lavoratori, pazienti/utenti e visitatori sono tra loro inscindibili e non approcciabili separatamente), **inserisce l'Azione 2.AORSCarlo** nel proprio processo di Gestione del Rischio aziendale con lo sviluppo di uno strumento organizzativo che, senza sconvolgere la struttura organizzativa aziendale consenta di gestire in modo organico e sistematico la Sicurezza dei lavoratori. L'AOR San Carlo avvia, così, un percorso per dotarsi di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro finalizzato “...al raggiungimento degli obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale” (DDG 2019/01124).



CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO (Parte a) <u>Azione 2.Asm</u> ; Parte b) <u>Azione 2.IRCCS</u> ; Parte c) <u>Azione 2. AORSCarlo</u>)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

8	<p>OBIETTIVO GENERALE PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p>	<p>II PROGETTO 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO comprende lo sviluppo</p> <p>a) dell'Azione <u>2.Asm</u>:Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario (azienda ASM di Matera) che ha ad obiettivo generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ fornire a tutti i lavoratori in servizio presso l'Azienda Sanitaria di Matera una formazione generale e specifica inerente i rischi relativi al settore di attività dell'azienda e a quelli riferiti alle mansioni dei vari dipendenti (dirigenti e non) in servizio; ✚ garantire/ migliorare: l'accesso alle cure da parte dei cittadini; le condizioni lavorative degli operatori sanitari e sostegno /informazioni nello sviluppo delle politiche sanitarie; <p>b) dell'Azione <u>2.IRCCS</u> :La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico - (Istituto IRCSS di Rionero) che ha ad obiettivo generale la Presa in carico e sostegno alle fragilità del cittadino/paziente oncologico;</p> <p>c) dell'Azione <u>2.AORSCarlo</u>: Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro (Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza) che ha ad obiettivo generale il dotarsi di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro finalizzato “....al raggiungimento degli obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale” giusta DDG 2019/01124 con definizione, tra altro, di programmi ed obiettivi specifici; di compiti, responsabilità e deleghe adeguati a garantire l'effettiva gestione della Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro; di effettuazione di monitoraggio e misura delle prestazioni del Sistema; di riesame periodico del Sistema e della Politica rispetto agli obiettivi. Come per altri Standard il SGSL si ispira al modello PDCA (Plan, Do, Check, Act) rappresentando uno strumento organizzativo che consente di gestire in modo organico e sistematico la sicurezza dei lavoratori senza sconvolgere la struttura organizzativa aziendale. La sua adozione pur non essendo un obbligo di legge, se è conforme a quanto previsto dall'art. 30 del D. Lgs 81/08, ha efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni (D. lgs 231/01).</p>
---	--	--



Di seguito, di ciascuna **Azione progettuale** “a) **Azione 2.Asm.**; b) **Azione 2. IRCCS...**; c) **Azione 2.AORSCarlo.**) parti integranti e sostanziali del presente Progetto, si espongono i relativi **Punti progettuali** riferentisi a: **Responsabile Aziendale Azione (2...)**; **Articolazione dei Costi di Realizzazione...(4..)**; **Risorse Necessarie per la Realizzazione...(5...)**; **Durata azione (7..)** **Obiettivo Generale...(8..)**; **Obiettivi Specifici (9...)**; **Risultati Attesi (10...)**; **Punti di forza(11...)**; **Punti di Debolezza (12...)**; **Diagramma di Gant, Descrizione Analitica dell’Azione -anno 2019-(13...)** e l’eventuale **Trasferibilità(14...)**

(**PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO**) parte:

a) **Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario – azienda ASM di Matera – annualità 2019 –**

Importo FSN Vinc. 2019 assegnato alla presente Azione **€ 600.000,00**
(giusto soprastante **Punto 3 (generale)** del **PROGETTO: 2....**)

2	AZIENDA ASM-MATERA Responsabile dell’Azione Progettuale <u>Azione 2.Asm</u>	
	<i>Cognome Nome dei Responsabili Aziendali</i> <i>Azienda ASM-MATERA</i> <u>Azione 2.Asm</u>	-Ing. Giovanni DONADIO -Direttore U.O.C. Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio - Arch. Rossella BISCEGLIE - Dirigente Arch. U.O.C. Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio - Dr Aldo DI FAZIO – Dirigente UOSD Rischio Clinico – avv. Roberto DI GIROLAMO - Dirigente avv. Affari legali - Ing. Giuseppe LAGUARDIA - Dirigente ing. Resp. SPP
	<i>e- mail</i>	giovanni.donadio@asmbasilicata.it rossella.bisceglie@asmbasilicata.it ; roberto.digirolamo@asmbasilicata.it ; aldo.difazio@asmbasilicata.it giuseppe.laguardia@asmbasilicata.it

4.2Asm	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO : <u>Azione 2.Asm</u>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	o Costi per la formazione	50.000,00	
	o Costi gestione progetto	550.000,00	
	Tot. costi <u>Azione 2.Asm</u>	600.000,00	(giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del PROGETTO: 2..)



5.2.Asm	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO Azione 2.Asm		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	- Disponibili	Personale Dipendente e convenzionato	
	- Da acquisire	Docenti Formazione	

7.2.Asm	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO (Parte a) <u>Azione 2.Asm</u>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

8.2.Asm	<p>PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>OBIETTIVO GENERALE Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario</p>	<p>l'azienda ASM con la presente azione ha ad obiettivo generale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ fornire a tutti i lavoratori in servizio presso l'Azienda Sanitaria di Matera una formazione generale e specifica inerente i rischi relativi al settore di attività dell'azienda e a quelli riferiti alle mansioni dei vari dipendenti (dirigenti e non) in servizio; ✦ garantire/ migliorare: l'accesso alle cure da parte dei cittadini; le condizioni lavorative degli operatori sanitari e sostegno /informazioni nello sviluppo delle politiche sanitarie
---------	--	--

9.2.Asm	<p>OBIETTIVI SPECIFICI PROGETTO. 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obiettivo: Migliorare il decoro e l'organizzazione funzionale degli spazi ospedalieri al fine di rendere più fruibili, per i pazienti interni e per l'utenza esterna, i Servizi sanitari erogati nei i Presidi ospedalieri di Matera e Policoro 2. Obiettivo: Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale - Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche; 3. Consulenza tecnica per i dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari; 4. Formazione rivolta al personale ASM su Consenso informato /dissenso, a tutela del paziente e dell'operatore sanitario; 5. Obiettivo: Tutela e implementazione della sicurezza e salute sui luoghi di lavoro per il personale della ASM
---------	--	---



		<p>6. Obiettivo: Formazione rivolta al personale della ASM per la prevenzione e gestione delle relazioni all'interno del contesto lavorativo (ai sensi degli art.36 e 37 del D.Lgs n. 81/2008)</p> <p>7. Potenziamento assistenza domiciliare integrata al fine di ridurre l'ospedalizzazione non appropriata</p>
--	--	--

	<p>RISULTATI ATTESI PROGETTO. 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario</p>	
10.2.Asm	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dall'azione	<p>1°. Miglioramento delle condizioni di accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini/ utenti /familiari dei malati;</p> <p>2°. Riduzione delle barriere architettoniche e/o le difficoltà organizzative sia per gli utenti che per gli operatori sanitari;</p> <p>3°. Garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sui luoghi di lavoro e al contrasto delle discriminazione e della violenza</p>
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario

	<p>PUNTI DI FORZA: <u>Azione 2.Asm:</u> Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario</p>	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11.2Asm	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità di professionalità e competenze ad alto potenziale di sviluppo • Struttura ospedaliera moderna e facilmente adeguabile ad esigenze di riorganizzazione • Esperienza positive nello sviluppo interno di strumenti per il miglioramento della qualità 	<p>Migliorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> •l'accesso alle cure da parte dei cittadini; •le condizioni lavorative degli operatori sanitari e sostegno /informazioni nello sviluppo delle politiche sanitarie.



PUNTI DI DEBOLEZZA	
PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	
Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12.2Asm <ul style="list-style-type: none"> resistenza da parte della popolazione alla ridefinizione di un nuovo modello di offerta delle attività sanitarie; Il blocco del turnover del personale; Carenze di personale infermieristico e medico, accentuate da limitazioni funzionali e di servizio; Perdita di motivazione del personale in assenza di segnali di cambiamento e / o retribuzioni di risultato 	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare le disponibilità di accesso per i cittadini / utenti ai servizi sanitari Sblocco del turnover del personale;

DIAGRAMMA DI GANT: Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Progettazione di interventi per l'organizzazione funzionale e l'accessibilità degli spazi ospedalieri al fine di rendere più fruibili, e facilitare la sezione dei percorsi interni all'ospedale per i pazienti interni, per l'utenza esterna e per gli operatori sanitari.	x	x	x			x	x			x	x	x
Fornire a tutti gli operatori sanitari conoscenze sulle responsabilità sanitarie professionali. Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulenza tecnica per i dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari;	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x
Formazione rivolta al personale ASM su Consenso informato /dissenso, a tutela del paziente e dell'operatore sanitario			x	x	x	x	x				x	
Corsi di formazione rivolto al personale ASM sulla sicurezza e salute sui luoghi di lavoro			x	x	x	x	x			x	x	x
Formazione rivolta al personale della ASM per la prevenzione e gestione delle relazioni all'interno del contesto lavorativo (ai sensi degli art.36 e 37 del D.Lgs n. 81/2008) Contrasto alla violenza e alle discriminazioni						x	x			x	x	x



DESCRIZIONE ANALITICA DELL’Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario				
13.2 Asm	F a s s e	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)
			Progettazione per l’organizzazione funzionale e l’accessibilità degli spazi ospedalieri al fine di rendere più fruibili, e facilitare la sezione dei percorsi interni all’ospedale per i pazienti interni, per l’utenza esterna e per gli operatori sanitari.	Realizzazione di un percorso coperto di collegamento tra il reparto di Medicina Nucleare (P.O. Matera) e l’Unità mobile per la PET TC; Riqualificazione rampe e gradonate di accesso al P.O. di Matera; Realizzazione di un tunnel di collegamento fra l’Area Critica dell’Emergenza Urgenza e la Radiologia del P.O. di Policoro; Realizzazione di un copertura (in struttura reticolare spaziale) per creare un II accesso al P.O. di Policoro.
		Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale - Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche	Apertura di uno sportello di consulenza e sostegno rivolto agli operatori sui temi concernenti le responsabilità legali sanitarie e professionali, soprattutto ai fini del patrocinio legale.	Report su consulenze svolte
		Consulenza tecnica per i dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari;	Consulenza e sostegno per tutti i dipendenti ASM coinvolti in procedimenti giudiziari	Report su consulenze svolte
		Consulenza e attività di formazione rivolta al personale ASM su Consenso informato /dissenso, a tutela del paziente e dell’operatore sanitario;	Attività di Formazione in house tenute da operatori /dirigenti ASM	Report su attività formative realizzate
		Tutela e implementazione della sicurezza e salute sui luoghi di lavoro per il personale della ASM	Garantire a tutti i dipendenti della ASM la formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs n. 81/2008	Report su attività formative realizzate



	Formazione rivolta al personale della ASM per la prevenzione e gestione delle relazioni all'interno del contesto lavorativo (ai sensi degli art.36 e 37 del D.Lgs n. 81/2008)	Corsi di formazione per “Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendi e gestione delle emergenze; svolgimento degli esami dei discenti ai fini del conseguimento dell’ Attestato di Idoneità Tecnica di “Addetto Antincendio” Corso di formazione su “La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari art. 28 del D. Lgs 81/08”. Corso interno dell’azienda con un lavoro interdisciplinare e coinvolgimento di alcune unità operative aziendali (Servizio di Prevenzione e Protezione, Medicina legale, Psicologia, Medicina del Lavoro e Formazione) rivolto a tutti i dipendenti ASM 11 edizioni	Report su attività formative realizzate
	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)

FINE dell’Azione 2.Asm: Promozione di azioni multisettoriali e coordinate al fine di eliminare le discriminazioni in ambito sanitario

PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO)

b)Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Rionero (IRCCS CROB)- annualità 2019.

Importo FSN Vinc. 2019 assegnato alla presente Azione **€ 124.999,00**

(giusto soprastante **Punto 3** (generale) del **Progetto 2**)

2.2IRCCS	Responsabile dell’Azione Progettuale Istituto IRCCS CROB- Rionero Azione 2.IRCCS	
	<i>Cognome Nome Responsabile Aziendale</i>	Dott. Alessandro Rocco LETTINI
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente psicologo
	<i>Recapiti telefonici</i>	0972/726768
	<i>e- mail</i>	alessandro.lettini@crob.it



4.2IRCCS	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi gestione Azione	124.999,00	
	Tot. costi Azione 2.IRCCS	124.999,00	(giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto: 2..)

5.2 IRCCS	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	2	Psicologo/assistente sociale

7.2Asm	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO (Parte b Azione 2.IRCCS)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

9.2 IRCCS	<p>OBIETTIVI SPECIFICI :</p> <p>PROGETTO. 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico.</p>	<p>Partendo dall'OBIETTIVO GENERALE della presente Azione (come sopra esposto al punto 8 (generale) del Progetto)ossia la Presa in carico e sostegno alle fragilità del cittadino/paziente oncologico di seguito si evidenziano gli obiettivi specifici:</p> <p>1°. garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi trattamenti alternative terapeutiche e prognosi;</p> <p>2°. utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia;</p> <p>3°. predisporre programmi di supporto psicologico, prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori della rete;</p> <p>4°. monitoraggio continuo delle cure prestate a pazienti con figli di minore età;</p> <p>5°. supportare la famiglia sia a livello clinico ed organizzativo che psicologico e spirituale.</p>
--------------	--	--



RISULTATI ATTESI	
PROGETTO. 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	
<u>Azione 2.IRCCS</u> La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico	
10.2IRCCS	
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dall'azione	Migliorare la presa in carico globale del paziente.
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine dell'azione	Migliorare la qualità del lavoro degli operatori per una maggiore consapevolezza e valenza delle attività assistenziali.

PUNTI DI FORZA PROGETTO	
2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	
<u>Azione 2.IRCCS</u> La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico	
11.2IRCCS	
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
Esperienza sul campo delle risorse professionali impegnate	Coinvolgimento graduale di altre figure professionali (infermieri)

PUNTI DI DEBOLEZZA PROGETTO	
2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	
<u>Azione 2.IRCCS</u> La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico	
11.2IRCCS	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
Difficoltà a fare rete sul territorio	Protocollo di intesa con ADI e MMG



DIAGRAMMA DI GANT PROGETTO
2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO
Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Colloquio psicologico e sociale all'ingresso del paziente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
informazione continua alla famiglia su diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accompagnamento lungo tutto il percorso di cura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio cure prestate a pazienti con figli di minore età			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Programmi di supporto psicologico, prevenzione e del trattamento del Burn-out per gli operatori della rete						X	X	X	X	X	X	X

13.2IRCCS	PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO		
	Descrizione Analitica dell'Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico		
	<i>Fase</i>	<i>Azioni</i>	<i>Breve descrizione dei contenuti</i>
	<i>Indicatori di verifica</i>		
1	Colloquio psicologico e sociale	I colloqui si effettuano al momento dell'ingresso del paziente	n. colloqui sostenuti ed efficacia della comunicazione
2	Presenza in carico globale	Sostegno al medico nella comunicazione della diagnosi e dell'eventuale trattamento	Incontri e di prese in carico
3	Accompagnamento lungo tutto il percorso di cura	Possibilità di avere una continuità assistenziale durante tutte le fasi del percorso di degenza	Valutazione del grado di soddisfazione: <ul style="list-style-type: none"> • Informazione/comunicazione • Accessibilità • Relazione • Continuità/qualità delle cure

14.2IRCCS	PROGETTO 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	
	TRASFERIBILITÀ' Azione 2.IRCCS	
	<i>Tipo di realtà nella quale può essere implementata l'Azione</i>	<i>parte del progetto/azione che può essere trasferita</i>
	Altri ospedali della Rete Oncologica Regionale	Condivisione totale nelle strutture sanitarie comprese Rete regionale oncologica

FINE Azione 2.IRCCS La figura dello psicologo e dell'assistente sociale nelle cure di supporto al paziente oncologico



 (PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO)

Parte c) **Azione 2.AORSCARLO: Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro-** Azienda Ospedaliera S.Carlo di Potenza- annualità 2019.)

Importo FSN Vinc. 2019 assegnato alla presente Azione **€ 138.026,00**

(giusto soprastante **Punto 3** (generale) del **Progetto 2**)

2. <u>2.AORSC</u> <u>ARLO</u>	Responsabile dell'Azione Progettuale <u>Azione 2.AORSCARLO</u> Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza	
	<i>Cognome Nome Responsabile Aziendale</i>	Ing. Pier Paolo GALLI
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione – Dirigente Ingegnere
	<i>Recapiti telefonici</i>	3405637936
	<i>e- mail</i>	pierpaolo.galli@ospedalesancarlio.it

4.2.AORSC <u>ARLO</u>	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO <u>Azione 2.AORSCARLO</u> Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione, indagini strumentali e gestione progetto	138.026,00	anno 2019
	Tot.costi <u>Azione 2.AORSCARLO</u>	138.026,00	(giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto: 2..)

5.2.AORSC <u>ARLO</u>	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO2... <u>Azione 2. AORSCARLO</u>		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	NR. 6	Tecnici specialisti in salute e sicurezza sul lavoro
	○ Disponibili	NR. 5	Esperti di indagini ambientali ed esami strumentali
	○ Disponibili	NR. 5	Formatori in materia di salute e sicurezza sul lavoro
○ Da acquisire			



7.2.Asm	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO (Parte c) <u>Azione 2. AORSCARLO</u>)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

9.2.AORSCARLO	<p>PROGETTO:2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO <u>Azione 2.AORSCARLO</u> Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro OBIETTIVI SPECIFICI</p>	<p>Partendo dall'Obiettivo generale della presente Azione (come sopra esposto al punto 8 (generale9 del Progetto) ossia il dotarsi da parte del AORS Carlo di PZ di un Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro finalizzato “...al raggiungimento degli obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale” di seguito se ne evidenziano gli obiettivi specifici:</p> <p>6°. Garantire rispetto delle misure di prevenzione e protezione previste dal D.L.vo 81/08</p> <p>7°. Ridurre numero infortuni</p> <p>8°. Garantire formazione a tutti i lavoratori ed ai pazienti</p> <p>9°. Ridurre i costi della “non sicurezza” (giornate di infortuni, pagamento ammende, etc)</p>
----------------------	---	--

10.2.AORS CARLO	RISULTATI ATTESI PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO <u>Azione 2.AORSCARLO</u> : Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	Applicazione di tutta la normativa relativa alla sicurezza sul lavoro
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i>	Implementazione sistema sicurezza sul lavoro

11.2.AORSCARLO	PUNTI DI FORZA <u>Azione 2.AORSCARLO:</u> Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	metodologia collaudata in altre realtà aziendali – supporto della società di consulenza	Coinvolgimento della direzione strategica e di tutti i dirigenti aziendali



12.2.AORSCARLO	PUNTI DI DEBOLEZZA Azione 2.AORSCARLO : Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Processo i cui benefici non sono immediatamente percepiti	Coinvolgimento della direzione strategica e di tutti i dirigenti aziendali

DIAGRAMMA DI GANT
Azione 2.AORSCARLO : Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro (ANNO 2019)

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Redazione documento di valutazione del rischio (secondo semestre 2019)												
Indagini Strumentali (secondo semestre 2019)												
Corsi di formazione (secondo semestre 2019)												
Redazione Piano di Formazione (secondo semestre 2019)												
Redazione Piano delle Misure di Adeguamento (secondo semestre 2019)												
Gestione Registri di Controllo (secondo semestre 2019)												

N.B. secondo previsione aziendale detta azione proseguirà nell'anno 2020 con utilizzo di possibile successivo finanziamento anno 2020 da destinarsi opportunamente

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO -Azione 2.AORSCARLO : Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro (anno 2019)

13.2. AORSCARLO	F	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)
	a	Redazione DVR	Individuazione dei rischi	Numero di rischi individuati
	s	Indagini strumentali	Indagini strumentali finalizzate alla valutazione dei rischi	Risultati delle indagini e Relazioni Tecniche
	e	Piano dei miglioramenti (DVR)	Piano programmatico dei miglioramenti previsti per ridurre i rischi presenti sui luoghi di lavoro	Numero attività previste
		Piano di Formazione	Piano del fabbisogno formativo e della relativa programmazione	Numero e tipologia di corsi individuati
		Piano degli adeguamenti	Piano degli adeguamenti di impianti, macchinari e strutture	Numero attività previste
		Gestione dei Registri di Controllo	Verifica dei sistemi di sicurezza attiva e passiva (procedure di emergenza e segnaletica)	Numero attività previste
		Corsi di formazione	Attività di formazione conseguenziale ai rischi individuati	Numero di lavoratori formati
		Sistema di Gestione della sicurezza sul lavoro	Implementazione del sistema di gestione della sicurezza sul lavoro	Procedure redatte e rese operative



14.2.AORSCARLO	TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Azienda ospedaliere e sanitarie del SSR	Il progetto può essere esportato interamente

FINE Azione 2.AORSCARLO : Obiettivi di Salute e Sicurezza Aziendale - Sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro

FINE

PROGETTO: 2PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO



Linea progettuale

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Comprendente

1. *Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore*
2. *Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

Premessa

Cure palliative e Terapia del Dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale. Con legge 39 del 29.02.1999 primo atto, formale, fondamentale nella storia delle Cure Palliative si è previsto, tra altro, un programma nazionale di creazione di strutture residenziali di Cure Palliative (Hospice) in tutte le regioni. La successiva Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “*Disposizioni per l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*”, di grande importanza nel panorama italiano ed europeo, si tutela e garantisce l’accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza si assicura il rispetto della dignità, 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. Si sono così disposte prescrizioni organizzative *per la realizzazione del percorso assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore sia per gli adulti che per l’età pediatrica* su tutto il territorio nazionale demandando l’attuazione degli interventi previsti ad appositi successivi atti di indirizzo da parte del Ministero Salute e Comitato permanente per i rapporti stato regioni-province autonome -art.3 L.38/2010). Il compimento di quanto regolato costituisce per le regioni **adempimento essenziale** ai fini del conseguimento dei finanziamenti da parte del S.S.N. infatti il Comitato Permanente per la Verifica dei LEA accerta annualmente l’applicazione della legge, l’appropriatezza e l’efficienza dell’utilizzo risorse nonché la congruità tra prestazioni erogate e delle risorse impiegate. Al fine di favorire l’integrazione territoriale, con Accordo Stato- regioni 28 ottobre 2010, in applicazione art.6 c.1 legge 38/2010, viene finanziato a livello nazionale il *Progetto Ospedale Territorio Senza Dolore* per iniziative, anche di carattere sperimentale e formativo. Il successivo Accordo Stato- Regioni Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. **239/CSR del 16.12.2010**) ha approvato “*le 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. E’ stato così introdotto un Modello Organizzativo integrato nel territorio che scompone il livello assistenziale in tre nodi complementari:

- a. Centri di riferimento di Medicina del Dolore (Hub)
- b. Ambulatorio di Medicina del Dolore (Spoke)
- c. Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS).

In seguito

- l’**Intesa Rep. n.151/CSR** del 25.07.2012 (Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano) ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l’accreditamento delle strutture e delle attività, sia residenziali che domiciliari e 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;

-L’**Accordo Stato Regioni e Province** autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti **n. 87/CSR** del 10.07.2014), 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.



Il **Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha stabilito che l'articolazione della Rete per la Terapia del Dolore debba avvenire, all'interno della Rete Globale Ospedaliera, quale integrazione tra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti ed attività territoriale(art8). Inoltre, tale DM 70/2015 ha indicato parametri sufficienti e necessari, tra cui, per la realizzazione: del Centro Ospedaliero di Terapia del Dolore con Degenza un bacino d'utenza minimo di 2,5 milioni di abitanti e del Centro Ambulatoriale un bacino di utenza compreso tra 0,5 e 0,3 milioni di abitanti(art3.1).

Ancora , il **DPCM del 12 gennaio 2017** "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ha definito:

a) all'art. 31 "Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita", che gli Hospice debbano disporre di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi;

b) all'art. 38 "Ricovero ordinario per acuti"; che, nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario, debbano essere garantite anche tutte le prestazioni necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico della terapia dolore e delle cure palliative.

Stando ai sopra citati indirizzi normativi il modello organizzativo della Rete della Terapia del Dolore contempla

- un limitato numero ristretto di centri di eccellenza (Hub), preposti ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, supportati da una rete di servizi territoriali a minore complessità (centri Spoke) ed integrati con le cure primarie, gli Hospice e l'ADI.

Pertanto

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore

costituiscono i Nodi di Rete.

-Aziende e professionisti che operano all'interno della Rete della Terapia del Dolore devono interfacciarsi tra loro e con quelli della Rete delle Cure Palliative.

CONTESTO REGIONALE

La regione Basilicata con l'approvazione dei Piani Sanitari Regionali previgenti, del 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, ad oggi, del **Piano Sanitario Integrato (PSR)–triennio 2018/2020 approvato con DGR 778 del 26.07.2017-** ha individuato nelle Cure Palliative e nella Terapia del Dolore gli Obiettivi di Salute e ne ha dettato linee di Pianificazione Sanitaria regionale da perseguire. Nel rispetto dell' 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, le strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali ed assistenziali coinvolte nelle Reti delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore (art 5, comma 2, della L. n.38/2010, la politica sanitaria regionale ha ritenuto fondamentale integrare funzionalmente la Rete Oncologica, la Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore. Il PSR vigente ha definito priorità e strumenti organizzativi stabilendo la “**Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull'Assistenza Ospedaliera, e per il rispetto dell'equo accesso ai LEA**” e, tra questi, **l'Assistenza sociosanitaria e gli strumenti di cure-intermedia (transitional care) “Fine vita e cura palliative”**. Aderendo alla cultura del diritto a non soffrire. le Cure Palliative devono integrare e completare gli interventi finalizzati al controllo della sofferenza. Si è pertanto

- deciso l'istituzione di Unità di Cure Palliative (UCP), composte da medici infermieri e psicologi esperti nel settore che erogano in modo diretto la terapia di supporto-palliativa, in collaborazione con le terapie oncologiche, secondo il modello delle “*simultaneus care*” avendo



ad obiettivo la garanzia per un graduale e coordinato affidamento dei pazienti in fase avanzata/terminale di malattia, il cui ricovero in un ospedale non è più appropriato, alle Unità di Cure Palliative ed ai Servizi Territoriali e/o di Hospice.

- fissato presso l'IRCCS-CROB di Rionero il coordinamento della formazione del personale sanitario a qualsiasi titolo coinvolto nel progetto, in essere, "*Basilicata ospedale-territorio senza dolore*".

- prescritto che le Cure Palliative vengano in parte erogate a domicilio, tramite l'Assistenza Palliativa Domiciliare, come differenziate in livelli caratterizzati dal Coefficiente d' Intensità Assistenziale (CIA):

- cure domiciliari palliative di livello base (interventi con $0 \leq CIA \leq 0.50$);
- cure domiciliari palliative di livello specialistico (interventi con $CIA > 0.50$).

per le quali sono state indicate opportune specifiche di applicazione.

Resta inconfutabile che l'approccio al malato necessitante di Cure Palliative e Terapie del Dolore debba tener conto delle sue peculiarità biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche in quanto le stesse determinano, modulano tipologia e quantità dei bisogni presentati e condizionano le azioni da intraprendere nonché i modelli organizzativi da implementare. Il tutto in un territorio che da sempre ha reso difficili i collegamenti nella regione in quanto sprovvista di importanti vie di comunicazione.

Si riassumono, di seguito, direttive e provvedimenti disposti dal SSR Basilicata circa l'organizzazione della Rete Locale delle Cure Palliative e del Dolore con rimessa d'attuazione alle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali:

-con **D.G.R. n.2077 del 25.09.2000** 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' 01.08.2005** 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 **DGR n.1324 dell'8.8.2008** avente ad oggetto "Accordo Stato-Regioni del 27 giugno 2007 rep.138 - in materia di cure palliative pediatriche - adesione della Regione Basilicata al ***"Progetto bambino cure palliative rivolte al bambino con malattia inguaribile"*** con la quale la Regione ha aderito al Progetto Bambino Cure Palliative rivolte al bambino con malattia inguaribile (prevede la presa in carico dei pazienti in età pediatrica nei diversi setting assistenziali: domiciliare, residenziale ed ospedaliero). Si è altresì stipulato un protocollo di Intesa con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus per l'attuazione del progetto impegnando l'Azienda USL n.3 di Lagonegro (confluita nell'attuale Azienda Sanitaria Locale di Potenza) a comunicare al competente Dipartimento il percorso operativo per la sperimentazione del citato progetto e per la realizzazione di alcuni posti letto di Hospice Pediatrico presso il Presidio Distrettuale Ospedaliero di Lauria;

-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 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 Stato Regioni rep 239/CSR 16.12.2010 ***"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” dandone poi attuazione con l’approvazione del documento “*Rete regionale delle cure palliative*” (DGR 1900 del 19.12. 2011);

- con **DGR n.322 del 20.03. 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 28.11. 2014**, si è recepita l’Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 -Rep. n.151 CSR - ed, a compimento della stessa, è stato approvato il modello regionale di “**Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in ambito Pediatrico**”, documento elaborato a cura del Comitato Ristretto Permanente in ambito Pediatrico, di cui alle Det.ni Dirigenziali sopracitate, che prevede la realizzazione di una unica rete delle cure palliative pediatriche e della terapia del dolore, ad estensione regionale che comprenda tutte le strutture e gli operatori sociosanitari coinvolti nel processo assistenziale. La Rete prevede in particolare un Centro di riferimento regionale CCP e della Terapia del Dolore, (riferimento clinico, di formazione e di ricerca per il funzionamento ed il sostegno della rete così come definito nella DGR n.1324/2008) ed un centro residenziale “Hospice Pediatrico” con 4 posti letto. Si stabilisce che la sede del Centro di riferimento coincida con l’Hospice pediatrico e nelle more della realizzazione di tale Hospice la sede sarà allocata presso il sub-distretto di Lagonegro. (delib. D.G. ASP 1257 nov2018).

- Con **DGR 1058 del 10.08.2015**: Ammissione a finanziamento nell’ambito dei POIS di operazioni a carattere infrastrutturale attuate dalle Aziende sanitarie di Potenza e Matera (*progettazione, lavori e impianti, direzione lavori e collaudo hospice Lauria*)

-con **DGR n. 472 del 26.05.2017**, la Regione Basilicata ha finanziato l’intervento denominato “**Realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative presso il PO di Lauria. Realizzazione della LAIC e spazi da dedicare alle attività territoriali e medicina palliativa per la cura dell’infanzia**”, con attuazione Asp Potenza, al fine di avviare le attività e le funzioni assistenziali relative all’Hospice Pediatrico (struttura ad oggi realizzata e denominata “**Il Sentiero delle Fiabe**”)–Per l’attivazione di tale Hospice presso il POD Beato Lentini di Lauria, unitamente alle altre attività di supporto all’assistenza pediatrica (ADI ed attività day-hospital ed ambulatoriale), l’ Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) nel .2018 - ha sottoscritto un Accordo Quadro sulle Cure Palliative Pediatriche con uno dei principali poli nazionali di riferimento **nell’assistenza pediatrica**: l’Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausillipon di Napoli. Detto Accordo regola un nuovo modello di collaborazione interaziendale in grado di consentire la condivisione di una strategia capace di favorire un approccio di tipo multidisciplinare fra le varie attività da porre in essere nella gestione delle Cure Palliative Pediatriche presso le rispettive Aziende, rinviando a successivi e specifici accordi attuativi per le modalità di collaborazione, nonché per gli aspetti di natura tecnico-scientifica, organizzativa, gestionale e finanziaria. Nel corso del 2018 l’ASP, con il supporto didattico e operativo del personale dell’azienda Santobono, ha avviato specifici percorsi formativi per il personale impegnato nella gestione delle cure palliative e della struttura attivata (Hospice Pediatrico). A conclusione di tale ciclo ed al fine di condividere e mantenere le conoscenze finalizzate alla corretta gestione dei percorsi assistenziali le due aziende a gennaio 2019, hanno sottoscritto sempre nell’ambito dell’Accordo Quadro uno specifico Protocollo per l’attivazione di un servizio di Telemedicina e Teleconsulto per i pazienti pediatrici afferenti al POD (Deliberaz. Commissario ASP n. 2019/00023 del 14.01.2019).

Atteso che il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare l’ art.1, comma 5 e d 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 2019** l’Accordo Stato-Regioni del 28/11/2019 -rep atti 191/CSR- definisce le linee progettuali con tematiche “*trasversali a più ambiti di assistenza*” e che



“.. indicano, in particolare, la necessità di investire..... per le tematiche vincolate relative alle **cure palliative e terapia del dolore.**” anche in sostanziale costanza di quanto individuato per le annualità precedenti (2018- Accordo rep.150/CSR 01/08/2018) con specifica dei **relativi vincoli economici anno 2019** (Intesa Stato/regioni 192/CSR-2019) e tra queste **Costituzione e Implementazione della Rete della Terapia del Dolore e Sviluppo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in Area Pediatrica.**

La regione Basilicata , ritenendo fondamentale ampliare/migliorare i percorsi/programmi-attività intrapresi per l'erogazione dell'**Assistenza Palliativa e la Rete del Dolore**, in costanza di azioni svolte ed improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, **assegna senza alcun onere a proprio carico, la somma complessiva di euro 2.607.730,00** (quota parte dell'importo globalmente attribuitale quali FSN Vincolati 2019 per Obiettivi di P.S.N. giusta Intesa 192/CSR-2019) **al Progetto 3. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA**

comprendente

- **Azioni Aziendali** inerenti l'Area progettuale **1 - Costituzione e implementazione della Rete della Terapia del Dolore - per un importo pari ad € 1.150.000,00 come-riassunte nella Scheda “Sottoprogetto A (S.A.)-Rete Dolore e Cure Palliative”**
- **Azioni Aziendali** inerenti l'Area progettuale **2 - Sviluppo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in area pediatrica) per un importo pari ad €1.457.730,00 giusta scheda “Sottoprogetto B (S.B.) - Cure Palliative e Terapia del Dolore area Pediatrica”**

Di seguito il Progetto con evidenza delle azioni aziendali pianificate per Aree di Linea Progettuale.



PROGETTO

Regione Basilicata

LINEA PROGETTUALE	<p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p><i>Area 1. Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore</i> <i>Area 2 Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica</i></p>
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	<p>3. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA</p> <p>comprendente per:</p> <p>a) <u>Area 1 Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore</u> le seguenti azioni aziendali</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Azione 3.1a.Asp</u>: Implementazione della rete del dolore nell'ASP di Potenza - <u>Azienda ASP Potenza</u> - • <u>Azione 3.2.Asm</u>: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - <u>ASM Matera</u> - <p>come rappresentate nella SCHEDA sottostante denominata “Sottoprogetto A (S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative” (Parte S.A1 e Parte S.A2)</p> <p>b) <u>Area 2: Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica</u> l'azione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>3.1bAsp</u>: Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l'AORN Santobono-Pausillipon <p>come rappresentata nella SCHEDA sottostante denominata “Sottoprogetto B (S.B)- Cure palliative e terapia del dolore area pediatrica”</p>
AREA DI INTERVENTO	<p>Un obiettivo strategico di base nelle politiche per la salute del SSR Basilicata è la presa in carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione ed in tale direzione si è operato per lo sviluppo , l'implementazione dei servizi che compongono la Rete delle Cure Palliative e la Terapia del Dolore. La peculiarità territoriale della Basilicata, caratterizzata da scarsa densità abitativa disseminata su un territorio molto vasto con una viabilità problematica, costituisce una delle ragioni di scarsa fruibilità delle cure. Per far fronte, con garanzia di prossimità, alla notevole complessità della domanda di cure nonché rispondere adeguatamente ai bisogni sociosanitari del paziente si pianificano gestioni ed impieghi, con attuazione da parte delle aziende sanitarie regionali che sviluppino le azioni di cui si espone specifica AREA D'INTERVENTO tenuto conto delle modalità di raggruppamento di esposizione delle azioni:</p> <p style="text-align: center;">A) SCHEDA “ Sottoprogetto A (S.A) -Rete Dolore e Cure</p>

1



	<p>Palliative” suddivisa in</p> <p>Parte S.A1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione 3.1a.Asp : la Mission territoriale aziendale ASP comprende un area molto vasta (provincia di Potenza con 100 Comuni e quasi tutti al di sotto dei 10.000 abitanti) a cui si collegano diverse <i>criticità</i> e tra queste la <i>fruibilità delle cure</i>, a cui occorre rispondere con necessari interventi finalizzati al miglioramento dell’assetto organizzativo; presa in carico del paziente; della gestione e del monitoraggio della terapia con garanzia di formazione degli operatori tutti e di una adeguata informazione del cittadino; ottimizzando così i risultati auspicati. <p>Parte S.A2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione 3.2.Asm con attività dell’ASM rivolta: Ambulatori Ospedalieri Terapia Antalgica Assistenza Psicologica nella Gestione del Dolore in eta’ pediatrica Cure Domiciliari Assistenza Primaria Hospice <p>B) <u>SCHEDA “Sottoprogetto B (S.B)- Cure palliative e terapia del dolore area pediatrica”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Azione 3.1.b.Asp : Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon - Azienda ASP di Potenza- con specifica Area d’intervento: Territoriale - Residenziale
--	---

REGIONE BASILICATA RESPONSABILE DEL PROGETTO: 3COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE		
2	<i>Cognome Nome Responsabili</i>	Dr. Giuseppe MONTAGANO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria- Dipartimento Politiche della Persona- Regione Basilicata-
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668709
	<i>e- mail</i>	giuseppe.montagano@regione.basilicata.it ;
	<i>Cognome Nome Responsabili</i>	D.ssa Rocchina GIACOIA – -
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata- Dipartimento Politiche della Persona- Regione Basilicata-
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668868
	<i>e- mail</i>	rocchina.giacoia@regione.basilicata.it



<u>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 3COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</u>		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo TOTALE
3 Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	ACCORDO STATO REGIONI n. 191/CSR del 28 .11.2019 (Utilizzo quota parte assegnata alla Regione con Intesa 192/CSR del 28.11.2019)	Euro 2.607.730,00,00 (Così suddiviso ➤ euro 1.150.000,00: per le azioni di cui alla Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative -”; ➤ euro:1.457.730.000,00 per l’ azione di cui alla Scheda “Sottoprogetto B(S.B) - Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica -”
<i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>Nessun onere a carico Bilancio regione Basilicata</i>	Euro 0,00

4	<u>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 3. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA come suddiviso in:</u>	
4A	A) Scheda “ Sottoprogetto A (S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative” parte S.A1: <u>Azione 3.1a.Asp</u> Implementazione della rete del dolore nell’ ASP di Potenza	
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>
	<i>Totale costi Azione 3.1a.Asp</i>	<u>600.000,00</u>
	Per l’enumerazione specifica dei costi si rimanda alla sottostante Scheda “ Sottoprogetto A(S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative” (Parte S.A1) <u>Azione 3.1a.Asp Costi</u> (Punto 4.SA.1)	
	A) parte S.A2: <u>Azione 3.2.Asm</u> : Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - <u>ASM</u> Matera	
	<i>Totale costi <u>Azione 3.2.Asm</u></i>	550.000,00
	Per l’enumerazione specifica dei costi dell’azione si rimanda alla sottostante Scheda “ Sottoprogetto A(S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative” -Partizione S.A2 - <u>Azione 3.2.Asm Costi</u> (Punto 4.SA.2)	



	Parte “A” Totale gen.Costi : <u>Azione 3.1a.Asp + Azione 3.2.Asm</u>	€1.150.000,00	Scheda Sottoprogetto A (S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative” (Parte S.A1 e Parte S.A2) Totale Costi
4B	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 3.... come suddiviso in Parte B) Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica ” Azione 3.1b.Asp		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	“B” Totale costi Azione 3.1b.Asp	1.457.730 ,00	Per l’enumerazione specifica dei costi dell’azione si rimanda alla sottostante scheda “ Sottoprogetto B (S.B) - Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica ”- <u>Azione 3.1b.Asp</u> Costi (Punto 4.SB)
	PROGETTO: 3 RETE DELLA TERAPIA... PEDIATRICHE Tot. Generale COSTI (tot. “A”+ Tot “B”)	<u>2.607.730,00</u>	Importo Finanziato con Risorse Vincolate anno 2019 per Obiettivi del PSN e Senza oneri a carico Regione Basilicata

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 3		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5	Disponibili e/o Da acquisire		Si specifica che le Risorse necessarie alla realizzazione del presente Progetto sono descritte, per ciascuna <u>Azione aziendale</u> , nelle susseguenti Schede : “Sottoprogetto A (S.A) Rete Dolore e Cure Palliative” riferentesi all’ Azione 3.1a.Asp... (Partizione S.A1) e all’ Azione 3.2.Asm....(Partizione S.A2) e “Sottoprogetto B (S.B)- Cure palliative e terapia del dolore area pediatrica” riferentesi all’ Azione 3.1.B.Asp.

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARI O DI RIFERIMENTO	Per quanto fatto ad oggi dal SSR Basilicata per lo sviluppo e l’implementazione dei servizi che compongono la Rete delle Cure Palliative e la Terapia del Dolore restano diversi i gap rilevati e da colmare. Riguardo alla descrizione del contesto in cui si inserisce ciascuna azione aziendale ASP ed ASM si rimanda alle relative sottostanti: Scheda “Sottoprogetto A (S.A) Rete Dolore e Cure Palliative” (Parte S.A1) (Parte S.A2)rispettivamente per l’ Azione 3.1a.Asp... e l’Azione 3.2.Asm....; Scheda “Sottoprogetto B (S.B)- Cure palliative e terapia del dolore area pediatrica” per l’<u>Azione 3.1.B.Asp)</u>
----------	--	---



7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO 3 Comprendente: area S.A (<u>Azione 3.1a.Asp; Azione 3.2.Asm</u>) e area S.B (<u>Azione 3.1b.Asp</u>)	Data inizio prevista 01/01/2019	Data termine prevista 31/12/2019	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo SI
---	---	---	--	--

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Premesso che i Piani Sanitari Regionali previgenti, poi 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 ed, oggi, il Piano Sanitario Integrato (PSR)–triennio 2018/2020 approvato con DGR 778 del 26.07.2017- hanno individuato nelle Cure Palliative e nella Terapia del Dolore gli Obiettivi di Salute per la Basilicata dettandone linee di Pianificazione Sanitaria regionale da perseguire.</p> <p>Rimane inconfutabile che l’approccio al malato necessitante di Cure Palliative e Terapie del Dolore debba tener conto delle sue peculiarità biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche in quanto le stesse determinano, modulano tipologia e quantità dei bisogni presentati e condizionano le azioni da intraprendere nonché i modelli organizzativi da implementare all’interno di un territorio regionale gravato da numerose e complessità.</p> <p>A tal fine si promuovono, tramite le Aziende Sanitarie Provinciali, ciascuna nel proprio ambito, le seguenti Azioni giuste:</p> <p>A) Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) Rete Dolore e Cure Palliative” <i>Parte S.A1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Azione 3.1a.Asp</u>: Implementazione della Rete del Dolore nell’ASP di Potenza –azienda ASP di Potenza - avente <u>obiettivo generale:</u> garantire a ogni cittadino/paziente la terapia del dolore con la creazione di un impianto strutturato in grado di intercettare la domanda ed esaudirla in tempi contenuti attraverso la organizzazione articolata, secondo la legge 38 e la sua declinazione regionale, per livelli di complessità. Per quanto attiene l’ASP, l’obiettivo generale specifico è quello di implementare in modo-omogeneo i consumi di oppiacei attraverso un assetto organizzativo stabile (con SPOKE funzionali) in grado di garantire, attraverso la capillarizzazione di tale tipo di assistenza, anche a domicilio la terapia del dolore più invasiva, compresa la sedazione terminale. <p><u>Parte S.A2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Azione 3.2.Asm</u>: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore – Azienda ASM Matera- avente <u>obiettivo generale</u> costituzione di una Rete Integrata e funzionale delle attività di Cure Palliative e Terapia Antalgica, erogate in Ospedale, Hospice, a domicilio nell’ambito territoriale aziendale, al fine di assicurare la miglior qualità di vita possibile per il sofferente attraverso una precoce rilevazione ed un efficace controllo del dolore. <p>B) Scheda “Sottoprogetto B (S.B)- Cure palliative e terapia del dolore area pediatrica”</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Azione 3.1.b.Asp</u>: Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale
---	---------------------------	--



	<p>con l’AORN Santobono-Pausillipon (Na) -Azienda ASP di Potenza - avente obiettivo generale: sperimentazione di una Rete Interregionale (Campania-Basilicata) di Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Terapia del Dolore (TD) con inserimento dell’ASP quale nodo satellite extraregionale nella piattaforma campana di telemedicina-teleconsulto per le CPP e la TD.</p>
--	--

Di seguito le Schede parti integranti e sostanziali del presente progetto :

A) “Sottoprogetto A....” come suddivisa in Parte S.A1 e Parte S.A2, giuste azioni aziendali ASP ed ASM

B) “Sottoprogetto B....” giusta azione aziendale ASP per Cure Palliative Pediatriche.

Si specifica che le stesse sono stilate nel rispetto del modello generale di Progetto ed evidenziano, per ciascuna Azione Aziendale (Azione 3.1a.Asp; Azione 3.2.Asm ;Azione 3.1.b.Asp) con indicazione dei punti opportunamente numerati: il **Responsabile Aziendale dell’ Azione** (p.p.2S... **le Risorse Necessarie per la Realizzazione...**(p.p.5S....), **Analisi del Contesto/Scenario di Riferimento** (P.P.6S...) **gli Obiettivi Specifici**(p.p.9S...), **i Risultati Attesi** (p.p.10S...), **i Punti di Forza**(p.p.11S...), **i Punti di Debolezza** (p.p.12S...), **il Diagramma di Gant** , **la Descrizione Analitica dell’Azione** (p.p.13S...) e **l’eventuale Trasferibilità** (p.14S...) considerati gli opportuni **Punti Generali di progetto già compilati.**

**PROGETTO:****3: RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA**

Finanziamento: Risorse Vincolate degli Obiettivi del PSN- *Accordo Stato Regioni 91/Csr 06/06/2019 utilizzo quota parte assegnata alla regione* (giusto Punto 4 - SCHEDA Generale PROGETTO 3) pari ad euro **2.607.430,00**

di cui, giusta

Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative”, assegnate

- all' **Azione 3.1a.Asp**: Implementazione della Rete del Dolore nell'ASP di Potenza - Azienda ASP di Potenza - **€ 600.000,00** (come descritta nella **Parte S.A1**)
- all' **Azione 3.2.Asm**: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - Azienda ASM di Matera - **€ 550.000,00** (come descritta nella **Parte S.A2**)

(per un totale complessivo di € 1.150.000,00)

Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” :**Parte S.A1:**

Azione 3.1a.Asp : Implementazione della Rete del Dolore nell'ASP di Potenza - Azienda ASP di Potenza - (anno 2019 € 600.000,00)

Responsabili Aziendali ASP-PZ			
2S.A/Asp	<u>Azione 3.1a.Asp</u>		Dr. CORONA Giovanni Vito
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore U.O.C. Oncologia Critica Territoriale Cure Domiciliari e Palliative
		<i>Recapiti telefonici</i>	3343404894
		<i>e- mail</i>	giovanni.corona@aspbasilicata.it

4S. A.1	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO3 / “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” : Azione <u>3.1a.Asp</u>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Continuità di cure	0	Già finanziati, impiantati e presenti gli strumenti organizzativi preposti (Centrale delle Dimissioni e InterRAI)
	○ Formazione	40.000,00	Comprende la formazione anche ai



			MMG e quella residenziale di alcuni operatori in Centri di eccellenza nazionale
	○ Selfcare, Empowerment, Divulgazione, Associazioni no profit	20.000,00	Brochure, Convegni, corsi divulgativi
	○ Costi gestione progetto e allestimento/completamento centri Spoke	80.000,00	Messa a punto e completamento di alcuni spoke territoriali tra i quali alcuni sono già in fase di attuazione con altri finanziamenti.
	○ Costi terapia del dolore specialistica mediante le equipe multidisciplinari	460.000,00	Predisposizione, esecuzione e monitoraggio terapia con elastomeri o pompe elastomeriche; sedazioni terminali. L'elevato costo è giustificato dalla necessità di un impiego di risorse umane molto elevato per garantire la terapia in assistenza continuata.
	Totale costi Azione 3.1a.Asp	<u>600.000,00</u>	(come già riportato al soprastante Punto 4 (generale) del presente PROGETTO 3)

5S.A/Asp	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 3 / “Sottoprogetto A (S.A).....” Azione 3.1a.Asp			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>	
Disponibili		4	Medici di Continuità assistenziale a 4 ore settimanali	
		1	amministrativo	
		8	medici	
		4	Assistenti sociali	
		7	fisioterapisti	
		30	infermieri	
		1	Centrale delle Dimissioni e InterRA	
	Da acquisire		1	Formatore per gli operatori
			3	Terapisti del dolore
			1	Corso di Formazione MMG
			10	Corsi residenziali
			1	Corso base care giver
			1	convegno
			1000	Brochure
		5	Allestimento di Spoke territoriali	
		24	pompe elastomeriche	
	40	sedazioni terminali		



6S.A /Asp	<p>Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” <u>Azione 3.1a.Asp</u> Implementazione della Rete del Dolore nell’ASP di Potenza</p> <p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO</p>	<p>La provincia di Potenza, area su cui insiste l’azienda ASP ha una scarsa densità abitativa disseminata su un territorio di 100 Comuni quasi tutti al di sotto dei 10.000 abitanti e con una viabilità problematica. Tale contesto crea una criticità molto concreta: la scarsa fruibilità di tali cure in alcune località svantaggiate. Data la vocazione territoriale dell’azienda ASP l’area di intervento è mirata anche alla risoluzione delle problematiche ad essa connesse. Diviene necessario intervenire con azioni rivolte a migliorare l’assetto organizzativo della presa in carico, della gestione e del monitoraggio della terapia. La formazione degli operatori tutti, l’adeguata informazione del cittadino e della società civile sono elementi cardine sui quali intervenire e dai quali non si può prescindere per ottimizzare i risultati auspicati.</p> <p>La presente azione si inserisce in un contesto caratterizzato da</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funzionalità della rete a macchia di leopardo con gli hub e spoke individuati, parzialmente realizzati e/o poco utilizzati. • Completamente assenti sono gli SPOKE di Cure Primarie. • Anche se ancora sotto la media nazionale, in crescita costante il consumo di oppiacei ottenuto tramite la somministrazione diretta che dovrebbe essere implementata in tutti gli ambiti territoriali. • Discreta la terapia del dolore nel contesto delle Cure Palliative. • Carente la formazione dei MMG e la consapevolezza del cittadino.
-----------	---	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7S.A/Asp	DURATA COMPLESSIVA	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	<u>dell’Azione 3.1a.Asp</u>	01/01/2019	31/12/2019	Si

8S.A/Asp	<p>Scheda “Sottoprogetto A (S.A.)-Rete Dolore e Cure Palliative” <u>Azione 3.1a.Asp</u></p> <p>OBIETTIVO GENERALE</p>	<p>Garantire a ogni cittadino/paziente la terapia del dolore con la creazione di un impianto strutturato in grado di intercettare la domanda ed esaudirla in tempi contenuti attraverso la organizzazione articolata, secondo la legge 38 e la sua declinazione regionale, per livelli di complessità. Per quanto attiene l’ASP, l’obiettivo generale specifico è quello di implementare in modo omogeneo i consumi di oppiacei attraverso un assetto organizzativo stabile (con spoke funzionali) in grado di garantire, attraverso la capillarizzazione di tale tipo di assistenza, anche a domicilio la terapia del dolore più invasiva, compresa la sedazione terminale. (Si ripete quanto già esposto per la presente azione al <u>soprastante Punto 8 (Obiettivi Generali del Progetto)</u>).</p>
----------	--	---



9S.A/Asp	Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” <u>Azione 3.1a.Asp</u> Implementazione della Rete del Dolore nell’ASP di Potenza OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. La tutela del cittadino nell’accesso alla terapia del dolore al quale garantire la continuità delle cure mediante l’integrazione dei diversi setting assistenziali creando percorsi omogenei di presa in carico e assistenza; 2. la promozione e attivazione di programmi obbligatori di formazione continua; 3. La salvaguardia della dignità e dell’autonomia della persona assistita nella gestione del dolore e, contestualmente la messa in atto di programmi di sensibilizzazione/informazione con il contributo di associazioni no-profit; 4. Il completamento o la creazione di alcuni centri spoke territoriali; 5. La definizione di equipe multiprofessionali dedicate, in grado di eseguire in tutti gli ambiti territoriali, la terapia del dolore più invasiva.
----------	---	--

10S.A/Asp	RISULTATI ATTESI: Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” <u>Azione 3.1a.Asp</u> :Implementazione della rete del dolore nell’ASP di Potenza –	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dall’azione	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del consumo di oppiacei, in modo omogeneo nei vari ambiti territoriali; • Incardinamento della terapia del dolore nell’assetto organizzativo finalizzato a garantire la continuità di cure ospedale-territorio.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Strutturazione di un assetto organizzativo in grado di gestire la problematica in tutti setting assistenziali e in tutti gli ambiti territoriali. Tale assetto deve prevedere: l’intercettazione del bisogno e la relativa presa in carico precoce; la gestione della terapia e il suo monitoraggio, l’esecuzione in ogni ambito della sedazione terminale, la produzione di reports di attività.

11S.A/Asp	PUNTI DI FORZA: Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” <u>Azione 3.1a.Asp</u> : Implementazione della rete del dolore nell’ASP di Potenza –	
	Indicare i punti di forza Impianto organizzativo delle Cure Domiciliari già ben strutturato e coprente tutti gli ambiti territoriali per quanto attiene l’assistenza di base. Inoltre, il modello organizzativo adottato dalla Regione Basilicata attraverso la deliberazione n. 322 del 20 marzo 2012, è di tipo HUB e SPOKE. Questi ultimi, di competenza ASP, sono in parte già realizzati o in via di definizione.	Indicare le strategie/azioni per l’implementazione Innestare, in alcuni ambiti, figure professionali in grado di determinare una implementazione della complessità delle prestazioni erogate (in particolare delle cure palliative specialistiche) e quindi della terapia del dolore domiciliare evoluta, con l’uso di device idonei a garantirne la corretta esecuzione, l’aderenza e il monitoraggio. Il completamento degli SPOKE esistenti o in programmazione sarà ulteriore elemento di garanzia.



12S.A/Asp	PUNTI DI DEBOLEZZA: Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” Azione 3.1a.Asp : Implementazione della rete del dolore nell’ASP di Potenza	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<ol style="list-style-type: none"> Carenza di equipe multidisciplinari per carenza di medici esperti in terapia del dolore in alcuni ambiti territoriali con erogazione della terapia del dolore insufficiente e disomogenea. le caratteristiche geografiche del territorio con scarsa densità abitativa e viabilità problematica. 	Stretta integrazione fra tutte le componenti: dai Centri, ai Medici sul Territorio, fino agli stessi pazienti, loro familiari e care-giver, sia dal punto di vista organizzativo che sotto il profilo tecnologico. Formazione specifica con corsi ECM, anche su alcuni MMG, e allestimento di equipe multidisciplinari negli ambiti territoriali carenti.

DIAGRAMMA DI GANT: Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” Azione 3.1a.Asp : Implementazione della rete del dolore nell’ASP di Potenza												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
La tutela del cittadino nell’accesso alla terapia del dolore al quale garantire la continuità delle cure...												
Formazione												
Selfcare, Empowerment, Divulgazione, Associazioni no profit												
Realizzazione e completamento centri spoke territoriali												
Equipes multiprofessionali; terapia del dolore invasiva												

Descrizione Analitica del Progetto3 Scheda “Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative” Azione 3.1a.Asp : Implementazione della rete del dolore nell’ASP di Potenza –azienda ASP di Potenza			
Fa se	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
A	Tutela del cittadino nell’accesso alla terapia del dolore; continuità di cure; integrazione dei diversi setting assistenziali; percorsi omogenei di	<ul style="list-style-type: none"> Garantire, nella continuità delle cure, la terapia del dolore anche attraverso il completamento della Centrale delle Dimissioni e la sua “messa a regime” con dispositivi informatici che evitino la sospensione di tale terapia nella fase della dimissione ospedaliera e la presa in carico in altri setting assistenziali. La rete deve inoltre essere garantita da un sistema di valutazione multidimensionale, inglobante la valutazione del dolore, che si sta attualmente impiantando nella Regione Basilicata per la gestione integrata in tutti gli 	<ol style="list-style-type: none"> Numero di prese in carico dalla Centrale delle Dimissioni con indicazioni alla terapia del dolore Numero di prese in carico con indicazione alla terapia del dolore attraverso l’utilizzo del



13S.A/ Asp		presa in carico e assistenza;	<p>ambiti, ospedalieri e non, dei pazienti, dei ricoveri, delle prese in carico e delle informazioni cliniche essenziali. Tale infrastruttura viene ampliata con le funzionalità specifiche di supporto alla rete, in modo da garantire l'integrazione del sistema sanitario regionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione e allestimento di consulenze di Terapia Antalgica per pz ospedalizzati eventualmente prossimi alla dimissione finalizzati alla elaborazione di un piano terapeutico personalizzato. <p>Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti.</p>	sistema InterRAI
		Formazione	Promuovere e attivare programmi obbligatori di formazione continua (ECM, teorico-pratica e “on the job) su tutti gli operatori e soprattutto sui MMG; Per gli operatori si prevede pure una formazione residenziale nei Centri di riferimento nazionale	<ul style="list-style-type: none"> • 1 corso ECM per MMG; • 1 corso ECM per Operatori; • 10 corsi residenziali.
		Selfcare ed Empowerment; Sensibilizzazione, informazione, coinvolgimento associazioni no profit	<p>Salvaguardare la dignità e l'autonomia della persona assistita nella gestione del dolore attraverso percorsi di promozione del selfcare e dell'empowerment. È prevista la realizzazione di materiale divulgativo da distribuire a tutte le famiglie, e corsi specifici per i care giver e/o i familiari.</p> <p>Mettere in atto programmi di sensibilizzazione/informazione con il contributo di associazioni no-profit del settore da coinvolgere e con le quali pianificare la strategia di comunicazione anche finalizzata all'ottenimento del selfcare e dell'empowerment; inoltre sono previsti convegni tematici su tema “dolore”, aperti alla Società Civile e a tutti i cittadini.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 corso base per care giver, familiari e pazienti; • 1 convegno divulgativo aperto alla Società Civile e alle Associazioni no profit; • Realizzazione e stampa di brochure divulgative.
13S.A/ Asp	B	Realizzazione e completamento centri spoke territoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Allestimento/completamento di specifici ambulatori di terapia del dolore che di fatto rappresentano gli spoke di I territoriali previsti. • Consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del pz. 	Allestimento di 5 SPOKE Territoriali (Melfi, Potenza, Viggiano, Lagonegro, Chiaromonte)
		Equipes multiprofessionali; terapia del dolore invasiva	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturare equipe multiprofessionali costituite da: MMG, terapisti del dolore o palliativisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali, assistenti spirituali, che implementino la terapia del dolore eseguita ed eseguibile a domicilio, anche con la distribuzione e la somministrazione diretta di oppiacei. • Tali equipe dovranno: 	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento dell'obiettivo regionale del consumo di oppiacei; • 30% di utilizzo di elastomeri o pompe



			<ul style="list-style-type: none"> ○ fare maggior ricorso a schemi terapeutici personalizzati multimodali con impiego di oppioidi. ○ incrementare l'utilizzo di farmaci a lento rilascio allo scopo di semplificarne l'assunzione. ○ eseguire la titolazione degli analgesici maggiori, utilizzando algoritmi codificati e ricorrendo, quando necessario, al ricovero ospedaliero. ○ Adottare un assetto organizzativo che prevede la distribuzione di tutti gli oppiacei direttamente a domicilio, per ogni ammalato, individuato idealmente come un paziente appartenente ad una Unità Operativa Ospedaliera. • Tali équipes, che dovranno essere strutturate in tutti gli ambiti, dovranno eseguire la terapia utilizzando elastomeri personalizzati e, all'occorrenza, la sedazione terminale. Queste modalità terapeutiche, di per sé invasive, richiedono un monitoraggio continuo, in quanto è necessario un aggiustamento continuo dei dosaggi degli oppiacei e di conseguenza una assistenza medico-infermieristica continuata. • Il ricorso alla telemedicina potrebbe semplificare tali procedure e incrementare la operatività attraverso l'utilizzo della tele visita, della “second opinion, del monitoraggio online di alcuni parametri nei casi più critici. 	<p>elastomeriche rispetto al numero di pazienti in terapia del dolore</p> <p>8% di sedazioni terminali rispetto al numero di pazienti in terapia del dolore</p>
--	--	--	--	---

Fine Azione 3.1a.Asp Implementazione della rete del dolore nell'ASP di Potenza –azienda ASP di Potenza (Parte S.A1)

**PROGETTO 3: Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative”****Parte S.A2:**

Azione 3.2.Asm: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - Azienda ASM di Matera (anno2019 € 550.000,00)

Responsabili Aziendali dell'azione ASM -MT-			
2 S.A2/ASM	<u>Azione 3.2.Asm</u>	ASM-MT-	Dr DIMONA Francesco
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale per Acuti Asm
		<i>Recapiti telefonici</i>	0835/252070
		<i>e- mail</i>	francesco.dimona@asmbasilicata.it

4S. A.2/ asm	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 3 /scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” Azione <u>3.2.Asm</u>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione	10.000,00	
	Costi gestione progetto	540.000,00	
	<u>Totale costi Azione 3.2.Asm</u>	<u>550.000,00</u>	(come già riportato al soprastante Punto 4 (generale) del PROGETTO 3...)

Risorse Necessarie per la Realizzazione dell'Azione 3.2.Asm Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - Azienda ASM di Matera -scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” partizione SA2			
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
5S.A2 /Asm	○ Disponibili	Personale Medico Anestesista, Infermieri in servizio presso l'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione e presso gli Ospedali Distrettuali; Medici Palliativisti, Psicologi, Infermieri della Cooperativa Auxilium che gestiscono l'ADI	
	○ Da acquisire	Formazione degli operatori Utilizzo professionalità psicologica per assistenza in età pediatrica	



6S.A2/Asm	<p>Scheda “ Sottoprogetto A (S.A.) -Rete Dolore e Cure Palliative-” <u>Azione 3.2.Asm</u> Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore - Azienda ASM di Matera</p> <p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO</p>	<p>Il miglioramento della qualità e dell’offerta assistenziale per le Cure Palliative in regime residenziale, domiciliare e lo sviluppo delle reti regionali e locali di Cure Palliative e di Terapia del Dolore non coprono ancora le forti disomogeneità regionali sulle caratteristiche e sulla tipologia dell’assistenza offerta nei vari setting assistenziali. Fondamentale è il ruolo strategico della collaborazione tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del malato a partire dai medici di base e dai pediatri di libera scelta fino ai medici specialisti operanti presso le strutture ospedaliere e territoriali, in rapporto con le Associazioni dei malati. Nell’ASM sono attivi ad oggi 8 posti letto di Hospice dei 18 previsti. Occorre una ridefinizione strutturale con l’implementazione di nuovi posti letto dislocati in funzione delle dinamiche geografiche inerenti il fabbisogno. Il potenziamento delle cure palliative e della terapia antalgica comporta il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, implica anche una maggior adeguatezza delle cure complessive, con risparmi effettivi di sistema per riduzione di ricoveri ed accessi in Pronto Soccorso, spesso causati da sofferenza non controllata recidivante.</p>
-----------	---	---

7S.A2/Asm	DURATA COMPLESSIVA DELL’	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	<u>Azione 3.2.Asm</u>	01/01/2019	31/12/2019	Si

8S.A/ASM	<p>OBIETTIVO GENERALE Dell’azione <u>3.2.a.Asm</u></p>	<p>Sperimentazione di una Rete Interregionale (Campania-Basilicata) di Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Terapia del Dolore (TD) con inserimento dell’ASP quale nodo satellite extraregionale nella piattaforma campana di Telemedicina-Teleconsulto per le CPP e la TD. (giusto soprastante Punto 8 (generale) del presente Progetto 3.)</p>
----------	--	--

9S.A/Asm	<p>OBIETTIVI SPECIFICI Dell’ <u>Azione 3.2.Asm:</u> Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore</p>	<p>Considerato che l’azienda con l presente azione convoglia le sue attività individuandone l’AREA DI INTERVENTO in</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulatori Ospedalieri Terapia Antalgica - Assistenza Psicologica nella Gestione del Dolore in Eta’ Pediatrica - Cure Domiciliari - Assistenza Primaria <p>(giusto soprastante Punto 1 presente Progetto 3) di seguito se ne rappresentano gli obiettivi specifici</p> <p>10°. Obiettivo: promuovere la massima</p>
----------	--	---



9S.A/Asm		<p>integrazione tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del malato con bisogno di cure palliative e terapie del dolore, a partire dai medici di base e dai pediatri di libera scelta fino ai medici specialisti operanti presso le strutture ospedaliere e territoriali</p> <p>11°. Obiettivo: incrementare le attività rivolte alle cure palliative e alla terapia del dolore in ambito ospedaliero e, soprattutto, territoriale, in modo da garantire l'equità di accesso all'utenza, attraverso un'omogenea distribuzione dei servizi sul territorio</p> <p>12°. Obiettivo: assicurare un'adeguata assistenza psicologica ai bambini che necessitano di cure palliative ed alle loro famiglie</p> <p>13°. Obiettivo: migliorare l'approccio al paziente con dolore acuto e cronico da parte dei MMG/PLS, in modo da ridurre il ricorso al Pronto Soccorso per la terapia del dolore</p>
----------	--	--

RISULTATI ATTESI -scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” Azione 3.2.Asm Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore		
10S. A/Asm	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	Incremento delle attività ambulatoriali ospedaliere Incremento delle attività palliative domiciliari Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per cure palliative
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i>	Uniformità ed omogeneità dell'offerta di servizi a livello territoriale, al fine di assicurare l'equità di accesso alla terapia del dolore

PUNTI DI FORZA Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative” Azione 3.2.Asm: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore		
11S. A/Asm	Indicare i punti di <i>forza</i> Riduzione dei ricoveri per acuti Riduzione degli accessi al pronto soccorso	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione Incremento delle attività ambulatoriali, domiciliari e residenziali (Hospice)

PUNTI DI DEBOLEZZA- Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative”- Azione 3.2.Asm: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore		
12S. A/Asm	Indicare i <i>punti di debolezza</i> Forte resistenza all'impiego dei farmaci analgesici oppioidi nel trattamento del dolore severo	Indicare le <i>strategie/azioni per la riduzione</i> Avvio di percorsi di formazione specifici per le cure palliative e la terapia antalgica



DIAGRAMMA DI GANT												
Scheda “Sottoprogetto A(S.A) -Rete Dolore e Cure Palliative”: Azione 3.2.Asm: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
attività dell’ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Matera	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica				x	x	x	x	x	x	x	x	x
ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Stigliano e Hospice	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Tinchì	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Tricarico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
sviluppo dell’assistenza palliativa domiciliare	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
formazione operatori aziendali MMG/PLS									x	x	x	x
Mantenimento attività	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Potenziamento attività				x	x	x	x	x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA dell’Azione 3.2.Asm: Implementazione di un Modello Assistenziale Integrato per le Cure Palliative e la Terapia del Dolore Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative”			
Fa se	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
14S. A/Asm	Potenziamento delle attività dell’ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Matera	Potenziamento dell’ambulatorio di terapia del dolore nel P.O. di Matera che garantirà il servizio per 18 ore settimanali distribuite su 3 giornate (lunedì, martedì e mercoledì mattina dalle 8 alle 14). L’ambulatorio del dolore è strutturato con un servizio di terapia antalgica per pazienti esterni all’Ospedale e offre consulenza in caso di dolore non controllato ai reparti ospedalieri.	Incremento del numero di prestazioni effettuate
	Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	Attivazione di assistenza psicologica rivolta ai bambini e alle loro famiglie, nell’ambito delle cure palliative in età pediatrica, con particolare riferimento al dolore indotto dalle procedure effettuate sui bambini, da realizzare con utilizzo di psicologi specializzati in psicologia pediatrica.	Numero di prestazioni effettuate
	Potenziamento delle attività dell’	Potenziamento delle attività di terapia del	Incremento del



	ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Stigliano (Agneta)	dolore nell’ Ospedale di Stigliano e di cure palliative presso l’Hospice di Stigliano	numero di prestazioni effettuate
	Potenziamento delle attività dell’ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Tinchì (Agneta)	Potenziamento dell’ambulatorio di terapia del dolore nell’Ospedale di Tinchì.	Incremento del numero di prestazioni effettuate
	Potenziamento delle attività dell’ambulatorio di Terapia del Dolore presso l’Ospedale di Tricarico (Marchisella)	Potenziamento dell’ambulatorio di terapia del dolore nell’Ospedale di Tricarico.	Incremento del numero di prestazioni effettuate
	Sviluppo dell’assistenza palliativa domiciliare	Implementazione del protocollo operativo per la gestione a domicilio delle cure palliative a cura dell’Equipe formata dal medico palliativista, dallo psicologo e dall’infermiere da garantire su tutto il territorio aziendale	Incremento del numero di ore effettuate dall’Equipe per le cure palliative domiciliari
	Formazione operatori aziendali MMG/PLS	Attivazione di percorsi di formazione rivolti principalmente ai MMG/PLS, oltre che agli operatori aziendali coinvolti, finalizzati a sviluppare le competenze specifiche per la gestione delle cure palliative e delle terapie antalgiche, in modo tale da ridurre il ricorso dei cittadini al pronto soccorso per la cura del dolore	Realizzazione corsi di formazione per il tramite dell’ordine dei Medici

Fine Azione 3.2.Asm**Fine Partizione S.A2****Scheda “Sottoprogetto A (S.A)-Rete Dolore e Cure Palliative”**

**SCHEDA “Sottoprogetto B (S.B.) - Cure Palliative e Terapia del Dolore area Pediatrica -”:****PROGETTO: 3 RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA**

Finanziamento: Risorse Vincolate degli Obiettivi del PSN- *Accordo Stato Regioni 191/Csr 28/11/2019 utilizzo quota parte assegnata alla regione* (giusto Punto 4 - SCHEDA Generale PROGETTO 3) pari ad euro **2.607.430,00**

di cui Euro **1.457.730,00** (Punto 4 B- Scheda generale PROGETTO 3) assegnate, giusta

Scheda “Sottoprogetto B (S.B.) - Cure Palliative e Terapia del Dolore area Pediatrica -”. all’ **Azione 3.1b.Asp**:

Sperimentazione di un modello di cure Palliative Pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza (di seguito descritta)

AREA D’INTERVENTO	Territoriale - Residenziale
--------------------------	-----------------------------

	Responsabile aziendale Azione 3.1b.Asp -Scheda “SOTTOPROGETTO B.....”	
	Responsabile aziendali ASP-PZ	Dr. OROFINO Rocco
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Medico-Pediatra – Responsabile UOSD Servizio Territoriale e Pediatria Sociale
	<i>Recapiti telefonici</i>	0973 641203
	<i>e- mail</i>	rocco.orofino@aspbasilicata.it

3SB	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DELL’AZIONE MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE ANNUALITA’ ANNO 2019	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
		Finanziamento	
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	ACC. STATO REGIONI 191/CSR 28/12/2019	
	○ <i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>Nessun onere a carico della regione Basilicata</i>	Euro 0,00
		Tot. risorse per l’ azione come già riportato al soprastante punto 3 (generale) del Progetto 3...	Euro 1.457.730 ,00



ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 3: Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica -” Azione 3.1b.Asp Sperimentazione di un modello di Cure Palliative Pediatriche.....			
4S.B	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione/informazione/sensibilizzazione	124.000,00	
	Costi gestione progetto	1.003.730,00	
	Costi per acquisito e gestione tecnologie, attrezzature sanitarie, sistema TELPASS	330.000,00	
	Totale costi Azione 3.1b.Asp	1.457.730 ,00	(Come già riportato al soprastante Punto (generale) 4 del PROGETTO 3...)

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 3: Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica -” Azione 3.1b.Asp Sperimentazione di un modello di Cure Palliative Pediatriche.....			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5 S.B	○ Disponibili	<u>PERSONALE:</u> 1 Medico Pediatra con funzioni di coordinamento, 1 Psicologo, 1 Assistente Sociale, 1 Infermiere 1 Assistente religioso <u>TECNOLOGIE:</u> Tecnologie e attrezzature sanitarie di reparto.	
	○ Da acquisire	<u>FORMAZIONE:</u> 1 settimana di formazione di base <u>PERSONALE:</u> 2 Anestesisti-rianimatori, 2 Pediatri, 5 Infermieri, 6 OSS, 1 Musicoterapista, 1 Educatore, 1 Animatore	In base alle specifiche necessità del bambino e della sua famiglia saranno attivate le altre consulenze e professionalità necessarie.



		<p><u>TECNOLOGIE:</u> Implementazione tecnologie di reparto. Tecnologie per formazione da remoto, telemedicina (progetto TELPASS)</p> <p><u>CONSULENZA:</u> Consulenze multi-specialistiche (400 ore/anno consulenza da remoto)</p> <p><u>PRESTAZIONI DI VOLONTARIATO</u> da associazioni. 728 ore/anno</p>	
--	--	---	--

<p>6 SB</p> <p><i>se pertinenze riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>ANALISI DEL CONTENUTO DEI RIFERIMENTI</p>	<p>In attuazione della L.38/2010 il SSR con DGR n.1900/2011 ha istituito la Rete Regionale delle Cure Palliative in cui rientra a pieno titolo la Terapia del Dolore e delle Cure Palliative Pediatriche già avviata in Basilicata a seguito dell'adesione, con DGR n.1324/2008, al “Progetto bambino” che prevede la presa in carico dei pazienti in età pediatrica affetti da malattia inguaribile nei diversi setting assistenziali: <u>domiciliare</u>, <u>residenziale</u> ed <u>ospedaliero</u>. Per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare al bambino inguaribile le equipe pediatriche aziendali operano sul territorio regionale senza soluzione di continuità sin dal 2006 e, nella provincia di Potenza, nel corso dell'anno 2017, l'equipe aziendale ha fornito assistenza domiciliare a 47 pazienti tra lattanti, bambini e adolescenti con patologie complesse, pluriproblematiche ed inguaribili, di età variabile da pochi mesi fino ai 18 anni. Nella realizzazione del progetto un ruolo fondamentale è riconosciuto al volontariato e la Basilicata, con la stessa DGR, ha autorizzato la stipula di un Protocollo d'Intesa con la Fondazione Maruzza Lefebvre Onlus. Nel 2014, con DGR n.1429, la Giunta Regionale ha approvato il modello organizzativo regionale della Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore in ambito Pediatrico che, tra l'altro, prevede l'attivazione di un Hospice Pediatrico nel P.O.D. di Lauria con 4 p.letto Nel 2017. Con la DGR n.472, la Giunta Regionale ha finanziato la realizzazione della struttura che è stata realizzata e denominata “Il Sentiero delle Fiabe. Nel 2018, l'ASP ha pensato di trasformare il progetto in un'occasione per sperimentare un modello di partnership con altre aziende sanitarie di regioni limitrofe ed ha individuato nell'AORN Santobono-Pausillipon di Napoli il partner ideale per la realizzazione di un modello di collaborazione interaziendale regolamentato da un accordo-quadro. L'Hospice Pediatrico assicura ricoveri residenziali ed attività ambulatoriale in Day Hospice garantendo: l'attività clinico terapeutica assistenziale, l'attività di formazione/training, l'attività di programmazione e gestione del caso. L'assistenza medica è continua (h24) con presenza attiva in ore diurne e in regime di reperibilità durante le ore notturne. L'assistenza infermieristica e tecnico-assistenziale è continuativa (h24). E' garantito il servizio di consulenza anestesiology. E' previsto il coinvolgimento del Pediatra di Libera Scelta per il ruolo che svolge nella fase di assistenza domiciliare e le associazioni di volontariato che garantiranno la presenza quotidiana nell'hospice a sostegno dei pazienti e dei loro familiari. L'idea progettuale dei gruppi di sostegno e condivisione per i genitori di bambini in Cure Palliative pediatriche considera centrale, nel percorso di cura, l'attenzione alle persone e ai loro bisogni e, nello specifico, l'aiuto alle famiglie e di conseguenza ai bambini nel percorso della malattia. La formazione, l'informazione e la sensibilizzazione rappresentano un</p>
---	--	---



		<p>momento fondamentale nell’attuazione del progetto, propedeutiche ad ogni altra attività. In attuazione dell’accordo quadro è stato perciò sottoscritto tra ASP e AORN il protocollo attuativo per la realizzazione dei percorsi formativi, di affiancamento e consulenza. Le cure palliative pediatriche prevedono un approccio integrato e possono giovare dello sviluppo di strumenti specifici per trovare nuove risposte a problemi tradizionali, creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario mediante una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.</p> <p>Nella realizzazione del progetto si è ritenuto di dover riservare un ruolo fondamentale ai servizi di telemedicina e, a tal fine, nell’ambito dell’Accordo quadro è stato approvato un protocollo per l’attivazione di un servizio di Telemedicina e Teleconsulto denominato TELPASS che agevoli il collegamento di strutture e professionisti coinvolti nel processo di cura; l’interscambio delle informazioni tra gli operatori delle due Aziende; il monitoraggio continuo del paziente e la condivisione della documentazione clinica in ambiente protetto; la formazione a distanza mediante web-conference; la consulenza multispecialistica da remoto; la possibilità di chiedere una second opinion a colleghi esperti.</p>
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7S.B	Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica ” <u>Azione 3.1b.Asp</u> (PROGETTO 3...) DURATA COMPLESSIVA	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2019	31.12.2019	SI

8S.B	Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica ” <u>Azione 3.1b.Asp</u> OBIETTIVO GENERALE	Sperimentazione di una rete interregionale (Campania-Basilicata) di Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Terapia del Dolore (TD) con inserimento dell’ASP quale nodo satellite extraregionale nella piattaforma campana di telemedicina-teleconsulto per le CPP e la TD.
------	---	---



9S.B	<p style="text-align: center;">OBIETTIVI SPECIFICI</p> <p>PROGETTO 3... Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica ”</p> <p><u>Azione 3.2.Asp</u> : Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Favorire il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche mediante una soluzione residenziale (<i>hospice</i>) che accolga il bambino inguaribile e la sua famiglia;2. garantire la continuità delle cure palliative pediatriche (<i>domicilio-hospice-domicilio</i>);3. garantire il collegamento di strutture e professionisti coinvolti nel processo di cura mediante l’utilizzo di un sistema di telemedicina e teleconsulto (TELPASS) che consenta:<ol style="list-style-type: none">3.1 il monitoraggio continuo del paziente,3.2 la formazione a distanza,3.3 la condivisione della documentazione clinica in ambiente protetto,3.4 la consulenza multispecialistica da remoto,3.5 la possibilità di chiedere una seconda opinion a colleghi esperti.4. coinvolgere le associazioni di volontariato nella rete delle cure palliative pediatriche mediante sottoscrizione di apposite convenzioni;5. sostenere e formare le famiglie dei pazienti pediatrici per migliorare la qualità dell’assistenza e della vita di relazione familiare nel decorso della malattia;6. disporre, nell’equipe dedicata al p.p., di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni determinati dal dolore e dalla malattia;7. contenere le conflittualità che possono generarsi nell’ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale del paziente pediatrico inguaribile;8. dare la possibilità alle famiglie dei piccoli pazienti affetti da malattie croniche gravi ed inguaribili di avere occasioni di confronto, ascolto, incontro e condivisione dei propri problemi;9. valutare la qualità percepita dal minore e dei familiari sulle cure prestate.
------	--	--



	<p>Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica -”</p> <p>RISULTATI ATTESI <u>Azione 3.2.Asp</u>: Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza</p>		
10S.B	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ridurre i ricoveri in strutture ospedaliere dei pazienti pediatriche con patologie inguaribili; 2. Favorire maggiore integrazione tra i diversi setting assistenziali: ospedale-domicilio-strutture di ricovero residenziali; 3. Supportare la costituzione e gestione di gruppi di auto-mutuo-aiuto tra i familiari dei piccoli pazienti; 4. Fornire agli operatori adeguata formazione per la gestione dei pazienti, dei genitori e dei gruppi di auto-mutuo-aiuto una volta costituiti. 5. Fornire adeguata formazione ai genitori nell’utilizzo dei dispositivi medici di uso corrente domiciliare. 	
	<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare la qualità dell’assistenza nelle c.p.p. garantendo la continuità delle cure al paziente terminale. 2. Garantire maggiore integrazione tra i diversi setting assistenziali (domicilio-hospice-domicilio); 3. Implementare l’offerta di servizi specialistici forniti dall’ASP completando l’offerta dei servizi della rete regionale per le cure palliative; 4. Dare sollievo alle famiglie dei piccoli pazienti. 	
	<p>PUNTI DI FORZA</p> <p><u>Azione 3.2.Asp</u>: Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza</p>		
11S.B	<p style="text-align: center;"><i>Indicare i punti di forza</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausilipon; 2. Utilizzo, nell’ambito della sperimentazione, di soluzioni tecnologiche avanzate per la telemedicina, il teleconsulto e la formazione a distanza (TELPASS); 	<p style="text-align: center;"><i>Indicare le strategie/azioni per l’implementazione</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Applicazione dell’accordo quadro con sottoscrizione di ulteriori protocolli attuativi; 2. Attuazione e implementazione del progetto TELPASS; 3. Condivisione di percorsi assistenziali integrati e multiprofessionali, di procedure e protocolli condivisi, di metodologie per la valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni terapeutici-riabilitativi ed assistenziali e per la formulazione dei progetti assistenziali individuali (PAI); 	



	<p>3. Approccio multidisciplinare nelle c.p.p. e sperimentazione di percorsi innovativi per l'ottimizzazione dei processi produttivi;</p> <p>4. Integrazione organizzativa e funzionale delle competenze, del know-how, delle risorse professionali e tecnologiche;</p> <p>5. Miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie nelle c.p.p. con benefici per i pazienti e i loro familiari;</p> <p>6. Coinvolgimento nei percorsi assistenziali e formativi delle associazioni di volontariato</p>	<p>4. Attivazione di una cabina di regia con funzione di programmazione e coordinamento delle attività ASP/AORN;</p> <p>5. Sviluppo della partnership nelle attività di formazione e consulenza specialistica; formazione e gestione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto costituiti dai familiari dei piccoli pazienti; supportare le famiglie sul piano psicologico e spirituale;</p> <p>6. Sottoscrizione di protocolli d'intesa e collaborazione con le associazioni di volontariato maggiormente rappresentativi in ambito nazionale e regionale per le attività di supporto socio-assistenziale e formative dei genitori dei pazienti pediatrici.</p>
--	---	---

<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <p>PROGETTO3.... Scheda “Sottoprogetto B (S.B)...”</p> <p>Azione 3.2.Asp: Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l'AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza-</p>		
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12S.B	<p>1. Resistenze culturali diffuse:</p> <p><i>1.1. nell'accettare di sostituire la finalità di guarigione con quella del benessere nel percorso di cura dei piccoli pazienti inguaribili;</i></p> <p><i>1.2. nel ricorso alle strutture residenziali nelle fasi di fine-vita dei piccoli pazienti inguaribili.</i></p> <p>2. Carenza di alcune figure professionali nell'organico aziendale (anestesisti/rianimatori, pediatri, animatori) derivante principalmente dal ruolo assegnato alle strutture ospedaliere dell'ASP dalla programmazione regionale (esclusione dal circuito dell'acuto).</p> <p>3. Scarsa integrazione tra MMG e PLS con le strutture ospedaliere e residenziali aziendali;</p> <p>4. Carenza di know-how degli operatori nel settore delle Cure Palliative Pediatriche.</p>	<p>1. Attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione sulle cure p.p., attività di informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi;</p> <p>2. sottoscrizione di protocolli per la consulenza specialistica con le Aziende del SSR; utilizzo dei sistemi di teleconsulto previsti nell'accordo AORN/ASP (TELPASS);</p> <p>3. sottoscrizione di protocolli di collaborazione con le organizzazioni di categoria, attività di formazione e informazione rivolta ai MMG e PLS;</p> <p>4. attività formativa nel settore delle C.P.P. rivolta agli operatori sanitari arruolati o arruolabili nella Rete di cura, utilizzo dei sistemi di teleconsulto previsti nell'accordo AORN/ASP (TELPASS), tutoraggio clinico-gestionale on site da parte dei professionisti dell'AORN, predisporre programmi di supporto psicologico, prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.</p>

**DIAGRAMMA DI GANT ANNO 2019****PROGETTO 3.. -Scheda “Sottoprogetto B (S.B)...” Azione 3.2.Asp :**

Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Attivazione Hospice pediatrico di Lauria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attivazione servizi progetto TELPASS											x	x
Sottoscrizione protocolli con associazioni di volontariato								x	x	x	x	x
Formazione di base e specialistica per gli operatori	x									x	x	x
Somministrazione questionari di gradimento ai pazienti e genitori									x	x	x	x
Somministrazione questionari burn-out agli operatori									x	x	x	x
Promozione di gruppi di autoaiuto con i genitori dei pazienti								x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO 3..
Scheda “Sottoprogetto B (S.B)....” Azione 3.2.Asp :
 Sperimentazione di un modello di cure palliative pediatriche residenziali e domiciliari in partnership interaziendale con l’AORN Santobono-Pausillipon -Azienda ASP di Potenza

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)
13S.B	1	Fornire risposte residenziali alternative all’ospedale per acuti ai pazienti pediatriche inguaribili.	T.O. dei posti letto n. giornate di degenza/anno
		Fornire risposte residenziali alternative all’ospedale per acuti ai pazienti pediatriche inguaribili già inseriti in ADI.	n.pz pediatriche che hanno effettuato almeno un accesso/anno in hospice/n.pz pediatriche inguaribili seguiti in ADI
		Garantire la possibilità di impianto di accessi vascolari teleguidati in hospice	n.impianti accessi teleguidati/ n.pz che necessitano di accessi vascolari
		Arruolamento di pazienti pediatriche oncologiche	n.pz oncologici/n.tot.pz inseriti in ADI-Hospice
		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”	n° di operatori che aderiscono al progetto/totale degli operatori in formazione
2		Incontri di gruppo da effettuarsi con MMG e PLS nei diversi ambiti territoriali dell’azienda o nella sede dell’hospice.	n. incontri effettuati/n. incontri programmati
		Offrire la possibilità ai genitori che, per differenti motivi, non possono presenziare personalmente, di seguire l’incontro in teleconferenza	n. incontri in teleconferenza effettuati/totale richieste di incontri in teleconferenza



		Valutazione qualità percepita: somministrazione di questionari di gradimento per i genitori	n. questionari somministrati a genitori e pz/ n.pazienti trattati in hospice
	3	Prevenzione burn-out: somministrazione di questionari per gli operatori e volontari	n. questionari somministrati operatori-volontari/totale operatori e volontari addetti alle cure

Fine Azione 3.2.Asp

Fine Scheda “Sottoprogetto B (S.B) Cure Palliative e Terapia del Dolore Area Pediatrica -”

FINE

**PROGETTO :3RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE
PALLIATIVE PEDIATRICHE -REGIONE BASILICATA**

**LINEA PROGETTUALE 4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE****ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE Delibere di Giunta Regionale nn. 91/2015 - 710/2015 - 1230/2015 - 94/2016 e 723/2018	Accordo Stato Regioni 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 191/CSR)
<u>LINEA PROGETTUALE 4</u>	4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE Comprendente: <u>Azione 4.1: Piano Regionale di Prevenzione;</u> <u>Azione 4.2: Piano regionale di prevenzione -</u> Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening (ONS), AIRTUM e NIEPB.
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTUALI	Azione 4.1: Piano Regionale di Prevenzione
DURATA DEL PROGETTO: anni 2014 -2019	ANNUALITA' 2019
REFERENTE	Dr Ernesto ESPOSITO - Dirigente pro-tempore ad interim –Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata
<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668839
<i>e- mail</i>	ernesto.esposito@regione.basilicata.it

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO a valere sulla quota del FSN VINC. 2019: LINEA PROGETTUALE 4	EURO 2.527.996,00
Di cui assegnato al Progetto- Azione 4.1 Piano Regionale di Prevenzione	EURO 2.515.356,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	EURO 0,00



DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N. 4 - PNP E SUPPORTO AL PNP	
<p>CONTESTO</p> <p><u>Azione 4.1 – Piano Regionale di Prevenzione</u></p>	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/14, prevedeva all’art. 1, comma 2, che le Regioni recepissero 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; • di individuare programmi regionali integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni con le quali si intendeva dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • di definire gli elementi (contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione) funzionali ai programmi regionali individuati. <p>La Regione Basilicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> -con DGR n. 91/2015 ha recepito l’Intesa Stato-Regioni recante la proposta del Ministero della Salute concernente il PNP 2014-2018; -con DGR n. 710/2015 ha integrato il recepimento ex DGR n. 91/2015 con i dati di contesto e la programmazione preliminare; -con DGR n.1230/2015 ha provato programmi/progetti e linee d’intervento costituenti il proprio Piano; -con DGR n. 94/2016 ne ha approvato il “documento operativo”; -con DGR n. 723/2018 ha recepito l’Intesa Stato-Regioni concernente la proroga dei PRP al 31/12/2019 ed approvato la rimodulazione dei programmi del piano regionale come da indirizzi nazionali.
<p>Azione 4.1 – DESCRIZIONE AZIONI</p>	<p>Il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria ha certificato la Regione Basilicata per le attività realizzate al 2017 (rif. nota prot. 0023103-31/07/2018-DGPRES-DGPRES-P).</p> <p>Inoltre, in ambito di rimodulazione/proroga dei programmi regionali, in linea generale è stato posticipato all’anno di proroga (al 31/12/2019) il raggiungimento di obiettivi che si prevedeva di non raggiungere al 2018 e sono state ricondotte ad un’unica pianificazione progettualità afferenti ad alcuni programmi, in particolare quelle afferenti al programma “Ambiente e salute”, al fine di superarne la frammentarietà (rif. DGR n. 723/2018)</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>I provvedimenti regionali di programmazione in materia di prevenzione si sono posti/si pongono il fine di sviluppare, attraverso attività annuali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP. Per tale motivo, anche il Piano della</p>



	Basilicata è stato strutturato in programmi per area di intervento, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi e azioni tra loro coerenti.
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel PRP ex DGR n. 1230/2015 e successive modifiche e integrazioni, così come rimodulati e prorogati per gli anni 2018/2019 con la DGR n. 723/2018.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Con la presente linea progettuale viene ripartito agli Enti del SSR l'importo assegnato a valere sulla quota del FSN VINCOLATO 2019, al netto della quota assegnata per il supporto al piano.

Si riporta a seguire la tabella di riparto

DESCRIZIONE AZIENDA	IMPORTO IN EURO
ASP	1.395.972,00
ASM	821.518,00
A.O.R. San Carlo - Potenza	195.616,00
IRCSS – CROB - Rionero	102.250,00
Totale 2019	2.515.356,00

Di seguito l'elenco dettagliato dei programmi/progetti del Piano Regionale della Prevenzione della Basilicata 2014/2019



Programmi/progetti regionali
PRP Basilicata 2014/2019

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 COMUNITÀ

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

GUADAGNARE SALUTE - PROGRAMMA DONNA

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

PIANO REGIONALE COMUNICAZIONE STILI DI VITA SANI

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

SCREENING AUDIOLOGICO E OFTALMOLOGICO

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

SALUTE E LAVORO

- 26) Sviluppo e messa a regime di sistemi e strumenti informativi
- 27) Piano regionale per l'emersione e il riconoscimento delle MP



28) Monitoraggio, valutazione e gestione dello stress lavoro correlato
29) Piano regionale di prevenzione in edilizia
30) Piano regionale di prevenzione in agricoltura
31) “Cantiere Sicuro”
32) Linee Guida per la valutazione del rischio rumore per "attività a livello di esposizione molto variabile
33) Intervento per la valutazione e la prevenzione dei rischi lavorativi per l'apparato MSK
34) Cancerogeni occupazionali e tumori professionali da produzioni attive e pregresse
AMBIENTE E SALUTE
35) Definizione degli indirizzi e delle buone pratiche da perseguire nella costruzione/ristrutturazione di edifici per la riduzione dei rischi da "Radon"
36) Impatto della problematica amianto sulla popolazione
37) Miglioramento della qualità delle matrici ambientali secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"*
38) Studio di monitoraggio di PCDD, PCDF e PCB nel latte materno di donne residenti nella provincia di Potenza
39) Inquinanti chimici presenti nel fiume Basento e impatto sulla salute dei residenti dei comuni adiacenti*
40) Implementazione e messa a regime dei programmi di controllo in materia di REACH
41) Formazione accreditata sui temi ambiente e salute per operatori dei dipartimenti di prevenzione, dell'ARPAB, per MMG e PLS*
42) Ridefinizione di problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale ed emanazione di indirizzi per la loro gestione*
*Linee progettuali rimodulate in una pianificazione unica che ne supera la frammentarietà e che mira a valutare i rischi espositivi con indagini puntuali di epidemiologia/medicina ambientale (basate su evidenze scientifiche), a intervenire in maniera adeguata a fini preventivi, a definire le modalità di comunicazione del rischio, oltre che a formare sui temi di ambiente e salute gli operatori interessati, attraverso azioni multidisciplinari ed intersettoriali, con il supporto di esperti
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 2019**

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE Delibere di Giunta Regionale nn. 91/2015 - 710/2015 - 1230/2015 - 94/2016 e 723/2018	Accordo Stato Regioni 28.11. 2019 (Rep. Atti n.191/CSR)
LINEA PROGETTUALE 4	4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE Comprendente: <u>Azione 4.1</u> Piano Regionale di Prevenzione <u>Azione 4.2:</u> Piano Regionale Di Prevenzione: “Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTUALI	Azione 4.2: Piano regionale di Prevenzione: “Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”
DURATA	ANNO 2019
REFERENTE	Dr Ernesto ESPOSITO - Dirigente pro-tempore ad interim –Ufficio Prevenzione Primaria –Dipartimento Politiche della Persona - Regione Basilicata
Recapiti telefonici	0971/668839
e- mail	ernesto.esposito@regione.basilicata.it

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO A LINEA PROGETTUALE 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2019	EURO 2.527.996,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC. 2019 all’Azione 4.2: “Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”	EURO 12.640,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	EURO 0,00



<p>Azione 4.2 - CONTESTO</p>	<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, prorogato al 31/12/2019, di verificare i dati di estensione e promuoverne l’adesione.</p> <p>Inoltre la Regione Basilica intende utilizzare i dati disponibili dell’AIRTUM e del REGISTRO TUMORI DELLA BASILICATA (RTB) al fine di perseguire le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/> supportare per gli studi epidemiologici finalizzati all’analisi dell’impatto ambientale sull’incidenza delle malattie oncologiche, attraverso studi integrati, già previsti peraltro nel PRP. <p>In ultimo la Regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l’expertise del NIEBP, consultando il sito www.evidencebasedprevention.com aperto nel 2018.</p>
<p>Azione 4.2 - DESCRIZIONE AZIONI</p>	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l’Osservatorio Nazionale Screening (ONS) come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l’attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell’ambito di questo progetto si ritiene di potersi avvalere del supporto dell’ONS – anno 2019 per il tramite del supporto che l’ONS stesso dà al Ministero della Salute in funzione del ruolo cruciale che il Ministero della Salute riveste in termini di indirizzi, monitoraggio e valutazione dei programmi</p>



	<p>regionali.</p> <p>Inoltre, nell’ambito di questo progetto, si ritiene di avvalersi del supporto dell’AIRTUM – anno 2019 nella medesima maniera in cui s’intende avvalersi del supporto dell’ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <p><input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti;</p> <p><input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori;</p> <p><input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali.</p> <p>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 che ha già reso disponibile per tali finalità uno specifico sito di consultazione.</p>
OBIETTIVI	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire sostanzialmente la valutazione degli interventi dei PRP.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dal PRP per l’attuazione di tutti i macro-obiettivi del PNP vigente.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN Vincolate 2019 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di Euro 12.640,00 dovrà essere assegnata per la Regione Basilicata nelle seguenti percentuali:

- 40% per la realizzazione degli interventi supportati dall’ ONS
- 30 % per la realizzazione degli interventi supportati dall’ AIRTUM
- 30% per la realizzazione degli interventi supportati dal NIEBP

	IMPORTO IN EURO
ONS	5.056,00
AIRTUM	3.792,00
NIEBP	3.792,00
Totale	12.640,00

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

FINE

**Linea progettuale****LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO**

La Commissione Europea conferisce particolare rilevanza al tema della Telemedicina. Il 10 luglio 2012 l'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità, col fine di giungere ad un impiego sistematico della Telemedicina nell'ambito del SSN e dare attuazione a quanto previsto nella Comunicazione europea (COM-2008-689) del 4.11.2008 recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", ha approvato le Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina con necessaria condivisione del documento da parte delle regioni. Condivisione sancita in sede di Conferenza Stato – Regioni P.A. con l'Intesa del 20 Febbraio 2014 Rep. Atti n. 16 /CSR 20.02.2014 con previsione di recepimento (art. 3) da parte di tutte le Regioni e le Province autonome stabilendo che, lo stesso, sia adempimento regionale valutato in sede di verifica annuale degli adempimenti da parte del Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 della Intesa del 23/3/2005. Il documento ha fissato gli elementi imprescindibili alla progettazione ed all'impiego di dispositivi di telemedicina nell'ambito del Sistema Sociosanitario Nazionale con proposizione di un Modello di Governance condivisa nelle iniziative di telemedicina avente ad obiettivo l'armonizzazione dei modelli applicativi nell'erogazione e nella fruizione dei servizi a distanza. Il tutto con presupposto di interoperabilità dei servizi e con previsione di passaggio da una logica sperimentale a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi.

La Telemedicina rappresenta pertanto l'evoluzione digitale della medicina tradizionale alla quale si affianca, integrandola con nuovi canali di comunicazione e tecnologie innovative e ne rappresenta una delle componenti chiave per il miglioramento della salute dei cittadini. In una popolazione anziana e con bisogni di salute verso la cronicità e la pluripatologia essa assume il compito di offrire soluzioni e prospettive per una Sanità sia più efficiente, più equa, più dinamica e più vicina alle persone. I vantaggi offerti si riferiscono sia al campo della cronicità, attraverso la possibilità di monitoraggio e follow-up di patologie, sia alle situazioni di urgenza sanitaria. L'utilizzo della Telemedicina può implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria si pensi alla possibilità di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro; alla possibilità di superare le naturali barriere fisiche tra chi fornisce la prestazione e riceventi: non sono più le persone (operatori sanitari o pazienti) che si spostano, ma le informazioni proprio perché questa tecnologia può essere utilizzata dal personale medico, paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria e dai pazienti e familiari. Proprio in tale ottica si promuovono i processi di digitalizzazione in ospedale, ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio e si favorisce l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali. Ad oggi, la Telemedicina è sicuramente una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica infatti quest'ultima ricomprende in senso più ampio l'uso dell'ICT a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario.

Contesto regionale

Si premette che la regione Basilicata, nel rispetto delle competenze ascritte dalle leggi nazionali e nel quadro delle strategie e degli indirizzi normativi definiti dall'Unione Europea, già con Legge regionale n.53 del 04.11. 1996 “Promozione e sviluppo della società dell' informazione e del telelavoro” ha stabilito di “..promuovere lo sviluppo della Società dell' Informazione e la sua integrazione nelle specifica realtà socio - economica regionale...” e all'articolo 5, c.1 e 2 ha dettato disposizioni per lo sviluppo della “ Telemedicina : la Regione Basilicata incentiva lo sviluppo di esperienze di servizi di medicina a distanza e di teleassistenza sanitaria che permettano ai cittadini una migliore fruizione delle strutture sanitarie regionali, con la riduzione della durata delle degenze e dei disagi dovuti alle lunghe code agli sportelli e liste d' attesa per esami e ricoveri.” dando



priorità tra altro “... in particolare, a progetti di ... creazione di una rete regionale di interconnessione tra USL, Ospedali, Pronto Soccorsi, Ambulatori e medici di base per lo scambio di informazioni sanitarie...”

Successivamente con:

- Legge regionale n. 39/2001 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale" ha ribadito tra altro le funzioni del Distretto Sanitario di Base nell'organizzazione delle Aziende sanitarie regionali.

- Legge regionale n.4/2007 - "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza solidale" ha ridefinito l'ambito distrettuale nonché la nuova configurazione nel Distretto Socio-sanitario tutto al fine di affrontare i bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali dei cittadini in un'ottica unitaria e omogenea.

- Legge regionale 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.

- Decreto del Consiglio Regionale n. 317 del 24 luglio 2012- ha approvato il Piano Sanitario 2012-2015 ridefinendo il Distretto “anche e soprattutto il luogo della presa in carico dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali del cittadino” con contestuale individuazione delle Unità Operative distrettuali Cure domiciliari e Residenziali e del Punto Unico di Accesso (PUA) quali strutture per la presa in carico e la realizzazione dei piani di assistenza (PAI) del cittadino con fabbisogni socio sanitari. Al fine di ottimizzare la gestione integrata, Ospedale – Territorio, della patologia e diminuire il più possibile lo spostamento del paziente dal suo domicilio, limitando gli accessi in ospedale ha indicato gli indirizzi programmatici in termini di Fascicolo Elettronico del cittadino e sistemi di Telemedicina con garanzia di sperimentazione ed attivazione da parte delle Aziende del sistema.

- D.G.R. n.1132 del 24.09.2013 (Patto Sanità digitale Art15- 16, giusto Patto della Salute 2014-2016 nell'ambito del programma di miglioramento e riqualificazione regionali “Potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale progetto InteRrai- / art.1, comma 385 ess. Legge 11/12/2016 n. 232-) ha fissato per il SSR l'adozione della Suite di strumenti InterRAI , con installazione di moduli dedicati, per la Valutazione Multidimensionale del bisogno di cura dei pazienti (VAOR RSA) quale strumento per la gestione e la presa in carico degli ospiti della residenzialità e semiresidenzialità compresa la produzione e gestione dei flussi NSIS verso il Ministero della Salute (flusso FAR) e precisamente un sistema web Modulo InterRAI long term care facility. Altri successivi moduli InterRai installati supportano l'operatore nella individuazione del percorso di cura più appropriato nelle varie tipologie di servizi territoriali quali ADI e Cure Palliative, DSM, Dimissioni Protette, e sono strumenti per l'accesso alle cure primarie e di tipo palliativo.

- DGR 501 del 17.04.2015 ha approvato il progetto regionale "Sperimentazione del ricovero domiciliare assistito da piattaforma di telemedicina per i malati in cure domiciliare del Sistema Sanitario della Regione Basilicata" incaricando l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza di concerto con le altre Aziende Sanitarie alla realizzazione dello stesso.

- D.G.R. 865 del 30.06.2015 ha recepito il documento "Telemedicina Linee di indirizzo nazionali" (Intesa Stato –regioni Rep. Atti n. 16 /CSR del 20.02. 2014) disponendo la notifica del provvedimento alle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale ed alle strutture private per il tramite delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere ad attenersi a quanto stabilito dalle linee guida nell'organizzazione dei percorsi di cura e di assistenza sanitaria basate sulla telemedicina con attuazione di tale modalità di erogazione dei servizi sanitari in un'ottica di miglioramento dell'assistenza e di contenimento della spesa.

- Legge regionale n. 2 del 12.01.2017 “Riordino del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata” 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(PSR) per il triennio 2018/2020”. PSR, approvato con DGR 778 del 26.07.2017, che ha definito gli obiettivi di salute unitamente alle linee di pianificazione sanitaria regionale da perseguire ed in risposta alle sfide del contesto ha disposto tra “priorità e strumenti organizzativi”:

- Reti ospedaliere e Reti Cliniche”, con previsione di rafforzamento dell’integrazione tra le strutture ospedaliere e territorio attraverso il modello delle Reti Cliniche Integrate con presa in carico di patologie croniche individuate con definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA). Si portano altresì a compimento le reti cliniche già individuate dal PRS 2012-2015 con aggiunta di altre.

- “Progetti strategici regionali” tra cui:

- a) il” Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale” (DPCM 29 settembre 2015, n.178 “Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico”)
- b) la “ Telemedicina (E Health)” con previsione di attivazione di un Progetto Regionale Integrato di Telemedicina al fine di promuovere un nuovo modo di erogazione di cure fondato sull’integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti appartenenti a diversi livelli gestionali del SSR per il raggiungimento di obiettivi comuni. La rete di tale progetto, finalizzata all’integrazione tra la prevenzione, l’assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la-D.G.R. n. 227 del 17.03.2017 recante” Patto per lo Sviluppo della Regione Basilicata sottoscritto in data 2 maggio 2016 di cui si è preso atto con DGR 517 del 17 maggio 2016 - Approvazione schede” ha approvato tra altro la scheda di Progetto di attivazione Agenda Digitale - Linea di intervento 8 : e-heat per le aree interne e territorio regionale “Attivazione di un sistema di Telemedicina per le attività di ADI e di presa in carico del paziente cronico in Regione Basilicata” nelle more degli esiti della riprogrammazione di cui alla deliberazione 21/2017 da parte degli organi competenti. Attraverso le tecnologie informatiche, le aziende del SSR potranno effettuare il tele-monitoraggio dei parametri, la teleassistenza domiciliare e CRM sanitario dei pazienti cronici sarà così facilitato l’accesso alle prestazioni sul territorio regionale ed in particolare sulle aree interne della regione.

- D.G.R. n. 840 del 04.08.2017, nella più ampia operazione di Telemedicina e di implementazione di servizi di sanità digitale , ha approvato il progetto presentato dall’ASP di Potenza “Centrale Operativa per il Servizio Telemedicina regionale finalizzato ad una più efficiente integrazione ospedale- territorio lucano” intendendo offrire ai servizi ADI e Cure Palliative regionali uno strumento per la gestione telematica del paziente, dalla dimissione dall’ospedale alla ammissione nel setting assistenziale domiciliare, compresi la gestione informatizzata dei trattamenti e il monitoraggio dei parametri vitali a domicilio.

- D.G.R. n. 966 del 26.09.2018 avente oggetto “ *DGR del 2.3.2012 n.225 Direttiva in materia di Fascicolo Sanitario elettronico regionale –Aggiornamenti*” , in esecuzione dell’art. 1 comma 382 L.11.12.2016 n. 232, di modifica dell’art.12 D.L. 18.10.2012 (convertito con modifica in Legge 17.12.2012 n.221) concernente il Fascicolo Sanitario Elettronico, ha dettato direttive per l’attuazione del FSE con contestuale approvazione di documenti relativi: alle modalità tecniche con cui le aziende sanitarie del SSR, i Centri esterni Accreditati e contrattualizzati per la Medicina di Laboratorio devono conferire i referti del FSE (documento Header CDA); alle procedure di Gestione Consenso; di definizione dei tempi di attivazione dei “Servizi Prioritari FSE”.

In conclusione la Telemedicina per il SSR diventa lo strumento:

- da utilizzare per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria poiché permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro: si spostano le informazioni e non le persone (operatori sanitari o pazienti).
- di diagnosi che permette di individuare la terapia più appropriata in quanto, consente il collegamento tra reparti ospedalieri, tra ospedali e presidi territoriali, tra presidi territoriali o tra strutture diverse, permette ad un medico, con la trasmissione dei referti/immagini, di dialogare e/o, avere una "second-opinion.



Resta fondamentale per lo sviluppo della Telemedicina la formazione-informazione destinata a tutte le figure professionali coinvolte nelle attività di progetto.

Il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare l'art.1 comma 5, ai fini del miglioramento dell'erogazione dei Lea prevede, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate per tali aree di attività, la possibilità dell'utilizzo della quota vincolata per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, con realizzazione di alcune linee progettuali con tematiche “*trasversali a più ambiti di assistenza*” che per l'anno 2019 “.. *indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore.*” proposte dal Ministero della Salute. ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato Regione.

Atteso che l'Accordo Stato-regioni del 28.11.2019 -rep atti 191/CSR- definisce tali linee progettuali, al cui perseguimento sono vincolate apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis legge 662/1996, con relativo vincolo economico ove indicato, e tra queste **la linea 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO** per la cui realizzazione la Regione Basilicata, **senza oneri a proprio carico**, assegna quali Obiettivi di Piano Vincolati **anno 2019** la somma complessiva di **Euro 2.269.458,00** (quale quota parte della somma globalmente attribuita con Intesa 192/CSR 28.11.2019) al presente Progetto **5: LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO** definendone le Azioni aziendali, anche in debita considerazione di quanto già svolto nelle annualità precedenti per alcune e valutata l'efficacia degli interventi attuati unitamente alla necessità di proseguire e/o realizzare nuovi percorsi sempre improntati al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo. Di seguito si dà evidenza del Progetto e delle azioni aziendali pianificate.



SCHEMA PROGETTO REGIONE BASILICATA

1	LINEA PROGETTUALE	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	5: LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente : a) <u>Azione 5.ASM2019</u>: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI b) <u>Azione 5.ASP2019</u> Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza c) <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019</u>: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio.
	AREA DI INTERVENTO	Il SSR Basilicata per il tramite delle aziende sanitarie regionali pianifica: -Interventi di digitalizzazione delle attività territoriali ambito azienda ASP di Potenza; -- Processi di informatizzazione /digitalizzazione nei percorsi assistenziali area Ospedale –Territorio ambito azienda ASM di Matera; - Promozione dei Processi di Digitalizzazione in Ospedale anche a supporto dei PDTA e Continuità Assistenziale ambito A.O.R.San Carlo Pz e relativi presidi.

REGIONE BASILICATA RESPONSABILE del PROGETTO		
2	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dr. Giuseppe MONTAGANO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria; Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668709
	<i>e- mail</i>	giuseppe.montagano@regione.basilicata.it
	<i>Cognome Nome dei Responsabile</i>	Dott. Michele RECINE
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Posizione Alta Professionalità – Sistema Informativo Socio Sanitario - Ufficio Direzione Generale Dipartimento Politiche della Persona
	<i>Recapiti telefonici</i>	0971/668762
	<i>e- mail</i>	michele.recine@regione.basilicata.it



RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:		
5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento(Delibera, atto etc.)	Importo
3 <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN anno 2019</i>	<i>ACCORDO STATO REGIONI n. 191/CSR del 28.11.2019 (utilizzo quota parte assegnata alla regione con Intesa 192/CSR del 28.11. 2019)</i>	Euro 2.269.458,00 (di cui euro: <ul style="list-style-type: none"> • 557.583,00 assegnate all'azione <u>5.ASM2019</u> • 227.524,00 assegnate all'azione <u>5.ASP2019</u> • 1.484.351,00 assegnate all'azione <u>5.AORSCarlo 2019</u>
<i>Eventuali Risorse regionali</i>	Nessun onere a carico regione Basilicata	Euro 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
4 Tot. Costi Azione .ASM2019	557.583,00	Per la specifica dei costi dell' Azione si rimanda alla sottostante <u>parte a) Azione 5.ASM2019</u> : Punto 4.5.ASM2019
Tot. costi Azione 5.ASP2019	227.524,00	Per la specifica dei costi dell'azione rimanda alla sottostante <u>parte b) Azione 5.ASP2019</u> : Punto 4.5.ASP2019
Tot. costi Azione 5.AORSCarlo 2019	1.484.351,00	Per la specifica dei costi dell'azione rimanda alla sottostante <u>parte c) Azione 5. AORSCarlo</u> : Punto 4.5. AORSCarlo 2019
Totale gen.le costi PROGETTO 5..	2.269.458,00	

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5 a) Azione 5.ASM2019 Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie all' Azione Progettuale si rimanda al sottostante Punto 5.5.ASM2019 giusta parte a) Azione 5.ASM2019 del presente Progetto
b) Azione 5.ASP2019 Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie all' Azione Progettuale si rimanda al sottostante Punto 5. 5.ASP2019 giusta parte b) Azione 5.ASP2019 del presente Progetto
c) Azione 5.AORSCarlo 2019 Risorse Disponibili/da acquisire		Per la specifica delle RISORSE necessarie all' Azione Progettuale si rimanda al sottostante Punto 5. 5.AORSCarlo 2019 giusta parte c) Azione 5.AORSCarlo 2019 del presente Progetto



<p style="text-align: center;">ANALI SI DEL CONT ESTO/ SCEN ARIO DI RIFER IMEN TO</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;"><i>se pertinen te riportar e dati epidemi ologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>La Basilicata è una regione geograficamente complessa, a bassa densità di popolazione in progressivo invecchiamento e con una estensione territoriale caratterizzata da grande frammentazione abitativa aggravata da una rete di infrastrutture piuttosto arretrata e limitante. Sicuramente l'utilizzo delle tecnologie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) può contribuire a migliorare la qualità della vita dei pazienti, facilitare la qualità del lavoro degli operatori sanitari ed anche evitare i costi per ricoveri o prestazioni inappropriate. La Sanità in Rete, per l'interdisciplinarietà offerta e la rapida disponibilità di informazioni sullo stato della salute del paziente, consente di accrescere la qualità e la tempestività delle decisioni del medico particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza (ad es il positivo tributo informativo alla rete di una cartella clinica informatizzata). Ancora la sanità in rete, sinergica a interventi di telemedicina, è adeguata soprattutto per le categorie identificate a rischio come ad es. le patologie cardiovascolari ed altre. La Telemedicina ricomprende in senso più ampio l'uso dell'ICT a supporto dell'intera gamma di funzioni e processi operativi che investono il settore sanitario.</p> <p>Il SSR Basilicata per il tramite di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. azienda ASM di Matera (Azione 5.ASM2019: Promozione dei Processi di informatizzazione /digitalizzazione nei percorsi assistenziali) pianifica azioni che utilizzano un nuovo approccio per fornire e organizzare i servizi sanitari, informatizzati/digitalizzati, al fine di modificare le relazioni medico-paziente e consentire il coinvolgimento diretto del paziente nel processo decisionale relativo alla sua salute. La telemedicina (TM) viene così considerata come l'uso di informazioni mediche, per migliorare la salute dei pazienti, che attraverso la comunicazione elettronica permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti fra di loro; 2. azienda ASP Potenza (Azione 5.ASP2019-Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza) sviluppa azioni per rafforzare gli interventi di digitalizzazione delle attività territoriali con l'introduzione di strumenti informatici che agevolino l'erogazione e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali unitamente al controllo delle risorse richieste ed impiegate. Ancora, detti strumenti consentiranno, attraverso l'elaborazione dei dati raccolti in fase di erogazione del servizio, di monitorare l'appropriatezza prescrittiva del singolo medico e di avere un maggior governo dei tempi d'attesa. 3. azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza (Azione 5.AORS.Carlo 2019- Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio), sviluppa interventi infrastrutturali sul digitale che permettano d'allineare funzionalmente i presidi ospedalieri acquisiti ex lege regionale 2/17 (Melfi, Lagonegro e Villa D'Agri) alla sede di Potenza, colmando così la differenziazione tecnologica (oggi ospedale digitale a due velocità) attraverso reti Lan Wired e Wireless, apparati di sicurezza e server. Detti interventi infrastrutturali pianificati consentiranno di raggiungere ulteriori obiettivi quali: <ul style="list-style-type: none"> • la gestione della sicurezza perimetrale secondo le prescrizioni della normativa G.D.P.R.; • la continuità operativa quale indispensabile presupposto all'erogazione di servizi di qualità;
--	--



		<ul style="list-style-type: none"> • l'avvio di processi dematerializzati con conseguente alimentazione delle banche dati sanitarie prima fra tutti la CCE e FSE; • adeguato e continuo supporto tra le sedi per teleconsulto, Tele radiologia e Tele refertazione; • estensione dei servizi VOIP e implementabilità di funzioni di audio-video conferenza e unified communication
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO (giuste: parte a) Azione 5.ASM2019; parte b) Azione 5.ASP2019; parte c) Azione 5.AORSCarlo 2019)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
7		01/01/2019	31/12/2019	SI

8	OBIETTIVO GENERALE PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	<p>Il presente progetto intende realizzare obiettivi fondati sull'utilizzo delle tecnologie digitali in quanto forza rilevante ed indispensabile per l'assistenza sanitaria del sistema regionale. Infatti l'utilizzo delle tecnologie, trasformando gli attuali approcci alla malattia e alla salute, supporta il processo di cambiamento da tempo in atto con il paziente al centro dell'assistenza sanitaria con garanzia di miglioramento e continuità delle cure. In tale ottica si pianificano/sviluppano, tramite le aziende sanitarie del SSR, le seguenti attività con evidenza delle rispettive finalità:</p> <p>a) Azione 5.ASM2019: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI dell'ASM di Matera <u>ha ad obiettivo generale</u> la promozione dei sistemi di digitalizzazione in ospedale e nel territorio nei percorsi assistenziali al fine di migliorare la qualità delle cure garantite ai cittadini considerato che l'azienda ha da tempo avviato il processo di miglioramento dei servizi sanitari con previsione di un nuovo approccio relazionale medico-paziente che coinvolge direttamente quest'ultimo nel processo decisionale relativo alla sua salute.</p> <p>b) Azione 5.ASP2019 Potenziamento dei processi di digitalizzazione nel territorio e nei percorsi assistenziali dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza <u>ha ad obiettivo generale</u> il rafforzamento degli interventi di digitalizzazione delle attività territoriali aziendali volti al miglioramento della qualità di cura degli assistiti. L'uso di strumenti informatici potrà meglio consentire l'erogazione e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali unitamente al controllo delle risorse richieste ed impiegate. Poi, attraverso l'elaborazione dei dati raccolti in fase di erogazione del servizio, sarà possibile monitorare l'appropriatezza prescrittiva del singolo medico ed avere un maggior governo dei tempi d'attesa.</p>
---	---	--



		<p>c) Azione 5.AORSCarlo 2019 Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e strumento di integrazione con il Territorio dell’A.O.R.S.Carlo di Potenza che ha ad obiettivo generale un allineamento infrastrutturale digitale delle sedi ospedaliere decentrate di Melfi, Lagonegro e Villa d’Agri quale prerequisito per il necessario allineamento funzionale con adozione dei processi dematerializzati ed alimentazione del dossier sanitario posto a base della integrazione con il territorio.</p>
--	--	---

Di seguito, di ciascuna **AZIONE** progettuale “a) 5.ASM2019.; b) 5.ASP2019.; c) 5.AORSCarlo 2019.” parti integranti e sostanziali del presente Progetto, si espongono i relativi Punti progettuali riferentisi a: **Responsabile Aziendale Azione (2...); Articolazione dei Costi di Realizzazione...(4.), Risorse Necessarie per la Realizzazione...(5...), Obiettivo Generale...(8.), Obiettivi Specifici(9...), Risultati Attesi (10...), Punti di forza(11...), Punti di Debolezza (12...), il Diagramma di Gant, la Descrizione Analitica dell’Azione -anno 2019-(13...) e l’eventuale Trasferibilità(14...)**

(PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)

parte a) **Azione 5.ASM2019: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI -**

azienda ASM di Matera – annualità 2019 –

Importo FSN Vinc 2019 assegnato alla presente Azione €557.583,00

(giusto soprastante **Punto 3** (generale) del Progetto: 5....)

2. 5.ASM2019	RESPONSABILE dell’Azione 5.ASM2019 Azienda ASM	
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	dott. Michele Viggiano
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore U.O.C. Innovazioni Tecnologiche ed attività informatiche
	<i>Recapiti telefonici</i>	0835 – 25.35.19
	<i>e- mail</i>	mvggiano@asmbasilicata.it
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	dott. Ferdinando VACCARO
	<i>Ruolo e qualifica</i>	P.O. Programmazione e Sviluppo organizzativo U.O.S.D. Sistema Informativo Aziendale - ASM
	<i>Recapiti telefonici</i>	0835 - 25.36.61 / 329 – 58.32.803
	<i>e- mail</i>	ferdinando.vaccaro@pec.it
	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Ing. Teresa BENGIOVANNI
	<i>Ruolo e qualifica</i>	P.O. Gestione Technology - Assesment
	<i>Recapiti telefonici</i>	0835 - 25.35.25 / 329 – 58.32.694
<i>e- mail</i>	teresa.bengiovanni@asmbasilicata.it	



	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	dott. Eugenio SIMONE
	<i>Ruolo e qualifica</i>	P.O. Gestione informatica e flussi informativi ASM
	<i>Recapiti telefonici</i>	0835 - 25.20.39
	<i>e- mail</i>	eugenio.simone@asmbasilicata.it

4.5.ASM2019	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO : 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente		
	a) Azione 5.ASM2019: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI - azienda ASM di Matera – annualità 2019 –		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	o Costi per la formazione	Euro 38.000,00	
	o Costi gestione progetto	Euro 519.583,00	Costi HW/SW e altro
	Totale costo Azione 5.ASM2019	Euro 557.583,00	Giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto:5...

5.5.ASM2019	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente		
	Azione 5.ASM2019: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI - azienda ASM di Matera – annualità 2019		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	Disponibili	Personale presente nei servizi Tecnologie di vario genere	
	Da acquisire	Ulteriori supporti tecnologici –attività di formazione	

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 5.... parte a) Azione 5.ASM2019)	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

8. 5.ASM2019	OBIETTIVO GENERALE Azione 5.ASM2019...	Promozione dei Sistemi di Digitalizzazione in Ospedale e nel Territorio nei Percorsi Assistenziali al Fine di Migliorare la Qualita' delle Cure garantite ai Cittadini
---------------------	---	--



9.5.ASM2019	<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> <p>PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO :</p> <p>Azione 5.ASM2019:</p> <p>PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI - ASM</p> <p>Matera – annualità 2019</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Telemedicina/Integrazione “Malattie Rare” 2. Progetto InterRAI - Programma di miglioramento e riqualificazione regionali art.1, comma 385 ss. Legge 11/12/2016 n. 232 (anche in prosieguo Progetto/azione 5d)ASM anno 2018) 3. Promozione del processo di digitalizzazione in ospedale : gestione della Cartella clinica Informatizzata 4. Implementazione PROGETTO LIS (anche in prosieguo Progetto/azione 5c)ASM anno 2018) 5. Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3 “Informatizzare e migliorare la qualità dell’assistenza della terapia intensiva” (anche in prosieguo del Progetto/azione 5b)ASM anno 2018)
-------------	--	---

10.5.ASM2019	<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Azione 5.ASM2019: PROMOZIONE DEI PROCESSI DI INFORMATIZZAZIONE /DIGITALIZZAZIONE NEI PERCORSI ASSISTENZIALI - annualità 2019 (PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)</p>	
	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i></p>	<p>Collaborazione fra i servizi – incremento delle attività di informatizzazione e digitalizzazione - coinvolgimento diretto del paziente nel processo decisionale relativo alla sua salute.</p>
	<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<p>Miglioramento dei servizi offerti al cittadino /utente</p>

11.5.ASM2019	<p>PUNTI DI FORZA Azione 5.ASM2019: Promozione Dei Processi di Informatizzazione /Digitalizzazione nei Percorsi Assistenziali - azienda ASM di Matera -anno 2019</p>	
	<p>Indicare i punti di <i>forza</i></p>	<p>Indicare le strategie/azioni per l’implementazione</p>
	<p>Coinvolgimento diretto del paziente nel processo decisionale relativo alla sua salute. Personale sanitario competente e motivato</p>	<p>Incentivazioni al personale - risorse economiche per incrementare il processo di digitalizzazione Uso costante di informazioni mediche per migliorare la salute dei pazienti attraverso la comunicazione elettronica, al fine di collegare virtualmente setting assistenziali distanti fra di loro.</p>



12.5.ASM2019	PUNTI DI DEBOLEZZA PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO Azione 5.ASM2019: Promozione Dei Processi di Informatizzazione /Digitalizzazione nei Percorsi Assistenziali - azienda ASM di Matera – annualità 2019	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Scarsità di risorse economiche Difficoltà nel coinvolgere tutti i MMG e PLS	Definire con i MMG, anche a livello di contratto decentrato, le modalità di collaborazione

DIAGRAMMA DI GANT PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente
Azione 5.ASM2019: Promozione Dei Processi di Informatizzazione /Digitalizzazione nei Percorsi Assistenziali - azienda ASM di Matera – annualità 2019

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TELEMEDICINA/INTEGRAZIONE “MALATTIE RARE”									X	X	X	X
INTEGRAZIONE “PROGETTO TERRAI”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
“..CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PROGETTO LIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PROGETTO MARGHERITA 3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

13.5.ASM2019	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO : 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO Azione 5.ASM2019: Promozione Dei Processi di Informatizzazione /Digitalizzazione nei Percorsi Assistenziali - azienda ASM di Matera – anno 2019			
	F a s e	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc.)
		TELEMEDICINA INTEGRAZIONE MALATTIE RARE	I pazienti dell’ASM affetti da “Malattia Rara” sono circa 1.452, di cui nella sola città di Matera 514 casi. La ASM con delibera n. 536 del 01.06.2018 “Approvazione Progetto: Sportello “Punto Informativo Malattie Rare” - Azienda Sanitaria Locale di Matera e Associazione di Volontariato Gian Franco Lupo “Un Sorriso alla Vita” ONLUS Delibera n. 87/2018.” ha attivato uno sportello per dare risposte ai pazienti. L’ASM è in contatto con il supporto tecnico del <i>Centro Nazionale Malattie Rare - Istituto</i>	Integrazione funzionale tra “Anagrafe Sanitaria” Aziendale e <u>Registro Nazionale delle Malattie Rare</u> - Digitalizzazione



13.5.ASM2019	<p>INTEGRAZIONE TECNICA/ FUNZIONALE DEMATERIALIZZ AZIONE ED AUTOMATIZZAZI ONE GESTIONE DATI PROCESSO ATTIVITÀ “PROGETTO INTERRAI”</p> <p>ANNUALITÀ 2019</p>	<p>assegnati, che di performance aziendali Si stanno facendo incontri per attivare(a breve) altri moduli quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ InterRAI Contact Assessment come strumento di assessment breve nell'accoglienza di comunità. Questo permetterà di gestire la Centrale Operativa Territoriale (COT) o del Punto Unico di Accesso (PUA) per l'inserimento nella rete dei servizi e come strumento decisionale in fase di dimissioni protette da Ospedale. ➤ InterRAI Home Care suite dedicata alla gestione dei percorsi di Cure Domiciliari ed alla valutazione delle persone per le quali è richiesto un inserimento in struttura. Lo strumento contiene infatti gli algoritmi che permettono di definire la priorità di accesso alla residenzialità. ➤ InterRAI Palliative Care, si tratta di uno strumento sviluppato per fornire una valutazione globale dei punti di forza, delle preferenze e delle esigenze di adulti presi in carico in Cure Palliative di Base e Specialistiche ed in Hospice. Lo strumento InterRAI Palliative Care è stato usato nello studio Teseo-Arianna di Agenas. 	
13.5.ASM2019	<p>Servizi “PROGETTO LIS”</p>	<p>La Regione Basilicata, con l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), capofila, intende</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare la propria offerta di servizi che facilitano la comunicazione tra personale medico e strutture socio-sanitarie, oltre che la comunicazione fra personale sanitario e pazienti con disabilità uditiva; -garantire, su tutte le strutture socio-sanitarie pubbliche del territorio aziendale, un innovativo servizio, offrendo la possibilità a tutti i cittadini sordi lucani di comunicare in modo completo e professionale con il personale medico ed amministrativo delle strutture socio-sanitarie. Il tutto attraverso un servizio di video-interpretariato professionale on-line 	<p>Servizio di video-interpretariato da remoto in lingua dei segni italiana (LIS), fruibile da computer dotati di webcam e microfono via web, da tablet e smartphone tramite App iOS e Android è il primo in Italia.</p> <p>Acquisto , manutenzione</p>



13.5.ASM2019		<p>fruibile da computer, tablet e smartphone, che mette a disposizione in tempo reale un interprete di italiano. In pochi secondi, il paziente sordo e il personale medico hanno la possibilità di comunicare in videochiamata con un interprete, che ha il compito di trasferire tutte le comunicazioni dal medico al paziente e viceversa, in modo completo ed efficiente.</p> <p>Acquisto applicativo e manutenzione programma; consulenza agli operatori dell'azienda</p> <p>Al costo annuo di un interprete professionista di LIS, operativo e disponibile in un solo ospedale per circa 8 ore per 5 giorni a settimana (320 giorni all'anno), il servizio, di cui nel 2018 si è conclusa una prima sperimentazione, potrà garantire la disponibilità di professionisti su tutte le strutture socio-sanitarie della ASM, tutti i giorni 7/7 365 giorni l'anno. Il progetto ha previsto l'acquisto di almeno 4 Tablet, assegnati ai PP.OO. di Matera e Policoro.</p> <p>Vi è da dire l'azione prosegue, anche dietro numerose richieste di prolungamento del servizio, per l'anno 2019 con l'adesione al momento dell'azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza.</p>	<p>Applicativo integrazione del software con i programmi informatici presenti in azienda</p>
	<p>CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA (U.O. di Anestesia e Rianimazione P.O. di Matera)</p>	<p>L'aspetto innovativo del programma /progetto è quello dell'utilizzo di uno strumento utile sia alla pratica clinica, medica e infermieristica, nonché utile alla ricerca valutativa. Nel corso del 2018 l'Asm ha introdotto tale strumento nei reparti di Endoscopia digestiva, di Nefrologia- dialisi e relativi sistemi informativi e per il 2019 lo sviluppa presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera</p> <p>Obiettivi e contenuti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare in continuo la qualità dell'assistenza attraverso il confronto fra centri, utilizzando indicatori di processo; 2. Aumentare la comprensibilità della documentazione della documentazione clinica; 3. Esplicitare processi assistenziali condivisi; ottimizzare l'uso delle risorse; 	<p>Implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera (2019)</p>



13.5.ASM2019	CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA U.O. di Anestesia e Rianimazione P.O. di Matera)	<p>4. Assistere medici ed infermieri in alcuni processi decisionali particolarmente critici.</p> <p>L'avvio dei nuovi applicativi del Sistema SISIR, comprende:</p> <p>A) AMICO Reparto, in particolare il modulo di prescrizione, è il sistema a disposizione degli specialisti per la gestione della prescrizione di prestazioni e/o farmaci e per la creazione delle relative ricette. E' integrato con il software ARCA/AIRO. AMICO Reparto è in grado di produrre documenti in formato full CDA2. In particolare l'applicativo può generare referti generici firmati digitalmente che vadano ad alimentare non solo il fascicolo regionale ma che siano anche indicizzati e resi disponibili sull'Infrastruttura Nazionale dell'Interoperabilità fra FSE (INI) prevista ed istituita tramite DPCM del 29 settembre 2015 n. 178.</p> <p>B) Il sistema AMICO-PS è stato costruito sulle basi del precedente ed omonimo sistema legacy ma con tecnologia WEB. Si attende quindi sugli operatori un disorientamento iniziale legato alla innovazione tecnologica. Non si attendono influenze sulla organizzazione salvo per coloro che non hanno mai utilizzato una procedura SW. AMICO-PS è un sistema molto flessibile, vicino al modo di pensare del medico e dell'infermiere, dotato di strumenti di supporto alla visita, facile da divulgare a chi ha conoscenze di informatica di base.</p> <p>Il sistema CUP è stato reingegnerizzato rispetto all'attuale sistema legacy ottimizzando i processi e garantendo le funzionalità del precedente, il tutto tramite tecnologie WEB. Si attende quindi sugli operatori un disorientamento iniziale legato alla innovazione tecnologica. Non si attendono influenze sulla organizzazione salvo per coloro che non hanno mai utilizzato una procedura SW. Punto forte della soluzione infatti è lo sviluppo mobile-first dell'applicazione, nell'ottica di proporre agli utilizzatori una UI ed un flusso di prenotazione uniforme in modo indipendente dal device utilizzato. L'utenza a cui si rivolge non sempre ha basi</p>	Implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera (2019)
--------------	---	---	---



		<p>informatiche, anzi, spesso lamenta di avere poco tempo da dedicare all'apprendimento di nuove procedure o peggio ancora di nuovi sistemi software rispetto alla mole di lavoro che devono gestire.</p> <p>Per l'avvio e la messa a regime di questo nuovo sistema, nota Regionale n. 13426/13A2 del 25.01.2019 si sono individuati dei Gruppi di Lavoro per i rispettivi applicativi del Sistema SISIR di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, nonché i rispettivi Key-User per ogni procedura a cui si aggiungono corsi di affiancamento e di formazione per gli operatori, di volta in volta concordati con i Key-User.</p>	
13.5.ASM2019	<p>PROGETTO MARGHERITA 3</p>	<p>Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3. “Informatizzare e migliorare la qualità dell’assistenza della terapia intensiva - Informatizzare e migliorare la qualità dell’assistenza della terapia intensiva”.</p> <p>Si prosegue nel 2019 l’azione 5b)ASM giusta DGR 184/2019 FSN vinc.2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzare una cartella clinica elettronica condivisa da un’ampia rete di terapie Intensive italiane, al fine di aumentare la comprensibilità della documentazione clinica esplicitando percorsi assistenziali condivisi; 2. Ottimizzare l’uso delle risorse; 3. Assistere i medici e gli infermieri in alcuni processi decisionali particolarmente critici; 4. Aumentare la comprensibilità della documentazione della documentazione clinica da inviare ai medici di MMG per la cura e trattamento dei pazienti critici a domicilio; 5. Valutare la qualità dell’assistenza con il confronto fra i diversi centri. <p>Attività dei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tecnici informatici, dell’ing. clinico aziendale ai fini di estendere le capacità del software (proposto all’interno del progetto Margherita 3) per aggiungere nuove funzionalità non previste dallo sviluppo iniziale e integrarle con le banche dati aziendali (Processo di Verticalizzazione); 	<p>Cartella Clinica elettronica per migliorare la qualità dell’assistenza in Terapia Intensiva</p>



			-medici ed infermieri U.O. interessate e U.O. Anestesia e Rianimazione. Il sistema Margherita Tre utilizza per lo scambio di messaggi lo standard HL7 v2.5, il Sistema Informativo Sanitario della Basilicata come da specifiche regionali deve rispettare lo standard HL7 v3 (ove previsto). Al fine di integrare i due sistemi si è dovuto procedere all'Adeguamento di Margherita Tre allo standard HL7 3.	
	F a s e	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica

Azione 5.ASM2019: Promozione Dei Processi di Informatizzazione /Digitalizzazione nei Percorsi Assistenziali - azienda ASM di Matera – anno 2019

FINE

parte: b

(PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)

parte: b)Azione 5.ASP2019 Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - anno 2019

azienda ASP di Potenza – annualità 2019 –

Importo FSN Vinc. 2019 assegnato alla presente Azione €227.524,00

(giusto soprastante **Punto 3** (generale) del Progetto: 5...)

2.5.ASP2019	RESPONSABILE aziendale ASP dell'azione 5.ASP2019		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott. Nicola Mazzeo
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore UOC Sistema Informativo Aziendale
		<i>Recapiti telefonici</i>	0971-310532- 3383729461
		<i>e- mail</i>	nicola.mazzeo@aspbasilicata.it



4.5.ASP2019	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO : 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente b) <u>Azione 5.ASP2019</u> : Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - anno 2019		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	o Costi per la formazione	75.000,00	
	o Costi gestione progetto	152.524,00	
	Tot. costi <u>Azione 5.ASP2019</u>	227.524,00	(come riportato nel soprastante Punto generale 4 del Progetto 5...)

5.5.ASP2019	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente b) <u>Azione 5.ASP2019</u> : Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - anno 2019			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>	
	o Disponibili	350	Postazioni di lavoro	
		250	Personale aziendale afferente a vari ruoli	
	o Da acquisire	Sviluppo software		
	Formazione			
	Hardware dedicato			
	Attività sistemistiche e di configurazione			
7. 5.ASP2019	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 5.... parte b) Azione 5.ASP2019	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI (SI 2020-2021)

8. 5.ASP2019	OBIETTIVO GENERALE Azione 5.ASP2019...	Rafforzare gli interventi di digitalizzazione delle attività territoriali con introduzione di strumenti informatici che agevolino l'erogazione e l'accesso alle prestazioni ambulatoriali unitamente al controllo delle risorse richieste ed impiegate. Tali strumenti consentiranno, mediante l'elaborazione dei dati raccolti in fase di erogazione del servizio, di monitorare l'appropriatezza prescrittiva con maggior governo dei tempi d'attesa.
--------------	---	---



9.5.ASP2019	<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> <p>PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>b)Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell’azienda Sanitaria Locale di Potenza -</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Miglioramento dei tempi d’attesa 2) Miglioramento appropriatezza prescrittiva 3) Miglioramento dell’accesso alle prestazioni 4) Creazione sistema di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali 5) Realizzazione di un sistema di ausilio alla refertazione
-------------	---	--

10.5.ASP2019	<p><u>RISULTATI ATTESI</u> PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO:</p> <p>b)Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell’azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019</p>	
	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<p>Riduzione degli attuali tempi di attesa, miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, miglioramento della customer satisfaction</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<p>Miglioramento della qualità delle cure, ottimizzazione delle risorse aziendali, maggiore tempestività nella risposta alle esigenze di cura degli assistiti</p>

11.5.ASP2019	<p>PUNTI DI FORZA (PROGETTO: 5...) b)Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell’azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019</p>	
	<p>Indicare i punti di <i>forza</i></p>	<p>Indicare le strategie/azioni per l’implementazione</p>
	<p>Monitoraggio dell’appropriatezza prescrittiva</p>	<p>L’utilizzo di funzionalità software appositamente predisposte permetterà agli specialisti eroganti la prestazione di indicare l’appropriatezza delle prescrizioni, produzione di reportistica specifica finalizzata all’analisi delle prescrizioni.</p>



	Integrazione dei software utilizzati	Il progetto sfrutterà la forte integrazione prevista tra i software attualmente in uso e quelli che saranno sviluppati.
--	--------------------------------------	---

12.5.ASP2019	PUNTI DI DEBOLEZZA (PROGETTO: 5...) b)Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Riorganizzazione delle modalità operative	Il coinvolgimento degli specialisti nella raccolta delle informazioni comporta l'utilizzo delle postazioni informatiche e la riorganizzazione delle modalità di erogazione delle prestazioni, con prevedibile ritrosia degli stessi verso l'uso di strumenti informatici.

DIAGRAMMA DI GANT
b)Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019

Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Visualizzazione delle disponibilità			X	X	X	X	X					
Introduzione sistema di recall automatico							X	X	X	X		
Valutazione appropriatezza								X	X	X		
Introduzione automazione				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Introduzione ed attivazione di app				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Introduzione ed attivazione Cruscotti								X	X	X		
Introduzione ed attivazione software										X	X	X



DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO			
b) Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019			
<i>Fase</i>	<i>Azioni</i>	<i>Breve descrizione dei contenuti</i>	<i>Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)</i>
Miglioramento dei tempi d'attesa	Visualizzazione delle disponibilità	Modifica del software per consentire agli operatori di visualizzare le disponibilità di tutte le strutture dell'azienda in ordine di data	Modifica software (sì/no)
	Introduzione sistema di recall automatico	Sviluppo di un sistema di recall per conferma o disdetta prenotazione	Attivazione software (sì/no)
Miglioramento appropriatezza prescrittiva	Valutazione appropriatezza	Modifica del software per consentire agli specialisti eroganti la prestazione di registrare, durante la fase di refertazione, l'appropriatezza delle richieste ricevute.	Modifica software (sì/no)
Miglioramento dell'accesso alle prestazioni	Introduzione automazione	Introduzione di totem con funzione di cassa automatica ed eliminacode.	Introduzione dispositivi (sì/no)
	Introduzione ed attivazione app	Introduzione App per l'accesso all'eliminacode	Introduzione App (sì/no)
Creazione sistema di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali	Introduzione ed attivazione Cruscotti	Creazione di cruscotti per il monitoraggio delle prestazioni con indicatori riguardanti sia l'appropriatezza prescrittiva che le liste d'attesa	Attivazione software (sì/no)
Realizzazione di un sistema di ausilio alla refertazione	Introduzione ed attivazione software	Sviluppo di software di ausilio alla refertazione sfruttante sistemi di Intelligenza Artificiale per l'ausilio alla refertazione	Attivazione software (sì/no)

FINE Azione 5.ASP2019- Potenziamento dei Processi di Digitalizzazione nel Territorio e nei Percorsi Assistenziali dell'azienda Sanitaria Locale di Potenza - annualità 2019



(PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)**Parte c) Azione 5.AORS.Carlo 2019: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio.**

azienda A.O.R.S. Carlo di Potenza – annualità 2019 –

Importo FSN Vinc 2019 assegnato alla presente Azione €. 1.484.351,00
 (giusto soprastante **Punto 3** (generale) del Progetto: 5....)

2.5.AORS.Carlo	RESPONSABILE AZIENDALE DELL' Azione 5.AORS.Carlo 2019		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	DOTT. FRANCO LABROCA
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore pro tempore U.O.C. S.I.O.
		<i>Recapiti telefonici</i>	0971 613645
	<i>e- mail</i>	Franco.labroca@ospedalesancarlo.it Sio.segreteria@ospedalesancarlo.it Antonella.marchese@ospedalesancarlo.it Gianvito.summa@ospedalesancarlo.it	

4.5.AORS.Carlo	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO:5		
	c)Azione 5.AORS.Carlo 2019: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio - (anno 2019)		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>2019</i>	<i>note</i>
	○ Costi relativi all'adeguamento infrastrutturale di rete fisica, logica e di sicurezza per le sedi ospedaliere di nuova acquisizione	979.162,00	
	○ Costi per acquisizione sistemi iperconvergenti per le sedi ospedaliere di nuova acquisizione	261.080,00	
○ Costi per la evoluzione del sistema telefonico aziendale finalizzato al livellamento dei presidi ospedalieri di nuova acquisizione	244.109,00		
	Tot generale Costi Azione 5.AORS.Carlo 2019	1.484.351,00	Giusto importo già indicato al soprastante Punto 4 (generale) del Progetto 5..



5.5.AOR S.Carlo	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019</u>: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio (anno 2019) (PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	Disponibili	5	Risorse ricomprese tra quelle che erogano le attività di assistenza e manutenzione sul S.I. regionale
	Da acquisire : sistemi iperconvergenti	3	
	Da acquisire : adeguamento infrastrutturale fisica, logica e di sicurezza		Sedi ospedaliere di Melfi, Lagonegro e V.Agri

6. 5.AOR S.Carlo	ANALISI DEL CONTESTO	<p>L'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo ha intrapreso dal 2007 il percorso di progressiva evoluzione al digitale dei sistemi di supporto ai processi clinici.</p> <p>Il primo sistema informativo entrato in esercizio che sostituiva i vecchi processi supportati da documenti analogici con i corrispondenti digitali è stato il RIS-PACS.</p> <p>Con tale sistema in esercizio dal 2009, poi esteso all'intera regione, si sono potuti sviluppare servizi, tecnologie e organizzazione a supporto del Tele Consulto (tra ospedali), Tele Radiologia e Tele Refertazione.</p> <p>Nel 2010 al sistema di interoperabilità oltre al RIS-PACS fu aggiunto il LIS costituendo, così, il primo nucleo del dossier clinico.</p> <p>Tale dossier fu posto a base di un progetto denominato “TEAM PANCREAS” tra l'AOR San Carlo e l'Azienda Ospedaliera U.I. G.B. Rossi di Verona in cui tra l'altro due team multidisciplinari discutevano a distanza in video conferenza i casi in esame condividendo direttamente in digitale le informazioni cliniche dei pazienti presenti sul dossier.</p> <p>Nel tempo il sistema originario è stato aggiornato ed ampliato e, nel corso del 2017, l'Azienda ha inteso estendere il sistema RIS-PACS con il modulo di cardiologia digitale (CIS).</p> <p>Dal 2009, quindi, l'Azienda con diversi progetti ha progressivamente costituito un repository clinico in cui ha archiviato tutta la documentazione digitale man mano disponibile incardinandola ad una solida e consistente anagrafica regionale dei pazienti.</p> <p>Il dossier ad oggi è direttamente consultabile dal personale clinico secondo precise policy di accesso.</p> <p>Tale DOSSIER viene alimentato dalle applicazioni rese interoperabili e sono in corso le attività necessarie ad assicurare la sua evoluzione verso la</p>
------------------------	-----------------------------	--



<p>6. 5.AOR SCarlo</p>	<p>ANALISI DEL CONTESTO</p>	<p>CCE ed il FSE.</p> <p>Ad oggi nel DOSSIER DIGITALE/CCE viene conferita automaticamente (all'atto della firma digitale) la seguente documentazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Referti e immagini prodotte dalla diagnostica per Immagini (RIS-PACS); 2) Referti e immagini prodotte dal CIS; 3) Referti e immagini prodotte dal sistema di supporto alla Endoscopia; 4) Referti di Anatomia Patologica; 5) Referti di laboratorio prodotti dal LIS; 6) Referti di prestazioni specialistiche ambulatoriali per interni ed esterni; 7) Lettere di dimissione; 8) Verbali di PS; 9) Terapie eseguite in regime di ricovero; 10) Verbali operatori. <p>La documentazione digitale di cui ai punti 1, 2, 5 e 7 viene conferita anche al Fascicolo Sanitario Elettronico.</p> <p>Con opportuni ampliamenti funzionali e nel rispetto di rigidi protocolli di accesso il dossier è stato posto in condivisione per la realizzazione di due importanti progetti di integrazione tra l'ospedale ed il territorio.</p> <p>Il primo ormai completo ed in esercizio denominato “CENTRALE DI DIMISSIONE” è nato da una collaborazione tra L'Azienda Ospedaliera e l'ASP di Potenza per gestire, attraverso l'uso di un sistema integrato con il S. I. Ospedaliero ed il Dossier, la migliore collocazione dei pazienti bisognosi di assistenza post – ricovero in strutture adeguate trasferendo a queste ultime tutte le informazioni cliniche pertinenti estratte dagli archivi dell'Azienda Ospedaliera.</p> <p>L'altro progetto in fase di progettazione esecutiva si pone l'obiettivo di sviluppare un sistema informativo a supporto delle attività dell'IRCCS IREL (Istituto REumatologico Lucano) che supporti il modello organizzativo dell'Istituto previsto in rete secondo uno schema HUB e SPOKES in cui le informazioni cliniche dei pazienti sono condivise dall'HUB (AOR SAN CARLO) con gli spokes rappresentati in prima istanza :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dai medici di base ; - Dagli ambulatori distrettuali; - Dagli ospedali territoriali di ASP e ASM. <p>Con Legge Regionale n° 2/17 all'Azienda Ospedaliera <u>sono transitati dall'ASP di Potenza gli Ospedali di Melfi, Lagonegro e Villa D'Agri.</u></p> <p>Nel secondo semestre del 2017 e nel 2018 sono state effettuate le attività che hanno consentito in questi ospedali di effettuare l'allineamento applicativo relativamente alle procedure centralizzate quali l'ADT, il CUP, la Gestione Ambulatoriale, la Gestione Risorse Umane, i Magazzini e gli Ordini.</p> <p>Gli applicativi, invece, che per l'esercizio necessitavano e necessitano quale requisito imprescindibile delle infrastrutture locali (rete ad alta velocità, server, WI-FI etc.) non possono essere utilizzate o possono essere utilizzate in modo incompleto/discontinuo.</p> <p>Gli applicativi appartenenti a questo secondo gruppo sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiological Information System – Picture Archive Communication System (RIS-PACS); • Cardiological Information System (CIS); • Endoscopia; • Laboratory Information System (LIS);
--------------------------------	-------------------------------------	---

**ANALISI
DEL
CONTESTO**

- Farmaceutica di reparto.

La conseguenza è che si verificano criticità operative, marcate differenze procedurali e, ovviamente, l'alimentazione dei documenti digitali non avviene o avviene in modo parziale e discontinuo.

Quindi l'ospedale sul digitale risulta andare a due velocità e questo rappresenta un freno allo sviluppo di progetti come quelli innanzi menzionati che si basano primariamente ma non esclusivamente sulla condivisione di informazioni cliniche.

Per allineare funzionalmente i presidi acquisiti ex lege 2/17 alla sede di Potenza, risulta necessario colmare il gap infrastrutturale tra questi ospedali e la sede di Potenza dotando i presidi di Melfi, Lagonegro e Villa D'Agri di reti Lan Wired e Wireless, apparati di sicurezza e server.

Alla stregua di quanto già realizzato per la sede di Potenza a supporto della produzione e consultazione della cartella clinica digitale e del complessivo passaggio al digitale risulta necessario realizzare una rete locale ad alta velocità sezionata in reti logiche opportunamente dimensionate per supportare i flussi di dati ed immagini in tutti i reparti.

Inoltre di fondamentale importanza risulta la realizzazione di una rete WI-FI indispensabile per supportare l'erogazione di servizi al letto del paziente primo tra tutti la prescrizione e somministrazione sicura (con uso di braccialetti identificativi dei pazienti) dei farmaci.

Con tale adeguamento, inoltre, si possono avviare servizi di comunicazione tra le sedi in ottica di Unified Communication con grosso aumento dell'efficienza complessiva poiché potranno essere supportate funzioni di tele audio video conferenza inter sede utilizzabile per ogni esigenza sia in ambito sanitario che amministrativo.

Gli interventi infrastrutturali pianificati e di seguito indicati oltre a colmare la differenziazione tecnologica dei presidi rispetto a Potenza, con i vantaggi innanzi indicati, consentono di raggiungere obiettivi aggiuntivi quali:

- la gestione della sicurezza perimetrale secondo le prescrizioni della normativa G.D.P.R.;
- la continuità operativa quale indispensabile presupposto all'erogazione di servizi di qualità;
- l'avvio di processi dematerializzati con conseguente alimentazione delle banche dati sanitarie prima fra tutti la CCE e FSE;
- adeguato e continuo supporto tra le sedi per teleconsulto, Tele radiologia e Tele refertazione;
- estensione dei servizi VOIP e implementabilità di funzioni di audio-video conferenza e unified communication;

Per ciò che attiene la dotazione di server si è optato per sistemi iperconvergenti che non solo consentono la migrazione del sistema RIS-PACS – CIS e LIS e l'avvio della farmaceutica di reparto ma, presentano, caratteristiche tali da assicurare elevata continuità operativa, adeguata capacità elaborativa e di storage.



7..5.AOR S.Carlo	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO: 5.... parte c) Azione .AORSCarlo 2019 -annualità 2019-	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	SI

8. 5.AORS.Carlo	OBIETTIVO GENERALE Azione 5.AORS.Carlo 2019	Allineamento Infrastrutturale delle Sedi Ospedaliere di Melfi, Lagonegro e Villa D'agri quale prerequisito per il necessario allineamento Funzionale con adozione dei Processi Dematerializzati ed alimentazione del Dossier Sanitario posto a base della Integrazione con il Territorio.
----------------------------	--	---

9.5.A ORS. Carlo	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1° Obiettivo Allineamento funzionale dei presidi acquisiti ex lege 2/17 alla sede di Potenza, avendo soddisfatto il requisito del recupero del GAP infrastrutturale di questi ospedali consentendo così di avere il supporto continuo tra le sedi per teleconsulto, teleradiologia e telerefertazione.</p> <p>2° Obiettivo Supporto tecnologico al modello organizzativo HUB e SPOKES in cui le informazioni cliniche dei pazienti sono condivise dall'HUB (AOR SAN CARLO su tutte le sedi) con gli spokes rappresentati in prima istanza :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dai medici di base ; • Dagli ambulatori distrettuali; • Dagli ospedali territoriali di ASP e ASM. <p>3° Obiettivo Realizzazione di una rete WI-FI nei presidi acquisiti ex lege 2/17 indispensabile per supportare l'erogazione di servizi al letto del paziente primo tra tutti la prescrizione e somministrazione sicura (con uso di braccialetti identificativi dei pazienti) dei farmaci.</p> <p>4° Obiettivo Raggiungimento di livelli di sicurezza perimetrale secondo le prescrizioni di cui alla normativa GDPR estendibilità dei servizi VOIP ; implementabilità di servizi di audio-video conferenza e unified communication.</p> <p>5° Obiettivo Disponibilità su ogni sede e postazione della documentazione clinica di tutti i pazienti transitati in qualsiasi sede rendendo fruibili i servizi informativi digitali con gli stessi livelli di continuità, qualità, accuratezza e tempestività alimentando, nel contempo, la CCE ed il FSE in modo automatico e indipendente dalla sede di origine del documento sanitario.</p> <p>6° Obiettivo Realizzazione della disgiunzione tra la sede di erogazione della prestazione, la sede di refertazione della stessa e la sede di rilascio dell'informazione al paziente.</p>
	c)Azione 5.AORS.Carlo 2019: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio	(PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)



10.5. <u>AORS</u> <u>.Carlo</u>	<u>RISULTATI ATTESI</u> <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019:</u> Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio (PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	Il progetto dal momento in cui viene realizzato permetterà alla Azienda di erogare prestazioni rilevanti già ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo omogeneo in tutte le sue sedi. Inoltre l'accesso su ogni sede alle informazioni cliniche pregresse in special modo a quelle relative alla diagnostica per immagini incrementa significativamente l'efficienza e l'efficacia diagnostica all'intera struttura in special modo nelle situazioni di emergenza urgenza.
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i>	Alimentazione della CCE e FSE ed utilizzo generalizzato e diffuso delle informazioni cliniche digitali con elevati livelli di qualità, continuità e tempestività. Condivisione bidirezionale delle informazioni con il territorio anche attraverso l'uso del FSE.

11. <u>5.AORS.</u> <u>Carlo</u>	<u>PUNTI DI FORZA</u> (PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO) <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019:</u> Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	L'estendibilità applicativa è garantita dal fatto che in Regione Basilicata sono state adottate le medesime applicazioni di proprietà regionale in tutte le aziende e questo riduce notevolmente i tempi di deploy e formazione.	La implementazione è già prevista in altre convenzioni regionali in corso di attuazione.



12.5.A ORS. Carlo	<u>PUNTI DI DEBOLEZZA</u> Progetto: 5.... : <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019:</u> Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Tempi di attuazione	Affidamenti tramite convenzioni ed in subordine attraverso gare utilizzando, ovviamente, le centrali di committenza o il mercato elettronico.

<u>DIAGRAMMA DI GANT</u> PROGETTO: 5.. <u>Azione 5.AORS.Carlo 2019:</u> Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio	
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase annualità 2019	Mesi
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Predisposizione infrastrutture di rete Ospedale di Villa D'Agri	
Predisposizione infrastrutture di rete Ospedale di Lagonegro	
Predisposizione infrastrutture di rete Ospedale di Melfi	
Revisione infrastrutture di rete centrali	
Realizzazione sistema telefonico evoluto	
Sistemi iperconvergenti per le sedi ospedaliere acquisiti ex lege 2/17	
Estensione nell'utilizzo del dossier e delle applicazioni negli Ospedali acquisiti ex lege 2/17	



DESCRIZIONE ANALITICA				
Azione 5.AORS.Carlo 2019: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio (PROGETTO- 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)				
F	a	s	e	
	<i>Azioni</i>	<i>Breve descrizione dei contenuti</i>	<i>Indicatori di verifica (indicatori di processo, di esito etc)</i>	
13. 5.AOR S.Carlo 2019		Revisione infrastrutture di rete centrali	Riconfigurazione rete centrale Azienda Ospedaliera con contestuale revisione della configurazione della rete geografica regionale - RUPAR	Verifica di corretto instradamento e trattamento dei flussi intersede
	1	Realizzazione sistema telefonico evoluto	Acquisizione, installazione ed esercizio delle nuove centrali in connessione con la centrale telefonica di Potenza	Verifica corretto instradamento nuovi flussi VOIP intersede
		Sistemi iperconvergenti per le sedi ospedaliere acquisite ex lege 2/17	Acquisizione, installazione ed esercizio dei nuovi sistemi server nelle sedi degli ospedali di nuova acquisizione	sistemi iperconvergenti in esercizio
	2	Predisposizione e infrastrutture di rete Ospedale di Villa D'Agri	Acquisizione, installazione ed esercizio delle infrastrutture fisiche (wired e wireless), logiche e di sicurezza finalizzate alla realizzazione di una rete locale ospedaliera ad alta velocità e continuità di esercizio interconnessa con la sede di Potenza attraverso la rete regionale RUPAR.	Nuova rete fisica realizzata; componenti logiche (switch e A.P.) installate e configurate Riconfigurazione completata dei reinstradamenti sulla rete geografica regionale
		Predisposizione e infrastrutture di rete Ospedale di Lagonegro	Acquisizione, installazione ed esercizio delle infrastrutture fisiche (wired e wireless), logiche e di sicurezza finalizzate alla realizzazione di una rete locale ospedaliera ad alta velocità e continuità di esercizio interconnessa con la sede di Potenza attraverso la rete regionale RUPAR.	Nuova rete fisica realizzata; componenti logiche (switch e A.P.) installate e configurate Riconfigurazione completata dei reinstradamenti sulla rete geografica regionale
		Predisposizione e infrastrutture di rete Ospedale di Melfi	Acquisizione, installazione ed esercizio delle infrastrutture fisiche (wired e wireless), logiche e di sicurezza finalizzate alla realizzazione di una rete locale ospedaliera ad alta velocità e continuità di esercizio interconnessa con la sede di Potenza attraverso la rete regionale RUPAR.	Nuova rete fisica realizzata; componenti logiche (switch e A.P.) installate e configurate Riconfigurazione completata dei reinstradamenti sulla rete geografica regionale



	<p>Estensione nell'utilizzo del dossier ed estensione applicazioni</p> <p>3 Ospedali acquisiti ex lege 2/17</p>	<p>Piena utilizzabilità nelle sedi ospedaliere interessate degli applicativi di: RIS-PACS; CIS; Endoscopia; LIS; Farmaceutica di reparto interoperabili con le applicazioni aziendali trasversali (ADT, CUP, AMBULATORI, etc) ed il DOSSIER SANITARIO pienamente alimentato e consultabile in tutte le sedi aziendali.</p>	<p>Nuovi dossier aperti nelle strutture interessate; documenti inseriti in dossier; operatori formati all'utilizzo del dossier;</p>
--	--	--	---

14.5.AORS. Carlo	<p>TRASFERIBILITA' Indicare: a quale altra realtà può essere trasferita l'azione 5.AORS.Carlo 2019: Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio (PROGETTO: 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO)</p>	
	<p><i>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</i></p>	<p><i>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</i></p>
	<p>Aziende sanitarie ed ospedaliere</p>	<p>L'architettura adottata per la implementazione del DOSSIER SANITARIO utilizzabile attraverso interfacce di servizi WEB (infrastruttura ESB) unitamente al fatto che lo stesso è di proprietà regionale rende possibile la sua trasferibilità in altri contesti.</p>

FINE: Azione 5.AORS.Carlo 2019 Il Dossier Sanitario a supporto dei Processi Assistenziali Intraospedalieri e Strumento di Integrazione con il Territorio

FINE PROGETTO:
5 LA TECNOLOGIA SANITARIA STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO



Riepilogo Generale risorse assegnate per Linee Progettuali e per azioni Aziendali

Linea Progettuale	Importo Azioni aziendali ASP Pz €	Importo Azioni aziendali ASM Mt €	Importo Azioni IRCCS Crob - Rionero €	Importo Azioni aziendali AORS Carlo Pz €	Totale generale importo Progetto €
1 Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità	2.000.000,00	1.106.883,00			3.106.883,00
2 Promozione equità in ambito sanitario		600.000,00	124.999,00	138.026,00	863.025,00
3 Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	600.000,00				
	1.457.730,00	550.000,00			2.607.730,00
4 Piano Nazionale Prevenzione	1.395.972,00	821.518,00	102.250,00	195.616,00	
e supporto Piano N.Prevenzione			12.640,00		
Tot. Linea Prevenzione					2.527.996,00
5 La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio	227.524,00	557.583,00		1.484.351,00	2.269.458,00
tot per azienda	5.681.226,00	3.635.984,00	239.889,00	1.817.993,00	11.375.092,00
					(Intesa 192/CSR e Acc.191/CSR 28/11/2019

ALLEGATO 2/2019

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOLATI ANNO 2018

SECONDO LE LINEE DI CUI ALL'ACCORDO
STATO-REGIONI REP. 150/CSR DEL 01/08/2018 E
ALL'INTESA REP.149/CSR DEL 01/08/2018,
APPROVATI CON D.G.R. 184 DEL 15/03/2019

La Regione Basilicata con DGR N. 184 del 15 marzo 2019 ha approvato, senza oneri a proprio carico, il “ **Piano Regionale utilizzo FSN Risorse Vincolate Anno 2018- Allegato 1/2018**” **includente le Schede Progetto/azioni** collegate agli Obiettivi Prioritari e di Rilievo Nazionale del PSN, secondo le Linee di cui all’Accordo Stato-Regioni rep. 150/CSR del 01/08/2018 e all’Intesa Rep.149/CSR del 01/08/2018 (alcuni anche in prosieguo delle azioni implementate con i progetti approvati nelle annualità previe giust’Accordi Stato- Regioni afferenti i FSN Vincolati anni 2017 e previ) con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e s.m.i. per un importo complessivo di **euro 11.661.617,00** e riassunti nello schema sottostante “**ALLEGATO 3/2018**”. Di seguito si dà debita relazione circa le attività svolte e gli esiti prodotti.

“Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2018, art.1 comma 34 L.662/96 e s.m.i. - Regione Basilicata- “ALLEGATO 3/2018”		
LINEE PROGETTUALI	QUOTA DI FSN VINCOLATO ANNO 2018 ASSEGNATO giusto “ PIANO REGIONALE 2018ALLEGATO 1/2018” EURO	AZIENDE SSR ATTUATRICI AZIONI PROGETTUALI
1 PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'	4.108.762,00	ASP
	1.449.357,00	ASM
Tot Linea Progettuale 1	5.558.119,00	
2 PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	559.403,00	ASM
	100.000,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	130.308,00	IRCSS RIONERO
Tot. Linea Progettuale 2	789.711,00	
3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	1.129.414,00	ASP
	534.000,00	ASM
	301.983,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
Tot. Linea Progettuale 3	1.965.397,00	
4 PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	1.401.711,00	ASP
	824.896,00	ASM
	196.420,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	102.671,00	IRCCS
	12.692,00	Attività di supporto al PRP-Osser. Naz. Screening, Airtum e NIEPB
Tot. Linea Progettuale 4	2.538.390,00	
5 LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	450.000,00	A.O.R. SAN CARLO - PZ
	360.000,00	ASM
Tot. Linea Progettuale 5	810.000,00	
TOT. GENERALE assegnato FSN VINC 2018	11.661.617,00	(Acc.Stato/Regioni 150/CSR-/2018 - Intesa 149/CSR 01/08/2018)

Linea Progettuale 1: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Quota di FSN Vincolato Anno 2018 Assegnata: euro 5.558.119,00

Premessa

Secondo la previsione del documento nazionale, “Piano nazionale della Cronicità (PNC)” (2016) gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, risultano necessarie opportune strategie volte a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati su una migliore organizzazione dei servizi con piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza.

La regione Basilicata è caratterizzata da una estensione territoriale con grande frammentazione abitativa aggravata da una rete di infrastrutture abbastanza arretrata e limitante, con bassa intensità di popolazione il cui invecchiamento medio in aumento è correlato al diretto proporzionale accrescimento della morbilità in specie sul versante delle malattie cronico - degenerative . A ciò si lega una forte espansione della domanda di servizi legati alla non autosufficienza che spinge per una organizzazione di RETI di SERVIZI, fondati sul modello “Hub and Spoke, al fine di superare confini geografici, fisici ed amministrativi ed aperti a nuove forme di sussidiarietà territoriale e di cooperazione. L'Assistenza Primaria nel Distretto rimane fondamentale ai fini della presa in carico globale della persona con garanzia di continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria. Infatti è da tempo che l’azione congiunta Stato-regioni si è orientata per lo sviluppo di una nuova dimensione organizzativa e gestionale dell’Assistenza Primaria ritenendola fattore cruciale per l’ottimizzazione sociale ed economica del sistema sanità.

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), nel rispetto delle indicazioni dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 29 luglio 2009, con successiva redazione della DGR 624 del 14.05.2015 **ha consentito** la ratifica di linee d’indirizzo uniformi per l’intero Sistema Sanitario della Basilicata e tra queste precisi principi circa l’Assistenza Territoriale e l’articolazione in Distretti della Salute, ai sensi art.34 L.R. 7 del 30.04.2014 delle Aziende del SSR.

La successiva l.r.12.01.2017 n.2 “*Riordino del servizio sanitario regionale di Basilicata*” che riprogetta gli assetti organizzativi e strutturali del SSR , ha confermato il numero complessivo delle Aziende ed Enti del SSR e ha previsto i modelli organizzativi a RETE con successiva **adozione** del nuovo “*Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità per il triennio 2018/2020 (PSR)-(DGR 778 30/06/2017)*”.

L’assetto della nuova governance trasforma l’ASP di Potenza in azienda Territoriale la cui Mission principale è assicurare la presa in carico del paziente sul territorio con garanzia di continuità assistenziale ospedale-territorio. Di fatto il Distretto, garante tra altro dell’Assistenza Primaria, unitamente agli Ospedali Distrettuali, funge da snodo relazionale tra cittadini ed offerta del SSR con funzione di coordinamento di tutte le figure professionali impegnate nell’assistenza. In tale ottica il successivo Accordo Programmatico (D.G.R. 779 del 26.07/2017) “*Aggiornamento Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale di cui alla DGR N.624/2015*) **dispone**, tra altro, per l’Assistenza Territoriale regionale che le Aziende Sanitarie Provinciali di Potenza e Matera si articolino in” *Distretti della Salute, come definiti dal comma 1 dell'articolo 4 della LR n.12/2008.....*” e smi.

Il nuovo PSR ha così individuato strategie, priorità , strumenti organizzativi e tra questi la “*Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull’Assistenza Ospedaliera, e per il rispetto dell’equo accesso*

ai LEA” per l’attuazione di diverse funzioni compreso la *Presa in carico e supporto dei cronici* (3.2.5.4) con implementazione del Chronic Care Model rivolto alle persone considerate a medio e ad alto rischio. Relativamente alla presente linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha approvato per l’anno 2018, il **Progetto 1 : PAZIENTI CON MULTICRONICITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI** sviluppatosi in complessive tredici Azioni compiute, alcune anche in prosieguo/ampliamento di attività implementate in anni precedenti (es. Linee Progett. Assistenza Primaria, Cronicità ed altre), dall’azienda sanitaria ASP di Potenza nei Presidi Distrettuali e dall’ Azienda sanitaria ASM di Matera nei relativi Presidi Distrettuali ed Ospedalieri di cui di seguito si dà corretta evidenza in termini attività svolte ed esiti conseguiti.

<p>TITOLO DEL PROGETTO:</p> <p>Totale importo assegnato al PROGETTO 1 annualità 2018 a valere sulla quota del FSN Vincolato ANNO 2018:</p> <p>Euro 5.558.119,00</p>	<p><u>1- PAZIENTI CON MULTICRONICITA’ PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</u> comprendente le seguenti azioni:</p> <p>1.1ASP: Pazienti con multicronicità percorsi di cura condivisi e personalizzati-Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS (ASP) 1.2ASP: Sostegno all’isolamento delle famiglie con bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile (ASP) 1.3ASP: “Percorso di cura nel paziente Disabile” (ASP) 1.4ASP. Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all’Anziano Fragile con Demenza (ASP) 1.5ASP: Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (B.E.S. e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione (ASP) 1.6ASP: Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO (ASP) 1a)ASM: Tutela e cura dei pazienti affetti da malattie croniche: realizzazione di un progetto multidisciplinare attraverso la stesura di percorsi condivisi di assistenza per i pazienti con multi-cronicità (ASM) -anno 2018 1b)ASM: "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria. (ASM) 1c)ASM: Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza (ASM) 1d)ASM: Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM) 1e)ASM: Percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito : dalla Prevenzione al trattamento -sperimentazione 2018-(ASM) 1f)ASM: Percorso per la presa in carico e la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio (ASM) 1g)ASM: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- (ASM)</p>
<p>REFERENTE REGIONALE</p>	<p>Ing. Donato Pafundi, D.ssa Rocchina Giacoia, Dott. Giuseppe Montagano; Dr.ssa Maria Luisa Zullo -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-</p>
<p>COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 1 anno 2018</p>	<p>Euro 5.558.119,00</p>
<p>Quota a carico Regione</p>	<p>Euro 0,00</p>

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nel rispetto del previgente Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla Persona ed alla Comunità 2012 – 2015 e dell'Accordo tra Regione Basilicata e Medicina Generale anche in debito conto delle iniziative poste in essere dai Direttori di Distretto, da tempo ha avuto ad obiettivo strategico **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 con interventi adeguati e differenziati giusto livello di rischio. Ciò conformandosi al nuovo concetto di sanità ascrivibile al modello Chronic Care Model (CCM) basato sulla presa in carico del bisogno di salute e di continuità del Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale. Il CCM è un sistema complesso, presuppone un vero e proprio cambiamento della Medicina Generale (si è in attesa della rivisitazione dell'Accordo regionale per l'Assistenza Primaria che regoli le nuove modalità di accorpamento della Medicina Generale / Aggregazioni Funzionali territoriali – AFT e Unità di Cure Complesse Primarie – UCCP).

L'ASP di Potenza con **l'azione 1.1ASP: Pazienti con multicronicità percorsi di cura condivisi e personalizzati -Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS-** (anche in prosieguo dell'azione 5.1 DGR 289/2018 FSN V. anno 2017) ha continuato a sperimentare l'applicabilità di una **Rete Territoriale di presa in carico del paziente** nell'ambito **delle malattie croniche** (previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità). Presa in carico che include un Nucleo di Base delle Equipes (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, Specialisti ove individuati) con la possibilità di integrazione con servizi opzionali/aggiuntivi a seconda delle differenti necessità territoriali.

Il compimento della presente azione:

- **prescrive** l'adozione da parte di tutti i medici di Assistenza Primaria delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici come definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva con applicazione della medicina di iniziativa anche alla vaccinazione antinfluenzale
- **attua la presa in carico nella Rete Territoriale Assistenziale ai fini:**
 - a) **dell'incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza;**
 - b) **dell'incremento della presa in carico del bisogno di salute** con pianificazione dell'attività Clinica Ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati (AMO) su appuntamento (**Day-Service Ambulatoriale territoriale**), per le patologie di **Diabete, BPCO e ASMA, Scompenso cardiaco**, in quanto strumenti idonei per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata;
 - c) **della partecipazione delle persone ad alto rischio** di complicanze o ricoveri correlati all'influenza (soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie, croniche e altre, che aumentano il rischio di complicanze da influenza) alla campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2018 nel periodo 15 ottobre – 31 dicembre 2018 ;

considera il CCM espanso di Kaiser Permanente, di seguito rappresentato, che stratifica la popolazione assistita secondo il livello di rischio al quale corrisponde un determinato percorso assistenziale.

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)



Riguardo alle attività aziendali espletate si evidenzia che nel 2018 si prosegue e si implementa un percorso, iniziato già da qualche tempo grazie ad un progetto pilota “la Medicina d’Iniziativa”, con l’impiego di MMG e i PLS strutturati in una o più Equipes Territoriali di MMG e/o Equipes Semi-strutturate già presenti in alcuni Distretti della Salute (ex USIB) ed in particolare quelli di Lauria, Senise e Venosa.

Primo obiettivo dei medici di Assistenza Primaria è stato l’adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici come definiti dalla Commissione per l’Appropriatezza Prescrittiva. Sono state promosse le attività inerenti gli **Ambulatori Medici Orientati (AMO)** in particolare per il Diabete, ASMA – BPCO e Scompenso Cardiaco. Dal mese di Ottobre 2018 è partita la campagna vaccinale antinfluenzale a cui hanno partecipato i MMG aziendali.

La necessaria **integrazione** ospedale/territorio nei processi di prevenzione-cura e dei percorsi di assistenza ha spinto per l’effettuazione di un’opera di sensibilizzazione con i MMG portando materialmente gli studi medici nelle strutture distrettuali.

L’attivazione dell’ambulatorio sullo Scompenso Cardiaco ha previsto una stretta collaborazione tra le medicine di Gruppo presenti nei Distretti di Melfi e Venosa e gli specialisti Distrettuali.

A ciascun medico componente l’Equipe funzionale è stato riconosciuto, quale quota di partecipazione prevista da contratto

- una quota capitaria annua per la disponibilità all’integrazione che retribuisce l’accettazione della logica interprofessionale (**Medici di Assistenza Primaria**);
- un compenso forfettario mensile per la disponibilità all’integrazione che retribuisce l’accettazione della logica interprofessionale (**Medici di Continuità Assistenziale**).
- Per la partecipazione e per la realizzazione delle finalità previste dall’Equipes semistrutturale una ulteriore quota capitaria annua.

Al referente dell’Equipe di assistenza territoriale, per le funzioni previste dall’art. 10 dell’Accordo, è attribuito un compenso mensile forfettario onnicomprensivo;

Per ogni assenza non giustificata del medico alla riunione dell’Equipe di assistenza territoriale è stata prevista specifica trattenuta stabilita.

ATTIVITÀ SVOLTE DALLE EQUIPES

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

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

Tra questi si sono implementati gli ambulatori dedicati alla BPCO e ASMA, al Diabete e allo Scompenso Cardiaco.

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, mentre nei Distretti di Potenza e Melfi si è maggiormente sviluppata l'azione sulla Medicina d'Iniziativa e sul percorso di presa in carico del paziente affetto da Scompenso Cardiaco .

Temi trattati nelle riunioni di Equipres:

- 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 (diabete, ipertensione e scompenso, bronco-pneumopatie croniche ostruttive, al fine della attivazione degli AMO);
- applicazione delle linee guida e dei percorsi condivisi per "Diabete, Patologie cardiologiche, BPCO, prescrizioni radiologiche, Scompenso Cardiaco " con definizione di procedure semplificate di accesso alle prestazioni ambulatoriali di 2° livello per i pazienti seguiti dai MMG e dagli Specialisti;

I tempi di attesa delle prestazioni vengono monitorati ed aggiornati anche presso la ASP e pubblicati sul sito aziendale mensilmente.

L'attività svolta dai Presidi Distrettuali in accordo con i MMG è anche finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa come previsto in fase progettuale per l'attuazione della metodica RAO con miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

AMO IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO

In Basilicata, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morbi-mortalità, l'Asp ha condiviso il programma regionale che prevede il coinvolgimento dei MMG per: la somministrazione della Carta del Rischio Cardiovascolare Assoluto dell'Istituto Superiore di Sanità alla popolazione residente in età compresa tra i 35 e i 69 anni; il monitoraggio dei soggetti a rischio. Ha poi definito un Piano Attuativo degli obiettivi già fissati con la DGR n.1713/2006 che vede coinvolti tutti gli attori previsti: MMG, Specialisti Territoriali, Responsabili dei Distretti, Responsabile delle Cure Primarie, Responsabile del Dipartimento di Prevenzione. Sono state realizzate le attività formative promosse dalla Regione Basilicata a favore dei MMG.

Con D.G.R. n.418 del 28/03/2007 è stato approvato il Protocollo Attuativo dello Scompenso Cardiaco Cronico in attuazione dei contenuti della Consensus Conference sui "modelli gestionali dello Scompenso Cardiaco" che individua, come modello organizzativo del Percorso Assistenziale del paziente con SCC, la Rete Integrata tra le Strutture e Servizi così da consentire il decentramento delle attività e creare interazione di competenze ottimizzando l'impiego delle risorse in stretta collaborazione e sinergia tra ospedale e territorio.

Per l'anno 2018 si sono previsti :

- la completa funzionalità degli ambulatori anche con riferimento al trattamento dello Scompenso Cardiaco;
- 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 Scompenso Cardiaco afferenti alle strutture territoriali.

ESITI anno 2018

La gestione integrata e multidisciplinare del paziente con Scompenso Cardiaco secondo il modello della Rete Integrata, ha dimostrato evidenti vantaggi riguardo:

- il miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita;
- l'educazione dei pazienti, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia;
- l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione;
- il controllo della progressione della malattia;
- la riduzione dei ricoveri ospedalieri e della mortalità.

E' stato approvato il documento *"Ottimizzazione rete integrata T-H-T – Scompenso cardiaco governance Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo Assistenziale (PDTRA) del paziente con Scompenso Cardiaco Cronico"* unitamente agli allegati in cui lo stesso si sostanzia, predisposto dal gruppo di lavoro del Progetto "Governance dello Scompenso Cardiaco".

Ciò al fine di consentire l'implementazione concreta del nuovo modello di gestione integrata dello Scompenso Cardiaco e l'attivazione della relativa Rete Organizzativa Integrata, composta dalle strutture Dipartimentali dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (Centri Potenza, Venosa), dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (Centri Matera, Policoro) e dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza (Centri Potenza, Melfi, Villa D'Agri, Lagonegro).

Si è pianificato il coinvolgimento ed allineamento tra MMG – Specialisti del Territorio – Specialisti Ospedalieri al fine di garantire: effettiva continuità T-H-T, appropriatezza nella scelta dei setting assistenziali e testimonianza oggettiva della medicina di iniziativa.

E' stato altresì deciso un monitoraggio sistematico, con attivazione di un sistema di auditing periodico nei vari centri e relativo reporting verso le istituzioni delle attività da parte del gruppo di lavoro del Progetto *"Governance dello Scompenso Cardiaco"*, finalizzato a verificare la validità e l'efficacia (specifici indicatori di performance con apposito sw gestionale regionale) del nuovo modello di governance adottato e relativo feedback a garanzia del corretto allineamento tra obiettivi predefiniti e risultati raggiunti.

IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO
Attività' Distrettuali di Riferimento: LAURIA- SENISE- VENOSA- MELFI

Prestazioni Ambulatoriali dal 01.01.2018 al 31.12.2018 (Fonte Cup al 01.01.2019)

Struttura	Srv_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Distretto Melfi	Cardiologia	45	Elettrocardiogramma
Distretto Melfi	Cardiologia	38	Visita cardiologica
Distretto Melfi	Cardiologia	3	Visita cardiologica di controllo
Distretto Melfi	Cardiologia	1	Ecocolordopplergrafia Cardiaca
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	1	Anamnesi E Valutazione, Definite Brevi
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	2071	Ecocolordopplergrafia Cardiaca
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	162	Ecodopplergrafia Cardiaca
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	80	Ecografia Cardiaca
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	3386	Elettrocardiogramma
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	787	Elettrocardiogramma Dinamico: Dispositivi analogici (Holter)
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	28	Monitoraggio Incruento della Saturazione Arteriosa
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	585	Test Cardiovascolare da Sforzo con Pedana Mobile
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	2488	Visita cardiologica
Ospedale Venosa	Cardiologia Medica	978	Visita cardiologica di controllo
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	90	Eco(Color)Doppler dei Tronchi Sovraaortici
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	78	Ecocardiografia
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	51	Ecocolordopplergrafia Cardiaca
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	781	Elettrocardiogramma
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	389	Visita cardiologica
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	114	Visita cardiologica di controllo
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	78	Visita internistica
Poliambulatorio di Senise	Cardiologia Medica	22	Visita internistica di controllo
	Totale	12.256	

AMO BPCO e ASMA 2018

Sono stati attivati specifici ambulatori per BPCO collegati con la U.O.C. di Pneumologia Territoriale della ASP e con quella del PSA di Lagonegro afferente all'AOR San Carlo di Potenza, con messa a disposizione del **Day Service** in Pneumologia, per pazienti affetti da **Asma, Insufficienza Respiratoria Cronica; BPCO stadio III – IV**. Si è altresì realizzato uno specifico **PDTA** per l'ossigenoterapia.

Il **Day Service**, modello ambulatoriale, fornisce ai pazienti inviati dai MMG una serie di indagini chimico-cliniche e strumentali per l'inquadramento diagnostico, il monitoraggio delle eventuali complicanze e la prescrizione terapeutica adeguata. Fruitori sono i pazienti affetti dalle patologie

indicate e nel caso della BPCO, a pazienti con età superiore ai 65 anni che rientrano negli stadi III e IV GOLD.

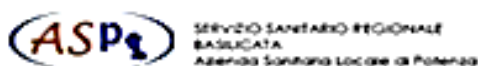
Tra gli obiettivi si ricordano:

-evitare ricoveri impropri in Day Hospital e nel reparto di Broncopneumologia data la risoluzione ambulatoriale dei problemi clinici;

-rispondere 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 bronco-pneumologiche.

Uno studio particolare è stato effettuato sulla patologia cronica ASMA, segno anche di grave **BPCO**.

Si è effettuata la ricerca di iscritti nell'elenco delle esenzioni per patologia codice 007.



MASCHI	N. RegISTRAZIONI Esenzione dal 2006 al 2014	688
	Residenti al 1/1/2015	181.661
	%	0,37%
FEMMINE	N. RegISTRAZIONI Esenzione dal 2006 al 2014	972
	Residenti al 1/1/2015	191.638
	%	0,51%
TOTALE	N. RegISTRAZIONI Esenzione dal 2006 al 2014	1.660
	Residenti al 1/1/2015	373.314
	%	0,44%

Tabella di Confronto fra gli iscritti nella patologia nel periodo 2006-2014 e gli abitanti residenti al 1.1.2015

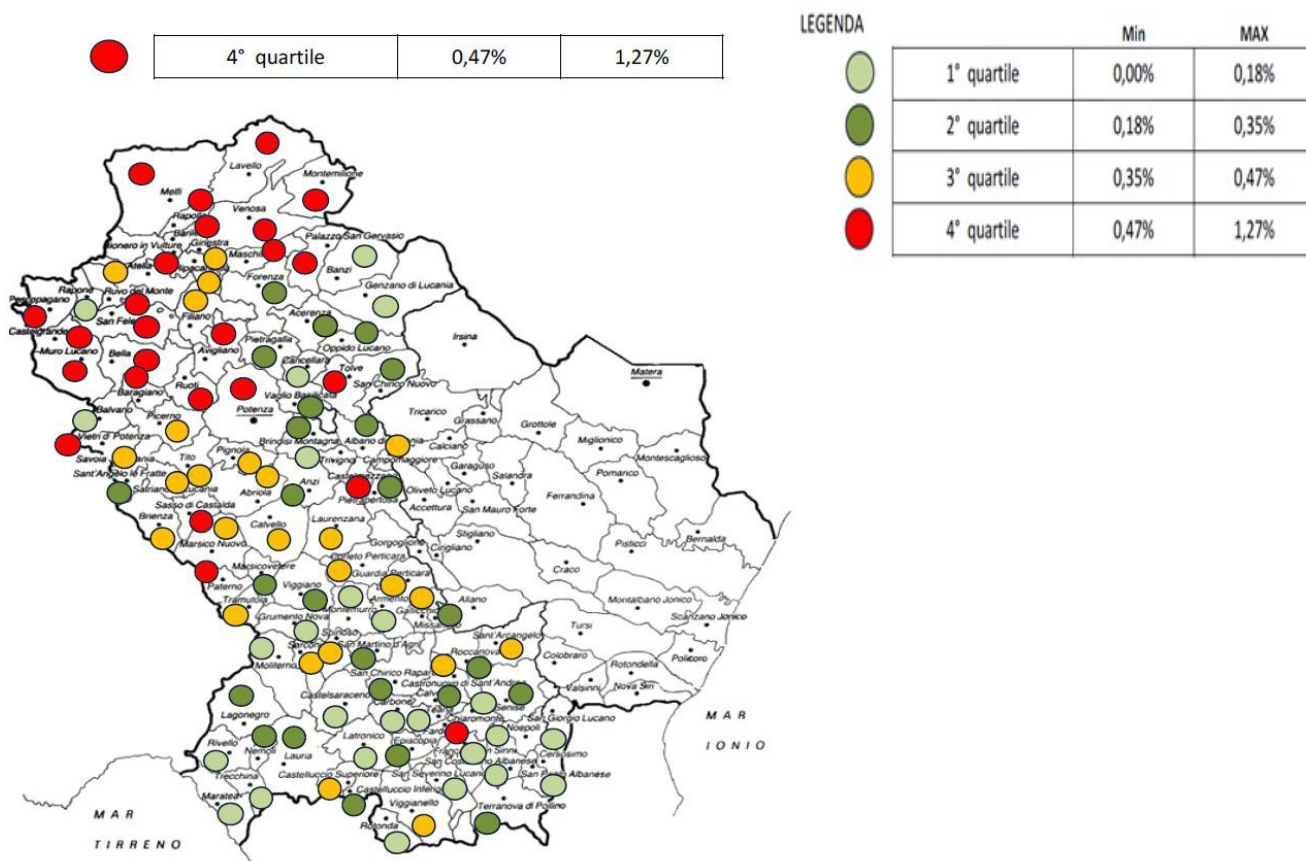
Ancora i cento Comuni appartenenti all'azienda ASP sono stati divisi per quartili di 25 Comuni, con incidenza della patologia in rapporto alla popolazione residente crescente giusta tabella sottostante

	MIN	1°QUARTILE	2°QUARTILE	3°QUARTILE	4°QUARTILE MAX
MASCHI	0,00%	0,18%	0,36%	0,59%	1,21%
FEMMINE	0,00%	0,18%	0,28%	0,41%	1,36%
TOTALI	0,00%	0,18%	0,35%	0,47%	1,27%

Un esame della stessa permette di evidenziare:

nel primo quartile, cioè il blocco che contiene il 25% delle rilevazioni, una percentuale d'incidenza della patologia rispetto alla popolazione residente che raggiunge un massimo del 0,18%; nel secondo quartile che comprende il 50% dei dati rilevati la percentuale varia tra 18% e 35% e viene registrata **una presenza maggiore nei maschi**, cosa che accade anche nel quartile successivo, ossia quello che comprende il 75% della popolazione. Cosa differente avviene nell'ultimo quartile, che interessa la popolazione ricadente nell'ultimo quarto (75% - 100%), in cui si rileva una presenza maggiore del sesso femminile.

Iscritti nella patologia dal 2006 al 2014 con popolazione residente al 01.01.2015



Ad ogni quartile è stato dato un colore diverso. I Comuni contrassegnati con il pallino rosso risultano essere quelli con maggior incidenza di ASMA.

Considerato che la maggior incidenza ricade nell'area NORD della Basilicata, Distretti di Melfi e Venosa, si è intensificato in quell'area la presenza Specialistica Pneumologica e la formazione e rete con i MMG.

Risultati Gennaio /Dicembre 2018

Prestazioni Ambulatoriali dal 01.01.2018 al 31.12.2018 (Fonte Cup Al 01.01.2019)

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ambulatorio Rapone	Pneumologia - 1^ Visita	4	SPIROMETRIA SEMPLICE
Ambulatorio Rapone	Pneumologia - 1^ Visita	6	Visita pneumologica
Ambulatorio Rapone	Pneumologia - Visite di Controllo	41	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ambulatorio Rapone	Pneumologia - Visite di Controllo	43	Spirometria Semplice
Ambulatorio Rapone	Pneumologia - Visite di Controllo	43	Visita pneumologica di controllo
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - 1^ Visita	12	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - 1^ Visita	24	Spirometria Semplice

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - 1^ Visita	23	Visita pneumologica
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - Visite di Controllo	33	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - Visite di Controllo	47	Spirometria Semplice
Ambulatorio San Fele	Pneumologia - Visite di Controllo	48	Visita pneumologica
Distretto Lavello	Pneumologia - 1^ Visita	14	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Lavello	Pneumologia - 1^ Visita	95	Spirometria Semplice
Distretto Lavello	Pneumologia - 1^ Visita	107	Visita pneumologica di controllo
Distretto Lavello	Pneumologia - 1^ Visita - Priorità B	3	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Lavello	Pneumologia - Visite di controllo	71	Spirometria Semplice
Distretto Lavello	Pneumologia - Visite di controllo	83	Visita pneumologica
Distretto Lavello	Pneumologia - Visite di controllo	2	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Lavello	Pneumologia - Visite di controllo	86	Visita pneumologica di controllo
Distretto Rionero	Pneumologia - 1^ Visita - Priorità B	2	Visita pneumologica
Distretto Rionero	Pneumologia - 1^Visita	1	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Rionero	Pneumologia - 1^Visita	57	SPIROMETRIA SEMPLICE
Distretto Rionero	Pneumologia - 1^Visita	65	Visita pneumologica
Distretto Rionero	Pneumologia - Visite di controllo	15	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Rionero	Pneumologia - Visite di controllo	66	SPIROMETRIA SEMPLICE
Distretto Rionero	Pneumologia - Visite di controllo	79	Visita pneumologica di controllo
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Controlli	83	Visita pneumologica di controllo
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Esami	20	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Esami	144	SPIROMETRIA SEMPLICE
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Prime visite	2	SPIROMETRIA SEMPLICE
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Prime visite	1	Visita Pneumologica

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Distretto Villa D'Agri	Pneumologia (Distr) - Prime visite	161	Visita pneumologica
Ospedale Chiaromonte	Pneumologia - Emogas L.P.A.	2	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Ospedale Lauria	Pneumologia - 1^ Visita	1	Visita Pneumologica
Ospedale Lauria	Pneumologia - 1^ Visita	195	Visita pneumologica
Ospedale Lauria	Pneumologia - Emogasanalisi	60	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Ospedale Lauria	Pneumologia - Emogasanalisi	2	Prelievo Di Sangue Arterioso
Ospedale Lauria	Pneumologia - Spirometrie	24	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ospedale Lauria	Pneumologia - Spirometrie	1	Spirometria Semplice
Ospedale Lauria	Pneumologia - Spirometrie	220	Spirometria Semplice
Ospedale Lauria	Pneumologia - Visite di Controllo	137	Visita pneumologica di controllo
Ospedale Maratea	Pneumologia - Emogasanalisi	316	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Ospedale Maratea	Pneumologia - Emogasanalisi	133	Prelievo Di Sangue Arterioso
Ospedale Maratea	Pneumologia - Prime Visite	701	Visita pneumologica
Ospedale Maratea	Pneumologia - Prime Visite	1	Visita pneumologica
Ospedale Maratea	Pneumologia - Spirometrie	182	Spirometria Globale
Ospedale Maratea	Pneumologia - Spirometrie	4	Spirometria Globale Con Tecnica Pletismografica
Ospedale Maratea	Pneumologia - Spirometrie	3	Spirometria Semplice
Ospedale Maratea	Pneumologia - Spirometrie	608	Spirometria Semplice
Ospedale Maratea	Pneumologia - Spirometrie	8	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Ospedale Maratea	Pneumologia - Test del Cammino	6	Test Del Cammino
Ospedale Maratea	Pneumologia - Test di diffusione del C.O.	39	Diffusione Alveolo-Capillare Del Co
Ospedale Maratea	Pneumologia - Visite di Controllo	413	Visita pneumologica di controllo
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	98	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	38	Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	7	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	323	Spirometria Semplice
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	18	Test Del Cammino
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	4	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita	402	Visita Pneumologica

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ospedale Venosa	Pneumologia - 1^ Visita - Priorità B	25	Visita Pneumologica
Ospedale Venosa	Pneumologia - Esami Specialistici	38	Diffusione Alveolo-Capillare Del Co
Ospedale Venosa	Pneumologia - Esami Specialistici	16	Prova Broncodinamica Con Broncocostrittore Specifico o Aspecifico
Ospedale Venosa	Pneumologia - Esami Specialistici	30	Spirometria Globale
Ospedale Venosa	Pneumologia - Esami Specialistici	3	Spirometria Globale Con Tecnica Pletismografica
Ospedale Venosa	Pneumologia - Polisonnogramma	88	Polisonnogramma
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite Di Controllo	389	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite Di Controllo	382	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite Di Controllo	533	Spirometria Semplice
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite Di Controllo	98	Test Del Cammino
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite Di Controllo	1	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Ospedale Venosa	Pneumologia - Visite di Controllo	627	Visita Pneumologica Di Controllo
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	1	Emogasanalisi Di Sangue Capillare O Arterioso
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	323	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	10	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	10	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	1	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	100	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	370	Intradermoreazioni Con Ppd, Candida, Streptochinasi E Mumps (Per Test)
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	7	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	3	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	150	Visita Pneumologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Dispensario	836	Visita Pneumologica Di Controllo
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	4	Diffusione Alveolo-Capillare Del Co

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	8	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	7	Emogasanalisi Di Sangue Capillare O Arterioso
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	23	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	4	Spirometria Globale
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	53	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	1	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	12	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	2	Test Del Cammino
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia - Esami	2	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	25	Diffusione Alveolo-Capillare Del Co
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	15	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	79	Emogasanalisi Di Sangue Capillare O Arterioso
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	372	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	24	Spirometria Globale
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	657	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	4	Test Del Cammino
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	3	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Controlli ed esami	786	Visita Pneumologica Di Controllo
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	30	Diffusione Alveolo-Capillare Del Co
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	92	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	106	Emogasanalisi Di Sangue Capillare O Arterioso
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	11	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	162	Spirometria Globale
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	1	Spirometria Semplice

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	4	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	880	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	18	Test Del Cammino
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	14	Test Di Broncodilatazione Farmacologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	2	Visita Pneumologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	4	Visita Pneumologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Prime visite ed esami	1258	Visita Pneumologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Visite Domiciliari	12	Emogasanalisi Di Sangue Capillare O Arterioso
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Visite Domiciliari	2	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Visite Domiciliari	28	Visita Pneumologica
Poliambulatorio Potenza	Pneumologia 1 - Visite Domiciliari	24	Visita Pneumologica Di Controllo
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Controlli	200	Visita Pneumologica Di Controllo
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Esami	33	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Esami	93	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Esami	281	Spirometria Semplice
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Prick test	25	Test Percutanei E Intracutanei A Lettura Immediata (Fino A 12 Allergeni)
Poliambulatorio Sant'Arcangelo	Pneumologia - Visite	182	Visita Pneumologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	71	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	12	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	1	Spirometria Semplice
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	291	Spirometria Semplice
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	3	Test Del Cammino
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	338	Visita Pneumologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita	1	Visita Pneumologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - 1^ Visita Priorità B	2	Visita Pneumologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - Visite di controllo	157	Emogasanalisi Arteriosa Sistemica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - Visite di controllo	352	Monitoraggio Incruento Della Saturazione Arteriosa

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - Visite di controllo	454	Spirometria Semplice
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - Visite di controllo	113	Test Del Cammino
Servizi ASP Ospedale Melfi	Pneumologia - Visite di controllo	505	Visita Pneumologica Di Controllo
	totali	17.311	

AMO DIABETE

Nel corso dell'anno 2018 sono continuate le azioni collegate da un lato alla attivazione degli ambulatori diabetici su tutto il territorio e dall'altro a quello più specifico e multidisciplinare del piede diabetico a Maratea. Sono altresì proseguiti gli impegni con i MMG circa la Medicina di Iniziativa per modificare gli stili di vita della popolazione. Da Ottobre 2018 si è attuato uno specifico progetto di prevenzione delle complicanze del diabete ed in particolare sulla retinopatia diabetica con attività di screening su tutto il territorio aziendale nei confronti della popolazione diabetica conosciuta. Si è interessato dapprima il territorio di Potenza e di quel Distretto della Salute, con successivo allargamento a tutto il territorio Provinciale ASP.

Risultati Periodo Gennaio – Dicembre 2018

Prestazioni Ambulatoriali dal 01.01.2018 al 31.12.2018 (Fonte Cup al 01.01.2019)

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ambulatorio Rapone	Diabetologia - 1^ Vista Diabetologica	14	Visita diabetologica
Ambulatorio Rapone	Diabetologia - Visite di Controllo	13	Visita diabetologica di controllo
Ambulatorio Rapone	Endocrinologia - 1^ Visita	15	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ambulatorio Rapone	Endocrinologia - 1^ Visita	19	Visita endocrinologica
Ambulatorio Rapone	Endocrinologia - Visite di Controllo	31	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ambulatorio Rapone	Endocrinologia - Visite di Controllo	34	Visita endocrinologica di controllo
Ambulatorio San Fele	Diabetologia - 1^ Visita	33	Visita diabetologica
Ambulatorio San Fele	Diabetologia - Visite di controllo	1	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Ambulatorio San Fele	Diabetologia - Visite di controllo	41	Visita diabetologica di controllo
Ambulatorio San Fele	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	40	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ambulatorio San Fele	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	51	Visita endocrinologica
Ambulatorio San Fele	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	87	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ambulatorio San Fele	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	100	Visita endocrinologica di controllo
Distretto Genzano di Lucania	Diabetologia - 1^ Visita	18	Visita diabetologica
Distretto Genzano di Lucania	Diabetologia - Diabete Gestazionale - 1^ Visita e contr	1	Visita diabetologica di controllo
Distretto Genzano di Lucania	Diabetologia - Visita diabet per certificazioni patenti	7	Visita diabetologica

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Distretto Genzano di	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	1	Visita diabetologica
Distretto Genzano di Lucania	Diabetologia - Visite di controllo	118	Visita diabetologica di controllo
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	25	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	32	Visita endocrinologica
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	122	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	235	Visita endocrinologica di controllo
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	3	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Genzano di Lucania	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	5	Visita endocrinologica
Distretto Lavello	Diabetologia - 1^ Visita	52	Visita diabetologica
Distretto Lavello	Diabetologia - Diabete Gestazionale - 1^ Visita e Contr	1	Visita diabetologica
Distretto Lavello	Diabetologia - Diabete Gestazionale - 1^ Visita e Contr	1	Visita diabetologica di controllo
Distretto Lavello	Diabetologia - Visita diabet per certificazioni patenti	8	Visita diabetologica
Distretto Lavello	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	7	Visita diabetologica
Distretto Lavello	Diabetologia - Visite di controllo	23	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Distretto Lavello	Diabetologia - Visite di controllo	30	Valutazione Della Soglia Di Sensibili
Distretto Lavello	Diabetologia - Visite di controllo	351	Visita diabetologica di controllo
Distretto Lavello	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	36	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Lavello	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	46	Visita endocrinologica
Distretto Lavello	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	142	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Lavello	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	314	Visita endocrinologica di controllo
Distretto Lavello	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	4	Visita endocrinologica
Distretto Rionero	Diabetologia - 1^ Visita	358	Visita diabetologica
Distretto Rionero	Diabetologia - Diabete Gestaz.1^ Visita e controllo	9	Visita diabetologica
Distretto Rionero	Diabetologia - Diabete Gestaz.1^ Visita e controllo	5	Visita diabetologica di controllo
Distretto Rionero	Diabetologia - Visita diabet. per certificazioni patenti	58	Visita diabetologica

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Distretto Rionero	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	48	Visita diabetologica
Distretto Rionero	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	14	Visita diabetologica di controllo
Distretto Rionero	Diabetologia - Visite di controllo	483	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Distretto Rionero	Diabetologia - Visite di controllo	1	Esame Del Fundus Oculi
Distretto Rionero	Diabetologia - Visite di controllo	96	Valutazione Della Soglia Di Sensibilita' Vibratoria
Distretto Rionero	Diabetologia - Visite di controllo	983	Visita diabetologica di controllo
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Terapia Educazionale	34	Terapia educativa dell'obeso
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	151	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	175	Visita endocrinologica
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Ago aspirato	83	Biopsia [Percutanea] [Agobiopsia] Della Tiroide (Materiale Agoaspirato)
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Esami Istocitopatologici	4	Biopsia [Percutanea] Eco-Guidata [Agobiopsia] Della Tiroide (Materiale Agoaspirato)
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Esami Istocitopatologici	62	Es. Citologico Da Agoaspirazione, Nas
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Esami Istocitopatologici	2	Es. Istocitopatologico Sistema Endocrino: Agobiopsia Tiroidea
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Esami Istocitopatologici	35	Esame Citologico da AgoaspiratoNas su Strato Sottile
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	331	Ecografia Della Tiroide-Paratiroidi
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	391	Visita Endocrinologica Di Controllo
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	10	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Distretto Rionero	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	10	Visita endocrinologica
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - 1^ Visita	75	Visita diabetologica
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visita diabet per certificazioni patenti	14	Visita diabetologica
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente-	1	Visita diabetologica
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente-	2	Visita diabetologica di controllo
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visite di controllo	43	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visite di controllo	82	Esame del Fundus Oculi
Ex Ospedale Pescopagano	Diabetologia - Visite di controllo	233	Visita Diabetologica Di Controllo
Ex Ospedale Pescopagano	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	33	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ex Ospedale Pescopagano	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	58	Visita endocrinologica
Ex Ospedale Pescopagano	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	101	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ex Ospedale Pescopagano	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	115	Visita endocrinologica di controllo
Ospedale Venosa	Diabetologia - 1^ Visita - Mattina	111	Visita diabetologica
Ospedale Venosa	Diabetologia - 1^ Visita - Pomeriggio	18	Visita diabetologica
Ospedale Venosa	Diabetologia - Altre Prestazioni	55	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Ospedale Venosa	Diabetologia - Altre Prestazioni	67	Valutazione Della Soglia Di Sensibilita' Vibratoria
Ospedale Venosa	Diabetologia - Diabete Gestaz - 1^ Visita e Contr	2	Visita diabetologica
Ospedale Venosa	Diabetologia - Visita diabet per certificaz. pazienti	28	Visita diabetologica
Ospedale Venosa	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	19	Visita diabetologica
Ospedale Venosa	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	9	Visita diabetologica di controllo
Ospedale Venosa	Diabetologia - Visite di controllo - Mattina	783	Visita diabetologica di controllo
Ospedale Venosa	Diabetologia - Visite di controllo - Pomeriggio	146	Visita diabetologica di controllo
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita - Mattina	127	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita - Mattina	168	Visita endocrinologica
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita - Pomeriggio	14	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita - Pomeriggio	16	Visita endocrinologica
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di contr. Mattina	451	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di contr. Mattina	1	Visita dietologica di controllo
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di contr. Mattina	944	Visita endocrinologica di controllo
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di contr. Pomerig.	34	Ecografia della tiroide-paratiroidi

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di contr. Pomerig.	66	Visita endocrinologica di controllo
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	16	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Ospedale Venosa	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	28	Visita endocrinologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - 1^ Visita	12	Valutazione Della Soglia Di Sensibilita' Vibratoria
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - 1^ Visita	136	Visita diabetologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Diabete Gestaz. Visite di controllo	5	Visita diabetologica di controllo
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Diabete Gestazionale - 1^ Visita	8	Visita diabetologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visita diabet per certificazioni patenti	34	Visita diabetologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visita Diabetologica- Urgente	24	Visita diabetologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	8	Visita diabetologica di controllo
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visite di controllo	172	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visite di controllo	25	Valutazione Della Soglia Di Sensibilita' Vibratoria
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visite di controllo	455	Visita diabetologica di controllo
Servizi ASP Ospedale Melfi	Diabetologia - Visite di controllo L.P.A.	1	Visita diabetologica di controllo
Servizi ASP Ospedale Melfi	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	67	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Servizi ASP Ospedale Melfi	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	77	Visita endocrinologica
Servizi ASP Ospedale Melfi	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	128	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Servizi ASP Ospedale Melfi	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	165	Visita endocrinologica di controllo
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - 1^ Visita	15	Visita diabetologica
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - Visita diabet per certificazioni patenti	2	Visita diabetologica
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	5	Visita diabetologica
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - Visita Diabetologica Urgente	3	Visita diabetologica di controllo
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - Visite di controllo	1	Eco(Color)Dopplergrafia Distrettuale - Arteriosa
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Diabetologia - Visite di controllo	106	Visita Diabetologica Di Controllo

Struttura	Uo_Descrizione	N Prest	Prs_Descrizione
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	18	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - 1^ Visita	22	Visita endocrinologica
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	80	Ecografia della tiroide-paratiroidi
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite di controllo	142	Visita endocrinologica di controllo
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	2	Ecografia della tiroide-paratiroid
Sub-Distretto Palazzo San Gervasio	Endocrinologia (C.A.D.) - Visite Priorità B	3	Visita endocrinologica
	tot. prestazioni	10.980	

E' l'ASP di Potenza che con l'azione **1.2ASP: Sostegno all'isolamento delle famiglie con bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile (ASP)** - referente aziendale dr Rocco Orofino - (anche in prosieguo dell'azione **5.6** inserita nel progetto 5 Cronicità- **DGR 289/2018-FSN** anno 2017) si è occupata della **presa in carico dei minori malati cronici** continuando nell'azione di sostegno alle famiglie dei bambini affetti da malattie croniche gravi ed inguaribili del territorio aziendale; attuando occasioni di ascolto, di incontro e condivisione di problemi al fine di contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale. Obiettivo: sostenere i genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza, informazioni e nello stesso tempo offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto con coinvolgimento del volontariato in un progetto comune.

Attività realizzate nel corso dell'anno (da relazione Asp):

1. Consulenza psicologica assicurata a tutti i minori e le loro famiglie da parte di una psicologa psicoterapeuta formata in cure palliative pediatriche (cpp), con presa in carico dei minori e dei componenti familiari.
2. Colloqui con la coppia genitoriale per la condivisione e la gestione delle conflittualità della coppia, della famiglia e della rete parentale con interventi dell'assistente sociale per problematiche lavorative e finanziarie della famiglia, con il coinvolgimento delle realtà associative operanti sul territorio.
3. Realizzazione di un momento formativo, organizzato insieme con l'Associazione Maruzza Basilicata, con docenti esperti in gestione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto al quale hanno partecipato operatori e genitori e durante il quale si è proceduto ad individuare gli operatori motivati per la gestione dei gruppi stessi.
4. Tutoraggio del gruppo di operatori con l'obiettivo di proseguire la formazione specifica su gruppi di autoaiuto tra genitori, a livello domiciliare, con lo scopo di favorire lo scambio di informazioni tra le famiglie, la condivisione dei problemi e delle esperienze, al fine di favorire l'empowerment (autonomia/emancipazione) della famiglia stessa.
5. Organizzazione di altri incontri formativi volti anche a realizzare una 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.

INDICATORI NUMERICI

- **Indicatori quantitativi**

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

Su 44 famiglie in carico hanno aderito 22 coppie genitoriali ai gruppi di auto-mutuo-aiuto

N° di gruppi che vengono organizzati in un anno

Si è dato l'avvio a tre gruppi, uno nell'ambito territoriale del potentino, uno nel vulture-melfese ed uno nel lagonegrese.

N° di operatori che aderiscono al progetto.

Al progetto hanno aderito 11 operatori

- **Indicatori qualitativi**

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

La diagnosi di malattia grave per un membro familiare, in particolare per un figlio, è da considerarsi un evento traumatico che minaccia l'unità della famiglia e che crea cambiamenti importanti nella sua struttura e nel suo funzionamento. Nasce la necessità del Gruppo di Sostegno il cui scopo primario è quello di fornire aiuto e supporto ai genitori nel trattare i loro problemi e nel migliorare le loro capacità psicologiche e comportamentali. Nonostante le oggettive difficoltà, vi è stata una discreta presenza di genitori, che ha portato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

-confronto che porta alla condivisione del problema;

-maggiore sicurezza;

-accettazione reciproca;

-espressione di sentimenti ed emozioni;

-riduzione dell'isolamento sociale;

-aumento dell'empowerment individuale inteso come processo finalizzato allo sviluppo dell'autoefficacia e dell'autoconsapevolezza nella gestione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi della salute personale.

Sempre l'ASP di Potenza , con l'azione **1.3ASP: “Percorso di cura nel paziente Disabile”** -(anche in prosieguo progetto Azione 5.9 DGR 289/2018 anno 2017) -responsabile aziendale dott. Nicola De Rosa-, **ha inteso ottimizzare** i servizi riabilitativi esistenti sul territorio aziendale favorendo una maggiore integrazione tra Medici Ospedalieri, Specialisti Territoriali, Medici di Medicina Generale(MMG), operatori delle cure domiciliari ed operatori operanti nelle strutture accreditate ASP. Il tutto **al fine di rendere le cure** più accessibili, tempestive, appropriate ed efficaci anche in considerazione di quanto già consolidato nelle annualità pregresse circa l'implementazione del modello organizzativo del Percorso di Cura del Paziente Disabile (ricovero in acuto, dimissione, presa in carico territoriale-domiciliare o residenziale e conclusione del processo riabilitativo.

Il percorso di attività nel corso dell'anno si è sviluppato attraverso

- l'Analisi della domanda di riabilitazione ed il 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
- la predisposizione di programmi riabilitativi per i pazienti visitati e comunicazione al MMG.
- Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato. Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico

dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili.

- Applicazione e miglioramento dei protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio Distrettuale di Lauria con successivo monitoraggio.
- Rilevazione dei pazienti presi in carico in apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti.

Riguardo agli esiti

- si è provveduto ad applicare e migliorare i protocolli organizzativi ed operativi del reparto di riabilitazione secondo quanto pianificato;

- alla dimissione i pazienti vengono accompagnati, in carrozzina se necessario, a ritirare nella farmacia ospedaliera il primo ciclo di terapia e quindi al mezzo di trasporto che li condurrà al domicilio. In caso di necessario intervento ADI si provvede al contatto fornendo tutte le indicazioni per il prosieguo dei trattamenti riabilitativi a domicilio. Vengono altresì compilate richieste specifiche nel caso il trattamento riabilitativo domiciliare venga effettuato da altri centri a cui seguono i relativi controlli a distanza.

Vengono altresì prescritti eventuali ausili fornendo informazioni relative alle procedure da mettere in atto per la loro fornitura e per il collaudo, in tempi brevi, appena gli stessi saranno in loro possesso. Sempre alla dimissione i pazienti vengono inseriti in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa a domicilio e per eventuali controlli sul territorio. E' in uso un registro sul quale vengono appuntate, rigorosamente in ordine cronologico, le richieste di ricovero con i dati anagrafici, la patologia in atto e la presumibile data di arrivo. Ci si interfaccia telematicamente con gli operatori della Centrale di Dimissione dell'A.O.R. San Carlo di Potenza.

I dati riguardanti i trattamenti riabilitativi al 31-12-2018 nei distretti di Melfi e di Venosa sono in linea con quelli del 2017.

I dati riguardanti le visite fisiatriche ed i tempi di attesa per le stesse, paragonabili al 2017 per il primo trimestre 2018, sono leggermente peggiorati nel 2° semestre per la prolungata assenza del professionista incaricato (infortunio) e la necessaria rimodulazione delle attività.

Visite fisiatriche: Venosa: n.522 , Melfi: n.569 , Rionero: n.367 , Genzano: n.117.

Commissione UVBR : pratiche visionate: n.1349 , riunioni della commissione: n.50 , pazienti visitati: n.90 , visite per rogatoria di pazienti residenti fuori regione ma ospitati nelle strutture: n.38.

L'aumento del n° di soggetti anziani determina ripercussioni sulla salute pubblica: si registra la crescita delle patologie cronico degenerative e tra queste le neurologiche con incremento esponenziale negli over 60enni delle patologie involutive cerebrali. La popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia (rapporto CEIS 2009) e vive una realtà regionale abbastanza disomogenea (fisica e logistica) che sicuramente aggrava la possibilità di assicurare diversi servizi ai soggetti affetti dalle sopra dette patologie. L'azienda Sanitaria di Potenza, in linea con le direttive Nazionali e regionali in tale ambito, nel corso del 2018, con l'azione **1.4ASP. Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile con Demenza** - referente aziendale dr.ssa Valeria Panetta - anche in prosieguo del progetto azione 5.12 DGR 289/2018 FSN 2017- ha continuato a fronteggiare le diverse e complesse esigenze sanitarie dell'anziano fragile con garanzia di continuità delle cure nel tempo e sul territorio. Si premette che con l'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 aveva individuato **3 UVA (Unità di Valutazione Alzheimer)** una delle quali operante all'interno della UO - CEIMI del Presidio Ospedaliero di Venosa (ASP). Quest'ultimo **UVA** nei suoi primi 10 anni di attività ha garantito lo studio ed il trattamento della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio dell'ASP - ex ASL 1 – costituendone punto di riferimento per i pz, i familiari, i MMG. Sempre in risposta al bisogno di salute degli anziani, territorio di Venosa, è stato costituito (sin dal 2000) un modello di Rete governato dal **Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento (CE.I.M.I.)** quale punto

privilegiato di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa dell'Azienda in tema di assistenza agli Anziani.

Fanno parte della **UOC- CE.I.M.I.** – gli

A) Ambulatori:

1. *UVA Unità Valutazione Alzheimer e Demenze,*
2. *Geriatría,*
3. *Neurologia*
4. *Reumatologia,*
5. *Malattie osteometaboliche con MOC - Densitometria ossea,*
6. *Ecocolordoppler arterioso,*
7. *Monitoraggio pressorio 24 ore-ABPM.*

dal 4 gennaio 2016, anche la Struttura di

B) Lungodegenza post acuzie, allocata al 2° piano del POD di Venosa
e dal 1 dicembre 2015

C) Il Nucleo Alzheimer

La metodologia di lavoro introdotta (Intervento Preventivo, Intervento Curativo; Intervento Riabilitativo, Mantenimento) prevede che ogni paziente candidato alle cure sia preventivamente sottoposto a Valutazione Multidimensionale (VMD) per: l'identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali, programmare l'intervento assistenziale, ottimizzare l'allocazione delle risorse, ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari. Attraverso l'articolazione funzionale Centro Demenze, con la sua *Unità Valutativa Alzheimer*, il CE.I.M.I. completa lo screening, iniziato dal medico di famiglia, che formula il sospetto diagnostico relativo al deficit cognitivo; effettua la conferma diagnostica e la diagnosi differenziale tramite l'ambulatorio dedicato; prende in carico la persona affetta da demenza e la segue lungo il successivo percorso terapeutico farmacologico e/o riabilitativo attraverso una delle seguenti opzioni: Ambulatorio per le rivalutazioni e controlli, Nucleo Alzheimer ADP, ADI, RSA.

L'Ambulatorio ex UVA (o CDCD) costituisce l'unico punto di riferimento per i familiari per la risoluzione dei complessi problemi che attengono la gestione del pz demente (non solo Alzheimer) dalla diagnosi alla terapia e nelle fasi più tardive di malattia la gestione dei subentranti disturbi psico-comportamentali.

Nei quasi diciotto anni di attività è stato screenato il 12% della popolazione ultrasessantenne nel territorio della ex ASL 1 territorio di Venosa.

Dati relativi alla attività dell'Ambulatorio UVA nell'anno 2018

ANNI	I VISITE	CONTROLLI	VISITE TOTALI	Totale prestazioni*
2000-2018	n. 6.000	7.512	13.512	-----
2018	584 n. prestazioni* 3132	554 n. prestazioni* 685	1138 n. prestazioni* 1657	5474

Nel corso della valutazione sono state

- somministrate le seguenti Prestazioni*:

- test di intelligenza
- test per il deterioramento e lo sviluppo intellettuale
- test della memoria

- test delle funzioni esecutive
- test delle abilità visiospaziali
- Visita Geriatrica

- eseguite le seguenti diagnosi:

DIAGNOSI	TOT
Deterioramento cognitivo	50
Demenza mista	150
MCI	60
M. di Alzheimer	260
S. depressiva	24
Non deteriorato	14
S. ansioso depressiva	16
Demenza fronto temporale	1
Oligofrenia	1
Parkinson demenza	8
totale	584

I pz individuati portatori delle patologie elencate continuano ad essere seguiti nel tempo dalla struttura attraverso l' UVA, trait d'union col territorio, che costituisce un centro di coordinamento delle attività rivolte ai pz dementi e alle famiglie. Vi è da dire che il sostegno al malato e alle famiglie passa anche attraverso la gestione delle opportunità previdenziali assistenziali e fiscali che le leggi dello Stato mettono a disposizione. Mediante la Valutazione Multidimensionale Geriatrica: (visita specialistica volta all'accertamento del grado di autosufficienza e disabilità attraverso la esplorazione degli ambiti clinici, cognitivi, omportamentali 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).

Nel 2018 si sono effettuate n.164 Valutazioni Multidimensionali (VMD).

II NUCLEO SPECIALE ALZHEIMER di Venosa

La malattia di Alzheimer, forma di demenza, è una patologia dagli effetti devastanti per chi ne è colpito, per la famiglia e per la intera società. Il rapporto OMS 2012 l'ha individuata come una "**priorità mondiale di salute pubblica**" (nel mondo ogni 3,2 sec si verifica un nuovo caso di Demenza a cui far fronte). In Italia le patologie dementigene sono tra le priorità sanitarie (Piano Nazionale demenze 30-10-2014), dai dati dell'Osservatorio Nazionale Demenze - Istituto Superiore di Sanità - in Basilicata vi sono circa

- 124.658. persone anziane,
- 12.000 persone con demenza, di cui oltre 6.000 malate di Alzheimer
- 30.000 persone coinvolte nell'assistenza

L'ASP di Potenza al fine di adeguare, razionalizzare e ove possibile potenziare la rete dei servizi dedicata a tali patologie ha elaborato un Protocollo Operativo Interaziendale - **Attivazione della rete delle demenze** che è in fieri e che ha visto concretizzarsi una parte di esso attraverso l'apertura nell'Ottobre 2015 del **Nucleo Alzheimer (NA)** all'interno dell'Ospedale Distrettuale di Venosa. Il **NA**, primo ed al momento unico centro Alzheimer pubblico in Basilicata, ha lo scopo di assicurare la migliore qualità di vita possibile al paziente, di dare un supporto adeguato alle famiglie e di essere punto di raccordo tra i servizi ospedalieri e del territorio, i MMG, le strutture sociali dei comuni, le associazioni di volontariato.

Il NA comprende:

una **Struttura residenziale** con 10 posti letto -cod. di attività R2D- con una "offerta residenziale h 24 a persone con demenza senile nelle fasi intermedie di malattia per un max 90 giorni di degenza
una **Struttura semiresidenziale** con 10 posti - cod. di attività SR2D- con una "offerta semiresidenziale (ore 9.00-18.00) a persone con Demenza Senile e Disturbi del Comportamento rilevanti ma in grado di trarre profitto da un intervento estensivo limitato nel tempo e per i quali la famiglia ha ancora risorse ed è fortemente motivata a mantenere il malato a domicilio".

Organizzazione: vi si accede tramite una Proposta di Accesso, con precisazione della tipologia di servizio scelto (residenziale/semiresidenziale), effettuata dal MMG del paziente su segnalazione: a) - del familiare/caregiver; b) dell'ADI; c) dell'assistente sociale del comune; f) dello specialista ospedaliero. Accesso consentito in seguito a Valutazione a cura della UVI (Unità di Valutazione Integrata). Viene utilizzato apposito modulo di domanda reperibile direttamente al Centro oppure sul sito aziendale ASP con consegna diretta al Nucleo Alzheimer o con utilizzo di indirizzo di posta elettronica dedicato e o fax.

Dati attività anno 2018:

-partecipazione al corso dedicato all'aggiornamento dei Volontari AVO tenutosi il 3 dicembre nella sala auditorium dell'Ospedale S. Francesco di Venosa;

-partecipazione alla XXV Giornata Mondiale Alzheimer con un open day all'interno del quale è stato possibile effettuare uno screening (effettuati: MMSE e Parole di Ray) per la individuazione dei disturbi della memoria ed è stato inaugurato un box per la rilevazione anche in forma anonima, di proposte, considerazioni o emozioni in forma scritta da parte di familiari e caregiver (la scatola dei ricordi); proiezione di video; apertura del Nucleo a tutti coloro che avessero interesse a conoscere la malattia, le opportunità offerte dalla struttura e le modalità di accesso alle cure;

-sono stati realizzati, con l'ausilio della psicologa del distretto, incontri mensili con i familiari (in forma di Alzheimer caffè) per favorire la socializzazione, per supportare il familiare nella difficile gestione del pz demente attraverso la più idonea educazione (febbraio 7 e 21, marzo 7 e 28, 16 maggio, 6 giugno, 18 luglio, 10 e 24 ottobre, 7 e 28 novembre, 19 dicembre);

-creazione di un opuscolo dedicato a familiari e caregiver di pz con demenza complicata da disturbi del comportamento " *10 punti per una buona assistenza al pz con demenza*" ove vengono esplicitati i comportamenti più idonei da adottare in presenza dei più comuni disturbi psico-comportamentali che insorgono nelle varie fasi di malattia;

-al fine di favorire l'integrazione e rafforzare i delicati rapporti che intercorrono nelle dinamiche familiari, sono stati organizzati, con associazioni di Volontariato parenti ed operatori, eventi incontro (es festa di Carnevale del martedì grasso, incontro per il Natale, feste per i compleanni dei pz ricoverati presso la struttura);

- programmati incontri con gli operatori assistenti sociali dei Comuni di Lavello e Palazzo S.G.

-è stato attivato un servizio dedicato allo screening preventivo della malattia di Alzheimer con l'apertura di uno sportello presso il POD di Venosa e presso i punti salute di Palazzo SG e Lavello secondo un calendario pubblicato.

Dati relativi alla richiesta di ammissione dei pz al N. A:

n° richieste pervenute	Totale 66	idei	Non idei	Con riserva	In attesa di valutazione
Maschi	33 (di cui 7 semiresidenziali)	23 Di cui 3 rifiuto ricovero dopo valutazione	1 (per mancato rispetto dei criteri di inserimento nel Nucleo)	3 (non presentatisi alla UVI) 3 (non pervenuti a visita successiva) 1 rifiuto dopo UVI	0
femmine	33 (di cui 7 semiresidenziali)	26 di cui 1 rifiuta ricovero (per motivi familiari)	0	4 (non presentate alla UVI) 2 rifiuto dopo UVI	1

Dati attività anno 2018

Cod.	Descrizione intervento	numero pazienti	Giornate di degenza
R2D	Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziale)	35	1387

Cod.	Descrizione intervento	numero pazienti	Giornate di degenza
SR2D	Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Semi Residenziale)	13	887

Sono stati ricoverati in Lungodegenza medica:

26 pz con diagnosi di demenza di cui 5 trasferiti in altro ospedale per acuti

12 inseriti in ADI

1 inviata al Nucleo Alzheimer

1 inviato in RSA

3 dimessi a domicilio

Sempre l'ASP con l'azione 1.5ASP: **Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (B.E.S. e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione** – annualità 2018 anche in prosieguo del P/Azione 5.17 DGR 289/2018 - referente aziendale dr.ssa Lucia Venezia- ha operato per la gestione delle problematiche legate alla cura dell'autismo e dei disturbi del linguaggio in quanto patologie necessitanti di diagnosi precoce ai fini di un trattamento tempestivo dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti sia in fase prescolare che nel primo ciclo di istruzione. Interventi che, rientranti nei BES (Circ. Min. dic.2012), richiedono particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di azioni da dedicare in ambiente scolastico. L'azienda pertanto ha organizzato una Rete Territoriale Integrata di Assistenza con garanzia di interventi omogenei sul territorio di riferimento. Un'equipe specializzata, una per territorio, (totale 3 ambiti: Vulture-Melfese, Potenza e Lagonegrese considerato un totale di 772 scuole ed una popolazione scolastica di circa 66.301 alunni del primo ciclo di scolarità) si affianca al personale che si interessa dell'integrazione scolastica con un lavoro specifico di tipo sociosanitario nelle strutture territoriali ed un lavoro direttamente in ambiente scolastico.

Compito primario: 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). Sono previsti: **a) obiettivi generali**, da perseguire in due fasi nell'arco di due anni, con attività dedicate alla formazione dei pediatri e del personale scolastico interessato (*1fase*); alla creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e del comportamento; alla formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà; alla formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità e valutazione con test specifici di follow-up circa l'efficacia delle terapie riabilitative indicate (*2fase*); **b) obiettivi specifici** valutabili semestralmente quali: osservazione sistematica 1; osservazione sistematica 2; definizione di linee guida per la riabilitazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti ed altro.

Attività realizzate nell'anno 2018

E' dal marzo 2017 che il Servizio di NPI sta svolgendo l'attività di Day Service per i Disturbi Specifici di Apprendimento(DSA) (deliberaz.DG ASP n. 2017/00054 del 03/02/2017)si è cercato di semplificare il percorso diagnostico attraverso agende interne in modo da gestire gli approfondimenti tra gli operatori non più tramite CUP, per i giorni dedicati a questa specifica attività dagli operatori coinvolti, al fine di ridurre i tempi di attesa e fornire così una risposta più rapida agli utenti. Nel D.S. sono erogati i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC): un insieme di prestazioni multidisciplinari e integrate mirate alla gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico, erogato in un arco temporale ristretto che si conclude con la stesura di una relazione clinica riassuntiva finale. La diagnosi nosografica di DSA è effettuata all'interno di un'équipe multi-professionale, integrata da altri professionisti sanitari in funzione delle difficoltà del bambino e modulabile in base alle fasce di età.

Tali procedure sono applicabili solo ai cittadini residenti nel territorio dell'A.S.P. con previsione dell'estensione delle stesse anche ai cittadini di altre Aziende Sanitarie subordinatamente alla sottoscrizione di apposita convenzione.

Gli utenti seguiti in Day-Service nel periodo Gennaio –Dicembre 2018 sono stati 157.

Per ogni paziente sono state erogate le seguenti prestazioni previste dai PAC:

Codici Ministeriali Prestazioni erogate

89.7	Visita neuropsichiatrica infantile (prima visita)
94.01.1	Somministrazione di test di valutazione cognitiva
93.05.9	Valutazione dei disturbi comunicativi a maggiore complessità
94.19.2	Valutazione psicodiagnostica individuale

95.02/89.7 Visita oculistica in età scolare / visita ORL

94.12.1 Visita neuropsichiatrica infantile di controllo

Le ore lavorative settimanali dedicate da ciascun operatore per le attività di Day Service sono le seguenti:

Ambulatorio di NPI	18 ore
Ambulatorio di Psicoterapia 1	18 ore
Ambulatorio di Psicoterapia 2	18 ore
Ambulatorio di Logopedia 1	18 ore
Ambulatorio di Logopedia 2	18 ore

in collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia, si è svolta attività di informazione presso le scuole rivolte a docenti e genitori.

Il servizio, inoltre, ha continuato la collaborazione per un'attività di ricerca con l'ambulatorio Klinefelter, evidenziando percorsi per la valutazione di casi associati ai disturbi dell'apprendimento. Si è proseguita l'attività di consulenza con Enti Scolastici, con i Servizi socio Assistenziali dei Comuni dei vari territori; con il Reparto di Pediatria dell'Azienda Ospedaliera San Carlo; con il CDA (Centro Disturbi Alimentari) di Chiaromonte, con il Centro per l'Autismo, con l'U.V.B.R. Aziendale e con Aziende Sanitarie extraregionali; con il Tribunale per i Minori. In merito a quest'ultimo si è data priorità, previa autorizzazione aziendale, alla presa in carico dei minori in situazioni di rischio con disturbi della condotta o vittime di maltrattamento e/o abuso fisico e/o psicologico, di bullismo o provenienti da nuclei familiari multiproblematici e di minori stranieri non accompagnati inviati per disturbi comportamentali con manifestazioni autoaggressive e/o etero-aggressive.

Sono stati presi in carico, per particolari situazioni di disagio, anche minori di nuclei familiari sottoposti a protezione da parte delle Autorità competenti del Ministero di Grazia e Giustizia, che per l'autorizzazione ad accedere alle prestazioni, si sono rivolti alla Direzione ASP.

Oltre alle suddette attività nel periodo Gennaio/Dicembre 2018 gli operatori del servizio di NPI hanno erogato un numero complessivo di 2489 prestazioni, su evidenza tabulato CUP aziendale.

Un Processo assistenziale capace di fronteggiare il persistente aumento delle patologie respiratorie croniche richiede ai sistemi sanitari la stesura di un percorso guida in cui è importante definire un percorso integrato del paziente condiviso con garanzia di continuità diagnostico – terapeutica unitamente alla cooperazione di diversi attori: dal servizio pneumologico territoriale ai medici di medicina generale fino alle divisioni ospedaliere di ricovero. In tale prospettiva si sono orientate le due aziende sanitarie del SSR, nel corso del 2018, con lo sviluppo delle due azioni: **1.6ASP: Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-** ASP di Potenza - referente aziendale Dott.Giovanni Gonnella – **e 1b)ASM: "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria-**ASM di Matera -responsabili aziendali: dr. N. Annese , dr.ssa F.Gallo Ass. San. A. Staffieri-.

Con la prima l'ASP (anche in prosieguo dell'azione 5.19 DGR 289/2018 anno 2017) **ha focalizzato** le attività sulla promozione della qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio ed il miglioramento della qualità e dell'accessibilità attraverso lo sviluppo di un " SISTEMA DI RETE" comprendente ospedale – territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di Percorsi Diagnostici -Terapeutici- Riabilitativi adeguati nonché l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata con disponibilità a domicilio del paziente, ove necessario, degli strumenti di monitoraggio anche in modalità telematica. Si sono resi necessari una serie di obiettivi rilevanti quali:

-Migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi;

-Predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;

Appropriatezza diagnostico – terapeutica ed economica delle prestazioni erogate;

-Riduzione ricoveri nella fascia che va da 50 a 75 nella norma;

-abbattimento liste di attesa.

Di seguito i risultati raggiunti nell'anno:

-Le prestazioni ambulatoriali effettuate sono state circa 19500, con garanzia di un tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (pz. 50 – 70 anni) nella norma;

-Sono stati messi in atto azioni finalizzate alla razionalizzazione della spesa;

-Si è proceduto ad un controllo per l'ossigenoterapia, si è affidata la gara per l'assegnazione del servizio;

-In esito all'espletamento della gara per ausili alla respirazione si è proceduto alla sostituzione di circa 600 apparecchi CPAP;

-È stato predisposto un capitolato d'oneri sulla ventilazione meccanica domiciliare, allo stato all'esame SUA-RB;

-Si è proceduto all'attivazione degli adempimenti della formazione sulla trasparenza;

-Sono state avviate le attività per la definizione di un protocollo di intesa con AOR San Carlo di PZ sulla presa in carico del paziente respiratorio dimesso dal nosocomio potentino;

-Si è definito un progetto di assistenza domiciliare nel paziente affetto da IRC allettato, in O2 LT ed in VMD (progetto protocollo nr. 934 del 04/01/2018 presentato alla direzione strategica) Nell'ambito del progetto si è proceduto all'arruolamento di circa 80 persone e ad effettuare 100 visite.

-I servizi di sorveglianza sanitaria per lo screening e del follow-up della TBC hanno registrato circa nr. 3.200 prestazioni.

-Si è garantito la formazione al personale mediante corsi ECM nelle seguenti date:

24-03-2018 PARK-HOTEL PZ Spirocheck –Progetto di formazione per il medico di medicina generale sulle patologie ostruttive croniche dell'apparato respiratorio;

05-05-2018 - 22-09-2018 -Hotel Garden Barile - Progetto Pneumo-APP: La gestione del paziente complesso tra ospedale e territorio;

07-05-2018 Lavello - Gestione del paziente con BPCO -Diagnosi ,terapia e strumenti;

14-06-2018 Venosa- Gestione del paziente con BPCO;

12-06-2018 Senise - Gestione del paziente con BPCO;

29-09-2018 Melfi- Ruolo della spirometria nella diagnosi, rivalutazione funzionale ed ottimizzazione della terapia del Paziente con BPCO;

17/11/2018 e 15/12/2018 - Potenza – Condivisione di un percorso terapeutico in BPCO.

Con la seconda azione 1b)ASM "La presa in carico efficace".... (prosieguo annualità 2018 azione 5.8 DGR 289/2018 (2017) l'ASM ha disposto gli impieghi per l'attuazione della Presa in Carico e della Continuità Assistenziale Riabilitativa dall'Ospedale al Territorio per utenti affetti da insufficienza respiratoria con definizione e adozione di Percorsi Riabilitativi di Ossigenoterapia ed Assistenza protesica. Un team multidisciplinare costituito dal medico pneumologo territoriale responsabile del progetto, dal personale infermieristico e tecnico della pneumologia territoriale e dai medici ospedalieri delle varie UU.OO. in cui è stato ricoverato il paziente sviluppa e sovrintende al processo per il trattamento Riabilitativo con addestramento all'utilizzo di apparecchiature protesiche dell'80% di persone affette da Insufficienza Respiratoria dimesse/anno dal P.O. di Matera e di Policoro ed arruolate nel Progetto con successivo monitoraggio del percorso e degli outcome.

Giusta relazione aziendale di seguito le attività svolte :

-Definizione e adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza protesica.

-Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo con utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone affette da insufficienza respiratoria .

- Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse. Il sistema informatizzato, dotato di strumenti di individuazione dei pazienti target, è in fase di completamento.

-Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa dopo la fase acuta.

-Per la presa in carico e riabilitazione dei pazienti dimessi dagli Ospedali aziendali sono stati concordati Protocolli organizzativi e terapeutici, con le varie Unità Operative ospedaliere interessate, con partecipazione alla stesura ed all'applicazione degli operatori ospedalieri e del territorio. Gli accordi hanno previsto, tra l'altro, che la dimissione fosse effettuata da parte del team di riabilitazione responsabile della presa in carico, del monitoraggio del percorso e degli outcome-

-E' stato implementato il sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo.

Sono stati seguiti a domicilio per ossigenoterapia circa 900 pazienti: per gli stessi sono stati effettuati n. 295 accessi Ass. Sanitario a domicilio, n.303 emogas analisi arteriose, n. 290 prelievi arteriosi, n. 250 monitoraggi incruenti della saturazione.

Il Medico ha effettuato 296 consulti brevi, con refertazione delle emogas analisi arteriose , 250 refertazioni monitoraggi incruenti della saturazione.

Visite totali effettuate presso la U.O. n. **2580**- Infermiera professionale : registrazione e archiviazione degli esami effettuati (n. **290 +250**).

Sono stati eseguiti n. **348** Monitoraggi cardio-respiratori notturni a domicilio per lo studio delle Apnee notturne: **si è così ridotta drasticamente la mobilità passiva extraregionale** per ricoveri per l'esecuzione di tale indagine strumentale.

Infine sono stati arruolati circa il 50% dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria dimessi dagli ospedali per acuti dell'azienda (Matera e Policoro) e, rispetto alla situazioni di partenza, i pazienti individuati, hanno implementato positivamente la propria autonomia e la partecipazione agli eventi della vita quotidiana.

Rendere efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza con garanzia di maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini affetti da malattie croniche; supportare l'autocura della persona al centro del processo attraverso l'educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia; contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale **appaiono tra gli obiettivi cardine dell'azione sviluppata all'ASM di Matera: 1a)ASM: Tutela e cura dei pazienti affetti da malattie croniche: realizzazione di un progetto multidisciplinare attraverso la stesura di percorsi condivisi di assistenza per i pazienti con multi-cronicità** -referenti aziendali dr V. Denisi – dr. S. Giannuzzi - dr. G. Annese . Un complesso lavoro che prevede: l'assunzione della presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche secondo il modello della Sanità d'Iniziativa” o “proattiva” da parte della U.O. S.D. di Geriatria Territoriale e della U.O.S.D; un coordinamento di Attività di Gestione dei Percorsi Riabilitativi già al momento della dimissione ospedaliera con organizzazione di teams multidisciplinare e multi professionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio erogate da un insieme di servizi-professionisti impegnati nella complessità.

Si è proceduto con

- l'utilizzo del Day Service, quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento in alternativa al ricovero ordinario, del Day Hospital per utenti che presentano problemi complessi e non richiedono sorveglianza medico-infermieristica prolungata;

-una gestione territoriale sempre più proattiva spostando il baricentro dell'assistenza dall'asse Ospedale all'asse Territorio con incremento della continuità assistenziale e conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero nonché riduzione dei ricoveri diagnostici inappropriati. Proprio nell'ottica dell'integrazione delle attività sanitarie tra Ospedale e Territorio, con l'ultimo Atto aziendale approvato con deliberazione del D.G. n° 773 del 19.05.2015, l' ASM ha accorpato l'Ospedale al Territorio dotandosi di un unico Dipartimento, denominato “Integrazione Ospedale-Territorio.

Di seguito le attività realizzate nel corso dell'anno di riferimento:

- 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;
- raccolta e studio di alcuni indicatori, quali i DRG relativi alle malattie croniche, quali, lo Scopenso cardiaco (classi di età 50 -74), il Diabete (classi di età 20-74) e la BPCO (classi di età 50-74), i dati di mobilità passiva anno 2016 (ultimi disponibili) , i dati di ricovero per queste patologie presso gli ospedali aziendali;
- organizzazione di teams multidisciplinari e multiprofessionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio;
- 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;
- monitoraggio dello stato di salute dei pz. affetti da malattie croniche, tramite contatti telefonici, periodici, da parte degli infermieri distrettuali;
- 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;
- 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;

Alcune particolari condizioni di cronicità quali quelle dei pazienti fragili in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza richiedono agli erogatori dei servizi la realizzazione di programmi di assistenza orientati. Con tale finalità l' ASM di Matera ha sviluppato l'azione **1c)ASM: Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza** -responsabile aziendale - dr Vincenzo Denisi- (anche in prosieguo del progetto /azione 5.11 DGR289/2018) per l'Assistenza in SUAP ai pazienti in Stato Vegetativo necessitanti di cure intensive ed assistenza in spazi dedicati e costante monitoraggio delle condizioni cliniche mediante l' utilizzo di sistemi intelligenti che, applicati ai pazienti (elettrodi), trasmettono direttamente wireless il livello dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno etc.) alla Centrale Operativa collocata all'interno della medicheria. Gli stessi dispositivi che trasmettono wireless potranno essere utilizzati anche a domicilio del paziente nel caso l'assistenza, portata dagli stessi operatori della SUAP, avvenga previa domiciliarizzazione dello stesso).

Obiettivo: presa in carico della totalità dei pazienti in stato vegetativo, sia in struttura protetta che a domicilio nel caso di famiglia con buona compliance assistenziale. Con utilizzo di 5 Posti letto per Coma vegetativo presso l' UO di Lungodegenza Medica c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico. 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.

Nel corso dell'anno 2018 sono state svolte:

- 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 e personale del Distretto



- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.

Gli “Ospedali Distrettuali”, individuati con Legge regionale n.17 del 2011 e dedicati alla fase post-acuta del percorso di cura del paziente, hanno da tempo un ruolo considerato valore strategico. L’ASM di Matera per la gestione della *fase post-acuta del percorso-paziente anziano e fragile* da qualche tempo ha messo in campo dei setting di ricovero dedicati alla Lungodegenza e Riabilitazione anche nel rispetto della DGR 1300/2010 - *Rete Regionale Lungodegenza/Riabilitazione* –come prevista dalla L.R. n.12/2008 e s.m.i.. Proprio all’anziano fragile si rivolge l’azione n. 1d)ASM: **Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza**, anche in prosieguo dell’azione n. 5.13 DGR 289/2018anno 2017, referente aziendale: dr. Vincenzo Denisi.

Il compimento di tale programma intende conseguire diversi obiettivi quali-quantitativi aziendali:

- Presa in carico negli Ospedali Distrettuali 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.
- valutazione della totalità dei pazienti da ammettere al percorso di presa in carico per la non autosufficienza
- 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. Il programma di presa in carico del paziente, dopo il ricovero, prevede 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) a Tricarico secondo 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)

Attività svolte nel corso dell’anno:

- Presa in carico completa in ospedale e a domicilio dei pazienti eleggibili per cure palliative.
- 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 di tutela, sostegno spirituale.
- Incontri fra MMG, Medico palliativista, medico del distretto per una valutazione multidimensionale e multidisciplinare.
- Attività di formazione continua per il personale interessato e divulgativa delle cure palliative e terapia del dolore.

- Prescrizioni e gestione della terapia del dolore (oppioidi);
- Prescrizioni presidi vari e stesura di un Protocollo per i ricoveri in Hospice e per la presa in carico dell'ADI;
- Educazione sanitaria e sostegno psicologico ai familiari e ai pazienti;
- Stesura di Protocolli con associazioni di volontariato;

Presso **l'Hospice di Stigliano** sono stati presi in carico n. 110 pz. oncologici, di cui n. 70 in ricovero ordinario e 40 in DH, ai fini del supporto clinico e per la terapia del dolore, per un totale di 148 giornate di degenza

Presso **l'Ospedale distrettuale di Tinchi** si sono effettuate n. 465 prestazioni ambulatoriali di Cure Palliative

presso **l'Ospedale distrettuale di Tricarico** si sono effettuate n. 32 prestazioni ambulatoriali di Cure palliative (servizi di anestesia e rianimazione) ;

Il numero complessivo di pz. oncologici presi in carico a domicilio da parte del servizio ADI nell'anno 2018 è stato di n. 287.

Diverse cronicità presentano delle fragilità proprie e fra esse le *Lesioni da Decubito*. Dette lesioni sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una serie di interventi di prevenzione ed ad una necessaria valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni. Avere consapevolezza di tale rischio è atto preventivo e necessario degli operatori sanitari, dei pazienti e familiari/caregiver, a cui far seguire la valutazione del paziente unitamente al compimento di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio. Data la complessa problematica ed al fine di migliorare la salute del paziente l'azienda ASM di Matera ha attuato **l'Azione 1e)ASM: Percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito : dalla Prevenzione al trattamento** - referenti aziendali : Dott. Vito Petrara, Dirigente; Dr. Aldo Di Fazio, Dott.ssa A.S. Chiara Gentile, Dott. Inf. Antonio Basile – , sperimentazione 2018, **avendo ad obiettivo l'adozione** di interventi decisi e strumenti elaborati (Procedura Aziendale sulla Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Decubito, Scheda per la Valutazione del rischio e la Gestione delle Lesioni da Decubito, Percorsi di formazione, Ottimizzazione uso ausili e dispositivi di medicazione) in tutte le strutture sanitarie aziendali ASM ed in ADI dal momento dell'individuazione del soggetto a rischio o portatore di lesioni da pressione e fino alla sua dimissione ospedaliera.

Di seguito quanto svolto nel corso del 2018 considerati i fattori includenti:

Analisi del fenomeno; Costituzione di un gruppo multidisciplinare aziendale, effettuazione dello Studio di prevalenza ossia la proporzione di "eventi" presenti in una popolazione ospedaliera in un dato momento nel P.O. di Matera, Policoro e Tricarico; necessità di uniformare i comportamenti tra i vari operatori con garanzia di continuità assistenziale sia intra-ospedaliera che a domicilio finalizzata alla prevenzione e gestione delle LDD; ottimizzazione dell'uso degli ausili e dei dispositivi di medicazione.

Azioni svolte	Numero ore di lavoro	Personale coinvolto
Elaborazione del progetto esecutivo e individuazione del gruppo multidisciplinare aziendale. Effettuati Incontri per lo studio epidemiologico e la redazione di strumenti operativi per la rilevazione del tasso di prevalenza delle Lesioni da Decubito nei pazienti in regime di ricovero nell'ASM di Matera	Numero 6 incontri da 3 ore	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari
Effettuati Incontri per lo studio e per la redazione della Procedura Aziendale. La Procedura oltre ad essere redatta è stata verificata dai valutatori della Qualità dell'Azienda, approvata e ratificata dalla Direzione Strategica Aziendale e pubblicata sul sito intranet ASM Matera.	Numero 14 incontri da 3 ore	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari
Condotti interventi per la rilevazione del tasso di prevalenza delle Lesioni da Decubito nei pazienti in regime di ricovero nelle seguenti UU.OO.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina, Geriatria ed Ortopedia P.O. Matera; ▪ Medicina P.O. Policoro; ▪ Lungodegenza P.O. Tricarico. 	6 giornate da 5 ore per un totale di 30 ore di lavoro	Gruppo di lavoro: 3 Operatori Sanitari
Effettuati Incontri per la progettazione e pianificazione del percorso formativo aziendale sulla corretta modalità di implementazione della Procedura. Predisposto Piano di Formazione e materiale didattico	Numero 2 incontri da tre ore per un totale di 6	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari
Avviato percorso di formazione e addestramento rivolto a tutto il personale di assistenza dell'ASM di Matera. Gli incontri sono tutt'ora in corso. Effettuata analisi di gradimento dei corsi di formazione.	15 edizioni di formazione da 5 ore per un totale di 75 ore di formazione	375 operatori sanitari formati
Effettuati incontri di lavoro per l'elaborazione di una Procedura Aziendale con la relativa scheda di valutazione del rischio Lesioni da Decubito Elaborazione di una Scheda per la valutazione del rischio e trattamento delle Lesioni da Decubito;	6 incontri di lavoro da tre ore per un totale di 18 ore	Gruppo di lavoro n. 3 operatori sanitari
Richieste stampa schede Valutazione del Rischio elaborate	Numero 1 richiesta	Stampa di numero 1000 schede
Avviata attività di monitoraggio per l'eventuale revisione della Procedura Aziendale e della Scheda di Valutazione del Rischio e Gestione delle LDD.	Numero 1 mensile	Gruppo di lavoro n. 3 operatori sanitari

Nell'ambito della Multicronicità si colloca l'Azione **1f) ASM : Percorso per la presa in carico e la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio** - annualità 2018 (anche in prosieguo azione 5.7 DGR 289/2018 FSN 2017) attuata dall'azienda ASM di Matera - referenti aziendali dr. E.Pisciotta – dr. Dicandia- per garantire la continuità assistenziale nella Presa in Carico Riabilitativa dall'Ospedale al Territorio dei soggetti dimessi dal P.O. di Matera affetti da Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria ed arruolati nel progetto. Risultano essenziali:

- a) verifica corrispondenza tra bisogni riabilitativi espressi dalla persona inserita nelle strutture riabilitative territoriali del distretto di Matera e trattamento effettivamente erogato;
- b) monitoraggio dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel progetto;
- c) 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 .

Da relazione ASM di seguito le attività realizzate:

Messa a punto di un sistema informatizzato dotato di strumenti di individuazione persone affette da patologie individuate.

Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone dimesse. Individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome.

Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa in fase acuta.

Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva.

Monitoraggio dimessi dal P.O. di Matera

Sempre l'ASM di Matera, nell'ottica di una più stretta integrazione dei servizi assistenziali con garanzia della presa in carico complessiva del cittadino/paziente all'interno di Percorsi Diagnostico-Assistenziali, ha sviluppato l'azione **1.g)ASM Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** - referente aziendale dr. Vincenzo Denisi – anche in prosieguo del progetto-azione 1.4 DGR 289/2018 - per la realizzazione delle seguenti finalità:

obiettivo 1) interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale (Sedi distrettuali di Grottole, Salandra, S. Giorgio Lucano e Craco Peschiera) che ospitano già attività specialistica e servizi socio assistenziali;

obiettivo 2): almeno 2 strutture integrate di MMG, PLS, CA, specialisti ambulatoriali o ospedalieri, servizi distrettuali; 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;

obiettivo 3) raccolta e conservazione informatica e cartacea del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).

A supporto delle attività pianificate risulta necessario l'utilizzo di diversi computer con software informatico annessi alla rete aziendale che permetta il collegamento informatico fra MMG, PLS, CA, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali.

Riguardo all'attività svolta l'ASM ha relazionato quanto segue :

obiettivo 1 : il consolidamento delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) si è adeguatamente inserito nelle attività di integrazione dei servizi assistenziali aziendali intraprese ai fini della presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali.

Pertanto si sono organizzati

- n. 5 incontri interdisciplinari con la partecipazione di MMG, PLS, MCA, Operatori dell'Emergenza-Urgenza, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale. In ciascun incontro sono state trattate specifiche patologie croniche con definizione per ciascuna linee operative e percorsi condivisi sulla gestione dei pazienti e sulle modalità di accesso al Pronto Soccorso, al fine di incrementare le collaborazioni fra i diversi operatori socio sanitari interessati, evitare ricoveri inappropriati e soprattutto garantire migliore assistenza sanitaria ai cittadini;
- un ufficio, presso gli uffici centrali dell'Assistenza Primaria, 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).

è stato

- implementato il server informatico delle reti aziendali in modo da consolidare e facilitare il collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali;
- attivato un programma informatico, messo a punto dall' informatico ASM con la consulenza di un'azienda informatica (GSI) e collegamento alle reti aziendali.

obiettivo 2 realizzazione di 2 strutture integrate di MMG, PLS, CA, specialisti ambulatoriali o ospedalieri, servizi distrettuali all'interno di strutture della ASL (Sedi distrettuali di Grottole, Salandra, S. Giorgio Lucano e Craco Peschiera) che ospitano già attività specialistica e servizi socio assistenziali **si specifica** che nei paesi menzionati MMG e PLS svolgono le proprie attività di medicina generale, collaborando attivamente sia con gli uffici decentrati delle UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica (vaccinazioni, patenti ecc), Medicina del Lavoro, Igiene degli alimenti e Servizi Veterinari che con i medici della specialistica ambulatoriale i quali effettuano le visite specialistiche.

Di seguito le prestazioni ambulatoriali effettuate nei distretti interessati alle aggregazioni funzionali riferite ai primi sei mesi dell'anno 2018, (i dati dell'intero anno non sono consolidati)

Distretto di Grottole n. prest. ambulatoriali 995 (6 mesi/anno);

Distretto di Salandra n. prest. ambulatoriali 547 (6 mesi/anno);

Distretto di Tricarico n. prest. ambulatoriali 2515 (6 mesi anno);

Ospedale distrettuale Tricarico n. prest. ambulatoriali n. 85.879.

Linea Progettuale 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO

Quota di FSN Vincolato Anno 2018 Assegnata con DGR 184/2019 :

Euro 789.711,00

Un Servizio Sanitario sostenibile (Patto per la Salute rep. N. 82CSR del 10 luglio 2014) è la leva che spinge il SSR ad orientare la governance per l'aggiornamento ed il potenziamento del modello organizzativo e strutturale per il miglioramento della qualità dei servizi, la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni con garanzia dell'unitarietà del sistema unitamente all'umanizzazione delle cure (es. capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali più aperte sicure e senza dolore). Si assiste a un lungo e complesso processo richiedente varie e diversificate azioni dirette ad un continuo cambiamento in un contesto quale quello lucano caratterizzato da molteplici criticità molte delle quali sono legate anche alla carenza di risorse.

Grazie allo sviluppo della presente linea progettuale sono state implementate diversificate azioni al fine di ridurre le barriere per gli operatori sanitari (rispetto dei diritti del lavoro: sicurezza e salute sul luogo di lavoro, contrasto delle discriminazioni e altro) e dare sostegno nelle loro responsabilità legali ed etiche, nonché migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali).

L'attività programmata per l'attuazione degli obiettivi individuati giusto Progetto **2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO**, con specifica attribuzione delle risorse FSN Vincolati anno 2018 pari ad euro 789.711,00 ed in debito conto delle "buone pratiche" perseguite nel corso delle annualità pregresse (utilizzo risorse FSN Vinc. Anni 2013/2017 per "Lo sviluppo dei Processi di Umanizzazione delle cure" quale esigenza prioritaria della

medicina contemporanea per motivi assistenziali, etici, organizzativi e medico legali), si è concretizzata in numero sei “azioni”, svolte dall’azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza , dall’ASM di Matera e dall’IRCCS CROB di Rionero, delle quali di seguito si dà evidenza circa le attività e gli esiti prodotti.

TITOLO DEL PROGETTO Totale Importo Assegnato al Progetto 2 a valere sulla quota del FSN Vincolati Anno 2018: Euro 789.711,00	2 : PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO comprendente : 2a)ASM: Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale: Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche (ASM) 2b)ASM : Riduzione delle barriere per l’accesso dei pazienti alle strutture sanitarie (ASM) 2c)ASM : Garantire il rispetto dei diritti dei lavoratori della ASM con particolare riguardo alla sicurezza sui luoghi di lavoro. 2d)ASM : La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari 2.IRCCS: La figura ed il ruolo dello psicologo e dell’assistente sociale 2.AORS.Carlo: Eliminazione barriere: distribuzione di Farmaci alla dimissione
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2018
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 789.711,00
COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 2:	Euro 789.711,00
Quota carico Regione	Euro 0,00
Referenti regionali	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-

Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo, ad ogni livello del “sistema salute”, è elemento sostanziale nelle scelte da operare in tema di strategie organizzative. I “necessari” cambiamenti organizzativi richiedono, tra altro , il superamento e/o la minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali, con intensificazione di iniziative formative. L’azienda ASM di MT con l’azione **2a)ASM: Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale- Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche** - responsabili aziendali Dr.ssa A. D’Onofrio – dott.ssa M. Miglionico – dott.ssa M. Pisciotta - ha avuto ad obiettivi: l’informazione, la consulenza e il sostegno al 100% degli operatori sanitari, che ne facessero richiesta, riguardo alle tematiche attinenti la responsabilità professionale anche alla luce della recente normativa in tema di responsabilità medica (Legge Gelli) unitamente alle responsabilità etiche professionali.

Come dalla stessa relazione, nel corso dell’anno, si è assicurato:

- un supporto costante, a tutti i dipendenti che ne abbiano fatto richiesta (sanitari e non), in ordine alle responsabilità giuridiche della professione. In particolare, prendendo le mosse dall’art. 25 CCNL della Dirigenza Medica e SPTA 1998 -2001, l’Azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, è stata impegnata ad assistere i dipendenti (29 nel corso dell’anno 2018) sulle modalità di concessione del patrocinio legale , aggiornandoli su tutte le novità introdotte dalla Legge Gelli – Bianco, soprattutto in tema di responsabilità professionale. E’ stata fornita assistenza al personale

attinto da atto giudiziario per fatti commessi nell'adempimento dei compiti di ufficio, anche attraverso la predisposizione, in presenza dei presupposti, degli atti per la concessione del patrocinio legale;

- la frequenza da parte degli operatori del Servizio Affari Legali e Generali (5) ad 1 Corso di Formazione sulla normativa vigente di 6 ore settimanali per un collaboratore amministrativo e 6 ore settimanali per 1 assistente amministrativo.

Ha altresì espletato attività di organizzazione, riunioni, studio e ricerca per ciascun operatore del servizio interessato (ore 30 per tre operatori, 1 dirigente, 1 collaboratore amministrativo ed 1 assistente amministrativo).

Promuovere l'equità sanitaria significa anche migliorare l'accessibilità alla struttura, alle prestazioni unitamente alle modalità di fornire informazioni all'utente, nonché garantire la sicurezza stessa dell'utente. L'azienda ASM di Matera con l'azione **2b)ASM : Riduzione delle barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie (annualità 2018)** – referenti aziendali Dr. G. Annese – dr. R. Ierone – Arch. R. Bisceglie- ha voluto rendere più fruibili per i pazienti interni e per l'utenza esterna i Servizi sanitari erogati nei Presidi ospedalieri di Matera e Policoro migliorandone il decoro e l'organizzazione strutturale degli spazi ospedalieri. Ha così predisposto la realizzazione di interventi architettonici per la riduzione delle barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie dell'Azienda ed il potenziamento dei meccanismi di segnalazione e selezione dei percorsi interni ospedalieri.

Con deliberazione aziendale n. 746 /2017 “Assegnazione budget per la sistemazione, il decoro e la segnaletica degli ospedali per acuti di Matera e Policoro” ne ha previsto ed autorizzato la spesa e come dalla stessa relazione i lavori svolti nel corso dell'anno sono stati i seguenti:

- Rifacimento totale della segnaletica verticale all'interno degli ospedali per circa 10.000 mq.
- Realizzazione di rivestimenti murali con materiale non degradabile, (a protezione delle pareti e a supporto delle indicazioni di segnaletica) per circa 100 mq.
- Realizzazione di un modello plastico in esplosione architettonico, collocato nell'atrio dell'Ospedale, affinché gli utenti, facilitati dai colori, possono individuare facilmente la dislocazione di ogni reparto e/o servizio.
- Progettazione e realizzazione e installazione presso il P.O. di Matera, di due Totem multimediali con tecnologia Touch - screen, provvisti di software , per mezzo dei quali ciascun utente, selezionando sulla schermata di home page il nome del reparto e/o servizio di interesse, potrà visualizzare sul video il relativo percorso e se necessario richiedere una stampa con indicazioni dattiloscritte.
- Manutenzione, coordinamento e monitoraggio dell'efficienza, del corretto funzionamento in sicurezza e della puntuale manutenzione da parte delle ditte incaricate, dei 28 ascensori presenti nei due ospedali per acuti dell'azienda.

Operatori coinvolti nel progetto : 1 Dirigente architetto (10 ore sett. x 46 sett), 1 dirigente ingegnere (5 ore sett. x 46 settimane /anno) , 4 collaboratori fra tecnici e amministrativi (5 ore sett. x 46 settimane /anno)

Sempre nell'ambito del Progetto 2 l'azienda ASM ha sviluppato altre due azioni:

la **2c) ASM : Garantire il rispetto dei diritti dei lavoratori della ASM con particolare riguardo alla sicurezza sui luoghi di lavoro** – referente aziendale Ing. G. Laguardia - e la **2d)ASM : La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari-** referenti aziendali: ing. G. Laguardia, dr. A. Difazio, Dr. I. Gollo.-

Con la prima azione l'azienda ha inteso tutelare ed implementare la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro per il personale dell'ASM con garanzia, a tutti i dipendenti, della formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs n. 81/2008 fornendo una formazione generale e specifica inerente i rischi relativi

al settore di attività dell'azienda e a quelli riferiti alle mansioni dei vari dipendenti (dirigenti e non) in servizio.

Secondo comunicazione dell'azienda si sono svolte le seguenti attività al fine di garantire a tutti i dipendenti formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs n. 81/2008:

- formazione obbligatoria specifica per Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione per n. 36 ore (24 ore per la formazione generale Modulo "C" e 12 ore per la formazione specialistica del Modulo "B);
- 2 Corsi di formazione per il personale incaricato del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- formazione - aggiornamento di 40 ore previsti dal Modulo "B" dell'Accordo Stato Regioni" n.12/CSR del 7 luglio 2016, destinato oltre che al responsabile del servizio di Prevenzione e protezione, oltre che ai dipendenti che ricoprono funzione di "Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Formazione obbligatoria per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS); gara ancora in corso;
- Corsi di formazione per "Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendi e gestione delle emergenze: operatori ASM che dovranno sostenere l'esame 90 ai fini del conseguimento dell' Attestato di Idoneità Tecnica di "Addetto Antincendio" ;
- Corso di formazione "Ambiente e Lavoro" dei dipendenti afferenti e collaboratori del Servizio di Prevenzione e Protezione dei Luoghi di Lavoro della ASM.

Riguardo alla seconda azione," 2d)ASM: La violenza nei contesti sanitari ..." quale strumento di salvaguardia circa la violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari, l'ASM ha predisposto la formazione rivolta al personale dipendente per la prevenzione e gestione delle relazioni all'interno del contesto lavorativo (ai sensi degli art.36 e 37 del D.Lgs n. 81/2008) con previsione di frequenza ai corsi da parte di circa 1000 lavoratori.

Quattro i servizi aziendali interessati: Servizio di Prevenzione e Protezione, Servizio di Psicologia, Servizio di Medicina Legale, Servizio Formazione, Utilizzo video, materiale cartaceo ecc.

Ha inteso così fornire a tutti i lavoratori sanitari in servizio presso l'ASM una formazione generale e specifica inerente i seguenti argomenti:

- Introduzione al Rischio Aggressione;
- Divulgazione dei primi risultati dell'indagine conoscitiva sul "Rischio aggressione" svolta nella ASM;
- Concetto di "precauzioni universali della violenza ";
- Riconoscere i contesti a rischio e i rischi specifici connessi con l'attività svolta;
- Evitabilità degli episodi di violenza mediante addestramento;
- Riconoscimento dei segnali di pericolo o di situazioni che possono sfociare in episodi di aggressione e/o violenza;
- Metodologie per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza (tecniche di de-escalation, protezione del contesto e degli altri operatori / utenti);
- Presentazione / discussione della Procedura aziendale "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
- Somministrazione di questionari di verifica apprendimento

Nel corso dell'anno 2018 si sono svolte le seguenti attività:

4 edizioni (2 a Matera e 2 a Policoro) del corso organizzato all'interno dell'azienda con un lavoro interdisciplinare che ha coinvolto alcune unità operative aziendali (Servizio di Prevenzione e Protezione, Medicina legale, Psicologia, Medicina del Lavoro e Formazione) " La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari art. 28 del D. Lgs 81/08" rivolto a tutti i dipendenti ASM (partecipazione di circa 70 dipendenti per edizione).

Curare un paziente oncologico non significa soltanto debellare il cancro ma anche essere attenti a tutti gli aspetti che questa malattia comporta: bisogna provvedere a "*mantenere in buona forma*" il corpo, la mente, lo spirito e le competenze socio-relazionali. Le evidenti conseguenze per la persona ammalata minacciano ed interferiscono l'esistenza umana in tutte le sue dimensioni: personale e della propria identità (fisica, psicologica, spirituale, esistenziale), relazionale e sociale. Per un Istituto Oncologico la centralità dell'utente e l'umanizzazione delle cure sono temi di rilevanza prioritaria a cui occorre rispondere con una serie di iniziative finalizzate a migliorare "*l'esperienza complessiva del paziente*". In tale direzione si orienta **l'IRCCS- CROB di Rionero con lo sviluppo dell'azione 2.IRCCS-** La figura ed il ruolo dello psicologo e dell'assistente sociale - referente aziendale dr. Antonio Prospero Colasurdo – al fine di assicurare al paziente oncologico l'applicazione concreta del principio cardine che prevede la garanzia che "*nessuno sia lasciato indietro*" e di "*raggiungere chi sta più indietro*" utilizzando le professionalità dello psicologo/psiconcologo e dell'assistente sociale di volta in volta supportate da ulteriori professionalità di competenza, in ragione della specificità del loro ruolo al fine di realizzare l'equità in ambito sanitario- Come relazionato dall'Istituto il servizio di psiconcologia è nato dal bisogno di dare una migliore assistenza al paziente, alla sua famiglia ed un sostegno a tutta l'equipe curante. Lo psico-oncologo, in collaborazione con altre figure professionali che trattano ed assistono i pazienti (medici oncologi, medici ematologi, medici delle cure palliative, infermieri, volontari e tecnici del settore), promuove interventi che migliorino la Qualità della Vita del malato ne limitino rischio di conseguenze psicopatologiche tali da limitare la vita futura del malato.

Si offre al paziente e alle famiglie uno spazio di accoglienza e di disponibilità all'ascolto all'interno del contesto di assistenza, avendo come impegno principale quello di sostenere le necessità psicologiche del paziente e dei suoi familiari in tutte le fasi della malattia, sia durante il ricovero ordinario e il day hospital che nel percorso ambulatoriale.

Di supporto alle attività di Psico-Oncologia all'interno dell'Istituto, è presente il Servizio Sociale la cui attività è volta a rilevare le situazioni di disagio che possano interessare le persone ricoverate, anche al fine di contrastare stati di emarginazione sia del singolo che del nucleo familiare. L'Assistente Sociale, in virtù di una presenza diretta e costante, rileva gli emergenti bisogni sociali li monitora ed individua le soluzioni che meglio si adattano al singolo caso. Obiettivo prioritario è il sostegno, l'assistenza alle famiglie e ai pazienti nelle varie fasi della malattia da attuarsi, tra altro, con lo sviluppo di una "*cultura dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione*". Nello specifico il servizio è finalizzato a

- umanizzare e personalizzare il rapporto con il paziente oncologico;
- instaurare una relazione di aiuto con il malato e la sua famiglia;
- aiutare il paziente e la famiglia a trovare soluzione ai problemi secondari alla malattia (problemi di natura economica, problemi legati al nucleo familiare e al reinserimento sociale);
- individuare reti di supporto (contatto con altre strutture sociali e assistenziali, attivazione assistenza domiciliare...);
- attuare interventi sociali integrati con gli altri Servizi Sociali, Socio - Sanitari e Volontariato presenti sul territorio (organizzazione trasferimenti, dimissioni protette, ricovero presso strutture a lungo degenza, RSA residenza sanitaria assistita, Case Famiglia...);
- garantire un Servizio di informazione e consulenza a favore dei pazienti e dei loro familiari su: invalidità civile, esenzione ticket, L. 104/92, indennità di accompagnamento, rimborso di mezzi ausiliari (parrucche, protesi mammarie, carrozzine...) o altri servizi (aiuto domestico, pasti a domicilio...).

L'Assistente Sociale diviene così, anche ponte tra ospedale e territorio ed ospedale e utenza, promuovendo costanti collegamenti con i servizi esterni (pubblici e/o privati) per il trattamento integrato di persone considerate nella loro dimensione globale.

Le direttive nazionali e regionali in materia di ottimizzazione del Percorso Assistenziale del paziente rilevano la necessità della distribuzione diretta di farmaci al paziente all'atto della dimissione dall'ospedale o al termine di una visita specialistica ambulatoriale. La Regione Basilicata con D.G.R. n. 939/2006 ha esteso la ricetta su ricettario del SSN ai medici specialisti operanti nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale. Con successiva D.G.R. n. 606/2010 ha impegnato le aziende sanitarie regionali alla distribuzione diretta del primo ciclo di terapia dalla dimissione ospedaliera e/o dalla visita specialistica ambulatoriale considerato che la distribuzione dei farmaci alla dimissione prioritariamente garantisce al paziente la copertura terapeutica almeno nei giorni successivi alla dimissione evitando così interruzione della stessa e quindi la possibilità di inficiare i trattamenti effettuati durante il ricovero.

Alla luce di quanto sopra esposto, l'AOR San Carlo ha progressivamente messo in essere gli standard di prescrizione alla dimissione e la distribuzione diretta presso la farmacia ospedaliera.

Al fine di assicurare ai pazienti tale servizio ha prodotto **l'Azione 2.AORS.Carlo: Eliminazione barriere: distribuzione di Farmaci alla dimissione-** durata: sperimentazione annualità 2018- Referente aziendale: Direttore Sanitario pro-tempore AORS Carlo-. Si evidenzia che l'azienda, considerate alcune criticità registrate nell'attività distributiva dei farmaci da parte della farmacia ospedaliera legate alla carenza di farmacisti, che di fatto non consente una disponibilità oraria di apertura che possa coprire la richiesta da parte dei reparti e a determinati fattori organizzativi – logistici, nel corso dell'anno 2018 ha avviato un percorso di rimodulazione del servizio di distribuzione farmaci alla dimissione come di seguito riportato.

1. il reparto invia alla farmacia ospedaliera, entro le ore 12.00 di tutti i giorni della settimana, ad esclusione della domenica, la richiesta di farmaci;
2. la farmacia riceve la richiesta e predisponde, per ciascun paziente, un contenitore con etichetta personalizzata con i farmaci richiesti, specificando quelli non disponibili in farmacia;
3. il reparto provvede a ritirare i contenitori con i farmaci richiesti nelle seguenti fasce orarie: 12.30- 13.30 e 15.00- 16.30 dal lunedì al venerdì ed il sabato dalle ore 12.30 -14.00;
4. il personale del reparto successivamente ne garantisce la loro consegna al paziente, fornendo contestualmente tutte le necessarie informazioni sulle modalità e tempi di assunzione al domicilio.

I benefici derivanti dall'attuazione di tale modello organizzativo per la distribuzione dei farmaci alla dimissione, secondo le procedure sopra indicate, possono essere così riassunti:

- a) migliora ulteriormente le procedure di consegna dei farmaci, in quanto gli stessi vengono consegnati direttamente in reparto;
- b) garantisce una migliore compliance del paziente alla terapia, sia perché il farmaco è stato già assunto durante il ricovero e sia per le informazioni dirette ricevute dal medico di reparto;
- c) riduce le eventuali complicanze legate alla patologia trattata che potrebbero, invece, verificarsi in caso di mancato assunzione del farmaco;
- d) determina un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata esterna.

Linea progettuale 3: COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Quota di FSN Vincolato Anno 2018 Assegnata con DGR 154/2019 : Euro 1.965.397,00

Cure Palliative e Terapia del Dolore sono da tempo fra gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale. Regole e programmi si sono susseguiti per la realizzazione di modelli organizzativi capaci: di garantire una curata gestione delle complessità proprie delle patologie interessate così da consentire l'erogazione di interventi diagnostici e terapeutici appropriati: nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, nel rispetto della dignità e dell'autonomia della persona nel bisogno di salute, dell'equità, dell'appropriatezza, del miglioramento della qualità della vita in ogni fase della malattia ed in particolare in quella terminale (legge 39/1999 e L. n. 38 -15 marzo 2010 "*Disposizioni per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*").

I diversi Atti/Accordi intervenuti hanno tracciato/guidato gli interventi regionali ritenuti essenziali per rafforzare l'offerta assistenziale territoriale rivolta al paziente adulto e pediatrico. Uno degli obiettivi strategici di base nelle politiche per la salute del SSR Basilicata è stato la Presa in Carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione con Sviluppo dei Servizi che compongono la Rete delle Cure Palliative e la Terapia del Dolore. La regione Basilicata, con Piano Sanitario Integrato (PSR) per il triennio 2018/2020 -D.G.R. 778 del 26.07.2017- anche in continuità delle linee dettate dal previgente Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità (2012/2015 D.C.R. n.317 del 24.07.2012), ha individuato *Cure Palliative* e *Terapia del Dolore* quale obiettivo di salute regionale e ne ha prescritto adeguate linee di attuazione da perseguire. Ha così implementato consolidate funzioni ed attività improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo.

Considerato quanto realizzato, anche con utilizzo dei Fondi per Obiettivi di Piano Vincolati annualità precedenti (2013/2016) le cui Linee Progettuali ponevano le basi su disposizioni previste con Accordo Stato-regioni del 22 novembre 2012 e seguenti, ai fini di una omogenea realizzazione sul territorio nazionale della Rete Locale di Cure Palliative quale aggregazione funzionale ed integrata delle attività delle Cure Palliative Ospedaliere, in Hospice, a Domicilio ed in altre strutture residenziali Territoriali come definite a livello regionale (Intesa del 25 luglio 2012). Nel rispetto degli indirizzi dettati dalla presente linea progettuale, si è approvato con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2018 il **Progetto 3: COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE** quale insieme di programmi/azioni/percorsi concretizzatosi in numero otto "azioni" svolte dalle aziende sanitarie ASP di Potenza, ASM di Matera e AOR San Carlo di Potenza di cui si dà corretta evidenza per attività e risultati raggiunti.

TITOLO DEL PROGETTO TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 3 a valere sulla quota del FSN VINC Anno 2018: Euro 1.965.397,00	3: COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA Comprendente le seguenti azioni: 3.1 A)ASP: Rete del Dolore (ASP) 3.1B)ASP: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale- (ASP) 3.a)ASM: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica (ASM) 3.b)ASM: Percorso di cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera-ASM-) Azione 3.c)ASM - Rianimazione Aperta: Accessibilità facilitata per i parenti dei pazienti ricoverati : accoglienza, informazione , coinvolgimento dei familiari riguardo alla Terapia del Dolore e delle Cure Palliative.(ASM) 3.d)ASM: Terapia del Dolore e Cure Palliative anche a Domicilio-Assistenza Domiciliare, cure Palliative e terapia del dolore per pz. affetti da malattie neurologiche e/o portatori di tracheostomia, peg, in ventilazione meccanica (ASM)- 3.e)ASM- Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica-(ASM) 3.AORS.Carlo: Costituzione ed implementazione della Rete della Terapia del Dolore (A.O.R.San Carlo-PZ)
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2018
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	Euro 1.965.397,00
COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 3:	Euro 1.965.397,00
QUOTA A CARICO REGIONE	Euro 0,00

Premesso che

- il modello organizzativo della Rete di Terapia del Dolore (L. 38 del 2010) è quello delle Reti Cliniche Integrate (numero ristretto di centri di eccellenza (Hub), preposti ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, supportati da una rete di servizi territoriali (centri Spoke) che operano in regime ambulatoriale).
- La realizzazione della Rete di Terapia del Dolore (linee guida della Conferenza Permanente Stato-Regioni) richiede:
 - a. l'istituzione a livello regionale di una struttura dedicata al coordinamento e alla promozione della terapia del dolore;

- b. la definizione e attuazione di percorsi omogenei di presa in carico e assistenza;
 - c. lo sviluppo di un sistema informativo regionale;
 - d. la definizione e il monitoraggio di indicatori quali-quantitativi;
 - e. la promozione e attivazione di programmi obbligatori di formazione continua;
 - f. il monitoraggio delle attività di ricerca.
- Il modello organizzativo adottato con D.G.R. n.322 del 20 marzo 2012 di tipo HUB e Spoke ha previsto tre nodi complementari:
 - a. **Centri Hub:** centri ospedalieri di alta specializzazione per la terapia del dolore;
 - b. **Centri Spoke:** centri Ambulatoriali specialistici di terapia del dolore, suddivisi in due tipologie:
 - **Spoke di II° livello (Spoke 2):** strutture di terapia del dolore collocate in ambito ospedaliero con attività in regime ambulatoriale, day hospital, day service ed eventualmente di degenza ordinaria, per il trattamento del dolore persistente e cronico di media-alta complessità. Gli Spoke 2 sono di riferimento geografico per gli Spoke di I° livello e per i Presidi Territoriali gestiti dai MMG e PLS;
 - **Spoke di I° livello (Spoke 1):** Ambulatori di terapia antalgica collocati in ambito ospedaliero o territoriale (con giurisdizione distrettuale), preposti ad erogare interventi multimodali di terapia antalgica con attività in regime ambulatoriale o di day hospital, day service ed eventualmente di degenza ordinaria;
 - **Spoke Cure Primarie (Spoke CP):** Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, sia singoli sia nelle forme di aggregazione funzionale previste dagli Accordi Collettivi con la Medicina Generale, preposti in prima istanza alla presa in carico dei pazienti nella rete, con tutti gli altri operatori coinvolti nella Rete (Infermieri, Operatori Sociali, Farmacisti, etc..).

Specifiche peculiarità regionali (caratteristiche geografiche territoriali, dimensioni del Sistema Sanitario, preesistenza di alcuni Centri, non tutti dedicati, già operativi e specializzati per l'erogazione di determinate prestazioni) spingono ad una stretta integrazione, sia dal punto di vista organizzativo che sotto il profilo tecnologico, fra tutte le componenti: dai Centri, ai Medici sul Territorio, fino agli stessi pazienti ai loro familiari.

Considerate alcune delle criticità riconosciute (es. funzionalità della rete a macchia di leopardo con gli Hub e Spoke individuati ed altro) l'azienda Sanitaria ASP di Potenza con l'Azione **3.1 A)ASP: Rete del Dolore (ASP)**- referente aziendale dr Giovanni Vito Corona –

ha inteso sviluppare programmi/attività con previsione di diversi impieghi e precisamente:

- Allestimento/completamento di specifici ambulatori di terapia del dolore che di fatto rappresentano gli Spoke di I° e II° livello.
- Messa in rete di tutti i nodi della Rete del Dolore, fra di loro e con tutte le Aziende ospedaliere sanitarie e regionali, attraverso il loro inserimento nel Sistema Inter-Rai;
- Maggior ricorso a schemi terapeutici personalizzati multimodali con impiego di oppioidi.
- Incremento dell'utilizzo di farmaci a lento rilascio allo scopo di semplificarne l'assunzione;
- Titolazione degli analgesici maggiori, utilizzando algoritmi codificati e ricorrendo, quando necessario, al ricovero ospedaliero.
- Esecuzione di blocchi antalgici in sicurezza presso i Centri Hub.
- Controllo dell'efficacia dei trattamenti anche mediante l'utilizzo della Telemedicina.
- Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti.
- 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 paziente.

avendo ad obiettivi:

- il completamento e raggiungimento della piena funzionalità degli Hub e Spoke esistenti;
- la creazione, in collaborazione con le cure primarie e con i MMG, degli Spoke di Cure Primarie;
- un incremento significativo del consumo degli oppioidi con somministrazione diretta degli oppiacei, opportunamente estesa in tutti gli ambiti territoriali dell'Azienda;
- l'applicazione della Scala NRS in tutti gli Hub e Spoke della Rete per la misurazione e il monitoraggio del grado di dolore e la valutazione per ciascun paziente dell'efficacia della terapia del dolore messa in atto;
- l'adozione in tutto l'ambito aziendale ASP dell'assetto organizzativo, sinora attuato solo nell'ambito territoriale dei distretti di Venosa e Melfi, che prevede la distribuzione di tutti gli oppiacei direttamente a domicilio per ogni ammalato, individuato idealmente come un paziente appartenente ad una Unità Operativa Ospedaliera.

Giusta relazione aziendale ASP di seguito si illustrano le attività svolte :

-sono stati individuati gli spazi per l'allestimento/completamento di **sei** sedi di Cure Palliative all'interno delle quali sono previsti ambulatori di Terapia del Dolore che di fatto rappresentano gli Spoke di I e II livello. L'attrezzatura preposta è, di fatto stata già acquisita mediante finanziamento specifico regionale;

-attivo dal 1° ottobre 2018 il sistema modulare di Valutazione Multidimensionale Inter-RAI sta contribuendo in maniera significativa ad intercettare i bisogni dei malati cronici e terminali mediante i moduli NECPAL e Palliative care attraverso **i quali il sintomo “dolore” viene interpretato e gestito in maniera organica**;

-è in corso un monitoraggio attraverso feedback mirati alla ottimizzazione della terapia del dolore sia in ambito ospedaliero che domiciliare;

-è in fase istruttoria l'applicazione della telemedicina in ambito regionale con previsione di monitoraggio della terapia del dolore domiciliare;

-è stato adottato anche negli ambiti di Potenza, Villa D'Agri e Lauria l'assetto organizzativo dell'ambito territoriale dei distretti di Venosa e Melfi che prevede la somministrazione diretta degli oppiacei;

-è in fase di istruttoria la messa a punto di specifici protocolli di intesa tra le Aziende sanitarie ospedaliere regionali, per facilitare l'integrazione fra medici specialisti ospedalieri, medici del territorio e MMG.

L'attivazione (dal febbraio 2017) della **Centrale Unica delle Dimissioni**, frutto di una precisa Intesa con l'AOR San Carlo, sta migliorando significativamente la continuità ospedale territorio e la sua implementazione ridurrà ai minimi termini tale criticità e migliorerà la precisione della percezione del bisogno da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale.

L'esito dell'indagine sulla qualità percepita dagli utenti nel Servizio delle Cure Domiciliari (ADI), Piano della Performance 2018 e “Piano di Qualità Aziendale” (Deliberazione n.315 del 9.5.2018) interviste a 250 utenti distribuiti per ambito, (che ha come risultato medio complessivo 3,1 su 4) fa affermare che *“gli assistiti del Servizio Cure Domiciliari della nostra ASP, esprimono una valutazione di piena soddisfazione del servizio soprattutto per quanto riguarda gli aspetti tecnico – professionali e relazionali di tutti gli operatori, il rispetto degli orari da parte del personale infermieristico e riabilitativo nonché il livello di coordinamento giudicato abbastanza alto” ... omissis.*-In fase di istruttoria la riformulazione del Comitato aziendale per la Terapia del Dolore, necessaria per l'attuale assetto aziendale di cui non fanno più parte le UU.OO ospedaliere del San Carlo.

L'azienda Sanitaria ASP di Potenza con l'azione **3.1B)ASP: Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale-** (ASP) - referente aziendale Dr Giovanni Vito Corona- annualità 2018, anche in prosieguo del progetto-Azione 3.1-DGR 289/2018 2017, ha protratto, ampliando e consolidando ove necessario, gli interventi e le azioni idonee ad eseguire a domicilio del paziente ogni atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) compreso l'impianto di devices specifici quali PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e i Midline. **Obiettivi:** migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali oncologici/non oncologici e ridurre le ospedalizzazioni inappropriate con conseguente sviluppo delle cure domiciliari. L'azienda ha articolato un assetto organizzativo ad hoc con costituzione di PICC Team Aziendale a carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti) che offrano a pazienti allettati, con performance status compromesso e indice di Karnosky inferiore a 30, la possibilità di ricevere un dispositivo in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa (nutrizione parenterale, emotrasfusioni, somministrazione di farmaci speciali non infondibili attraverso comuni aghi cannule per la loro osmolarità o il loro pH.

L'ASP con deliberazione del D.G. n.419 -30/06/2015- ha istituito un Centro di Formazione Aziendale Permanente NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare) e IVD (Impiantistica Vascolare Domiciliare) con contestuale approvazione di Linee Guida afferenti gli impianti in ospedale e a domicilio dei PICC, previsione di PICC Team disseminati nei vari ambiti territoriali, monitoraggio delle procedure determinate.

Di seguito le attività del servizio :

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

Considerato il lavoro svolto nelle annualità precedenti e gli esiti positivamente raggiunti l'ASP ha deciso per il 2018 il *rafforzamento e il consolidamento* del **PICC Team** aziendale per meglio rispondere alla domanda del territorio con previsione d'incremento del

1. Numero accessi ecoguidati domiciliari (almeno il + 22,61% rispetto al 2017);
2. Numero pazienti over 65 trattati in Cure Domiciliari (almeno n+1 rispetto a n. del 2017).

Riguardo agli ESITI, come riassunti nella sottostante tabella,

ACCESSI ECOGUIDATI	2017	2018	Variazione percentuale 2017 - 2018
PICC	137	124	-9,49 La percentuale di diminuzione è stata uguale a -9,5%. 124 è il 90,51% di 137. In valore assoluto la diminuzione è stata di -13
Midline	278	441	58,63 La percentuale di aumento tra 278,00 e 441 è stata uguale a 58,6%. 441 è il 158,63% di 278,00. In valore assoluto l'aumento è stato di 163
Agocannula lunga	4 5	39	-13,33 La percentuale di diminuzione è stata uguale a -13,3%. 39 è il 86,67% di 45. In valore assoluto la diminuzione è stata di -6
Totale devices	460	604	31,30 La percentuale di aumento tra 460 e 604 è stata uguale a 31,3%. 604 è il 131,3% di 460. In valore assoluto l'aumento è stato di 144
AMBITO			
Venosa	288	285	-1,04 La percentuale di diminuzione è stata uguale a -1%. 285 è il 98,96% di 288. In valore assoluto la diminuzione è stata di -3
Potenza	135	207	53,33 La percentuale di aumento tra 135 e 207 è stata uguale a 53,3%. 207 è il 153,33% di 135. In valore assoluto l'aumento è stato di 72
Villa d'Agri	3 6	59	63,89 La percentuale di aumento tra 36 e 59 è stata uguale a 63,9%. 59 è il 163,89% di 36. In valore assoluto l'aumento è stato di 23
Senise/Lauria	1	53	52,00 La percentuale di aumento tra 1 e 53 è stata uguale a 5200%. 53 è il 5300% di 1. In valore assoluto l'aumento è stato di 52
Totale Impianti	460	604	31,30

si evidenzia che nel 2018 sono stati impiantati a domicilio n. **604** Devices Ecoguidati spalmati su tutti gli ambiti territoriali registrando un incremento del 31,30% rispetto agli impianti del 2017 (n.460). Tale risultato si è potuto conseguire anche grazie a numerosi corsi di aggiornamento effettuati in collaborazione con un soggetto esternalizzato e ad un aggiornamento on the job degli impiantatori del PICC Team. Gli impianti venosi eco-guidati costituiscono una parte di una serie di prestazioni domiciliari complesse quali le terapie a sorveglianza medica, le paracentesi, le emotrasfusioni, la gestione NAD e la gestione di lesioni croniche cutanee. Le stesse sono eseguite in buona parte direttamente da operatori ASP e, a livello differenziale, sono a Governo Clinico ASP. Il

tutto migliora significativamente le performances contribuendo alla peculiarità del sistema con un valore aggiunto degno dell'attenzione degli analisti della sanità.

Riguardo alla percentuale degli over 65 residenti trattati in Cure Domiciliari registratasi per il 2018 si specifica che è stata pari al **6,32 %** con incremento rispetto al 2017 (5,53%) **dello 0,8%**.

In conclusione gli esiti positivamente raggiunti avvalorano la validità della scelta (31% raggiunto spalmato su tutti gli ambiti) e registrano un ampliamento della efficacia dell'Assistenza Territoriale. Anche l'attivazione (dal febbraio 2017) della Centrale Unica delle Dimissioni, frutto di una precisa Intesa con l'AOR San Carlo, sta migliorando significativamente la continuità ospedale territorio e la sua implementazione ridurrà ai minimi termini tale criticità e migliorerà la precisione della percezione del bisogno da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale.

D'accordo con l'ASP si ritiene inoltre che la piattaforma **"Inter-Rai"** (dalla stessa messa in campo dal 1° ottobre 2018) valorizzerà ulteriormente le performance, attraverso analisi "online", sia dei bisogni che di quanto erogato, che consentiranno l'individuazione per tempo di eventuali criticità e permetteranno la messa a punto di azioni correttive, tempestive e appropriate.

Avendo ad obiettivo il miglioramento del servizio offerto a pazienti fragili, necessitanti di mirate cooperazioni sanitarie e professionali già da più tempo in campo, l'azienda ASM di Matera ha sviluppato, in ambito territoriale, i diversi interventi di seguito riassunti. Con l'azione **3.a)ASM: Cure Palliative e Terapia del Dolore- Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica nel Distretto e presso Ospedali Distrettuali di Tricarico, Stigliano e Tinchi** - referente aziendale Dr.V. Denisi - prosieguo annualità 2018 azione 3.2 DGR 289/2018 - l'azienda ha avuto ad obiettivo la gestione di una Rete Integrata e Funzionale delle attività di Cure Palliative erogate in Ospedale, Hospice, a Domicilio ed in altre Strutture Residenziali. Tutto al fine di assicurare: prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi); prescrizione presidi vari; protocolli 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 di Tricarico , di Stigliano e Tinchi. In dette attività è richiesto l'impegno di molteplici operatori sanitari e socio sanitari: n.15 Medici di Distretto; n. 1 Medico palliativista; n.3 Medici specialisti; n.3 Psicologi; n. 20 Infermieri e n. 4 Assistenti sociali. Come da relazione aziendale sono state realizzate le seguenti attività:

- Presa in carico completa in ospedale e a domicilio dei pz. eleggibili per cure palliative
- Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno spirituale
- Incontri fra MMG, Medico Palliativista, Medico del Distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare-
- Attività formativa continua per il personale e divulgativa delle Cure Palliative e Terapia del Dolore
- Prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi)-
- Prescrizione presidi vari- Protocolli per ricovero in Hospice e nei reparti di lungodegenza
- 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
- Prestazioni di ricovero c/o Hospice Stigliano.

Con l'azione **3.b)ASM: Percorso di cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore (U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera-)** - referenti aziendali: Dott. G. Ciampo, Dott. F. Dimona - prosieguo annualità 2018 (progetto/azione 3.3 DGR 289/2018 anno 2017) , l'ASM ha

inteso far fronte in ordine di frequenza alle richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore provenienti da: specialisti oncologi e/o oncoematologi; reparti ospedalieri per pazienti già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI; MMG. Obiettivi primari : soddisfare la domanda del bacino d'utenza; contenere i tempi di attesa in 24/48 ore per la maggior parte delle prestazioni ed in sette giorni per prestazioni più complesse con impiego della sala operatoria.

La relazione aziendale evidenzia che nel corso dell'anno 2018 si sono realizzate:

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

Cure Palliative:

- 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 cerebrali, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento, etc.
- manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparizzazione degli impianti
- presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG

Terapia del Dolore

- 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

Si sono altresì registrate:

- Visita algologica I.ma visita n. 169;
- Visita algologica II.a visita n. 107;
- Posizionamento di port e chat n. 97;
- Incisione ,rimozione di corpo estraneo n. 27;
- Irrigazione catetere vascolare n. 66;
- Manutenzione di catetere venoso centrale n. 516;

- pulizia di ferita n. 54 ;
- altre prestazioni ambulatoriali n. 154;
- Medico di guardia in Rianimazione n. 256 impianti.

Sempre nell'ambito del Progetto 3, l'ASM di Matera, ha messo in atto per i pazienti fragili della rianimazione: l' **Azione 3.c)ASM - Rianimazione Aperta: Accessibilità facilitata per i parenti dei pazienti ricoverati - accoglienza, informazione , coinvolgimento dei familiari riguardo alla Terapia del Dolore e delle Cure Palliative** - referente aziendale Dott. Francesco Di Mona-, sperimentazione 2018 per l'**umanizzazione** dell'assistenza al paziente ricoverato in Rianimazione unitamente all'**Azione 3.d)ASM: Terapia del Dolore e Cure Palliative anche a Domicilio-Assistenza Domiciliare, cure Palliative e terapia del dolore per pz. affetti da malattie neurologiche e/o e portatori di tracheostomia, peg, in ventilazione meccanica** – referente aziendale Dott. Francesco Di Mona- **per assicurare** Assistenza specialistica, Terapia del Dolore e Cure Palliative erogate a Domicilio per Pazienti Dimessi dalla U.O. di Anestesia e Rianimazione. Si dà evidenza che l'ASM, giusta relazione, ha implementato una rete integrata e funzionale delle attività rivolte a:

- 1) inserimento nella Rete Sanitaria per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative dei pazienti e dei loro familiari;
- 2) progettazione e realizzazione di ambienti di cura più accoglienti e disponibili anche per i familiari dei pz;
- 3) fornire corrette ed esaustive informazioni agli utenti e ai familiari, anche per la somministrazione delle terapie del dolore;
- 4) migliorare la relazione fra operatori socio – sanitari e familiari dei pazienti;
- 5) formazione del personale socio – sanitario su aspetti relazionali assistenziali;
- 6) organizzazione e gestione di una sala accoglienza e una sala colloqui per parenti dei pazienti ricoverati;
- 7) integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l'inserimento di interventi mirati gestiti da assistenti sociali e medici, infermieri e OSS della struttura; realizzazione di una brochure informativa da distribuire ai parenti dei pazienti.

Di seguito il lavoro compiuto nel corso dell'anno:

- attività di informazione / formazione, prima di ogni dimissione , da parte dei medici anestesisti ai parenti e/o coloro che accudiscono il pz. in riferimento alla terapia del dolore alle cure palliative e all'uso dei dispositivi applicati ai pazienti;
- presa in carico di 10 – 12 pazienti dimessi attraverso la formazione ai familiari.
- In alcuni casi si è predisposto l'assistenza a domicilio dei pazienti dimessi ed affetti da malattie neurologiche e portatori di tracheostomia, peg e in ventilazione meccanica anche per cambio cannule, cambio peg, valutazione clinica e per la terapia del dolore

Gli operatori ASM impegnati (4 Anestetisti) erogano consulenze ambulatoriali di terapia del dolore su richiesta del MMG, di specialisti ed anche con accesso diretto del paziente.

Esiti prodotti:

- Visita algologica I visita n. 169;
- Visita algologica II visita n. 107;
- Posizionamento di port e chat n. 97;
- Incisione ,rimozione di corpo estraneo n. 27;
- Irrigazione catetere vascolare n. 66 ;
- Manutenzione di catetere venoso centrale n. 516;
- pulizia di ferita n. 54;
- altre prestazioni ambulatoriali n. 154;
- Medico di guardia in Rianimazione n. 256 impianti.

E' ancora l'ASM di Matera che, avendo ad obiettivo la cura ed il trattamento della terapia del dolore in età pediatrica, con particolare riferimento al dolore indotto dalle procedure dolenti per i bambini con applicazione di un protocollo intra-ospedaliero di approccio al dolore in età pediatrica, ha sviluppato l'azione **3.e)ASM- Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica** - referente aziendale ASM Dr. R. Davanzo- Ha inteso così

- garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali
- dare adeguate risposte ai bisogni assistenziali di alta complessità connessi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche

Di seguito le attività rese con l'ausilio dei medici e del personale infermieristico dell'U.O. di Pediatria dei PP.OO. di Matera e di Policoro:

- formazione del personale medico (4) , infermieristico ed OSS(10): corso di 1 giorno da tenersi a Matera
- lavori di preparazione di un protocollo (raccolta bibliografica, recupero di protocolli simili disponibili)
- elaborazione di un protocollo locale declinato per neonati e bambini afferenti al PS pediatrico avente Area di Interesse :
 - analgesia durante i prelievi o durante manovre invasive,
 - analgesia post-operatoria infantile;
- implementazione del protocollo con raccolta dati per documentarne l'efficacia: percentuale di bambini sottoposti alla analgesia rispetto al totale dei bambini che ne avevano bisogno per ciascun tipo di procedura dolorosa;
- stampa del protocollo e di un opuscolo/ depliant Educational destinato alla popolazione.

Il previgente PSR 2012-2014 ha approvato la Rete della Terapia del Dolore e la Rete delle Cure Palliative e ne ha definito il modello organizzativo, di tipo HUB e Spoke, da perseguire. **L'A.O.R. San Carlo di Pz** viene individuata quale Centro di Terapia del Dolore di II livello della Rete (HUB) in quanto presenta i requisiti professionali, strutturali e tecnologici per l'accreditamento. Con successiva l.r. n. 2 del 12.01.2017 l'AOR incorpora i Presidi Ospedalieri di Villa d'Agri, Melfi e Lagonegro, provenienti dall'ASP di Potenza, quali articolazioni funzionali sul territorio. Si delinea pertanto la "**Rete Ospedaliera della Provincia di Potenza**" il cui presupposto **funzionale e di integrazione è garantito** attraverso la diversificazione e condivisione dei ruoli e dei compiti di ciascuna struttura rispetto alla complessità della domanda assistenziale dei pazienti trattati. E' pertanto imprescindibile per l' AOR S. Carlo intraprendere nuovi processi organizzativi e correlate azioni. Nello specifico , per l'anno 2018, l'**azione 3.AORS.Carolo: Costituzione ed implementazione della Rete della Terapia del Dolore** – referente aziendale dr. M. Ricciuti – ha avuto ad obiettivo l'individuazione di compiti e funzioni dei diversi Servizi dell'AOR San Carlo coinvolti nelle fasi del **Percorso Assistenziale Intraospedaliero della Terapia del Dolore** con implementazione e/o sviluppo della **Rete della Terapia del Dolore**. Come previsto dal PSR il **Centro di Terapia del Dolore** deve garantire attività in regime di ricovero ed ambulatoriale per pazienti esterni nonché prestazioni interne per i pazienti ricoverati. Il servizio è articolato sulle 12 ore nei giorni feriali, da integrare con un sistema di reperibilità di H24 che si esplica su 2 livelli: assistenza telefonica e reperibilità in caso di urgenze.

In particolare, la Rete deve garantire l'erogazione:

- a) di prestazioni specialistiche invasive di no livello in regime di ricovero ordinario e diurno (es. neuro stimolazione spinale periferica, neuro modulazione spinale farmacologica, neuro lesioni del sistema simpatico e somatico, procedure mininvasive sulle strutture ossee ed articolari della colonna vertebrale comprese le endoscopie);

- b) di prestazioni ambulatoriali quali visite e procedure anestesologiche per le diverse forme di dolore, compreso quello oncologico che afferisce al centro per le cure palliative. Le attività ambulatoriali di terapia del dolore sono rivolte alle seguenti tipologie di dolore:
- dolore acuto;
 - dolore-cronico-invalidante;
 - dolore post operatorio.

Nel corso dell'anno 2018 si è provveduto:

- ad attivare gli ambulatori di terapia del dolore cronico nei presidi di Lagonegro e Villa d'Agri trasferiti ai sensi della L.R. n. 2/2017 ed a definire le procedure per l'attivazione dell'ambulatorio presso il P.O. di Melfi;
- avviare le procedure organizzative per garantire una seduta settimanale destinata alle attività di ricovero in regime diurno per l'erogazione di prestazioni complesse;
- offrire le attività finalizzate al trattamento del dolore post operatorio (pain service);
- attivare un piano strutturato di informazione del personale medico dell'azienda, dei medici di assistenza primaria e dei medici specialisti ospedalieri delle due aziende sanitarie provinciali (ASP e ASM) e degli utenti singoli e in forma associata.

Per le sopra menzionate attività si evidenziano gli impieghi professionali :

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti Medici	7	850	5.950
Personale sanitario	7	850	5.950

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

Quota di FSN Vincolato Anno 2018 Assegnata: Euro 2.538.390,00

(Accordo Stato Regioni n. 181/CSR 2018 - DGR 289/2018)

<u>PROGETTO:</u> IMPORTO TOTALE assegnato al Progetto 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2018 : Euro 2.538.390,00	<u>4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</u> Comprendente: Azione 4.1 Piano regionale di prevenzione-annualità 2018 - (di cui del progetto 4 importo FSN Vinc.2018 assegnato: euro 2.525.698,00 Azione 4.2: Piano regionale di prevenzione- Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB- euro 12.692,00
REFERENTE pro-tempore per l'annualità 2018	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

COSTO TOTALE PROGETTO ANNUALITA' 2018	Euro 2.538.390,00
QUOTA EVENTUALE CARICO REGIONE	Euro 0,00

Relativamente al Progetto 4 azione 4.1 - Piano Regionale di Prevenzione- -annualità 2018 - giusta relazione acquisita dal responsabile pro-tempore dell'Ufficio Prevenzione Primaria si espone quanto segue:

Con Deliberazioni di Giunta Regionale nn. 91/2015, 710/2015, 1230/2015 e 94/2016 è stato recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e ne sono state definite le modalità di attuazione in ambito regionale. Con successiva DGR n. 723 del 21/07/2018 si è provveduto al recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano-Rep.Atti n. 247/CSR/2017- concernente la proroga al 31/12/2019 del Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 e si è approvata la rimodulazione dei programmi del Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2018/2019.

Il PRP vigente contempla i programmi:

- **Guadagnare Salute Basilicata**, che è articolato per Setting (“Setting Scuola”, “Setting Ambienti di Lavoro”, “Setting Comunità”) e che 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;**

a cui si aggiungono

specifici programmi inerenti la Sicurezza Alimentare e la Sanità Pubblica Veterinaria e tra altro sono previsti 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 ai fini della valutazione/verifica annuale in sede regionale e ministeriale dello stato di avanzamento delle attività programmate.

Si rappresenta di seguito ciò che è stato realizzato al 2018.

Nell'ambito del programma **“Guadagnare Salute Basilicata - “Setting Scuola”**, è confermata la buona adesione degli istituti scolastici della **“ Rete Lucana delle Scuole che promuovono la Salute”** alle iniziative programmate (difatti- il 70% delle scuole primarie ha partecipato alla promozione di attività fisica e corretta alimentazione ed oltre il 50% delle scuole secondarie alla promozione di stili di vita salutari, alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e alla prevenzione della ludopatia).

Il programma **“Guadagnare Salute Basilicata - “Setting Ambienti di Lavoro”** è stato implementato con un'azione concordata con l'Università degli Studi di Basilicata rivolta a personale e studenti dell'Ateneo.

Circa il programma finalizzato alla **“Riduzione del disagio mentale e delle dipendenze patologiche”**, si segnalano la stipula nel 2018 di un accordo tra Regione, SSR e Amministrazione Penitenziaria per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei soggetti adulti negli istituti penitenziari e le attività di prevenzione delle dipendenze patologiche svolte di routine dai competenti servizi.

Si segnala anche il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni sul documento concernente **“Indirizzi di policy”** integrate per la Scuola che Promuove Salute” (Rep. Atti n. 2/CSR del 17 gennaio 2019) con DGR n. 487/2019, che sarà reso esecutivo a livello regionale dal secondo semestre 2019.

Riguardo al **“Progetto pilota per la identificazione precoce dei soggetti di 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT”** nel corso degli anni precedenti si è proceduto alla preliminare valutazione degli strumenti utilizzabili, vagliando i tempi e le risorse disponibili e si è predisposto un documento che ha delineato le attività nel loro divenire e la loro 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 regionale 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. Programma **Guadagnare Salute Basilicata - “Comunicare la Salute”**).

Nel 2018 è stato definito il **“Programma regionale di counselling motivazionale breve”** – realizzatosi nel corso del 2019 (n.4 eventi nel primo semestre 2019 ed è stato avviato il **“Programma regionale di comunicazione per la promozione della salute”** (rivolto all'intera collettività) – la cui prima azione ha riguardato le malattie cardio-cerebrovascolari e, nella fattispecie, l'infarto miocardico con l'indicazione alla tempestività dei soccorsi e delle cure.

Al riguardo della comunicazione per la promozione della salute è stato costruito il sito www.basilicatainsalute.it, in implementazione, creato per la divulgazione ai cittadini di informazioni non solo sui corretti stili di vita ma anche sui servizi offerti del SSR per agevolarne la fruibilità.

Per la **“Promozione dell'esercizio fisico nei soggetti anziani”** è stata emanata una legge regionale concernente tra l'altro la valorizzazione dell'invecchiamento attivo, che al riguardo prevede anche interventi di educazione motoria (L.R. n. 29/2017, da implementare) e nel 2018 è stato stipulato un accordo con la UISP Basilicata per il contrasto alla sedentarietà in tutte le fasce di età (anziani compresi).

Presso i consultori familiari, nell'ambito del **“Progetto di implementazione/valorizzazione delle loro attività”**, così come previsto, sono stati:

-implementati i corsi pre-post parto grazie alla continuità data all'attività informativa sull'offerta consultoriale;

-sono stati realizzati eventi per la prevenzione delle infezioni da HIV e HPV;
-è stata data continuità alle iniziative di contrasto al cyberbullismo;
-è stata incrementata l'attività di supporto a fini di procreazione responsabile, prevenzione IVG e tumori femminili, nonché l'attività di supporto alle donne in menopausa per le problematiche ad essa correlabili.

A cura dei consultori familiari sono state portate avanti anche nel 2018 attività informative su sicurezza stradale e domestica.

Per la **“Prevenzione degli incidenti stradali”** si è data continuità agli interventi d'informazione nelle scuole ed è stato implementato il coinvolgimento delle scuole guida; ne è stata aggiornata inoltre la reportistica al pari di quella sugli **“Incidenti domestici”**.

Per quanto riguarda il progetto dal titolo **“Valutazione dell'impatto delle disuguaglianze sociali su stili di vita e comportamenti a rischio - patologie correlate e pianificazione degli interventi di contenimento”** è stata predisposta una prima mappatura di territori regionali socialmente svantaggiati su base comunale, utilizzando come indicatori il mancato conseguimento della scuola dell'obbligo e il tasso di disoccupazione femminile, che necessita però di ulteriori approfondimenti (i due indicatori sono stati scelti in analogia a quelli utilizzati in un precedente lavoro sui ricoveri ospedalieri dei residenti).

Si è proceduto a riorganizzare le attività di raccolta dati dei sistemi di sorveglianza **“PASSI”** e **“PASSI d'Argento”** - sono state organizzate le attività inerenti al sistema di sorveglianza **“OKkio alla Salute 2019”** e si è preso parte all'ultima rilevazione afferente al sistema di sorveglianza **“HBSC”**.

Per quanto riguarda il **“Programma di contrasto alla violenza di genere”**, si è data la continuità attesa alle attività informative ed è stato approvato il piano strategico regionale sulla violenza maschile contro le donne (DGR. 427/2018).

Per la linea d'intervento **“Conoscere la popolazione non aderente agli screening e sperimentare interventi su misura a contrasto delle disuguaglianze”** al 2018 sono state analizzate le criticità ostative all'aumento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici in atto da parte dei target, risolvendo il problema degli inviti inesitati attraverso la revisione dell'anagrafica degli aventi diritto tramite la parificazione dell'anagrafica con quella di fonte MEF e sono state definite nell'ambito del programma regionale di comunicazione per la promozione della salute le modalità di coinvolgimento dei target per implementarne l'adesione.

Circa la parte di Piano **“Guadagnare Salute Programma Donna”**:

-in riferimento alla linea progettuale **“Management del diabete gestazionale finalizzato alla prevenzione del diabete tipo 2 e alla riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare”**, al 2018 sono stati sensibilizzati 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 (non ancora definita); inoltre nel 2018 - in riferimento al Programma Nazionale CCM 2018 è stato presentato, approvato ed ammesso a finanziamento il progetto regionale dal titolo **“Presa in carico integrata, peer education e activation: strategie per un'efficace promozione di comportamenti protettivi tra le donne con diabete gestazionale a rischio di sviluppare il diabete di tipo 2”**, che sarà sicuramente di supporto a questa attività di piano.

In merito alla linea progettuale inerente alla **“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”** l'aggiornamento del nuovo modello di screening sarà subordinato anche agli esiti del Programma CCM 2016 - Area Progettuale **“Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le**

donne vaccinate prima dell'età di inizio dello screening" - ancora in corso, cui partecipa anche la Regione Basilicata.

Il programma di **"Valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori della mammella in Basilicata"**, di cui era prevista la rimodulazione, non è stato avviato. Né è stato ancora implementata la linea progettuale inerente alla **"Valutazione dei bisogni delle donne anziane"**.

Gli **"Screening audiologico ed oftalmologico neonatali"** sono a regime in tutti i punti nascita regionali (risultato atteso al 2018).

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 ed è stata prodotta relativa reportistica anche per l'anno 2018 (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 nel 2018 alla **"Emersione e al riconoscimento di malattie professionali"**;

-sono aumentate anche nel 2018 le prestazioni di sostegno dedicate a RLS/RLST e bilateralità presso gli sportelli informativi delle AA.SS.LL. attivi presso i competenti servizi (così come previsto nel **"Piano di prevenzione degli infortuni in edilizia"**) e, comunque, numerose anche nel 2018 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;

-sono state espletate nel 2018 attività inerenti al contrasto del lavoro nero (in sinergia inter-istituzionale) e all'uso di prodotti fitosanitari e pianificate attività di controllo relative al mercato delle macchine agricole presso i rivenditori (rif. **"Piano regionale di prevenzione degli infortuni in agricoltura"**);

-sono stati controllati anche nel 2018 per sorveglianza sanitaria una cinquantina di cantieri edili nell'ambito territoriale dell'ASL proponente la linea d'intervento **"Cantiere Sicuro"**;

-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) ed acquisita casistica inerente a pregresse lavorazioni a rischio.

Si segnala che nel 2018 l'attività ispettiva delle AA.SS.LL. a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (anche in sinergia inter-istituzionale) ha riguardato il 45% dei cantieri edili notificati e l'11% circa dell'insieme delle unità produttive presenti sul territorio regionale.

Per quanto riguarda il programma **"Ambiente e Salute"** sono state eseguite le attività di seguito indicate:

-circa 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 definito il documento recante le linee guida a fini di risanamento e prevenzione in edifici esistenti e di nuova costruzione;

-relativamente alla parte di piano inerente l'**"Impatto della problematica amianto sulla popolazione"**, sono state definite/programmate le previste azioni di tutela con la Legge Regionale n. 35/2018 (Norme di attuazione della parte IV del D.lgs 3 aprile 2006, n. 152 in materia di gestione dei rifiuti e di bonifica di siti inquinati-Norme in materia ambientale - Legge 27 marzo 1992, n. 257-Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto);

-si è concluso lo **"Studio di monitoraggio di policlorodibenzodiossine (PCDD), policlorodibenzofurani (PCDF) e policlorobifenili (PCB) nel latte materno di donne residenti nella provincia di Potenza"**.

Nell'ambito dello stesso programma **"Ambiente e Salute"** è stato avviato lo studio **"Epibas"** che mira a rilevare lo stato di salute delle popolazioni residenti in aree esposte a potenziali fonti di

rischio ambientale e ad integrare attività di ricerca e iniziative di sanità pubblica, studio cui sono collegabili le attività di piano concernenti la ridefinizione di problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale, lo sviluppo di metodologie utili alla valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali, le previste attività di comunicazione del rischio e le specifiche attività formative dedicate ad operatori del SSR e dell'ARPAB, superando così la frammentarietà originaria di queste azioni.

Mentre non sono state riorganizzate le attività regionali in materia di “*REACH e CLP*” per criticità organizzative.

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

-circa “*l'uso dei sistemi di sorveglianza speciale*” e, con riferimento al sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, l'obiettivo indicato come indicatore sentinella (n. di casi di morbillo e rosolia per i quali è stato fatto l'accertamento di laboratorio/n. totale di casi: > al 90%) è stato raggiunto;

-circa il “*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 di quanto indicato in questa parte di piano, che si è stabilito di rimodulare con la previsione di un documento ad hoc, atteso che con DGR n. 615/2018 è stato costituito un gruppo tecnico per le problematiche connesse alla patologia tubercolare in riferimento a documenti e linee guida ministeriali specifici e al piano di azione dell'OMS per la regione Europea 2016/2020, con gli obiettivi di adottare un piano triennale condiviso da tutti gli attori e periodicamente revisionato, di definire un programma annuale di attività, comprensive di aggiornamento del personale, e di adottare e di aggiornare periodicamente uno specifico PDTA (in implementazione).

Per quanto riguarda “*le 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 effettuati anche nel 2018 incontri informativo/formativi dedicati agli operatori dei centri vaccinali per l'uso ottimale dell'Anagrafe Vaccinale Informatizzata (in funzione in tutte le AA.SS.LL. regionali) in previsione della confluenza dei dati nell'Anagrafe Nazionale.

La definizione e adozione di “*un piano per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive*” è stata rimandata ed integrerà le attività già messe in campo in occasione della “*pandemia influenzale*” e della “*emergenza MVE*”, comprensive di attività informativo/formative e simulazioni. Si aggiunge che nell'ambito di eventi di formazione dedicati a specifiche malattie infettive è stata svolta anche informativa degli operatori sanitari sulle “*emergenze*” e che le aziende sanitarie sono state sempre aggiornate come da prassi sulle situazioni da attenzionare comunicate dal Ministero della Salute.

Per quanto riguarda “*le infezioni correlate all'assistenza*”, presso tutte le strutture ospedaliere operano i comitati di sorveglianza e sono stati definiti i protocolli operativi finalizzati al contenimento di tali infezioni e le procedure per la prevenzione di quelle da micro-organismi multi-resistenti; al 2017 (ultima elaborazione fruibile – fonte Ministero della Salute) il dato per 100.000 dimissioni ospedaliere è risultato contenuto ed inferiore alla media nazionale sia per quanto riguarda le infezioni dovute a cure mediche che per quanto riguarda le infezioni post-chirurgiche (infezioni dovute a cure mediche: Basilicata 2,77; Italia 12,37 – infezioni post-chirurgiche Basilicata 192,62; Italia 258,76).

Inoltre:

-si è data normale continuità al *monitoraggio* del “*consumo di antibiotici*”;

-con DGR n. 106/2018 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni sul documento recante “*Piano di contrasto all'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020*”;

-si è tenuto un workshop tematico;

-è stato costituito il gruppo tecnico regionale con il compito di predisporre i documenti necessari all'attuazione del PNCAR 2017-2020 e di monitorare le azioni implementate;

-sono state previste attività formative.

E' stata data adesione alla rilevazione AR – ISS (sorveglianza dell'antimicrobico-resistenza).

Rispetto infine a quanto previsto in ambito di “*Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria*”:

-circa “*la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti*” è stato definito il protocollo operativo previsto;

-si è data continuità sul campo (in fase di controlli ufficiali) alla “*formazione degli operatori del settore alimentare (OSA)*”;

-è stata effettuata anche la “*formazione e l'addestramento delle autorità competenti in materia di controlli ufficiali*”;

-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 quanto riguarda il “*contrasto al randagismo*” sono state implementate le procedure per l'avvio del piano regionale di sterilizzazione e, comunque, tutti i cani randagi accalappiati vengono sterilizzati;

-per “*la prevenzione dei disordini da carenza iodica*”, si è data continuità ai controlli sull'utilizzo di sale iodato contestualmente ai controlli ufficiali presso i punti di vendita e ristorazione.

Riguardo all’**“Azione 4.2”** inerente lo svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening(ONS), AIRTUM e NIEPB. E' acclarato che: il primo svolge attività a supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale; il secondo svolge attività di supporto scientifico ed organizzativo all'attività dei Registri Tumori (RT) accreditati ed in attività con promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, con realizzazione di un lavoro di “rete” tra i RT e rappresentandoli presso le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale e di una Banca dati AIRTUM; il terzo (NIEBP) Network per l'Evidence Based Prevention svolge attività di supporto alla pianificazione e alla valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione, di censimento, valutazione e messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore degli interventi di prevenzione efficaci, con messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Permette l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito <http://niebp.agenas.it>

Si specifica che in Basilicata è presente il **Registro Tumori Regionale** istituito dalla Regione affidato all'**IRCCS- CROB di Rionero** e confermato dalla legge regionale 14 del 2011. Il Registro Tumori di Basilicata è un **registro generale** (registra tutti i tumori maligni) su base di popolazione regionale. L'attività del registro tumori, così come definito a livello nazionale ed internazionale, si basa sulla ricerca attiva dei casi attraverso fonti primarie e secondarie ben definite e verificate nella loro completezza. L'attività del Registro di Basilicata nel corso degli anni è stata centrata sulla definizione dei **flussi e analisi dei dati**, finalizzata al miglioramento della qualità del dato e all'efficienza dei sistemi automatici. L'attività svolta dalla UOC Epidemiologia, Biostatistica e Registro Tumori Regionali, in cui operano un Direttore e due Coadiutori Amministrativi ha permesso la realizzazione della banca dati dei Casi Prevalenti che è fondamentale per identificare i casi incidenti.

Il Registro Tumori di Basilicata a differenza di molti altri Registri Tumori Italiani è un **Registro di Popolazione Generale**: raccoglie i dati relativi a tutti i tumori maligni dei residenti in

Basilicata. Si è costruito il database che raccoglie dati su base regionale a partire dal 2005 pubblicati sul sito dell'Istituto fino al 2014. Sono in fase di pubblicazione i dati del 2015. Ciò fa del Registro Tumori di Basilicata uno dei più aggiornati a livello nazionale la pubblicazione dei dati fino al 2014 fa del Registro Tumori di Basilicata uno dei più aggiornati a livello nazionale. L'attività del Registro di Basilicata nel corso degli anni è stata centrata sulla definizione dei flussi e analisi dei dati, finalizzata al miglioramento della qualità del dato e all'efficienza dei sistemi automatici. 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. Nel corso del **2018**, la rivista LANCET ha pubblicato i dati del Registro Tumori della Basilicata, insieme ad altri 322 registri. La pubblicazione è relativa ai dati individuali di 37.5 milioni di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di tumore durante i 15 anni che vanno dal 2000 al 2014 di 71 nazioni o territori. Con il programma CONCORD, della London School Of Hygiene & Tropical Medicine, nel 2015 si è iniziata la sorveglianza globale della sopravvivenza dei pazienti oncologici, quale misura per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari e per informare la politica sul controllo del cancro. A partire dal 2017, i dati del Programma CONCORD sono utilizzati dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), come misura ufficiale della sopravvivenza oncologica, tra gli indicatori di qualità dei sistemi sanitari in 48 paesi nel mondo. Questa pubblicazione sulla prestigiosa rivista LANCET attesta il buon lavoro del Registro Tumori confermandolo quale strumento indispensabile a valutare sia l'impatto delle politiche di prevenzione, che l'efficacia del Servizio Sanitario Regionale nel fornire cure ai pazienti oncologici.

Linea progettuale: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Quota di FSN Vincolato Anno 2018 Assegnata con DGR 154/2019 Euro 810.000,00

L'invecchiamento della popolazione e con esso la prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie richiede sempre più la garanzia di maggiore qualità di assistenza sanitaria con previsione di utilizzo di strumenti tecnici (ICT- Telemedicina) di supporto alle attività professionali messe in campo. La promozione dei processi di digitalizzazione, in ospedale e sul territorio (percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio), facilita la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali.

La popolazione lucana è da tempo caratterizzata marcatamente da un progressivo invecchiamento a cui è collegato, in maniera proporzionale diretta, l'aumento delle disabilità legate a malattie croniche non trasmissibili (patologie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete mellito ed altre) e con esse il numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. In tale contesto è stato imprescindibile, per il SSR, intraprendere azioni sempre più rispondenti ai bisogni espressi della popolazione ed in grado di ottimizzare la gestione integrata, Ospedale – Territorio, della patologia secondo criteri di efficacia ed efficienza (massima riduzione dello spostamento del paziente dal suo domicilio e limitazione degli accessi in ospedale). Il previgente Piano Sanitario Regionale 2012-2015 ha ridefinito il Distretto "...anche e soprattutto il luogo della presa in carico dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali del cittadino." con disposizione, a supporto, di indirizzi programmatici in termini di Fascicolo Elettronico del cittadino e di sistemi di Telemedicina con garanzia di sperimentazione ed attivazione da parte delle Aziende del SSR. Tra gli atti prodotti si evidenzia la D.G.R. n.1132 del 24.09.2013 (Patto Sanità digitale Art15- 16, giusto Patto della Salute 2014-2016 nell'ambito del programma di miglioramento e riqualificazione regionali "*Potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale progetto Inter-Rai- art.1, comma 385*

ess. Legge 11/12/2016 n. 232”) che ha fissato per il SSR l’adozione della Suite di strumenti Inter-RAI con installazione di moduli dedicati.

Il successivo “Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla persona e alla comunità(PSR) per il triennio 2018/2020”, approvato con DGR 778 del 26.07.2017, ha prescritto tra “ *priorità e strumenti organizzativi*” l’attuazione di Progetti strategici regionali con previsione di utilizzo della **Telemedicina** per un nuovo modello di erogazione di cure fondato sull’integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti appartenenti a diversi livelli gestionali del SSR per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Considerato che il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare l’art.1 comma 5, ai fini del miglioramento dell’erogazione dei Lea ha previsto , ad integrazione la possibilità dell’utilizzo della quota vincolata per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e fra queste, giusto *Accordo Stato-regioni 01/08/2018 -rep atti 150/CSR-*, **per l’anno 2018** si è previsto la possibilità di investire, tra altro, “... *nel campo... delle tecnologie in sanità*” con vincolo di apposite somme ai sensi art. 1 comma 34 bis legge 662/1996 con attuazione della **linea Progettuale 5**.

La regione Basilicata ha così approvato il **Progetto 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO**, esplicitatosi in cinque azioni svolte dalle aziende del SSR con attribuzione alle stesse della somma complessiva di **euro 810.000,00** quale quota parte del FSN Vinc.2018 e senza alcun onere a proprio carico.

Di seguito si dà evidenza di quanto attuato nell’anno unitamente agli esiti.

<p><u>TITOLO DEL PROGETTO</u></p> <p>TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 5 a valere sulla quota del FSN VINC. Anno 2018: Euro 810.000,00</p> <p>*****</p> <p>REFERENTE REGIONALE</p>	<p>5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>comprendente le seguenti azioni :</p> <p>5.AORS CARLO- Progetto telemedicina: Sviluppo di sistemi di teleconsulto e tele-refertazione-</p> <p>5a) ASM: Promozione del processo di digitalizzazione in ospedale : gestione della Cartella clinica Informatizzata –</p> <p>5b)ASM: Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3 “Informatizzare e migliorare la qualità dell’assistenza della terapia intensiva” –</p> <p>5c) ASM: Progetto LIS - annualità 2018 (sperimentazione) –</p> <p>5d) ASM : Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto InterRAI: potenziamento dell’offerta di servizi sanitari sull’intero territorio regionale - sperimentazione anno 2018</p> <p>*****</p> <p>Ing.Donato V.Pafundi; dr.ssa ZULLO Maria Luisa; dott.ssa Rocchina Giacoia - Dipartimento Politiche per la Persona - Regione Basilicata -</p>
<p>Costo Complessivo Progetto 5</p>	<p>Euro 810.000,00</p>
<p>Quota a carico regione</p>	<p>Euro 0,00</p>

L'Azienda Ospedaliera Regionale S.CARLO di Potenza con l'azione **5)AORSCarlo -Progetto Telemedicina: Sviluppo di sistemi di teleconsulto e telerefertazione-** - annualità 2018 - Referenti aziendali: Dr. Rosario Fiorilli, Dr. Gianni Paternò (Referenti Area Cardiologica); Dr. Franco Labroca (Referente Sistema Informativo Ospedaliero); Ing. Francesca Mastrodonato (Referente Ingegneria clinica) ha immesso nell'area sanitaria della Cardiologia aziendale il servizio di Telecardiologia che permette la trasmissione e la refertazione a distanza in tempo reale del tracciato elettrocardiografico con archiviazione degli ECG richiesti da tutti i reparti dell'AOR e dal Pronto Soccorso. L'utilizzo di elettrocardiografi collegati in rete con il Servizio di Cardiologia Ambulatoriale ha avuto ad obiettivi: la riduzione dei tempi intraospedalieri, l'abbattimento dell'impiego improprio del personale dedicato all'assistenza, l'ottimizzazione dei percorsi per i pazienti ricoverati ed il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri disposti dal Pronto Soccorso.

Le fasi principali dell'attività si suddividono in :

1. *Acquisizione dell'esame cardiologico*: Si acquisisce in maniera semplice l'ECG in ogni Unità Operativa /Pronto Soccorso ed in caso di urgenza si contatta telefonicamente il Servizio di Cardiologia Ambulatoriale;
2. *Trasmissione dell'esame*: l'ECG trasmesso è immediatamente disponibile sulla postazione di refertazione e in caso di urgenza il medico cardiologo contattato telefonicamente interagisce fornendo le necessarie indicazioni;
3. *Visualizzazione e refertazione*: il tracciato ECG è refertato dal cardiologo e ritrasmesso all'Unità Operativa richiedente che può, se richiesto, produrne stampa. Il cardiologo definisce, nei casi ritenuti urgenti e in accordo con la struttura inviante, il tipo di intervento più appropriato;
4. *Archiviazione*: tutti i tracciati sono archiviati con identificativo paziente rilevato dal sistema all'accettazione del paziente dal personale amministrativo/infermieristico. La piattaforma informatica consente di condividere tra le diverse unità operative tutta la storia cardiologica del paziente.

Tale sistema **di Cardiologia Digitale (CIS) realizza** la gestione informatizzata del flusso di lavoro che fa capo al Servizio di Cardiologia ambulatoriale: dalla ricezione dei tracciati, alla visualizzazione in tutte le sue peculiarità, alla stesura del referto finale ed infine alla stampa. Esso rappresenta l'estensione del progetto RIS/PACS aziendale per cui non è stata prevista la fornitura di nuove apparecchiature server e/o storage e, inoltre, si integra con il sistema informativo esistente attraverso le medesime specifiche adottate per l'integrazione del RIS/PACS aziendale.

La refertazione può avvenire in ogni stazione abilitata e da ogni punto di trasmissione dei tracciati si può accedere al sistema per la visualizzazione e la stampa degli studi refertati.

Nel 2018 come da programma articolato:

- sono stati acquisiti n. 40 elettrocardiografi digitali che sono stati distribuiti nei reparti e al pronto soccorso, mentre il sistema di lettura è collocato presso il servizio di Cardiologia;
- sono state fatte: una **formazione generale** per tutto il personale delle strutture coinvolte sulle principali caratteristiche dei sistemi introdotti nonché sulle finalità del progetto ed una **formazione teorico-pratica** al personale interessato circa i sistemi hardware e software che sono installati, un affiancamento del personale formato con personale specializzato della ditta fornitrice al corretto uso del sistema.

Nella tabella sottostante si evidenziano gli impieghi di gestione anno 2018 :

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Personale medico	300	20	6.000
Personale comparto	500	20	10.000
Acquisizione delle tecnologie elettromedicali	40 elettrocardiografi digitali		
Formazione	formazione generale al personale delle strutture coinvolte formazione teorico-pratica al personale interessato fornitrice al corretto uso del sistema.		

Riguardo agli esiti , giusta relazione aziendale, si evidenzia che il sistema di Cardiologia Digitale (CIS) è andato ad integrare il RIS-PACS aziendale per raggiungere i seguenti obiettivi:

- o significativa riduzione dei tempi e costi per esame mediante la ottimizzazione dei flussi;
- o conferimento al Dossier Sanitario degli esami legati ad un'unica posizione dell'anagrafica per consentirne un successivo veloce recupero;
- o significativo miglioramento dei servizi resi al paziente siano essi esterni o interni alla struttura;
- o riduzione degli errori dovuti alla digitazione dei dati dovuti all'integrazione tra il sistema cardiologico ed i sistemi informatici trasversali (CUP, ADT etc.) secondo gli standard DICOM e HL7;
- o instaurazione di un ciclo "PAPERLESS" con eliminazione della stampa e conseguente razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività aziendali;
- o supporto alla refertazione con conseguente archiviazione degli esami in digitale favorendo così la distribuzione digitale dei tracciati e dei referti e la gestione informatizzata delle richieste.

La instaurazione del nuovo flusso con supporto digitale ha abbassato drasticamente il tempo/uomo necessario al completamento del processo.

Per la sua produzione il "tempo uomo" complessivo delle diverse figure professionali coinvolte risulta essere non inferiore a 70 minuti così ripartito:

1. richiesta tramite strumenti tradizionali dell'ECG al letto del paziente – 10 minuti;
2. effettuazione esame – 15 minuti;
3. stampa e conferimento tracciato al medico refertante – 20 minuti;
4. refertazione – 5 minuti;
5. stampa e conferimento referto al richiedente – 20 minuti.

L'analogo flusso operativo supportato dal digitale si compone di fasi e tempi di attuazione che complessivamente ammontano a 30 minuti :

Tale flusso produce un documento digitale correlato al paziente-evento.

Il documento viene inserito in dossier/CCE, in FSE e conferito in archiviazione legale sostitutiva insieme a tutte le immagini trattate nel PACS aziendale.

Come si evince dall'allegato elenco "sistema CIS" per l'anno 2018 complessivamente risultano effettuati 28.705 esami in digitale.

Quindi nel 2018 con il progetto non ancora a pieno regime considerando solo il risparmio di tempo dovuto alla trasmissione cartacea del tracciato mediamente i pazienti hanno ricevuto gli esami con 20 minuti di anticipo rispetto al flusso tradizionale e sono state risparmiate 9.568 ore uomo prima impiegate per il conferimento del tracciato al medico refertante.

Alla riduzione dei tempi si aggiunge il vantaggio relativo alla archiviazione dei tracciati digitali che possono essere consultati da ogni operatore abilitato e questo produrrà una drastica riduzione degli esami (ripetizioni inutili).

La 1ma fase (2018) è così implementata, ad essa seguiranno le azioni previste per l'anno 2019 da finanziare per l'annualità di competenza.

Per il 2019 si conferma l'attuazione del progetto di cardiologia digitale l'AOR e si intende assicurare gli effetti del digitale nelle sedi di nuova acquisizione: Melfi, Lagonegro e Villa D'Agri

ALLEGATO "sistema CIS"

ECG DIGITALI 2018		
SITO DI RIFERIMENTO	REPARTO	TOT ESAMI ESEGUITI
Pescopagano	Fisiopatologia respiratoria	6
	Medicina Fisica e riabilitaz.	30
	Ortopedia traum.	2
118	118	17
POTENZA	Anestesia e rianimazione	256
	Cardiochirurgia	5
	Cardiochirurgia terapia intens.	3
	Cardiologia medica	61
	Cardiologia riabilitativa	7
	Chirurgia d'urgenza	11
	Chirurgia generale	28
	Chirurgia plastica	2
	Chirurgia senologia	287
	Chirurgia toracica	251
	Chirurgia vascolare	6
	ESTERNI	13176
	Dermatologia	392
	Ematologia	535
	Endocrinologia	179
	Geriatrics	387
	Hospice	4
	Litotrissia	147
	Malattie infettive	652
	Medicina Generale	48
	Medicina immunotrasfusion.	13
	Medicina interna	865
	Nefrologia e dialisi	580
	Neonatologia	61
	Neurochirurgia	665
	Neurologia	977
	Nido	48
	Oculistica	423

SITO DI RIFERIMENTO	REPARTO	TOT ESAMI ESEGUITI
	Ortopedia	904
	Ostetricia e ginecologia	2690
	Ostetricia e ginecologia I	1
	Ostetr. e ginec. II indirizzo onc.	3
	Otorinolaringoiatria	664
	Pediatria	250
	Pneumologia	966
	Pronto Soccorso	118
	Psichiatria	365
	PS-Provenienza integrazione 2	143
	Reumatologia	300
	Terapia intensiva neonatale	28
	Traumat. Apparato locom.	890
	Urologia	927
	UTICAR. CHIR.	1
	UTIC	21
	Totale	28705

L'azienda ASM di Matera nell'ambito del **progetto 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA..... 2** ha sviluppato sul territorio di competenza ben quattro azioni:

con l'azione **5a) ASM: Promozione del processo di digitalizzazione in ospedale : gestione della Cartella clinica Informatizzata** – annualità 2018 1ma fase – referente aziendale ing. F. Vaccaro – ha avuto ad obiettivi principali:

1) Implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata presso tutte le UU.OO. ospedaliere aziendali ai fini di garantire l'utilizzo di strumenti informatici utili sia alla pratica clinica, medica e infermieristica, nonché utile alla ricerca valutativa;

2) Implementazione di tutti i sistemi informatici per consentire di automatizzare in maniera sistemica i flussi dei dati relativi alla cartella clinica del paziente;

Dotazione di PC dei software e contratti di manutenzione;

3) Attività di supporto da parte degli informatici aziendali per analisi, integrazione e funzionalità dei sistemi informatici implementati con le banche dati della ASM

4) Attività di supporto da parte degli informatici per consulenza e formazione del personale.

Il tutto anche al fine: di valutare in continuo la qualità dell'assistenza attraverso il confronto fra centri utilizzando anche indicatori di processo; di aumentare la comprensibilità della documentazione della documentazione clinica; di esplicitare processi assistenziali condivisi; ottimizzare l'uso delle risorse.

Nelle attività sono stati coinvolti molti operatori aziendali: 1 Tecnico Informatico aziendale; tutti i dirigenti medici delle UU.OO. interessate (impegno ore di circa 87 medici e 213 fra tecnici ed infermieri), in particolar modo le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, cardiologi, pediatria e Neonatologia, Pneumologia, Radiologia Nefrologia e Dialisi, e Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dei due ospedali per acuti.

Nel corso del **2018** ha provveduto alla:

-Elaborazione e implementazione di

- Cartella clinica informatizzata per la U.U.OO. di Endoscopia Digestiva aziendali (P.O. di Matera, P.O. di Policoro e Osp. Distrett. Tricarico) - Determina 1158/2018 -
- Sistema RIS-PACS UU.OO. di Radiologia aziendali - Determina 1159/2018

- Sistema informativo "Gepadial - cartella Clinica per la Nefrologia e Dialisi" e "TELEDIAL" monitoraggio e Telemonitoraggio della dialisi - Determina 2454/2018 –
- Sistema Informativo LURTO (Lista Unica Regionale -Trapianti di Organo) software REGDIAL.NET e Servizi di accesso a "GEDEON" - Determina 2455/2018 -

-Verticalizzazione del Sistema Informativo:

- Sistema Gestione completa delle informazioni cliniche (S.G.C.G.) – Determina 3329/2017 (Informatico , Medici dei reparti ospedalieri-circa 100, tecnici circa 10- 3 ore settimanali per 46 settimane/anno)

Con l'azione 5b)ASM-Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3 "Informatizzare e migliorare la qualità dell'assistenza della terapia intensiva" –referente aziendale ing. F.Vaccaro – l'ASM di MT ha inteso estendere il processo di informatizzazione della Cartella Clinica all'interno Terapia Intensiva con obiettivi molteplici: in genere nelle T.I. risultano essere una doppia Cartella Clinica cartacea medica ed infermieristica, dove spesso sono duplicate le stesse informazioni . Si parte dal **Progetto Margherita 3** (avviato nel 2002 - P. Margherita - Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) la cui finalità è la realizzazione di una Cartella Clinica Elettronica condivisa inizialmente da una rete di eccellenza di Terapie Intensive italiane e successivamente estesa al maggior numero di reparti interessati con evidenza di numerosi vantaggi sia per la gestione corrente dell'assistenza. Ciò è significato:

-ottimizzare l'uso delle risorse attraverso l'eliminazione di ridondanze, la definizione chiara dei processi condivisi, l'attribuzione trasparente delle responsabilità, la gestione automatizzata di alcune pratiche assistenziali;

-la possibilità di realizzare una ricerca collaborativa di alto livello (un numero elevato di reparti che condividano la stessa cartella clinica permette di confrontare i processi assistenziali partendo da informazioni raccolte in tempo reale e nello stesso modo) ed una raccolta dati elettronica che persegue due obiettivi: la valutazione continua della qualità dell'assistenza e la valutazione del consumo di risorse nelle Terapie Intensive partecipanti.

Per la realizzazione dell'azione nel corso dell'anno si sono svolte:

- Attività dei tecnici informatici, dell'Ing. clinico aziendale ai fini di estendere le capacità del software (proposto all'interno del progetto Margherita 3) per aggiungere nuove funzionalità non previste dallo sviluppo iniziale e integrarle con le banche dati aziendali (*Processo di Verticalizzazione*);
- Attività dei medici e infermieri della Unità operativa interessata al progetto Margherita 3 "*per l'utilizzo della cartella clinica elettronica condivisa con molti reparti di Terapia Intensiva*";
- tutte le attività inerenti i sistemi informatici per consentire di automatizzare in maniera sistemica i flussi dei dati relativi alla cartella clinica del paziente ed il collegamento con i Medici di Medicina Generale per scambi di informazioni sui pazienti.

Esiti

- Informatizzare e migliorare la qualità dell'assistenza della terapia intensiva attraverso l'utilizzo e la implementazione e integrazione con le banche dati presenti nella ASM di software dedicato, partendo dall'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera e poi continuare con almeno altre due Unità operative;
- Implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata come strumento utile sia alla pratica clinica, medica e infermieristica, nonché alla ricerca valutativa;
- Diffusione di un linguaggio comune tra le terapie intensive, in quanto la maggior parte delle informazioni contenute nella cartella clinica sono codificate per diffondere un linguaggio comune fra le terapie intensive;
- Attività per effettuare un benchmarking in tempo reale.

La Regione Basilicata, con l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) capofila del progetto, ha deciso di migliorare la propria offerta di servizi facilitanti la comunicazione tra personale medico e pazienti con disabilità uditiva. Tramite l'**azione progettuale 5c)ASM: PROGETTO LIS** - sperimentazione anno 2018 - referente aziendale ing. N. Vaccaro - ha inteso garantire ai cittadini sordi **un servizio di video-interpretariato professionale on-line** fruibile da computer, tablet e smartphone, con messa a disposizione in tempo reale di un interprete di italiano - LIS collegato in videochiamata da remoto. In pochi secondi il paziente sordo e il personale medico hanno la possibilità di comunicare in videochiamata con un interprete che ha il compito di trasferire tutte le comunicazioni dal medico al paziente e viceversa in modo completo ed efficiente. Detto servizio è utilizzabile in diverse situazioni : visite mediche, pronto soccorso, ambulatori, sportelli CUP e URP, info point, e molto altro.

Di seguito le attività svolte per una offerta attiva nei confronti dei cittadini residenti nel territorio ASM :

- comunicazioni all'interno della piattaforma di video-interpretariato gestite nel massimo e totale rispetto della privacy degli interlocutori, secondo un preciso codice deontologico interno e secondo tutte le normative a tutela della privacy in vigore;
- mobilità: il servizio è fruibile on-line da qualunque computer, tablet e smartphone;
- immediatezza: il sistema permette di avere a disposizione i migliori interpreti anche nella modalità su appuntamento, con la possibilità di scegliere il professionista all'interno del database della piattaforma, o nella modalità istantanea;
- flessibilità: disponibile in lingua dei segni italiana e in 25 lingue vocali;
- sostenibilità: il servizio permette di abbattere l'impatto ambientale eliminando i viaggi dei professionisti, oltre a permettere una migliore gestione famiglia - lavoro per le professioniste mamme e per i genitori di lavorare da remoto da casa propria in modo efficace.

I risultati di questa sperimentazione si possono così riepilogare (Aprile – Luglio 2018):

- 40 le persone sorde a cui è stato chiesto di partecipare alla sperimentazione;
- 22 le persone sorde nella sperimentazione che hanno concretamente testato il servizio;
- 60 i minuti mensili a disposizione di ciascun cittadino per questo test;
- 147 le chiamate totali attivate;
- 1.141 i minuti di servizio erogati

In questa fase dell'azione il servizio di video-interpretariato è stato previsto solo in Lingua dei Segni. In seconda prossima fase l'ASM ha in programma di estendere il servizio anche alle lingue vocali (n. 25 presenti : es inglese, francese, spagnolo, arabo, ecc.) attraverso la stessa piattaforma. Un'estensione che potrebbe essere interessante per l'accoglienza di persone di lingua straniera, come immigrati, richiedenti asilo o turisti.

Si premette che con D.G.R. n.1132 del 24.09.2013 (Patto Sanità digitale Art15-16, giusto Patto della Salute 2014/2016 nell'ambito del programma di miglioramento e riqualificazione regionali *“Potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale progetto InteRrai- / art.1, comma 385 ess. Legge 11/12/2016 n. 232-* si è fissato per il SSR l'adozione della Suite di strumenti Inter-RAI, con installazione di moduli dedicati, per la Valutazione Multidimensionale del Bisogno di Cura dei Pazienti (VAOR RSA) quale strumento per la gestione e la presa in carico degli ospiti della residenzialità e semi-residenzialità compresa la produzione e gestione dei flussi NSIS verso il Ministero della Salute (flusso FAR). Precisamente un sistema web Modulo InterRAI long term care facility. Altri successivi moduli Inter-Rai installati, supportano l'operatore nella individuazione del percorso di cura più appropriato nelle varie tipologie di servizi territoriali: ADI e Cure Palliative, DSM, Dimissioni Protette, quali strumenti per l'accesso alle Cure Primarie e di Tipo Palliativo.

All'interno di tale percorso l'ASM di Matera, con l'Azione 5d) ASM : **Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Inter-RAI- potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale** - sperimentazione anno 2018- referente aziendale Ing. F. Vaccaro giusta collaborazione degli operatori aziendali (Informatico, Ing. Clinico, Medici, infermieri delle varie UU.OO. ospedaliere interessate)

ha prefissato i seguenti obiettivi:

- potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale, per favorire l'uniformità, l'omogeneità e l'appropriatezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, con una vocazione prettamente territoriale;
- definire accordi organizzativi per l'effettiva attuazione dei percorsi di continuità assistenziale Ospedale-Territorio e degli Ospedali di Comunità previsti dall'allegato 1 del DM n. 70/2015;

con realizzazione dell'area prioritaria di intervento 1 (Assistenza Domiciliare e Residenziale) che prevede le seguenti azioni:

- Adozione strumento InterRAI per le Cure Domiciliari e Palliative;
- Adozione strumento InterRAI per le Cure Residenziali;
- Adozione "Occhio Esperto".

All'acquisizione della suite InterRAI da parte della Regione Basilicata si è reso necessario far seguire un doveroso processo di integrazione tecnica: ad oggi la gran parte delle prestazioni sanitarie effettuate al domicilio del paziente in ADI sono svolte da una società esterna, aggiudicataria di una specifica gara a valere su tutto il territorio regionale, che utilizza un proprio software gestionale per la rendicontazione delle prestazioni erogate. Prestazioni che devono essere acquisite nel gestionale aziendale ASM ed è quindi essenziale che i servizi informatici ASM si occupassero di una Integrazione tra i due software col duplice obiettivo di:

- a) dematerializzare ed automatizzare il processo di trasmissione dati delle attività rendicontate dalla Società esterna aggiudicataria dell'appalto con contestuale immissione degli stessi nel gestionale aziendale;
- b) evitarne l'immissione manuale con coinvolgimento di almeno 40 operatori dei servizi territoriali (dirigenti e comparto)

Fine



ALLEGATO 3/2019

Progetti Obiettivi anno 2019, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata –

Linea Progettuale	Importo Azioni aziendali ASP Pz €	Importo Azioni aziendali ASM Mt €	Importo Azioni IRCCS Crob - Rionero €	Importo Azioni aziendali AORS Carlo Pz €	Totale generale importo Progetto €
1 Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità	2.000.000,00	1.106.883,00			3.106.883,00
2 Promozione equità in ambito sanitario		600.000,00	124.999,00	138.026,00	863.025,00
3 Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	600.000,00				
	1.457.730,00	550.000,00			2.607.730,00
4 Piano Nazionale Prevenzione	1.395.972,00	821.518,00	102.250,00	195.616,00	
e supporto Piano N.Prevenzione			12.640,00		
Tot. Linea Prevenzione					2.527.996,00
5 La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio	227.524,00	557.583,00		1.484.351,00	2.269.458,00
tot per azienda	5.681.226,00	3.635.984,00	239.889,00	1.817.993,00	11.375.092,00
					(Intesa 192/CSR e Acc.191/CSR 28/11/2019)