



DELIBERAZIONE N° 184

SEDUTA DEL 15 MAR. 2019

POLITICHE DELLA PERSONA
DIPARTIMENTO

OGGETTO RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2017 (ACC.STATO REG.181/CSR 26/10/2017) . APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOLATI ANNO 2018 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N.150/CSR 01/10/2018

ASSESSORE DIPARTIMENTO

Relatore POLITICHE DELLA PERSONA

La Giunta, riunitasi il giorno 15 MAR. 2019 alle ore 7,10 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente		
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente	X	
3.	Luca BRAIA Componente	X	
4.	Roberto CIFARELLI Componente	X	
5.	Carmine MIRANDA CASTELGRANDE Componente	X	
6.	Francesco PIETRANTUONO Componente	X	

Segretario: avv. Donato DEL CORSO

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

L'atto si compone di N° 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. 14/3/2019

Esercizio _____
IL DIRIGENTE *Maria Teresa LAVIERI*
Ufficio Ragioneria e Fiscalità Regionale

VISTO DI REGOLARITA' CONTABILE

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

VISTI

- il D.L.vo 30 marzo 2001, n. 165 recante: “ *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche Amministrazioni*” e s.m.i.;
- la legge regionale 2 marzo 1996 n. 12 e successive modificazioni ed integrazioni recante “*Riforma dell'organizzazione amministrativa regionale*”;
- la D.G.R. n. 11 del 13 gennaio 1998 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
- la D.G.R. n.2903 del 13 dicembre 2004 così come modificata dalla D.G.R.637 del 3 maggio 2006 successivamente modificata ed integrata con DGR 539 del 23 aprile 2008
- la D.G.R. n.2017/05 e successive modificazioni, recante l'organigramma delle strutture e delle posizioni dirigenziali dei dipartimenti della Giunta Regionale;
- la D.G.R. 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;
- la D.G.R. n. 818 del 31 luglio 2017 di conferma incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona giuste DDGR n. 231 del 19 febbraio 2014(conferimento incarico), n.122 del 24 febbraio 2017 e n. 483 del 26 maggio 2017(proroghe)

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 (D.lgs. 10.8.2014 n. 126, L. 23.12.2014 n.190, D.L. 19.06.2015 n. 78 convertito con modificazioni dalla L. 06.08.2015 n.125, Decreto MEF dell'11.08.2017);
- il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 avente ad oggetto: “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*” convertito dalla legge 7 agosto 2012 n.135 e s.m.i.
- la legge 205/2017 (bilancio 2018)

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. 8 del 31.maggio 2018 "Legge di Stabilità Regionale 2018"
- la L.R. n. 9 del 31.maggio 2018 "Bilancio di Previsione Pluriennale per il triennio 2018/2020";
- la L.R. n. 11 del 29 giugno 2018 "Collegato alla Legge di Stabilità regionale 2018"
- la L.R. n. 18 del 20 agosto 2018 "Prima variazione al Bilancio di Previsione Pluriennale 2018/2020"
- la L.R. n. 52 del 5 dicembre 2018 "terza variazione al Bilancio di Previsione Pluriennale 2018/2020"
- la L.R. n. 54 del 28 dicembre 2018 di Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della regione e degli Organismi e degli Enti strumentali della Regione Basilicata per l'esercizio finanziario 2019-
- la D.G.R. n. 474 del 1 giugno 2018 di approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese del bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2018/2020
- la D.G.R. n. 856 del 28 agosto 2018 di approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese, a seguito delle variazioni apportate dalla Legge Regionale 20.8.2018 n. 18 al Bilancio di Previsione pluriennale 2018/2020
- la DGR n. 1225 del 23 novembre 2018 di approvazione ripartizione finanziaria in capitoli delle missioni, dei programmi, dei titoli e dei macro aggregati delle spese, in seguito alle variazioni apportate dalla L.R. n. 38 del 22 novembre 2018 al Bilancio di Previsione pluriennale 2018 della regione Basilicata
- la DGR n. 1286 del 05 dicembre 2018 concernente la ripartizione finanziaria in capitoli delle missioni, dei programmi, dei titoli, tipologie e dei macroaggregati delle spese , inseguito alle variazioni apportate dalla della L.R.52 del 5 dicembre 2018 al Bilancio di Previsione pluriennale -triennio 2018/2020.

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. 1154 del 8 novembre 2017 che

- ha approvato il *“Riparto delle Risorse del F.S.R. di Parte Corrente a Destinazione Indistinta e Vincolata. Riparto Provvisorio Anno 2018”* definendo, tra altro, nell'allegato 1 e nell'allegato 2 parti integranti e sostanziali dell'atto, i criteri ed il Programma provvisorio di Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata (tab.13-vincol obiettivi di piano) anno 2018 a favore delle Aziende Sanitarie unitamente alle indicazioni circa la necessaria predisposizione degli strumenti di programmazione economico-finanziaria 2018 nei limiti delle risorse assegnate nel rispetto dei principi e degli schemi previsti dalla vigente normativa con vincolo ed obiettivo per ciascuna azienda sanitaria regionale dell'equilibrio economico-finanziario del SSR

- ha 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 2018

CONSIDERATO

che 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

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 01 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/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 2018 quantificandole per la regione Basilicata in complessivi euro **11.661.617,00**

- l'Accordo rep Atti n. 150/CSR sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 01 agosto 2018 per l'anno 2018:

- 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 **11.661.617,00=**.

ATTESO

che in applicazione e nel rispetto dei vincoli dell' Accordo rep. n. 150/CSR/2018 , 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 ANNO 2018" con schede Progetto-azioni per l'impiego delle risorse vincolate anno 2018 per un importo complessivo di euro **11.661.617,00=** con assegnazione alle linee progettuali delle necessarie risorse di cui si dà evidenza nella tabella sottostante

Linea progettuale		Utilizzo regione Basilicata Risorse vincolate 2018 Obiett. Piano Sanitario (Acc. Stato Regioni n.150/CSR-2018) pari a euro 11.661.617,00:
1	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ	5.558.119,00
2	PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO	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	1.965.397,00
4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	2.538.390,00
5	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO.	810.000,00
Totale		11.661.617,00

ATTESO CHE

- 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
- 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.

VISTA

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

- "PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE ANNO 2018 - ALLEGATO 1/2018", PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE ANNO 2018 denominato "ALLEGATO 1/2018" contenente i Progetti –azione e relative schede redatti in rispondea della definizione delle linee progettuali prevista nell'Accordo Rep. n. 150/CSR del 01/08/10/2018 e dell'Intesa rep. 149/CSR del 01/08/2018 per un importo complessivo di spesa pari ad euro **11.661.617,00=**;
- "- ALLEGATO 2/2018 - Relazione Illustrativa dei Progetti collegati agli Obiettivi di Piano FSN Vincolati anno 2017" sugli esiti dei Progetti Regionali collegati agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN secondo le linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni rep. n. 181/CSR del 26/10/2017 Fondi vincolati anno 2017- approvati con D.G.R. 289 del 06/04/2018

CONSIDERATO

- che i Progetti- azione con relative schede, "PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE ANNO 2018 - ALLEGATO 1/2018", 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 2018, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata –ALLEGATO 3/2018", 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 **11.661.617,00**;
- che la distribuzione delle risorse finanziarie tra le diverse linee progettuali, tiene conto dei vincoli minimi imposti ove previsto;
- che la quota di euro **11.661.617,00** 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 , pari ad euro **11.661.617,00**, sono state accertate sul capitolo E16105 al n. 2018/04598 (incassate per il 70% con reversale n. 4827 23/11/2018) sono state impegnate in uscita su cap.U48030/2018 del bilancio regione Basilicata (ed il 70% versato nel dicembre 2018 alle aziende del SSR) con successiva riserva di conguaglio. in sede di Riparto Definitivo delle Risorse di Parte Corrente e Vincolata 2018 giusta DGR in corso di approvazione 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.150/CSR-2018 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 2018 giusta Intesa rep.149/CSR-2018, *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 2018 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 ed indifferibile procedere alla presentazione dei documenti, previsti per l'utilizzo dei FSN Vincolati 2018, al Ministero della Salute che proporrà alla Conferenza Stato Regioni l'ammissione al finanziamento per euro 11.661.617,00 (quota già assegnata alla regione Basilicata giusta Intesa rep 149/CSR del 01 agosto 2018) ai fini dell'erogazione del restante 30% 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 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 ANNO 2018 - ALLEGATO 1/2018-"** (parte integrante e sostanziale del presente atto) contenente i **Progetti- azione 2018** con relative schede per numero cinque linee progettuali, giusti Accordo Stato regioni. Rep. n.150/CSR del 01/08/2018 ed Intesa Stato-regioni rep. n.149/CSR del 01 agosto 2018, coerentemente allineati a quanto in essi sancito e riepilogati nell'acclusa tabella denominata "Progetti Obiettivi anno 2018, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata -ALLEGATO 3/2018-" ad invarianza dell'importo di spesa complessiva anno 2018 di **euro 11.661.617,00;**
2. **confermare** per i progetti dell'anno 2018 indirizzi e vincoli;
3. **approvare la tabella: " Progetti Obiettivi anno 2018, art. 1 comma 34 L. 662/96 – Regione Basilicata - ALLEGATO 3/2018"**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, con le relative ripartizioni del finanziamento globale di **euro 11.661.617,00** (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 2017 - ALLEGATO 2/2018 -"** (parte integrante e sostanziale della presente deliberazione), sui risultati raggiunti dai progetti presentati con utilizzo dei FSN Vinc.2017 ed approvati con DGR n. 289/2018;
6. **ribadire che il predetto programma "PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE ANNO 2018 - ALLEGATO 1/2018"** 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 11.661.617,00 quale quota già assegnata alla regione Basilicata con l'Intesa rep 149/CSR del 01 agosto 2018 ed ai fini dell'erogazione del restante 30% del finanziamento sopra indicato;

8. dare atto che le su dette risorse finanziarie , pari ad euro 11.661.617,00, sono state accertate sul capitolo E16105 al n. 2018/04598 (già incassate per il 70% con reversale n. 4827 23/11/2018) e sono state impegnate in uscita su cap.U48030/2018 del Bilancio regionale (già versate per il 70% nel dicembre 2018 alle aziende del SSR) con successiva riserva di conguaglio in sede di Riparto Definitivo delle Risorse di Parte Corrente e Vincolata 2018 giusta DGR in corso di approvazione nei termini previsti per legge.

L'ISTRUTTORE

Ivana Nanni

(Dott.ssa Ivana NANNI)

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

Giuseppe Montacchini

(Dott. Giuseppe MONTACCHINI)

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

Tipologia atto	Atto di Amministrazione	
Pubblicazione allegati	<input type="checkbox"/> Sì <input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Allegati non presenti
Note	RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN VINCOL. ANNO 2016 (ACC.STATO REG. 65/CSR 14/04/2016). APPROVAZIONE PROGETTI REGIONALI FSN VINCOL. ANNO 2017 COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PSN SECONDO LE LINEE PROGETT.INDIVIDUATE DALL'ACC.STATO-REG.REP. N.181/CSR 26/10/2017.	

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

**“Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 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 Osservatorio Nazionale 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 01/08/2018 - Intesa 149/CSR 01/08/2018)

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

IL SEGRETARIO

W. L. C.

IL PRESIDENTE

Flavio Franconi

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

19.03.2019

al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

[Handwritten signature]



ATTESTATO DI CONFORMITA'

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

La presente copia digitale è conforme all'originale esistente presso gli atti d'ufficio composto da numero **10** facciate e da n. **3** allegati.

Firmato digitalmente da

Rosanna lasala

CN = lasala Rosanna

O = non presente

SerialNumber = IT:LSLRNN60A42G942H

e-mail =

rosanna.lasala@regione.basilicata.it

C = IT

Data e ora della firma: 19/03/2019 16:57:16



PIANO REGIONALE UTILIZZO FSN RISORSE VINCOLATE ANNO 2018

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 ~~sono considerate~~, 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 2018 i Progetti di cui di seguito si dà evidenza.



LINEA PROGETTUALE 1 :
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E
PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
	Accordo Stato Regioni 01 agosto 2018 rep. 150/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI comprendente le seguenti azioni: <u>1.1ASP:</u> Pazienti con multicronicita' percorsi di cura condivisi e personalizzati: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS (ASP) <u>1.2ASP:</u> Sostegno all'isolamento delle famiglie con bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile (ASP) <u>1.3ASP:</u> "Percorso di cura nel paziente Disabile" -(ASP) <u>1.4ASP:</u> Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile con Demenza- (ASP) <u>1.5ASP:</u> Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (B.E.S. e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione. - (ASP) <u>1.6ASP:</u> Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO (ASP) <u>1a)ASM:</u> 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) <u>1b)ASM:</u> "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria. (ASM) <u>1c)ASM:</u> Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza (ASM) <u>1d)ASM:</u> Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM) <u>1e)ASM:</u> Percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito : dalla Prevenzione al trattamento -(ASM)



	<p><u>1f)ASM</u>: Percorso per la presa in carico e la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio (ASM)</p> <p><u>1g)ASM</u>: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- ASM</p>
DURATA DEL PROGETTO	ANNI 2018/2019
REFERENTE REGIONALE	Ing. Donato Pafundi, Dott.ssa Patrizia Damiano D.ssa Rocchina Giacoia, Dr.ssa Maria Luisa Zullo -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 1	Euro 5.558.119,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO PER ANNO 2018	Euro 5.558.119,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	Euro 5.558.119,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00
IL PROGETTO	

**PREMESSA**

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*". I malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero delle malattie. Risulta chiaro l'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: dalle persone al macrosistema salute. 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.

In uno scenario socio-sanitario nazionale caratterizzato da progressivo invecchiamento della popolazione con aumento delle malattie cronicodegenerative ed alta incidenza di patologie croniche concomitanti e crescenti bisogni socio-sanitari il governo delle malattie croniche diviene priorità di salute pubblica. L'Italia è, ad oggi, uno dei paesi europei più anziani: quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, risulta essere ultrasessantacinquenne. Da 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.

Al crescente aumento del numero concomitante di patologie croniche si accompagna un incremento del rischio di mortalità, ospedalizzazione, terapia farmacologica inappropriata, reazioni avverse ai farmaci, duplicazione degli accertamenti e consigli medici contrastanti. A ciò va aggiunto che i quadri clinici di multicronicità sono spesso complicati dalla presenza di disturbi cognitivi, dalla presenza di disabilità e di tutte quelle condizioni che determinano la fragilità del soggetto anziano.

La gestione di tale livello di complessità richiede pertanto: un aumento degli impieghi in termini di risorse economiche; decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata per il necessario miglioramento della qualità della vita del paziente; riduzione del carico del trattamento (polifarmacia e appuntamenti multipli) e delle cure non pianificate e degli accessi impropri al PS.

Il Patto per la Salute 2014-2016, al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini, 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. Al fine di armonizzare a livello nazionale le attività nel campo della cronicità, nonché contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette dalle malattie croniche riducendone il peso sull'individuo,

**CONTESTO REGIONALE**

sulla sua famiglia, sul contesto sociale rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e ancora di assicurare maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini il Ministero della Salute ha condiviso con le Regioni il Piano della Cronicità giust'Accordo Stato-Regioni 15 settembre 2016. Ha, tra altro, individuato ampiamente le problematiche relative all'attuazione dei PDTA in pazienti cronici con multimorbidità ed ha previsto, come possibile soluzione, la programmazione di percorsi di cura condivisi e personalizzati.

Si premette che la Basilicata è una regione geograficamente complessa, a bassa densità di popolazione e con una estensione territoriale caratterizzata da grande frammentazione abitativa aggravata da una rete di infrastrutture piuttosto arretrata e limitante. In tale realtà risiede una popolazione che è tra le più longeve d'Italia (rapporto CEIS): gli over 65 rappresentano 1/5 della pop, la quota over 75 con un peso pari al 9,9% è superiore tanto al valore nazionale (9,6%) che a quello del resto del sud della penisola (8,5%).

Il progressivo invecchiamento dei lucani :

-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. *“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%”* (PSR2018/2020);

- 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.

In tale realtà rimane fondamentale la valorizzazione dell'Assistenza Primaria nel Distretto 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. Concretamente il SSR intende assicurare gli obiettivi di salute e definisce strategie e strumenti organizzativi con indirizzi e documenti normativi come orientati da un contesto normativo nazionale ed internazionale. In Basilicata il processo di cambiamento si avvia con legge Regionale n.39 del 31 ottobre 2001 di “ Riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale” e negli anni prosegue attuando tra altro con:

- L.R. 1.7.2008 n. 12 e s.m.i. il riassetto organizzativo e territoriale del Servizio 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 . 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 multipresidio, 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 l'approvazione del "Piano Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità - 2012/2015- Ammalarsi meno, curarsi meglio" che disegna la nuova organizzazione del SSR e definisce 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 e da un modello di *“ medicina di attesa”*, dove il bisogno si trasforma in domanda, si passa ad una *“sanità di iniziativa”*. Di grande rilevanza a questo livello diviene la costituzione di sistemi integrati di erogazione di servizi sanitari che programmano in maniera congiunta: i servizi ospedalieri, l'attività delle strutture riabilitative e di lungodegenza, i servizi a domicilio e tutte le altre attività territoriali (Assistenza Primaria, Specialistica Territoriale, Continuità Assistenziale), l' attività ospedaliera per la presa in carico multidisciplinare degli utenti cronici;
- con 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 prevista dalla Legge Regionale 12/2008 e prevedendo una diversa organizzazione *interna* strutturata su un modello organizzativo a rete ospedaliera (aziende, P.Ospedalieri ed IRCCS) e territoriale (aziende sanitarie Locali). Si è altresì stabilito l'adozione al 30.06.2017 del nuovo *“Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità per il triennio 2018/2020 (PSR)”*.
- con 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)”* che evidenzia valori ed obiettivi del SSR ed individua strategie per le singole aree del Sistema unitamente ai metodi, agli indirizzi e alle modalità operative per la costruzione e l'attuazione della Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale. Il tutto mediante lo sviluppo di logiche di rete e complementarietà delle strutture sanitarie pubbliche e private chiamate a soddisfare i bisogni di salute della popolazione regionale con risorse investite a garanzia dei LEA come definiti dal DPCM 12/01/2017.

In risposta alle sfide del contesto regionale risultano definiti nel PSR priorità e strumenti organizzativi tra cui:

- a) 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 altresì 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 da cui discende un piano di assistenza personalizzato integrato, sottoscritto dall'assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela. La valutazione è multiprofessionale: Medico di distretto (responsabile dell'USIB territorialmente interessata), MMG e il PLS che ha in carico l'utente, l'infermiere, il Medico specialista di riferimento per il caso, l'assistente sociale, il terapista della riabilitazione e altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona. Tutto per una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria. 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. Quest'ultimo, giusto PSR, traccia, tra altro, l'Assistenza Territoriale regionale prescrivendo che le Aziende Sanitarie locali di Potenza e Matera si articolino in Distretti della Salute, come definiti dal comma 1 dell'articolo 4 della LR n.12/2008 e che, ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n.7/2014, "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria" nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, gli stessi coincidano con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008. Al superamento di tale fase gli ambiti territoriali distrettuali collimeranno con gli ambiti sociali definiti con DGR n.917 del 7 luglio 2015 e smi.

- b) 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*”.

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 che deve essere necessariamente integrato con la programmazione sociale per i LIVEAS così da rendere possibile su questi territori l'umanizzazione delle cure.

Si implementano a tal fine diverse attività tra cui:

1. **Realizzazione presidi territoriali.** (3.2.5.1): diverse possibili tipologie di luoghi di erogazione dei servizi integrati con una organizzazione di rete fondato sul modello “Hub and Spoke:
 - 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).

2. **Presa in carico e supporto dei cronici** (3.2.5.4) La presa in carico e 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'insufficienze renale cronica, l'insufficienza respiratoria cronica, il diabete, le neoplasie e le patologie neurodegenerative. Il centro dell'azione è rappresentato dalla figura dell' Infermieri di Famiglia/Comunità (IFC) che, previa idonea e specifica formazione con due modalità operative: presso il domicilio del paziente o presso il CRT e con l'ausilio di idonea attrezzatura biomedica per l'effettuazione del monitoraggio dei parametri che saranno utilizzati in un contesto di telesalute, prenderà in carico in maniera proattiva i soggetti cronici per erogare i servizi programmati. Tutto in "affiancamento del MMG o dello specialista nella compliance del paziente al percorso diagnostico-terapeutico identificato, la promozione ed il supporto all'utilizzo di eventuali dispositivi e soluzioni tecnologiche".

Atteso che il Patto per la Salute 2014-2016, in particolare gli art. n.1, comma 5 e n. 5 ed in considerazione dell'art. 1, comma 34 della legge 662/1996, prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di 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 2018** l'Accordo Stato-Regioni del 01/08/2018 - rep atti 150/CSR- definisce le linee progettuali con tematiche "*trasversali a più ambiti di assistenza*" e 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.*" (alcune anche in sostanziale costanza di quanto individuato per le annualità precedenti es. anno2017: l.p. 5 "Gestione della Cronicità" rep.181/CSR 26-10-2017 e precedenti, e tra queste **la linea : PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ** definendone i relativi vincoli economici **2018** per l'utilizzo da parte delle regioni delle **risorse 2018 assegnate** giusta Intesa Stato/regioni (149 CSR 01/08/18). In tale ottica la regione Basilicata, continuità, considerato quanto attuato, dalle Aziende del SSR con utilizzo dei fondi per obiettivi di Piano vincolati circa la gestione della Cronicità , valutata, altresì, l'efficacia delle azioni intraprese nonché la necessaria implementazione di nuovi percorsi sempre improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, **assegna al presente progetto** , quali Obiettivi di Piano Vincolato **anno 2018**, la somma complessiva vincolata di **euro 5.558.119,00** di cui di seguito si dà evidenza delle azioni pianificate.



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.1ASP</p>	<p>n. 1.1ASP- Pazienti con multicronicita' percorsi di cura condivisi e personalizzati: Sperimentazione in tema di management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS(proseguo annualità 2018 ex P-azione 5.1 DGR 289/2018)</p> <p>Finanziamento: annualità 2018: Quota Importo FSN Vinc.2018 Progetto 1 assegnata all'azione 1.1ASP: euro 2.550.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP: Dott. Massimo De Fino</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Sulla base del quadro definito dal Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla persona ed alla comunità 2012 – 2015, e dall'Accordo tra Regione Basilicata e Medicina Generale, tenendo conto del contesto territoriale e delle iniziative già poste in essere dai Direttori di Distretto con la istituzione di alcune Equipres Territoriali della Medicina Generale, l'ASP di Potenza intende espandere la medicina d'iniziativa con un progetto pilota che interessi i MMG e i PLS attraverso la partecipazione di una o più equipe semistrutturate.</p> <p>Inoltre si prevedono alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (quattro AMO – Ambulatori Medici Orientati e 4 ambulatori codici bianchi).</p> <p>Poiché il modello di Chronic Care Model (CCM) è un sistema complesso che presuppone una vera e propria rivoluzione culturale della Medicina Generale, in attesa della rivisitazione dell'Accordo regionale per l'Assistenza Primaria, che veda la luce delle nuove modalità di accorpamento della Medicina Generale / Aggregazioni Funzionali territoriali – AFT e Unità di Cure Complesse Primarie – UCCP), la ASP intende verificare la applicabilità della rete territoriale di presa in carico del paziente nell'ambito delle malattie croniche, come tra l'altro previsto dal Piano Nazionale delle Cronicità.</p> <p>Si precisa inoltre che:</p> <p>Nell'ambito di questo progetto sarà un obiettivo per tutti i medici di assistenza primaria l'adozione delle Classi di Priorità e dei percorsi diagnostici-terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva, nonché medicina di iniziativa inerente anche la vaccinazione antinfluenzale.</p> <p>La presa in carico nella rete territoriale assistenziale, prevede un nucleo di base della Equipres (MMG, Medico di C.A., Infermieri dei MMG e dei Distretti, Personale Amministrativo dei MMG e dei Distretti, gli Specialisti ove individuati) con la possibilità di prevedere l'integrazione con servizi opzionali, aggiuntivi a seconda delle differenti necessità territoriali.</p> <p>Tali servizi possono riguardare, oltre ai possibili servizi distrettuali presenti nelle ASP (Consultorio familiare, Sert, DSM, Servizio Farmaceutico, Servizi di Prevenzione, Sportelli Unici di Accesso) :</p> <ul style="list-style-type: none">• sperimentazioni di sistemi informativi;• 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• attività aggiuntive di particolare impegno professionale.
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.1ASP</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Incremento e generalizzazione della continuità dell'assistenza</p> <ul style="list-style-type: none">• Incremento dell'attività medica ambulatoriale a disposizione di tutta la popolazione iscritta ai MMG della Equipe, ed espletata dai MMG, eccedente quella già prevista per la medicina associativa o di gruppo, secondo gli accordi vigenti (attualmente 6 ore giornaliere per le medicina di gruppo e apertura degli ambulatori che raggiunga le ore 19,00).• Durata del servizio:almeno 10 ore al giorno dalle 8,30 alle 18,30• Incremento dell'attività medica di contattabilità personale o attraverso laorganizzazione interna alla struttura per l'eventuale domiciliarietà per ciascun MG.• Almeno due ore giornaliere oltre le 10 del mattino nei giorni feriali non prefestivi.• Attività di guardia medica per i mesi estivi nei Comuni turistici (Maratea, Rotonda,ecc), nonché di mezzo avanzato medico 118 nel periodo estivo su Maratea• Attività di dialisi estiva presso il POD di Maratea ed il POD di Lauria nei mesi di luglio e agosto. <p>Incremento della presa in carico del bisogno di salute</p> <ul style="list-style-type: none">• Organizzazione dell'attività clinica ambulatoriale tradizionale e degli Ambulatori Medici Orientati su appuntamento per le patologie di: Diabete, BPCO e ASMA e Scopenso cardiaco. <p>Attivazione dei 4 "Ambulatorio Medico Orientato" (AMO)- Day-Service Ambulatoriale territoriale-</p> <ul style="list-style-type: none">• Attività ambulatoriale dedicata alla gestione degli AMO / Day – service. Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in <i>sub-target</i> a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il <i>sub-target</i> più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scopenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri. Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul follow-up attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (<i>casemanagement, follow-up</i> infermieristico, educazione del paziente e dei caregiver familiari all'autogestione) utilizzati in <i>setting</i> che prevedano strutture ad accesso facilitato, team di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.• L'AMO - <i>Day Service Ambulatoriale Territoriale</i> - gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata.• L'AMO- <i>Day Service Ambulatoriale Territoriale-</i> che farà riferimento alle
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.1ASP</p>	<p>attività individuate dai Distretti Sanitari, Dipartimento Aziendale di Prevenzione ed a livello regionale nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione verrà gestito in collaborazione con la funzione infermieristica professionale e integrato, quando necessario con procedure concordate con i servizi specialistici, di laboratorio e diagnostici dell'ASP.</p> <ul style="list-style-type: none">• Restano in capo al MG: tutta la responsabilità e l'attività organizzativa, del percorso educativo, preventivo, diagnostico, terapeutico e di follow up del singolo paziente o di eventuali gruppi di pazienti per quanto riguarda l'educazione sanitaria e gli stili di vita. All'infermiere, sotto il diretto controllo del singolo MG a cui è iscritto il cittadino inserito nell'AMO, verranno affidate le mansioni di verifica dei parametri biometrici e dei valori clinici di base che interessano l'attività del singolo AMO. L'attività di counselling e di educazione sanitaria, svolgibile con procedure concordate dalla funzione infermieristica, nell'ambito di progetti che definiscono i vari compiti e attività, resta sotto il controllo clinico del singolo medico generale. All'interno della attività degli AMO dedicati alla gestione della patologie cronico degenerative e dei percorsi diagnostico- terapeutici è possibile la distribuzione diretta di farmaci e presidi integrativi. <p>Partecipazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2018 nel periodo 15 ottobre – 31 dicembre 2018</p> <p>La popolazione cui la Azienda sanitaria locale di Potenza, attraverso i Servizi vaccinali aziendali e i Medici di Medicina Generale (MMG), offre gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale, sulla base delle indicazioni fornite dalla Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2018-2019", è costituita dalle seguenti categorie riportate:</p> <p>Persone ad alto rischio di complicanze o ricoveri correlati all'influenza:</p> <ul style="list-style-type: none">• Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza.• Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza:<ul style="list-style-type: none">a) <i>malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma grave, la displasia broncopolmonare, la fibrosi cistica e la broncopatia cronico ostruttiva-BPCO);</i>b) <i>malattie dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite;</i>c) <i>diabete mellito e altre malattie metaboliche (inclusi gli obesi con BMI >30);</i>d) <i>insufficienza renale/surrenale cronica;</i>e) <i>malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie;</i>f) <i>tumori;</i>g) <i>malattie congenite o acquisite che comportino carenza produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV;</i>h) <i>malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;</i>i) <i>patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;</i>j) <i>patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie (ad es. malattie neuromuscolari);</i>k) <i>epatopatie croniche.</i>
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.1ASP</p>	<ul style="list-style-type: none">• Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.• Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.• Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti. <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p><i>Indicatori di risultato:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Valutazione e controllo secondo linee guida del 100% dei pazienti chiamati, affetti dalle patologie croniche oggetto delle sperimentazione.• Messa in rete dei dati clinici dei pazienti afferenti alla UCP.• Adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche;• Riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche oggetto della sperimentazione.• Migliore percezione qualitativa del SSN da parte dei cittadini utenti.• Risposta territoriale alla riorganizzazione del sistema ospedaliero• Adesione alla campagna vaccinale antinfluenzale in coerenza con le indicazioni contenute nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, come da proposta del Direttore Sanitario Aziendale in sede di Comitato per la Medicina Generale, che individua per la vaccinazione antinfluenzale il raggiungimento del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale, negli ultra-sessantacinquenni, mentre per la vaccinazione anti-pneumococcica il raggiungimento negli ultra-sessantacinquenni, di coperture del 75%, con gradualità <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Durante la sperimentazione i MMG svolgeranno le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:</p> <ul style="list-style-type: none">• attività ambulatoriale tradizionale e per gli Ambulatori Medici Orientati alla gestione delle patologie croniche (Ipertensione- Diabete Sindrome Metaboliche- BPCO).• assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione, prevalentemente, quella iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, nelle 10 ore• incremento delle ore di contattabilità del singolo medico in associazione, per l'eventuale domiciliarità non inferiore alle due ore giornaliere dal lunedì al venerdì.• attività di ciascun medico partecipante al progetto, senza la presenza del paziente, di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati , organizzativa, programmatoria e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali• contribuzione al conseguimento degli obiettivi aziendali relativi alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2018-19, in conformità a quanto previsto dall'art. 45 comma 4 lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale vigente, in particolare con riferimento ai propri assistiti ultra-sessantacinquenni, dichiarando alla ASP la stima del numero
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.1ASP</p>	<p>di dosi di vaccino di cui chiede di essere approvvigionato, riportando separatamente il numero di dosi previsto per la popolazione degli assistiti di età ≥ 65 anni e il numero di dosi per gli altri assistiti appartenenti alla popolazione bersaglio. I MMG sono tenuti all'uso della piattaforma informatica per la documentazione delle vaccinazioni erogate, ad eccezione di coloro che documentino formalmente l'impossibilità tecnica al suo utilizzo. Questi ultimi registrano i dati delle vaccinazioni erogate mediante la modulistica cartacea fornita.</p> <p>AMO IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO</p> <p>Con DGR n.418 del 28/03/2007 è stato approvato il Protocollo Attuativo dello SCC 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 <i>rete integrata tra le strutture e servizi</i> 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(-modello gestionale RETE INTEGRATA T-H-T Scompenso cardiaco governance Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo Assistenziale (PDTRA) del paziente con Scompenso Cardiaco- 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);</p> <p>Il progetto attuativo (Governance dello scompenso Cardiaco) ha previsto per l'anno 2018:</p> <ul style="list-style-type: none">• La completa funzionalità degli ambulatori anche con riferimento al trattamento dello S.C, ambulatori che devono essere dotati degli spazi e delle attrezzature per il regolare svolgimento delle attività, nonché del personale infermieristico e di supporto alla attività dei Dirigenti Medici responsabili;• L'assistenza in ADI ai pazienti con SC, in comune accordo con i MMG che restano i coordinatori clinici dei pazienti;• La 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;• La 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;• Monitoraggio sistematico, attraverso un sistema di Auditing periodico nei vari centri, con relativo reporting verso le istituzioni da parte del gruppo di lavoro responsabile. Al fine di verificarne validità e l'efficacia con specifici indicatori di performance.
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.2ASP</p>	<p>Azione 1.2ASP: Sostegno all'isolamento delle famiglie con bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile. (ASP- prosieguo anno 2018 ex Progetto azione 5.6 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1.2ASP: euro 269.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP: dr Rocco Orofino</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale • Favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni. <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dare la possibilità a tutte le famiglie dei bambini con malattie croniche gravi ed inguaribili del territorio aziendale di avere occasioni di ascolto, incontro e condivisione dei propri problemi; • Offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto; • Coinvolgere il volontariato in un progetto comune. <p>INDICATORI NUMERICI Indicatori quantitativi N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari,</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° di gruppi che vengono organizzati in un anno, • N° di operatori che aderiscono al progetto. <p>Indicatori qualitativi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione di questionari di gradimento per i genitori • Somministrazione di questionari per gli operatori <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promozione di piccoli gruppi di autoaiuto tra i genitori dei bambini malati con l'uso di diverse modalità: riunioni periodiche "vis a vis" o sul web (focus groups, teleconferenze ...) • Costituzione di un gruppo di operatori, con il coinvolgimento delle associazioni, per il tutoraggio ai gruppi, • Formazione del gruppo di operatori, da effettuarsi sia in ambito aziendale che in altre sedi con il successivo coinvolgimento di altre figure utilizzando il metodo della formazione " a cascata", • Incontri di gruppo da effettuarsi nei diversi ambiti territoriali dell'azienda, con cadenza settimanale/quindicinale, • Offrire la possibilità ai genitori che, per differenti motivi, non possono presenziare personalmente, di seguire l'incontro in teleconferenza. <p>Nell'anno 2017 sono stati presi in carico 12 minori, presso il proprio domicilio, con un totale di 700 prestazioni erogate. Attualmente, nel territorio dell'ASP, sono seguiti 44 bambini affetti da malattie croniche gravi.</p>
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.3ASP</p>	<p>Azione 1.3ASP "Percorso di cura nel paziente Disabile" (ASP -proseguito anno 2018 exProgetto-Azione 5.9 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'azione 1.3ASP: euro 170.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP: Dott. Nicola De Rosa</p> <p>OBIETTIVI QUALITA': Implementazione del modello organizzativo del percorso di cura del paziente disabile attraverso una attenta articolazione dei diversi momenti assistenziali che vanno dal ricovero in acuto, alla dimissione ed alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale) fino a conclusione del processo riabilitativo. Con tale progetto l'Azienda si pone l'obiettivo di ottimizzare i propri servizi riabilitativi esistenti sul territorio aziendale attraverso una maggiore integrazione tra i medici ospedalieri, gli specialisti territoriali, i Medici di Medicina Generale (MMG), gli operatori delle cure domiciliari e gli operatori operanti nelle strutture accreditate aziendali. Tutto ciò allo scopo di rendere le cure più accessibili, tempestive, appropriate ed efficaci.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Analisi della domanda di riabilitazione. Garantire l'esecuzione delle prime visite fisiatriche nei tempi previsti dalla legge ed in particolare entro 30 giorni dalla richiesta per le visite programmate ed entro 7 gg. per le visite urgenti. Predisposizione di programmi riabilitativi per i pazienti visitati e comunicazione al MMG. Controlli a breve sull'efficacia del trattamento prescritto ed effettuato. Incremento delle Visite specialistiche a domicilio in caso di pazienti non autosufficienti del personale medico dei reparti di riabilitazione su richiesta della struttura aziendale ADI, con rivalutazione del programma riabilitativo e prescrizione di eventuali ausili.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Numero visite fisiatriche eseguite nel rispetto della tempistica; Numero programmi riabilitativi/totale dei pazienti visitati; n. controlli/totale dei pazienti visitati; n. visite domiciliari effettuate/numero visite domiciliati richieste.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Applicazione e monitoraggio dei protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio Distrettuale di Lauria. Rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti.</p>
--	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.4ASP</p>	<p>Azione 1.4ASP : Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile con Demenza- (ASP -prosieguo annualità 2018 ex Progetto-Azione 5.12 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1.4ASP euro 600.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP : Dott.ssa Valeria Panetta</p> <p>La tendenza progressiva all'invecchiamento è confermata da stime statistiche mondiali che evidenziano come a fronte di una percentuale del 8% di ultra 65enni presenti negli anni '50, si raggiungerà nel 2050 il 30% della popolazione europea. La Regione Basilicata è direttamente coinvolta dal problema poiché è dato incontrovertibile che , almeno al momento attuale, la popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia ed è gravata da multipatologie croniche. Occorre garantire una omogeneità di assistenza su modelli di realtà più avanzate ed impedire invece che ci si trovi di fronte ad una diseguale assistenza agli anziani che può pericolosamente tramutarsi in ageismo. Il mutamento demografico provocato dall'aumento del n° di soggetti anziani ha gravi ripercussioni sulla salute pubblica. Il dato macroscopico, vera e propria emergenza sanitaria, è che il crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle patologie cronico degenerative. E' stato calcolato (ma il dato è sottostimato) che circa il 12% dei degenti nelle unità operative di Medicina è affetto da demenza. Il rapporto Mondiale Alzheimer 2015 indica in circa 1.200.000 i dementi in Italia (+ del 50% di essi affetti da Alzheimer), si prevede saranno 1.609.000 nel 2030 e 2.272.000 nel 2050. Secondo l'Osservatorio nazionale demenze dell'Istituto Superiore di Sanità, in Basilicata vi sono 124.658. persone anziane, 12.000 persone con demenza, di cui oltre 6.000 malate di Alzheimer su 30.000 persone coinvolte nell'assistenza. Per rispondere al bisogno di salute degli anziani, nell'ambito territoriale di Venosa è stato costruito un modello di rete governato dal Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento (CE.I.M.I.), che rappresenta un punto privilegiato di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa dell'Azienda ASP in tema di assistenza agli Anziani. Ogni paziente candidato alle cure viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD) per identificarne bisogni e le problematiche assistenziali; programmare l'intervento assistenziale; migliorarne la funzione e la qualità di vita; ottimizzare l'allocazione delle risorse; ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari. Fanno parte del CE.I.M.I. gli <u>Ambulatori</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">• UVA Unità Valutazione Alzheimer e Demenze,• Geriatria,• Neurologia ed Epilessie,• Reumatologia,• MOC - Densitometria ossea,• Ecocolordoppler arterioso,• Monitoraggio pressorio 24 ore-ABPM.
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.4ASP</p>	<p>Fa parte della UOC CEIMI (dal 4 gennaio 2016) infine, anche la Struttura di</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lungodegenza post acuzie</u>, allocata al 2° piano del POD di Venosa, pienamente operativo dal 1 dicembre 2015: • <u>Il Nucleo Alzheimer</u> <p>La malattia di Alzheimer e le altre forme di Demenza sono fra le principali cause di non autosufficienza per le persona anziane, con gravi ripercussioni sulla qualità di vita del nucleo familiare.La Regione Basilicata al fine di adeguare, razionalizzare e ove possibile potenziare la rete dei servizi dedicata a tali patologie ha elaborato un Protocollo operativo interaziendale “ <i>Attivazione della rete delle demenze</i>” che è in fieri e che ha visto concretizzarsi una parte di esso attraverso l’apertura nell’Ottobre del 2015 del centro Nucleo Alzheimer (NA) all’interno dell’Ospedale distrettuale di Venosa</p>
	<p>Il Nucleo Alzheimer (NA) , ubicato al Piano Terra del Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa - Via Appia, fa parte del CEIMI (Centro di Medicina dell’Invecchiamento); si caratterizza come :</p> <p>-Struttura residenziale con 10 pl Cod. di attività R2D- “offerta residenziale” h 24 a persone con demenza senile nelle fasi intermedie di malattia in cui il disturbo mnesico si associa a disturbi del comportamento e/o dell’affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo e riorientamento e tutela in ambiente protesico per il tempo necessario alla stabilizzazione dei disturbi” (non protraibile oltre i 90 giorni di degenza)</p>
	<p>Struttura semiresidenziale con 10 post cod. di attività SRD “offerta semiresidenziale” 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”</p>
	<p>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, che può essere effettuata anche tramite l’ambulatorio dedicato; prende in carico la persona affetta da demenza e la segue lungo il successivo percorso terapeutico e/o riabilitativo attraverso una delle seguenti opzioni: ADP, ADI, Assistenza riabilitativa territoriale, Nucleo Alzheimer, RSA.</p> <p>Organizzazione del Centro e modalità di accesso. La proposta di accesso con precisazione della tipologia di servizio scelto (residenziale/semiresidenziale), viene effettuata dal MMG del paziente su segnalazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del familiare/care giver - dell’ADI - dell’assistente sociale del comune - dello specialista ospedaliero



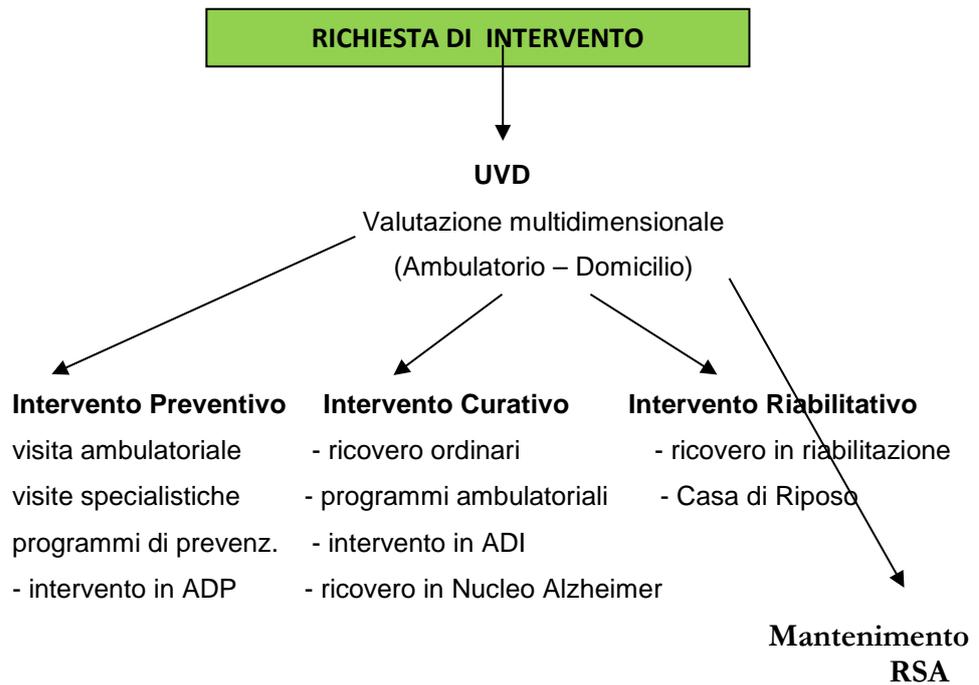
**DESCRIZIONE
PROGETTO
N.1:PAZIENTI CON
MULTICRONOCITA',
PERCORSI DI CURA
CONDIVISI E
PERSONALIZZATI**

Azione 1.4ASP

L'accesso è consentito in seguito a Valutazione a cura della UVI (Unità di Valutazione Integrata).

La domanda va compilata su apposito Modulo reperibile direttamente al Centro op sul sito aziendale ASP (voce: modulo di accesso al centro Alzheimer) e può essere consegnato personalmente presso la reception del Nucleo Alzheimer op attraverso e-mail all'indirizzo: centro.alzheimer@aspbasilicata.it , op inviato al n. di fax 0972-39286

Gli schemi che seguono illustrano un modello di applicazione:



Il modello gestionale del CeMI





<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.4ASP</p>	<p>OBIETTIVI QUALITATIVI Definizione delle modalità organizzative e operative che consentano la continuità assistenziale e la personalizzazione degli interventi; Lettura tempestiva e valutazione delle condizioni di bisogno attraverso la VMD Definizione del PAI; Individuazione della figura di riferimento del progetto di assistenza; Definizione del ruolo e dei compiti del MMG; Definizione dei fattori predittivi di fragilità; Definizione di indici qualitativi di assistenza all'anziano fragile e benchmark fra i vari setting assistenziali aziendali</p> <p>INDICATORI NUMERICI N° di anziani fragili in carico a 12 e a 24 mesi N° di anziani fragili in carico per profilo assistenziale N° di ricoveri in unità per acuti di anziani fragili N° di accessi in PS di anziani fragili.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE 1. Mappatura dei servizi aziendali ed extra-aziendali rivolti all'anziano fragile e dei rispettivi metodi di valutazione e di lavoro; 2. Condivisione con le UU.OO. ospedaliere e territoriali della metodologia della Valutazione Multidimensionale; 3. Creazione di un sistema informativo ad hoc; 4. Formazione del personale di assistenza e del caregiver 5. Creazione della Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano fragile.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.5ASP</p>	<p>Azione n. 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- (proseguo anno 2018 Progetto-Azione 5.17 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota Importo FSN VINC.2018 progetto 1 assegnato all'Azione 1.5ASP ANNO 2018: euro 230.000,00</p> <p>Referente aziendale : D.ssa Lucia Venezia</p> <p>OBIETTIVO GENERALE</p> <p>Costituzione di un'equipe sociosanitaria per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti in fase prescolare e nel primo ciclo di istruzione. I disturbi di questo tipo per i quali sono stati ipotizzati interventi che rientrano nei BES (circolare ministeriale dicembre 2012) necessitano di particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di interventi da dedicare in ambiente scolastico.</p> <p>Il progetto si propone di dedicare a queste difficoltà un'equipe specializzata, ipotizzabile una per territorio, (totale 3 ambiti: vulture-melfese, potenza, lagonegrese considerando un totale di 772 scuole nei tre territori ed una popolazione scolastica di circa 66.301 alunni del primo ciclo di scolarità) da</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI Azione 1.5ASP</p>	<p>affiancarsi al personale che si interessa dell' integrazione scolastica , con un lavoro specifico di tipo sociosanitario nelle strutture territoriali ed un lavoro direttamente in ambiente scolastico. L'equipe designata andrebbe ad effettuare l'identificazione precoce di comportamenti disfunzionali nei bambini in età prescolare che predispongono a futuri insuccessi scolastici ed il permanere di tali comportamenti durante le scuole elementari in comorbidità o come diagnosi primaria rispetto ai disturbi specifici degli apprendimenti (legge 170/10)</p> <p>Obiettivi specifici Elaborazione di una scheda di segnalazioni di comportamenti problema ai pediatri di libera scelta (osservazione sistematica 1). Costituzione di un registro scolastico con vari interventi effettuati in una prima fase dal personale scolastico per monitorare l'andamento dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti (osservazione sistematica 2). Identificazione di giornate dedicate all'osservazione in ambito scolastico da parte di figure specializzate (psicologi, npi). Elaborazione di schede dedicate ai genitori per l'individuazione di comportamenti-problema in ambito familiare. Costituzione di un canale preferenziale di accesso ambulatoriale in seguito a specifica segnalazione da parte dei pediatri con impegnativa unica per valutazione integrata dell'equipe. Definizione di linee guida per la riabilitazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti Attivazione di percorsi di psicoterapia familiare ed individuale oltre di counselling scolastici. Formazione del personale medico per la presa in carico farmacologica in casi selezionati.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Tempi previsti Obiettivi generali 2 anni (fase 1= 1 anno; fase 2= entro 2 anni) Obiettivi specifici valutabili semestralmente</p> <p>INDICATORI NUMERICI Indicatori di processo Attivazione di un equipe specialistica formata da un npi, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un'assistente sociale per ambito di zona (totale: 3 npi, 6 psicologi, 3 logopedisti, 3 terapeuti e 3 assistenti sociali) così suddivisi per un numero totale di ore per figura professionale: 1 npi 18h 2 psicologi 24h (cadauno) 1 terapeuta 12h 1 logopedista 18h 1 assistente sociale 12 h questo per il territorio di Potenza e Val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole.</p>
--	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1:PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.5ASP</p>	<p>Nel territorio del Vulture-Melfese e del Lagonegrese il fabbisogno di ore/figura professionale è stimato essere: 1 npi 6h 2 psicologo 12h (cadauno) 1 terapeuta 6h 1 logopedista 12h 1 assistente sociale 6h per ciascun territorio (da moltiplicare per due). Formazione di una rete integrata con la scuola (almeno un'osservazione sistematica a settimana all'interno della scuola) Riunioni mensili con i pediatri territoriali (numero degli incontri per la valutazione della validità delle strategie individuate) Numero delle valutazioni diagnostiche effettuate e casi clinici presi in carico. Tipologia e quantità di specifica terapia riabilitativa (terapia globale plurisettimanale) Interventi di psicoterapia familiare settimanale ed individuale plurisettimanale Incontri settimanali dell'equipe</p> <p>INDICATORI DI RISULTATO Definizione di 3 poli di strutture territoriali in cui si definisce l'attivazione dell'equipe una per ambito (Ospedale di Venosa, Servizio di Npi territoriale di Potenza, Ospedale di Lauria) Suddivisione di scuole per territorio: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese. Tale distribuzione rende ragione del fatto che l'equipe che lavorerà con il maggior numero di ore è quella del territorio più numeroso è cioè quello della provincia di Potenza e della Val d'Agri. Registro regionale con numero di pazienti assistiti Studi clinici di prevenzione e follow-up</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Fase 1 Formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci del disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione, per la pronta segnalazione all'equipe competente. Costituzione di un'equipe socio-sanitaria con formazione specifica per l'individuazione dei disturbi del comportamento e degli apprendimenti sia con test specifici che con osservazioni cliniche nelle scuole</p> <p>Fase 2 Formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento Creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi con diagnosi di disturbo dell'apprendimento e del comportamento Formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà. Formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità, mirati a definire i giusti interventi di sostegno nei confronti di comportamenti disfunzionali Valutazione con test specifici di follow-up l'efficacia delle terapie riabilitative indicate</p>
---	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.6ASP</p>	<p>Azione 1.6ASP : Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-(ASP-prosieguo annualità 2018 azione-progetto 5.19 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: anno 2018</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'azione 1.6ASP: per l'anno 2018 euro 289.762,00</p> <p>Referente aziendale ASP : Dott. Giovanni Gonnella</p> <p>OBIETTIVI QUALITÀ:</p> <p>Il forte aumento delle patologie respiratorie impone la necessità di non trascurare la prevenzione e la diagnosi di tali affezioni in un ottica di anticipazioni guida nel processo assistenziale. Diventa cruciale, quindi, impostare in modo corretto, concreto e condiviso il percorso che il paziente dovrà affrontare, garantendo continuità diagnostico-terapeutica, attraverso un'integrazione che vede partecipi , dal servizio pneumologico territoriale ai medici di medicina generale fino alle divisioni ospedaliere di ricovero. Strategie che intervengono a sostegno della mortalità e che, per l'aumentata aspettativa di vita, portino anche un miglioramento della qualità di vita, interventi in fase di diagnosi e in fase terapeutica. Per fare ciò, bisogna mettere attenzione sulla promozione della qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, attraverso un miglioramento della qualità di vita, interventi in fase di diagnosi e in fase terapeutica. Per fare ciò, bisogna mettere attenzione sulla promozione della qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, attraverso un miglioramento della qualità e dell'accessibilità. Il concetto di accessibilità è esplicitato nell'idea di "UN SISTEMA DI RETE" comprendente ospedale – territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostici – terapeutici – riabilitativi – adeguati. A livello territoriale bisogna prevedere l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata con disponibilità a domicilio del paziente, dove necessario, degli strumenti di monitoraggio anche in modalità telematica. Questo modello deve essere eletto a metodo per realizzare una serie di obiettivi rilevanti:</p> <ul style="list-style-type: none">• Migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi• Predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza• Appropriatelyzza diagnostico – terapeutica ed economica delle prestazioni erogate <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Riduzione ricoveri nella fascia che va da 50 a 75 nella norma (il dato verrà rendicontato successivamente)• Abbattimento liste di attesa <p>INDICATORI NUMERICI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nr. pazienti arruolati in A.D.R. e nr. di visite• Nr. di prestazioni funzionali eseguite ogni anno• Nr. pazienti curati a domicilio• Nr. annuale di nuove diagnosi
--	---



<p>Azione 1.6ASP</p>	<p>ATTIVITÀ PREVISTE:</p> <p>Corsi di formazione al personale</p> <p>Attività Ambulatoriale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita pneumologica (prima visita e controllo) • Spirometria semplice • Spirometria completa con DLCO • Pletismografia • Walking – Test • Emogas – analisi • MIP e MEP • Test di provocazione bronchiale alla metacolina • Monitoraggio cardiorespiratorio notturno con titolazione (polisonnografia) <p>Ambulatorio per la prevenzione e cura della tubercolosi, nei migranti e popolazione autoctona (Centro per Screening ed Osservazione per gli Immigrati)</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.a)ASM</p>	<p>Azione 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 multicronicità (ASM)</p> <p>Durata: triennale(2018/2020)</p> <p style="text-align: center;">Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'azione 1.a)ASM annualità 2018 euro 200.000,00</p> <p>Referenti aziendali ASM : dr V. DENISI – dr. S. GIANNUZZI - dr. G. ANNESE</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini 2) Assunzione della presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche da parte di un insieme di servizi-professionisti impegnati nella complessità, secondo il modello della sanità d'iniziativa" o "proattiva". 3) Presa in carico dei cittadini affetti da malattie croniche già al momento della dimissione ospedaliera, da parte della U.O. S.D. di Geriatria Territoriale e della U.O.S.D. Coordinamento di attività di gestione Percorsi riabilitativi, secondo il modello della sanità d'iniziativa" o "proattiva".



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.a)ASM</p>	<ol style="list-style-type: none">4) Organizzazione e utilizzo del Day service quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital per utenti che presentano problemi complessi e non richiedono sorveglianza medico-infermieristica prolungata.5) Organizzazione e utilizzo del Day service quale modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital per utenti che presentano problemi complessi e non richiedono sorveglianza medico-infermieristica prolungata.6) Aumentare la coesione tra i fattori organizzativi e operativi del Sistema sanitario tramite la integrazione tra aspetti organizzativi, processi decisionali e sistema informativo.7) Assicurare una gestione territoriale sempre più proattiva spostando il baricentro dell'assistenza dall'asse Ospedale all'asse Territorio.8) Supportare l'autocura della persona, che è al centro del processo, attraverso l'educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia.9) Organizzazione di teams multidisciplinare e multi professionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1) Incremento della continuità assistenziale con conseguente offerta di soluzioni alternative al ricovero.2) Riduzione dei ricoveri diagnostici inappropriati con conseguente rafforzamento della integrazione tra Ospedale e territorio3) Il 90 % dei pazienti avviati in ass. domiciliare saranno controllati a domicilio entro 60 gg. dalla dimissione. Saranno valutati (a domicilio o direttamente in ospedale a Matera), tutti i pz. con richiesta d'invio presso le strutture residenziali con metodologia multidimensionale <p>INDICATORI NUMERICI</p> <ol style="list-style-type: none">1) Popolazione cronica presente nelle varie sedi distrettuali/Popolazione in generale.2) Creazione di una rete sanitaria in cui i percorsi di cura siano affiancati da strumenti diretti alla costruzione di risposte adeguate e complesse.3) Incontri tra tutti gli operatori coinvolti a partire dal cittadino interessato reso esperto da opportuni interventi di formazione/educazione secondo il modello dell'empowerment. <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ol style="list-style-type: none">1) Incontri con medici responsabili di distretto, MMG, PLS, MCA, Emergenza-Urgenza, medici specialisti ospedalieri, infermieri sia ospedalieri che territoriali, Farmacie, Comuni, Agenzie di volontariato.2) Predisposizione percorsi condivisi per realizzare l'integrazione prevista.3) Raccolta e studio di alcuni indicatori, quali i DRG relativi alle malattie croniche, quali, lo Scompenso cardiaco (classi di età 50 -74), il Diabete (classi di età 20-74) e la BPCO (classi di età 50-74), i dati di mobilità passiva anno 2016 (ultimi disponibili) , i dati di ricovero per queste patologie presso gli ospedali aziendali;4) organizzazione di teams multidisciplinari e multiprofessionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio;
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.a)ASM</p>	<p>5) 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;</p> <p>6) Monitoraggio dello stato di salute dei pz. affetti da malattie croniche, tramite contatti telefonici, periodici, da parte degli infermieri distrettuali</p> <p>7) 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;</p> <p>8) Programmazione ed attuazione di interventi di formazione rivolti agli operatori dei servizi interessati.</p> <p>9) 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.</p> <p>Nell'ottica dell'integrazione delle attività sanitarie tra Ospedale e territorio, con l'ultimo Atto aziendale approvato (del. n° 773 del 19.05.2015, l'Azienda ha accorpato l'Ospedale al Territorio dotandosi di un unico Dipartimento, denominato "Integrazione Ospedale-Territorio".</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.b)ASM</p>	<p>Azione 1b)ASM : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria". (ASM -proseguo annualità 2018 azione 5.8 DGR 2289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1b)ASM per l'annualità 2018: euro 200.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: dr. N. Annese , dr.ssa F. Gallo , Ass.San. A. Staffieri</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Presa in Carico e Continuità Assistenziale Riabilitativa dall'ospedale al territorio per utenti affetti da Insufficienza Respiratoria . Definizione e adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza protesica. Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo e utilizzo di Scale Funzionali e Prognostiche per le Funzioni Vitali di Base.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Presa in Carico, Trattamento Riabilitativo e Addestramento all'utilizzo di apparecchiature protesiche dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nell' Azione affette da: Insufficienza Respiratoria (circa 1.000 pazienti all'anno). Il team multidisciplinare è costituito dal medico pneumologo territoriale responsabile del progetto, dal personale infermieristico e tecnico della pneumologia territoriale e dai medici ospedalieri delle varie UU.OO. della ASM (UU.OO. in cui è stato ricoverato il paziente).</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.b)ASM</p>	<p>INDICATORI NUMERICI Numero pazienti dimessi dai P.O. aziendali e affette da insufficienza respiratoria / n pazienti dimessi arruolati nel progetto di riabilitazione. Variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dal paziente. Effettuazione di Monitoraggi cardio-respiratori notturni a domicilio per lo studio delle Apnee notturne, riducendo drasticamente la mobilità passiva extraregionale relativa ai ricoveri effettuati per poter eseguire tale indagine strumentale</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Elaborazione di protocolli organizzativi con le UU.OO. per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse. Individuazione del team multidisciplinare per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome. Elaborazione di protocolli organizzativi ed operativi utili alla presa in carico riabilitativa dopo la fase acuta. Attività di assistenza ai pazienti con ossigenoterapia domiciliare a lungotermine (OLT) nel territorio della ASM; Accessi domiciliari per la valutazione del paziente e la esecuzione dell'emogasanalisi ai pazienti non deambulanti e/o allettati; implementazione del sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.c)ASM</p>	<p>Azione 1c)ASM :Speciale Unità di Accoglienza Permanente per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza - ASM- (proseguo annualità 2018 azione 5.11 DGR 289/2018)</p> <p>Durata : PLURIENNALE</p> <p>Quota importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1c)ASM per l'annualità 2018: euro 210.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Assistenza in SUAP per pazienti in stato vegetativo necessitanti di cure intensive ed assistiti in spazi dedicati. Monitoraggio delle condizioni cliniche mediante l'utilizzo di sistemi intelligenti che, applicati ai pazienti (elettrodi) trasmettono direttamente, wireless, il livello dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione d'ossigeno etc....) alla centrale operativa collocata in medicheria. Gli stessi dispositivi che trasmettono wireless potranno essere utilizzati anche a domicilio del paziente nel caso l'assistenza, portata dagli stessi operatori della SUAP, avvenga previa domiciliarizzazione dello stesso.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Presa in carico della totalità dei pazienti in stato vegetativo, sia in struttura protetta che a domicilio nel caso di famiglia con buona compliance assistenziale.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.c)ASM</p>	<p>INDICATORI NUMERICI 5 Posti letto per Coma vegetativo presso - UO di Lungodegenza Medica cod.60 - Ospedale Distrettuale di Tricarico.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ul style="list-style-type: none">-Accoglienza pazienti in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza.-Attività formativa per personale medico dedicato a questa tipologia di pazienti e del personale infermieristico e OSS.-Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno ai familiari.-Integrazione delle attività del personale dedicato agli stati vegetativi con la piattaforma delle attività di Cure Domiciliari mediante protocolli condivisi.-Incontri fra Responsabile della struttura protetta dedicata con i Medici di Medicina Generale, Medico del Distretto e personale del distretto. Valutazione multidimensionale e multidisciplinare.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.d)ASM</p>	<p>Azione 1d)ASM: Riorganizzazione della rete aziendale per la presa in carico del paziente in condizione di fragilità e non autosufficienza (ASM- prosieguo annualità 2018 progetto 5.13 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: Pluriennale</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato per l'ANNUALITA' 2018 all' Azione 1d)ASM : euro 270.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dr. Vincenzo Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Presa in carico negli Ospedali Distrettuali (ospedali dedicati alla fase post- acuta del percorso di cura del paziente) ed al domicilio, dei pazienti che hanno concluso l'iter curativo negli Ospedali per acuti dell'ASM (Matera e Policoro). Protocolli con la RSA di Tricarico per la presa in carico di anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di tipo sanitario ancora importanti. Protocolli con le Residenze Protette presenti sul territorio ASM per i percorsi e Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Valutazione della totalità dei pazienti non autosufficienti da ammettere al percorso di presa in carico ed alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare operata dalla UVMD già attiva.</p>



<p>Azione 1.d)ASM</p>	<p>INDICATORI NUMERICI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cura e trattamento del 100% dei pazienti presi in carico. • dati di attività dell'anno 2018 degli Ospedali Distrettuali di Tricarico; • Valorizzazione totale dei ricoveri in Lungodegenza Medica degli ospedali distrettuali di Stigliano e Tricarico, della Lungodegenza Riabilitativa di Tricarico, della Degenza Intensiva Riabilitativa e dello Stato vegetativo sempre di Tricarico; <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Attuazione del percorso di cura per il paziente post acuto nei vari setting assistenziali della rete di riabilitazione e lungodegenza per pazienti fragili e non autosufficienti.</p> <p>Attività di collaborazione ed integrazione fra medici ospedalieri (ospedali per acuti di Matera e Policoro e ospedali distrettuali di Tricarico e Stigliano) e medici di famiglia al fine di garantire la continuità assistenziale delle persone non autosufficienti nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.</p> <p>Presa in carico dei soggetti con fragilità e/o non autosufficienti che hanno subito la perdita permanente o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali e relazionali.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.e)ASM</p>	<p>Azione 1e) ASM :</p> <p>Percorso diagnostico Terapeutico condiviso per la gestione delle lesioni da Decubito della Prevenzione del Trattamento</p> <p>Durata: sperimentazione 2018</p> <p>Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato per ANNUALITA' 2018 all'Azione 1e)ASM : euro 100.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM : Dott. Vito Petrara, Dirigente; Dr. Aldo Di Fazio, Dott.ssa A.S. Chiara Gentile, Dott. Inf. Antonio Basile</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Le Lesioni da Decubito 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, una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni da intraprendere.</p> <p>Necessità, da parte degli operatori sanitari, dei pazienti e familiari/caregiver di acquisire consapevolezza del rischio delle Lesioni da Decubito.</p> <p>Definizione di un percorso integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.</p> <p>Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali è possibile prevenire e comprimere il rischio delle Lesioni da Decubito.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.e)ASM</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi del fenomeno; 2. Costituzione di un gruppo multidisciplinare aziendale; 3. 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; 4. Incontri per l'elaborazione di una Procedura Aziendale con la relativa scheda di valutazione del rischio Lesioni da Decubito 5. Elaborazione di una cartella per l'Ambulatorio Vulnologico; 6. Percorso di Formazione e addestramento di base per tutti gli operatori sanitari che operano nel campo delle Lesioni da Decubito 7. Percorso di formazione avanzato per alcuni operatori sanitari esperti. 8. identificare precocemente i pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione e di gestire al meglio coloro che hanno già sviluppato LDP; 9. uniformare i comportamenti tra i vari operatori e garantire la continuità assistenziale sia intra-ospedaliera che a domicilio; 10. ottimizzare l'uso degli ausili e i dispositivi di medicazione <p>INDICATORI NUMERICI Gruppo di lavoro 12 Operatori Sanitari; Personale da formare coinvolto: 375 operatori sanitari da formare; Stampa cartella vulnologica n. 500 copie stampate (vedi sotto) Il percorso di formazione ripetuto in più edizioni mira a formare ed addestrare tutto il personale di assistenza</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Azioni</th> <th>Numero ore di lavoro</th> <th>Personale coinvolto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incontri gruppo multidisciplinare aziendale per lo studio epidemiologico e per la redazione della Procedura Aziendale</td> <td>N. 20 incontri da 3 ore per un totale di 60 ore di lavoro</td> <td>Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari</td> </tr> <tr> <td>Studio epidemiologico di prevalenza</td> <td>6 giornate da 5 ore per un totale di 30 ore di lavoro</td> <td>Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari</td> </tr> <tr> <td>Percorso di Formazione e addestramento</td> <td>15 edizioni di formazione da 5 ore per un totale di 75 ore di formazione</td> <td>375 operatori sanitari formati</td> </tr> <tr> <td>Incontri di lavoro per l'elaborazione della cartella vulnologica</td> <td>6 incontri di lavoro</td> <td>Gruppo di lavoro n. 3 operatori sanitari Stampa cartella vulnologica n. 500 copie stampate.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Gli interventi e gli strumenti elaborati saranno adottati in tutte le strutture sanitarie ASM Matera e ADI dal momento della individuazione del soggetto a rischio o portatore di lesioni da pressione fino alla dimissione</p>	Azioni	Numero ore di lavoro	Personale coinvolto	Incontri gruppo multidisciplinare aziendale per lo studio epidemiologico e per la redazione della Procedura Aziendale	N. 20 incontri da 3 ore per un totale di 60 ore di lavoro	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari	Studio epidemiologico di prevalenza	6 giornate da 5 ore per un totale di 30 ore di lavoro	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari	Percorso di Formazione e addestramento	15 edizioni di formazione da 5 ore per un totale di 75 ore di formazione	375 operatori sanitari formati	Incontri di lavoro per l'elaborazione della cartella vulnologica	6 incontri di lavoro	Gruppo di lavoro n. 3 operatori sanitari Stampa cartella vulnologica n. 500 copie stampate.
Azioni	Numero ore di lavoro	Personale coinvolto														
Incontri gruppo multidisciplinare aziendale per lo studio epidemiologico e per la redazione della Procedura Aziendale	N. 20 incontri da 3 ore per un totale di 60 ore di lavoro	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari														
Studio epidemiologico di prevalenza	6 giornate da 5 ore per un totale di 30 ore di lavoro	Gruppo di lavoro: 12 Operatori Sanitari														
Percorso di Formazione e addestramento	15 edizioni di formazione da 5 ore per un totale di 75 ore di formazione	375 operatori sanitari formati														
Incontri di lavoro per l'elaborazione della cartella vulnologica	6 incontri di lavoro	Gruppo di lavoro n. 3 operatori sanitari Stampa cartella vulnologica n. 500 copie stampate.														



DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI Azione 1.e)ASM <u>CRONOPROGRAMMA</u>	1° FASE – ANNO 2018	Aprile	Maggio	Giugno	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
	Elaborazione del progetto esecutivo e costituzione gruppo di lavoro							
Avvio studio epidemiologico di prevalenza								
Attività di studio per la realizzazione di una Procedura								
Verifica validazione approvazione e pubblicazione della Procedura								
Individuazione dello strumento scientifico per la valutazione del rischio caduta								
2° FASE – ANNO 2018	Aprile	Maggio	Giugno	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Attività di studio per la pianificazione dei corsi e delle attività formative								
Preparazione dei contenuti, delle relazioni, degli esercizi di addestramento simulazioni, del questionario di gradimento dei corsi								
Redazione del materiale informativo da distribuire								
Attivazione e conclusione dei corsi di formazione/addestramento all'uso corretto degli strumenti contenuti nella procedura								
Analisi di gradimento dei corsi								
3° FASE – ANNO 2018	Aprile	Maggio	Giugno	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	
Adozione sperimentale della procedura e degli strumenti in essa contenuti nelle Unità Operative individuate come reparti pilota								
Monitoraggio ed eventualmente revisione della procedura e/o degli strumenti ad essa collegati.								



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.f)ASM</p>	<p>Azione 1f) ASM : Percorso per la presa in carico e la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio. (ASM-annualità 2018 prosieguo azione 5.7 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: annualità 2018 – Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1f)ASM per annualità 2018 : euro 125.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: DR. E.PISCIOTTA - DR. DR DICANDIA</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Garantire la continuità assistenziale della presa in carico riabilitativa dall'ospedale al territorio della ASM . Implementazione sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo della persona dalla dimissione ospedaliera del P.O. di Matera, alla fase territoriale. Verifica corrispondenza tra bisogni riabilitativi espressi dalla persona inserita nelle strutture riabilitative territoriali del distretto di Matera e trattamento effettivamente erogato . Implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo e utilizzo della classificazione internazionale ICF per la persona affetta dalle seguenti patologie: ICTUS, Sclerosi multipla, Neoplasia mammaria.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Monitoraggio dell' 80% di persone dimesse/anno dal P.O. di Matera e arruolate nel Progetto e affette da: Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette dalle patologie: Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria. Percentuale 80% di persone dimesse dalla fase acuta e arruolate nel progetto. Variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dalla persona.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE 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.</p>
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.g)ASM</p>	<p>Azione 1g) ASM: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)- (ASM-prosieguo Progetto-azione 1.4 DGR 289/2018)</p> <p>Durata: pluriennale -</p> <p>Quota importo FSN VINC.2018 Progetto 1 assegnato all'Azione 1g)ASM: per annualità 2018 euro 344.357,00</p> <p>Referente aziendale: Dr. Vincenzo DENISI</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Incentivare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ottica di una più stretta integrazione dei servizi assistenziali per garantire la presa in carico complessiva del cittadino all'interno di percorsi diagnostico-assistenziali.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Organizzare incontri organizzativi-formativi tra i MMG,PLS, medici di CA, specialisti ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, medici dell'Emergenza urgenza, personale sanitario distrettuale ed ospedaliero, al fine di delimitare le aree per le AFT e la eventuale localizzazione di UCCP e in seguito attivazione di AFT o UCCP in presenza di condizioni normative ed economiche che lo consentano. Integrare l'attività dei MMG, PLS e CA all'interno di strutture della ASL (Sedi distrettuali di Grottole e Salandra) che ospitano già attività specialistica e servizi socio assistenziali. Acquisto di computer da utilizzare nelle singole strutture territoriali; utilizzo del server informatico di supporto alle reti aziendali che permetta il collegamento informatico fra MMG, PLS , CA , specialisti ospedalieri e ambulatoriali. Organizzazione presso gli uffici centrali di assistenza primaria di un ufficio dedicato alla raccolta e conservazione (cartacea e informatica) del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).</p> <p>INDICATORI NUMERICI 3 medici (Direttore Distretto, dirigenti medici specialisti dipendenti degli Osp. distrettuali) 1 g/settimana; Infermieri: 3- 1g/settimana; Assistenti Sociali: 1 (1 g/settimana); Amministrativi: 1 g sett. Minimo N. 4 incontri x anno Realizzazione di almeno 2 strutture integrate di MMG, PLS, CA, specialisti ambulatoriali o ospedalieri, servizi distrettuali.</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Realizzazione di incontri organizzativo-formativo in diverse aree territoriali a cui devono partecipare MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, medici dell'Emergenza, personale sanitario distrettuale ed ospedaliero. Circa 5 medici1g/settimana, 6 infermieri x 1g/settimana 5 assistenti sociali x 1g/settimana, 4 amministrativi x 1g/settimana. Ogni incontro deve essere dedicato alla trattazione di una specifica patologia cronica, per ogni patologia trattata vanno definite linee operative condivise sulla</p>
--	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO N.1: PAZIENTI CON MULTICRONOCITA', PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI</p> <p>Azione 1.g)ASM</p>	<p>gestione dei pazienti e le modalità di accesso al Pronto Soccorso al fine di evitare ricoveri ritenuti impropri .</p> <p>Attivazione , in alcune sedi distrettuali Aziendali, di strutture comuni in cui ospitare i MMG, i PLS, la CA, gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, una postazione di 118, le attività di assistenza sanitaria di base e le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione, al fine di garantire ai cittadini tutte le prestazioni sanitarie erogate dalla ASM nello stessa struttura.</p> <p>Attività di raccolta e conservazione informatica e cartacea del consenso al trattamento dei dati sottoscritto dai cittadini ai fini dell'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE)</p>
--	---



Linea Progettuale 2
PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
	- Accordo Stato Regioni 01 Agosto 2018 n.150/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO: comprendente le seguenti Azioni: <u>2 a)ASM: Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale: Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche (ASM)</u> <u>2b)ASM : Riduzione delle barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie (ASM)</u> <u>2c) ASM : Garantire il rispetto dei diritti dei lavoratori della ASM con particolare riguardo alla sicurezza sui luoghi di lavoro.</u> <u>2d)ASM : La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari</u> <u>2.IRCCS: La figura ed il ruolo dello psicologo e dell'assistente sociale</u> <u>2.AORS.Carlo: Eliminazione barriere: distribuzione di Farmaci alla dimissione</u>
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2018
REFERENTE REGIONALE	Ing. Donato Pafundi; dr.ssa Cauzillo Gabriella; dr.ssa Zullo Maria Luisa- Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 789.711,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 789.711,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	Euro 789.711,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00
IL PROGETTO	

**PREMESSA**

Gli organismi delle Nazioni Unite sostengono che “ *la discriminazione in sanità costituisce una barriera fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG)*” ed affrontare tale problematica, al fine di eliminarla, contribuisce a al raggiungimento di alcuni degli obiettivi di sviluppo sostenibile ed in particolare quelli sulla salute e benessere, sull'istruzione di qualità e sulla riduzione delle diseguaglianze.

CONTESTO

L'ottica di un Servizio Sanitario sostenibile (Patto per la Salute rep. N. 82CSR del 10 luglio 2014), ha spinto la regione Basilicata ad indirizzarsi per l'aggiornamento ed il potenziamento del modello organizzativo e strutturale del proprio sistema sanitario le per: il miglioramento della qualità dei servizi, la promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, la garanzia dell'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.

Realizzare questo lungo e complesso processo richiede varie e diversificate azioni orientate: accessibilità alla struttura e alle prestazioni, modalità di fornire informazioni all'utente, assicurare il comfort degli ambienti, la trasparenza dei processi di cura e la formazione del personale nei rapporti con il paziente. Rimane 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. In tale ottica appositi programmi ed attività sono stati svolti, anche, con utilizzo di fondi vincolati afferenti gli Obiettivi di Piano pregressi: Gli interventi risultano inquadrati in diversi ambiti: **Organizzativo:** a) accoglienza, informazione, consenso informato, coinvolgimento dei familiari; b) integrazione dei percorsi di diagnosi e cura; **Relazionale:** a) relazione tra medico paziente e altro personale sanitario; b) benessere del personale, stress da lavoro; **Strutturale:** progettazione di ambienti di cura ed assistenza, in modo da soddisfare le esigenze di umanizzazione per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale. In alcune aziende sanitarie/ospedaliere si sono istituiti laboratori per sperimentare strumenti e metodi narrativi, formare il personale, individuare best practice. L'approccio proposto dalla Medicina Narrativa ha spostato il focus dal trattamento della malattia alla cura della persona mediante l'ascolto, il dialogo, la costruzione condivisa del percorso terapeutico, il monitoraggio delle attività e dei percorsi formativi finalizzati alla personalizzazione delle cure.

Riguardo alle aree di intervento dettate dalla presente linea progettuale per l'anno 2018 esse spingono il SSR, per il tramite delle aziende sanitarie ed ospedaliere, a continuare il processo di cambiamento del servizio sanitario ponendo in essere varie e diversificate azioni che mirino a:

Ridurre le barriere per gli operatori sanitari per:

- 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.

**CONTESTO**

Ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie al fine di superare le difficoltà relative agli aspetti organizzativi ed alle barriere architettoniche.

Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario per:

- garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie
- 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).

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

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 2018** l'Accordo Stato-regioni del 01/08/2018 -rep atti 150/CSR- definisce tali le linee progettuali con relativo vincolo economico e tra queste la linea 2: **PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO** per la cui realizzazione la regione Basilicata, con specifico progetto assegna, quali Obiettivi di Piano Vincolati **anno 2018**, la somma complessiva vincolata di **Euro 579.403,00** (quota parte della somma globalmente attribuita Intesa 149/CSR 1/8/2018) ai fini del raggiungimento degli obiettivi individuati e per il procedere degli stessi definisce le azioni aziendali del SSR avendo debita considerazione delle attività realizzate per "*Lo sviluppo dei Processi di Umanizzazione delle cure*" con utilizzo fondi per Obiettivi di Piano Vincolati annualità pregresse(2013/2016).

Di seguito si indicano le azioni afferenti il **PROGETTO 2 : PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO** con specifica attribuzione delle risorse FSN Vincolati anno 2018.



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2a)ASM</p>	<p>Azione 2 a)ASM: Promozione delle conoscenze sulle responsabilità sanitaria professionale: Sostegno agli operatori sanitari in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche -</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota Importo FSN VINC.2018 Progetto 2 assegnato all'Azione 2.a)ASM euro 9.045,00</p> <p>Referente aziendale ASM Dr.ssa A. D'Onofrio – dott.ssa M. Miglionico – dott.ssa M. Pisciotta</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Gli obiettivi principali del Progetto sono 1) fornire agli operatori sanitari, informazioni e consulenza su quesiti e dubbi interpretativi in ordine alle tematiche attinenti la responsabilità professionale anche alla luce della recente normativa in tema di responsabilità medica (Legge Gelli)</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Informazione, consulenza e sostegno al 100% degli operatori sanitari che ne facessero richiesta in riferimento alle loro responsabilità legali ed etiche</p> <p>INDICATORI NUMERICI Frequenza da parte degli operatori del Servizio Affari Legali e Generali di 1 Corso di Formazione sulla normativa vigente : 3 ore settimanali per un collaboratore amministrativo e 3 ore settimanali per 1 assistente amministrativo Attività di organizzazione, riunioni, studio e ricerca per ciascun operatore del servizio interessato (ore 30 per tre operatori, 1 dirigente – 1 collab. amm. e 1 assistente amm.</p> <p>OBIETTIVI DI ATTIVITA' Attività di formazione da parte degli operatori dell'Ufficio Affari generali e legali sulle normative vigenti Apertura di uno sportello informativo per 6 ore settimanali dedicato al sostegno e all'informazione degli operatori sanitari aziendali.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2b)ASM</p>	<p>Azione 2b)ASM - Riduzione delle barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie: Organizzazione e realizzazione di interventi architettonici per la riduzione delle barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie dell'Azienda – Potenziamento dei meccanismi di segnalazione e selezione dei percorsi interni ospedalieri (ASM)</p> <p>Durata: annualità 2018 – Quota importo FSN Vinc. 2018 del Progetto 2 assegnato all'Azione 2b)ASM: euro 146.000,00</p> <p>Referente aziendale: Ing. N. Sannicola – Ing. Donadio – Arch. R. Bisceglie</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI 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</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2b)ASM</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI ED ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>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 esplosivo 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.</p> <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>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)</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2c)ASM</p>	<p>Azione 2c) ASM : Garantire il rispetto dei diritti dei lavoratori della ASM con particolare riguardo alla sicurezza sui luoghi di lavoro.</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota importo FSN Vinc. 2018 del Progetto 2 assegnato all' Azione 2b)ASM: euro 254.358,00</p> <p>Referente aziendale: Ing. G. LAGUARDIA</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Garantire a tutti i dipendenti della ASM la formazione obbligatoria prevista dal D.Lgs n. 81/2008</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI ED ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>a) 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")</p>

**DESCRIZIONE
PROGETTO 2:
PROMOZIONE
DELL'EQUITÀ' IN
AMBITO
SANITARIO**

Azione 2c)ASM

- b) 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
- c) Formazione obbligatoria per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS);
- d) Corsi di formazione per "Addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendi e gestione delle emergenze; gli operatori ASM che dovranno sostenere l'esame sono 90 ai fini del conseguimento dell' Attestato di Idoneità Tecnica di "Addetto Antincendio"
- e) Corso di formazione "Ambiente e Lavoro" dei dipendenti afferenti e collaboratori del Servizio di Prevenzione e Protezione dei Luoghi di Lavoro della ASM

INDICATORI NUMERICI

- a) Formazione per Dirigente e altri operatori SPP n. 8;
- b) Corso 40 ore n. 4 partecipanti ;
- c) Corso x formazione obbligatoria: n. lavoratori ASM da formare : operatori vari circa n. 700 + preposti (coloro che sono stati individuati come coordinatori, circa 85 unità; dirigenti, circa 150 unità;
- d) Corsi per Addetti alla prevenzione incendi circa n.90 operatori;
- e) Corso di Formazione ambiente e Lavoro n. 6 partecipanti

PERSONALE INTERESSATO

Per le attività di pianificazione e implementazione dei corsi: Dirigente (ore 20 sett.) e altri operatori 3 del servizio SPP n. 4 (ore 3/ sett.) ; Dirigente e operatori del servizio Formazione per progettazione, redazione delibere e determine Accreditalmento ECM ecc. ore 2 sett.)

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

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.



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 2: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO</p> <p>Azione 2d)ASM</p>	<p>Azione 2d)ASM : La violenza nei contesti sanitari a danno degli operatori sanitari- (ASM)</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota importo FSN Vinc. 2018 del Progetto 2 assegnato all'Azione 2b)ASM: euro 150.000,00</p> <p>Referente aziendale: Ing. G. LAGUARDIA, dr. A. DIFAZIO, dr. I.GOLLO,</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI 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) Garantire a tutti i dipendenti della ASM attività di formazione rivolte alla prevenzione e gestione di episodi di violenza all'interno del contesto lavorativo</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Svolgere n. 4 edizioni dell'evento formativo: Stesura 1 Procedura aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</p> <p>INDICATORI NUMERICI Attività di formazione rivolta a tutti gli operatori sanitari. Frequenza ai corsi da parte di circa 1000 lavoratori. Quattro servizi aziendali interessati: Servizio di Prevenzione e Protezione, Servizio di Psicologia, Servizio di Medicina Legale, Servizio Formazione, Utilizzo video, materiale cartaceo ecc. <i>Personale Interessato</i> Per le attività di pianificazione e implementazione dei corsi: Dirigente SPP (ore 20 sett. + 12 ore per la docenza) e altri operatori 3 del servizio SPP n. 4 (ore 3/ sett.) ; Dirigente Psicologo (ore 20 + 12 ore per le docenze); Dirigente Medico legale (10 ore + 10 per le docenze); Dirigente e operatori del servizio Formazione per progettazione, redazione delibere e determine Accreditamento ECM ecc. ore 2 sett.).</p> <p>OBIETTIVI DI ATTIVITA' Fornire a tutti i lavoratori sanitari in servizio presso l'Azienda Sanitaria di Matera una formazione generale e specifica inerente i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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;• I rischi specifici connessi con l'attività svolta;• Gli episodi di violenza possono essere evitati o mitigati mediante addestramento;• I metodi di riconoscimento dei segnali di pericolo o di situazioni che possono sfociare in episodi di aggressione e/o violenza;• Le 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.
--	--



**DESCRIZIONE
PROGETTO
2: PROMOZIONE
DELL'EQUITÀ' IN
AMBITO
SANITARIO**

Azione 2-IRCCS

Azione 2-IRCCS: La figura ed il ruolo dello psicologo e dell'assistente sociale

Durata: annualità 2018

Quota importo FSN Vinc. 2018 del Progetto 2 assegnato all'Azione 2-IRCCS
euro 130.308,00

Referente aziendale: Dr. Antonio Prospero Colasurdo

OBIETTIVI QUALITATIVI

Formazione rivolta al personale sanitario e non per la gestione delle relazioni
Garantire 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

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per affrontare la discriminazione in ambito sanitario

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario.

Garantire la partecipazione degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche;
Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi di pazienti vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, disoccupati o comunque persone in condizioni di precarietà sociale ed economica).

Somministrazione di questionari



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

Azione 2-AORS.Carlo

Azione 2.AORS.Carlo: **Eliminazione barriere: distribuzione di Farmaci alla dimissione**

Durata: sperimentazione annualità 2018

Quota importo FSN Vinc. 2018 del Progetto 2 assegnato all'Azione 2.AORS.Carlo
euro 100.000,00

Referente aziendale: direttore sanitario AORS Carlo

Premessa

Le direttive nazionali e regionali in materia di ottimizzazione del percorso assistenziale del paziente stabiliscono la necessità della distribuzione diretta di farmaci al paziente all'atto della dimissione dall'ospedale o al termine di una visita specialistica ambulatoriale.

In particolare la Legge 16 novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17 novembre 2001, all'art 8 comma c) stabilisce quanto segue "disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale".

A tal fine con la D.G.R. n. 939/2006 la Regione Basilicata ha esteso la ricetta su ricettario del SSN ai medici specialisti operanti nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale e con la 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.

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

Proposta Progettuale

In considerazione delle criticità sopra esposte, il progetto mira al potenziamento del servizio di distribuzione farmaci alla dimissione da realizzarsi con la graduale implementazione della seguenti modalità:

1. il reparto invia alla farmacia la richiesta di farmaci con ricetta dematerializzata (in casi di impossibilità il reparto invia la richiesta in forma cartacea);
2. la farmacia riceve la richiesta e predisponde, per ciascun paziente, un contenitore individuale con i farmaci richiesti, specificando quelli non disponibili in farmacia;
3. il reparto, in orari prestabiliti, ritira i contenitori con i farmaci richiesti per ciascun paziente e provvedendo alla consegna.



**DESCRIZIONE
PROGETTO
2: PROMOZIONE
DELL'EQUITÀ' IN
AMBITO SANITARIO**

Azione 2-AORS.Carlo

Obiettivi

I benefici derivanti dalla distribuzione dei farmaci alla dimissione secondo le procedure sopra indicata possono essere così riassunti:

- 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;
- riduzione di eventuali complicanze che potrebbero invece verificarsi in caso di mancato assunzione del farmaco per impossibilità a reperirlo;
- riduzione delle complicanze legate alla patologia trattata e di conseguenza una riduzione di eventuali riammissioni.

4. Costi del progetto

I costi da sostenere per garantire le attività previste dal progetto **sono stimati** in € 100.000,00

**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**

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
	- Accordo Stato Regioni 01 agosto 2018 n.150/CSR-
TITOLO DEL PROGETTO 3	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE 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 <u>in area pediatrica</u> -(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	Ing. Donato V. Pafundi; Dott.ssa Gabriella Sabino ; Dr.ssa Maria Luisa Zullo -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 3	Euro 1.965.397,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO	Euro 1.965.397,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINC. 2018	Euro 1.965.397,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00



	IL PROGETTO
--	--------------------

PREMESSA

Cure palliative e terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano Sanitario nazionale: in Italia l'emanazione della legge 39 del 29.02.1999 è stato il primo atto, formale, fondamentale nella storia delle cure palliative che ha 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*", importante nel panorama sanitario italiano ed europeo, tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza ed assicura: il rispetto della dignità, 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. Sono così sancite indicazioni 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 e se ne demanda 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).

Per le regioni il compimento di quanto regolato è adempimento essenziale per conseguire i finanziamenti dal SSN 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 risorse usate.

Ancora, al fine di favorire l'integrazione territoriale viene finanziato a livello nazionale il *Progetto Ospedale Territorio Senza Dolore* per iniziative, anche di carattere sperimentale e formativo.

In seguito:

-l'**Accordo Stato- Regioni** Province autonome di Trento e di Bolzano (**Rep . 239/CSR** del 16.12.2010) approva "*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. Viene introdotto così un Modello Organizzativo integrato nel territorio che scompone il livello assistenziale in tre nodi complementari:

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

-L'**Intesa Rep. n.151/CSR** del 25.07.2012 (Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano) definisce i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture e delle attività, sia residenziali che domiciliari, per poter identificare gli standard strutturali qualitativi e quantitativi che definiscono la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

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



	<p>Il successivo Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "<i>Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</i>" 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; del Centro Ambulatoriale un bacino di utenza compreso tra 0,5 e 0,3 milioni di abitanti(art3.1).</p> <p>Ancora , il DPCM del 12 gennaio 2017 "<i>Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502</i>" ha definito:</p> <p>a) all'art. 31 "<i>Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita</i>", che gli Hospice debbano disporre di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi;</p> <p>b) all'art. 38 "<i>Ricovero ordinario per acuti</i>"; 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.</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none">• Ambulatori dei Medici di Medicina Generale• Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore• Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore <p>costituiscono i Nodi di Rete.</p> <p>Aziende ed professionisti che operano all'interno della Rete della Terapia del Dolore devono interfacciarsi tra loro e con quelli della Rete delle Cure Palliative.</p>
CONTESTO	<p>La presa in carico dei malati con patologia ad andamento cronico ed evolutivo non suscettibili di cure volte alla guarigione è un degli obiettivi strategici di base nelle politiche per la salute del SSR Basilicata. In tale direzione si è operato per lo sviluppo e l'implementazione dei servizi che compongono la Rete delle Cure Palliative e la Terapia del Dolore. 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 nuovo Piano Sanitario Integrato (PSR)–triennio 2018/2020 approvato con DGR 778 del 26.07.2017- hanno individuato , tra altro , nelle Cure Palliative e nella Terapia del Dolore gli obiettivi di salute dettandone linee di pianificazione sanitaria regionale da perseguire. La politica sanitaria regionale , giusto Accordo Stato Regioni n.87/CSR del 10.7.2014 che ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (art 5, comma 2, della L. n.38/2010, ha pertanto ritenuto fondamentale integrare funzionalmente la Rete Oncologica, la Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore e, nell'ambito del PSR vigente, ha definito priorità e strumenti organizzativi stabilendo la “ <i>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</i>” e, tra questi, l'Assistenza</p>



CONTESTO	<p>sociosanitaria e gli strumenti di cure intermedia (transitional care) “Fine vita e cura palliative”. Aderendo alla cultura del diritto a non soffrire:</p> <p>-le Cure Palliative devono integrare e completare gli interventi finalizzati al controllo della sofferenza. Si istituiscono le 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 “simultaneous care”. Obiettivo: garantire un graduale e coordinato affidamento dei pazienti in fase avanzata/terminale di malattia, per i quali il ricovero in un ospedale non è più appropriato, alle Unità di Cure Palliative ed ai Servizi Territoriali e/o di Hospice.</p> <p>-Si fissa presso l'IRCCS-CROB di Rionero il coordinamento della formazione del personale sanitario a qualsiasi titolo coinvolto nel progetto, in essere, "<i>Basilicata ospedale-territorio senza dolore</i>".</p> <p>-Si stabilisce altresì 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):</p> <ul style="list-style-type: none">- cure domiciliari palliative di livello base (interventi con $0 \leq CIA \leq 0.50$);- cure domiciliari palliative di livello specialistico (interventi con $CIA > 0.50$). <p>per le quali indica specifiche di applicazione.</p> <p>E' 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.</p> <p>Di seguito si riassumono i diversi provvedimenti adottati 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:</p> <p>-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 <i>Programma per la realizzazione di centri residenziali di Cure Palliative-Hospice</i>, 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;</p> <p>-con D.G.R. n.1650 dell' 01.08.2005 si è approvato il <i>Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza per le Cure Palliative</i>, 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;</p> <p>-con D.G.R. n.606/2010, in linea con la Legge 38/2010, si sono approvati gli "<i>Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata - anni 2010 - 2011</i>", 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.</p> <p>Successivamente si è provveduto ad armonizzare ed integrare i modelli vigenti creando la nuova rete locale delle cure palliative:</p> <p>-con DGR n. 1112 del 28.07.2011 si sono recepite le indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni rep 239/CSR 16.12.2010 "<i>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</i>" dandone poi attuazione con l'approvazione del documento "<i>Rete regionale delle cure palliative</i>" (DGR 1900 del 19.12. 2011);</p>
----------	--



CONTESTO

- 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 Determinazioni Dirigenziali sopracitate;

-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**”. Struttura realizzata dall’ASP al fine di avviare le attività e le funzioni assistenziali relative ad un Hospice Pediatrico. Per l’attivazione del predetto 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) con deliberazione del Commissario n. 587 del 13.08.2018 - 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 che disciplineranno le modalità secondo le quali si attuerà la collaborazione, nonché gli aspetti di natura tecnico-scientifica, organizzativa, gestionale e finanziaria.

Nel corso dell’anno 2018 l’ASP, con il supporto didattico e operativo del personale dell’azienda Santobono, ha avviato presso il P.O.D. di Lauria 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 il 14 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 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 2018** l’Accordo Stato-Regioni del 01/08/2018 -rep atti 150/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 (2017- rep.181/CSR 26-10-2017) con specifica dei **relativi vincoli economici anno 2018** (Intesa Stato/regioni 151/CSR-.2018) e tra queste **Costituzione e Implementazione della Rete della Terapia del Dolore e Sviluppo delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore**



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione3.1A/ASP</p>	<p>in Area Pediatrica. In tale ottica la <u>regione Basilicata</u>, considerato quanto attuato, valutata, altresì, l'efficacia delle azioni sviluppate e la necessaria implementazione/prosecuzione di percorsi/programmi-attività utili per la crescita dell'Assistenza Palliativa e Rete del Dolore finanzia con le risorse assegnate quali Obiettivi di Piano Vincolati anno 2018, anche in costanza di azioni improntate al perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che sicuramente meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, il presente Progetto ed assegna allo stesso la somma complessiva vincolata di euro 1.965.397,00 (quota parte della somma globalmente attribuita Intesa 149/CSR 1/8/2018) evidenziandone di seguito le azioni pianificate.</p> <hr/> <p>Azione 3.1A/ASP: RETE DEL DOLORE ASP -POTENZA</p> <p>Durata : biennio 2018/2019</p> <p>Quota importo FSN VINC. 2018 del Progetto 3 assegnato all'azione 3.1A /ASP per finanziamento annualità 2018: euro 600.000,00</p> <p>Referente aziendale ASP: Dott. Giovanni Vito Corona</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p><u>Premessa</u></p> <p>Il modello organizzativo della Rete di Terapia del Dolore così come concepito nella legge 38 del 2010, è quello delle reti cliniche integrate, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un 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. Le citate Linee guida della Conferenza permanente Stato-Regioni per la realizzazione della Rete di Terapia del Dolore, sanciscono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'istituzione a livello regionale di una struttura dedicata al coordinamento e alla promozione della terapia del dolore; • la definizione e attuazione di percorsi omogenei di presa in carico e assistenza; • lo sviluppo di un sistema informativo regionale; • la definizione e il monitoraggio di indicatori quali-quantitativi; • la promozione e attivazione di programmi obbligatori di formazione continua; • il monitoraggio delle attività di ricerca. <p>Nella definizione di un progetto della rete del dolore e delle cure palliative per la Regione Basilicata in ottemperanza alla legge 38/2010, vanno considerate alcune peculiarità dello scenario della Regione, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ le caratteristiche geografiche del territorio; ➤ la preesistenza di alcuni Centri, non tutti dedicati, già operativi e specializzati per l'erogazione di determinate prestazioni; ➤ le dimensioni del sistema sanitario, che consigliano e consentono una stretta integrazione fra tutte le componenti: dai Centri, ai Medici sul Territorio, fino agli stessi pazienti, loro familiari e care-givers, sia dal punto di vista organizzativo che sotto il profilo tecnologico. <p>Il modello più adeguato per rispecchiare questa realtà e per capitalizzare sul patrimonio professionale, logistico ed organizzativo già esistente è quello di una "federazione" di</p>
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione3.1A/ASP</p>	<p>poli (hub), ognuno dei quali specializzato alla gestione di specifiche patologie ed alla erogazione di specifiche prestazioni.</p> <p>Una “Cabina di Regia” costituisce un “Hub virtuale di coordinamento”, responsabile di coordinare le attività della rete, analizzandone il comportamento sia attraverso dati di dettaglio che indicatori riassuntivi e delineando periodicamente obiettivi e linee evolutive.</p> <p>Anche dal punto di vista informatico, la rete deve capitalizzare su un sistema di valutazione multidimensionale che si sta attualmente impiantando nella Regione Basilicata per la gestione integrata in tutti gli 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 sia l’integrazione del sistema sanitario regionale, nonché la riduzione dei costi di impianto e di gestione.</p> <p><u>Legislazione regionale</u></p> <p>Il modello organizzativo ideale, tra l’altro adottato dalla Regione Basilicata attraverso la deliberazione n. 322 del 20 marzo 2012, è di tipo HUB e Spoke e viene scomposto in tre nodi complementari:</p> <ul style="list-style-type: none">• Centri Hub: centri ospedalieri di alta specializzazione per la terapia del dolore;• Centri Spoke: centri Ambulatoriali specialistici di terapia del dolore, suddivisi in due tipologie: <ol style="list-style-type: none">1. Spoke di II° livello (Spoke 2): strutture di terapia del dolore collocate in ambito ospedaliero preposte ad erogare interventi multimodali di terapia antalgica 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, ma trattabile farmacologicamente o con procedure semi-invasive o a media invasività. Gli Spoke 2 sono di riferimento geografico per gli Spoke di primo livello e per i presidi territoriali gestiti dai MMg e PLS;2. 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, per il trattamento del dolore persistente e cronico di media-bassa complessità, ma trattabile farmacologicamente o con procedure a minima invasività;3. 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 – ad essi afferenti – tutti gli altri operatori coinvolti nella Rete (Infermieri, Operatori Sociali, Farmacisti, etc...). <p><u>Situazione attuale e criticità</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. 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.2. Erogazione della terapia del dolore insufficiente e disomogenea nei vari ambiti, con significativo basso consumo di oppioidi regionale rispetto alla media nazionale. <p><u>OBIETTIVI MINIMI PREPOSTI</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Completamento e raggiungimento della piena funzionalità degli hub e spoke esistenti. Creazione, in collaborazione con le cure primarie e con i MMG, degli spoke di cure primarie.
---	--



DESCRIZIONE
 PROGETTO 3
 COSTITUZIONE E
 IMPLEMENTAZIONE
 DELLA RETE
 DELLA TERAPIA
 DEL DOLORE E
 SVILUPPO DELLE
 CURE PALLIATIVE

Azione3.1A/ASP

2. Incremento significativo del consumo degli oppioidi.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- 4) Incremento del consumo complessivo degli oppiacei.
- 5) Applicazione della Scala NRS (numerical rating scale) per la misurazione e il monitoraggio del grado di dolore, attraverso la quale si potrà quantificare in ciascun paziente l'efficacia della terapia del dolore messa in atto.

INDICATORI NUMERICI

SOMMINISTRAZIONE DIRETTA OPPIACEI	ANNO 2017 DISTRETTI DI VENOSA E MELFI	1° SEMESTRE 2018 DISTRETTI DI VENOSA, MELFI, POTENZA E VILLA D'AGRI	PROIEZIONE ANNO 2018	VARIAZIONE PERCENTUALE
MORFINA CLORIDRATO 10 mg/1 ml	3109	5990	11980	+285,33
FENTALNIL TRANSDERMICO	2222	1513	3026	+36,18
BUPRENORFINA	736	318	636	-13,59

Dalla tabella si evince che la somministrazione diretta degli oppiacei, se opportunamente estesa in tutti gli ambiti territoriali dell'Azienda, rappresenta di per sé, un incremento sostanziale del loro consumo e, di fatto, uno strumento decisivo per l'allineamento alla media dei consumi nazionali.

ATTIVITA' PREVISTE

- ✓ 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 RAY.
- ✓ 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.
- ✓ Adozione in tutto l'ambito regionale dell'assetto organizzativo sinora attuato solamente 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.
- ✓ 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.
- ✓ Applicazione della Scala NRS in tutti gli Hub e Spoke della rete.



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p>	<p>Azione 3.1B/ASP: IMPIANTI A DOMICILIO DI PICC E MIDLINE IN TUTTO L'AMBITO AZIENDALE (ASP- prosieguo annualità 2018 Progetto-Azione 3.1 –DGR 289/2018)</p> <p>Durata: pluriennale Quota importo FSN VINC. 2018 del Progetto 3 assegnato all'azione 3.1B/ASP: annualità 2018 euro 529.414,00</p>
<p>Azione3.1B/ASP</p>	<p>Referente aziendale ASP: Dott. Giovanni Vito Corona</p>
	<p>OBIETTIVI QUALITATIVI Migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali, oncologici e non oncologici offrendo la possibilità di poter eseguire a casa propria qualunque atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) mediante l'impianto, nel proprio domicilio, di devices specifici. I PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e i midline, rappresentano oggi il gold standard degli accessi venosi e stanno registrando un incremento esponenziale della domanda. La peculiarità di tale progetto è rappresentata dal fatto che, creando un assetto organizzativo ad hoc, si può offrire a pazienti allettati, con performance status compromesso e indice di Karnosky inferiore a 30, la possibilità di ricevere nel proprio letto un dispositivo in grado di veicolare qualunque terapia endovenosa. Molti di questi pazienti, a causa dell'impossibilità di reperimento di un accesso venoso stabile, per una compromissione del proprio patrimonio venoso generata da pregresse terapie, vengono sottoposti a ospedalizzazioni inappropriate o abbandonati a se stessi. Gli impianti domiciliari di tali devices, se codificati da procedure standardizzate in grado di garantire la sicurezza degli operatori e del paziente, rappresentano la giusta risposta a tali necessità.</p>
	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate attraverso l'implementazione delle cure domiciliari complesse. La disponibilità di accesso venoso certo e stabile, consente la possibilità di pianificare e realizzare una serie di atti terapeutici complessi come la nutrizione parenterale, le emotrasfusioni, la somministrazione di farmaci speciali non infondibili attraverso comuni aghi cannule per la loro osmolarità o il loro pH.</p>
	<p>INDICATORI NUMERICI Numero accessi ecoguidati domiciliari negli anni 2017 – 2018: incremento previsto per il 2018 pari al 22,61%; Numero pazienti over 65 trattati in Cure Domiciliari nell'anno 2018: ulteriore incremento rispetto all'anno precedente.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE Rafforzamento e consolidamento del PICC team aziendale in grado di rispondere alla domanda di tutti i territori. Il PICC team aziendale, che ha carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti), organizza le seguenti attività: 1) Formazione del personale: <ul style="list-style-type: none"> • Corsi specifici; • On the job training 2) Allestimento di una procedura nella quale sono chiaramente individuati: <ul style="list-style-type: none"> • le indicazioni cliniche alla procedura (patologie, tipo di infusioni); </p>



<p>AZIONE3.1B/ASP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • i pazienti ai quali offrire la procedura (aspettative di vita, performance status); • le condizioni igieniche e sociali dei domicili nei quali eseguire la procedura; • il kit della procedura; • l'equipe individuata alla esecuzione della procedura; • gestione delle complicanze. <p>3) Allestimento e acquisizione degli strumenti necessari all'impianto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivi specifici: • Strumentali (ecografi portatili, elettrocardiografi portatili, stampanti portatili); • Di consumo (PICC, Midline, accessori all'impianto e alla manutenzione); • Mezzi necessari per il trasporto delle équipes e degli strumenti specifici (auto furgonate); • Coordinamento delle équipes domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare) <p>4) Gestione di eventuali complicanze o criticità;</p> <p>5) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espianto, ecc.).</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE AZIONE 3.a)ASM</p> <p>DESCRIZIONE PROGETTO 3 COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA</p>	<p>Azione 3.a)ASM: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica (nel Distretto - Ospedale Distrettuale di Tricarico e presso gli Ospedali Distrettuali di Stigliano e Tinchi- ASM- prosieguo annualità 2018 azione 3.2 DGR 289/2018).</p> <p>Durata: annualità 2018 Quota FSN VINC. 2018 Progetto 3 assegnato all'azione 3.a)ASM per annualità 2018: euro 228.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr. V. Denisi</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Gestione di una rete integrata e funzionale delle attività di cure palliative erogate in ospedale, hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali nell'ambito territoriale della Azienda Sanitaria di Matera. Centro Ascolto dei pazienti ricoverati e dimessi a domicilio e dei pazienti ambulatoriali</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi)- Prescrizione presidi vari- Protocolli per ricovero in Hospice - Protocolli per dimissione da Hospice e presa in carico dall' ADI- Educazione sanitaria familiari- Sostegno psicologico al paziente e ai familiari- Protocolli con associazione di volontariato di assistenza Implementazione ambulatorio di "Terapia del dolore" presso ospedali distrettuali.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Presa in carico completa in ospedale e a domicilio dei pazienti eleggibili per cure palliative. Medici di distretto 15 - Medici palliativisti 1 - Medici specialisti 3- Psicologi 3 - Infermieri 20; Assistenti sociali 4</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE Organizzazione di una rete locale di assistenza al fine di garantire un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari e sostegno spirituale</p>



<p>DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3.a)ASM</p>	<p>Incontri fra MMG, Medico Palliativista, Medico del Distretto- Valutazione multidimensionale e multidisciplinare-</p> <p>Le principali attività da svolgere riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • Personale dipendente Hospice Stigliano • Prestazioni di ricovero c/o Hospice Stigliano - Prest. ambulatoriali totali presso: <ul style="list-style-type: none"> - Ospedale distrettuale Tinchi - Ospedale Distrettuale Stigliano - Ospedale Distrettuale di Tricarico • Formazione continua per il personale e divulgativa delle cure palliative e terapia del dolore
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3:</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3b)ASM</p>	<p>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- (proseguo annualità 2018 del progetto/azione 3.3 DGR 289/2018)</p> <p>Durata : annualità 2018</p> <p style="text-align: right;">Quota FSNVINC.2018 Progetto 3 assegnato all'azione 3b)ASM Per l'annualità2018 euro 161.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott. G. Ciampo – Dott. F. Dimona</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Programmazione ed implementazione di attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Le richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore pervengono, in ordine di frequenza, da specialisti oncologi o oncoematologi, reparti ospedalieri per pz già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMG.</p> <p>Tra gli obiettivi si annoverano i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soddisfare tutta la domanda che perviene dal nostro bacino d'utenza • contenere i tempi di attesa in 24-48 ore per la maggior parte delle prestazioni • per prestazioni più complesse che prevedono l'impiego della sala operatoria contenere i tempi di attesa in 7 giorni • ricoveri Hospice Stigliano. <p>ATTIVITÀ PREVISTE</p> <p>-Attività integrate fra medici ospedalieri e MMG al fine di favorire e garantire la continuità assistenziale dei pazienti</p> <p>-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</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3:</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3b)ASM</p>	<p>pleurica (rischio pnx)</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. -Presenza 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; -Attività territoriali (Stigliano-Tinchi): Ambulatorio di Stigliano e di Tinchi- Hospice di Stigliano -Consulenze ambulatoriali di Terapia Antalgica su richiesta del MMG o specialista, o mediante accesso diretto del pz. <p>Cure Palliative:</p> <ul style="list-style-type: none"> -impianto di port a cath per chemioterapia e/o NPT, altre terapie -impianto di CVC a medio-lungo termine per pz affetti da patologie croniche (esiti di ictus cerebri, disfagie, esiti interventi demolitivi sull'apparato gastroenterico, sindromi da malassorbimento...) -manutenzione, medicazioni, controllo pervietà, eparinizzazione degli impianti -presa in carico, per le competenze specifiche, di pz con severa disabilità, portatori di tracheostomia con o senza ventilazione artificiale, portatori di PEG. <p>Terapia del Dolore</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ricorso a schemi terapeutici personalizzati multimodali con impiego di oppioidi. -Impiego preferibilmente di farmaci a lento rilascio allo scopo di semplificarne l'assunzione -Titolazione degli analgesici maggiori, anche mediante il ricovero ospedaliero quando necessario -Esecuzione di blocchi antalgici in sicurezza presso la sala Operatoria -Controllo dell'efficacia dei trattamenti anche mediante contatti telefonici <p>INDICATORI NUMERICI</p> <p>Descrizione prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> CVC a lungo termine (Port a cath o parzialmente tunnellizzati) (Matera) Catetere venoso ad inserzione periferica a medio termine (PICC/Mieline) (MT) CVC a breve termine (Matera) Accessi ambulatoriali per manutenzione CVC (Matera) Presenza in carico pz con gravi disabilità (Matera) Prestazioni di Terapia Antalgica complesse (Matera) Accessi ambulatorio Tinchi - Accessi ambulatorio di Stigliano
---	---



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3.c)ASM</p>	<p>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.</p> <p>Durata : sperimentazione annualità 2018 Quota FSNVINC.2018 Progetto3 assegnato, per l'annualità2018, all'azione 3c)ASM: euro 75.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott. Francesco Di Mona</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Umanizzazione dell'assistenza al paziente ricoverato in Rianimazione attraverso attività rivolte a:</p> <ol style="list-style-type: none">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 dolore4) migliorare la relazione fra operatori socio – sanitari e familiari dei pazienti;5) formazione del personale socio – sanitario su aspetti relazionali assistenziali <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Organizzazione e gestione di una sala accoglienza e una sala colloqui per parenti dei pazienti ricoverati;2. 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 <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prima di ogni dimissione formazione ai parenti e/o coloro che accudiscono il paziente in riferimento all'uso dei dispositivi applicati ai pazienti2. Attività di assistenza a domicilio dei pazienti affetti da malattie neurologiche e portatori di tracheostomia, peg e in ventilazione meccanica dimesso anche per cambio cannule, cambio peg, valutazione clinica.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3.d)ASM</p>	<p>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 ecc.</p> <p>Durata :anno 2018 Quota FSNVINC.2018 Progetto3 assegnato, per l'annualità2018, all'azione 3d)ASM: euro 50.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dott. Francesco Di Mona</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Assistenza specialistica, Terapia del Dolore e Cure Palliative erogate a Domicilio per Pazienti Dimessi dalla U.O. di Anestesia e Rianimazione</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3.d)ASM</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Terapia del dolore, cure palliative, ai fini del miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da malattie neurologiche e/o portatori di peg, tracheostomia, ventilazione meccanica.</p> <p>INDICATORI NUMERICI Presenza in carico di 10 /12 pazienti dimessi Assistenza a domicilio di 2 medici della U.O. di anestesia e Rianimazione per un totale di 2 ore al mese x ogni pz. seguito. Personale interessato: medici ed infermieri dell'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Matera</p> <p>ATTIVITA' PREVISTE -Prima di ogni dimissione formazione ai parenti e/o coloro che accudiscono il pz. in riferimento alla terapia del dolore, cure palliative e all'uso dei dispositivi applicati ai pazienti -Attività di assistenza a domicilio dei pazienti dimessi 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 -Prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi)- -Prescrizione presidi vari- -Stesura Protocolli Educazione sanitaria familiari- -Sostegno al paziente e ai familiari- -Rapporti con associazione di volontariato di assistenza.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3.e)ASM</p>	<p>Azione 3.e)ASM: SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA (ASM)</p> <p>Durata :anno 2018-sperimentazione</p> <p>Quota FSNVINC.2018 Progetto3 assegnato, per l'annualità2018, all'azione 3e/ASM: euro 20.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Dr. R. DAVANZO</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Cura e trattamento della Terapia del Dolore in Eta' Pediatrica con particolare riferimento al dolore indotto dalle procedure dolorose per i bambini Applicazione di un protocollo intraospedaliero di approccio al dolore in età pediatrica</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali. Mettere in campo risposte ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche</p> <p>INDICATORI NUMERICI Formazione di 4 medici e almeno 10 fra infermiere ed OSS Stampa del protocollo e di un libretto educational destinato alla popolazione:</p>



<p>Azione 3.e)ASM</p>	<p>Ore extra-orario destinate alla preparazione del protocollo (4 medici e 4 infermiere): Seminario di formazione per 20 persone</p> <p>PERSONALE INTERESSATO ED ATTIVITA' PREVISTE Medici ed infermieri dell'U.O. DI Pediatria del P.O. di Matera e di Policoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • formazione del personale sanitario per il personale medico, infermieristico ed OSS: corso di 1 giorno da tenersi a Matera • 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. • Area di interesse del protocollo: 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.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 3</p> <p>COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE</p> <p>Azione 3. AOR S.CARLO</p>	<p>Azione 3.AORS.Carolo: Costituzione ed implementazione della Rete della Terapia del Dolore</p> <p>Durata: annualità 2018 (Sperimentazione) Quota importo FSN VINC. 2018 Progetto 3 assegnato all'Azione 3. AOR S.Carolo: euro 301.983,00</p> <p>Referente aziendale : Dr. M. Ricciuti</p> <p>La Regione Basilicata con la D.G.R. 322 del 2012 ha approvato la "Rete Regionale della terapia del dolore", in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni rep n. 239 del 16/12/2010, recepito con la D.G.R. n. 1112/2011, quale garanzia del diritto per ogni cittadino di accedere alla terapia del dolore, come sancito dalla L.38/2010 unitamente al successivo progetto dal titolo "Basilicata Ospedale-Territorio senza dolore".</p> <p>Il PSR 2012-2014 approva la Rete della Terapia del Dolore e la Rete delle Cure Palliative definendo allo stesso tempo il modello organizzativo da perseguire per ciascuna di esse. Riguardo alla Rete della Terapia del Dolore, il piano attua il modello organizzativo di tipo HUB e Spoke, in cui l'A.O.R. San Carlo 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. Il tutto in un contesto in cui i presidi ospedalieri di Villa d'Agri, Melfi e Lagonegro (l. r. n. 2 del 12.01.2017) sono incorporati nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, di cui divengono articolazioni funzionali sul territorio, con delineazione della "Rete Ospedaliera della Provincia di Potenza" il cui presupposto funzionale e di integrazione è garantito attraverso la diversificazione e condivisione dei ruoli e compiti di ciascuna struttura rispetto alla complessità della domanda assistenziale dei pazienti trattati.</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Identificazione dei compiti e delle funzioni dei diversi servizi dell'AOR San Carlo coinvolti nelle fasi del percorso assistenziale intraospedaliero della terapia del dolore al fine di :</p>

**DESCRIZIONE
PROGETTO 3****COSTITUZIONE E
IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
DELLA TERAPIA
DEL DOLORE E
SVILUPPO DELLE
CURE PALLIATIVE****Azione 3. AOR
S.CARLO**

1. migliorare la qualità della vita delle persone affette da dolore indipendentemente dall'eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo;
2. definire, in considerazione delle direttive nazionali e regionali in materia di lotta al dolore, il modello organizzativo della rete dei servizi aziendali deputati alla erogazione di prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale e di ricovero finalizzate al soddisfacimento della domanda espressa dalla popolazione;
3. garantire la multidisciplinarietà dell'intervento attraverso l'integrazione delle diverse professionalità coinvolte;
4. definire e condividere specifici percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi intraospedalieri al fine di determinare la presa in carico e la continuità delle cure delle persone affette da dolore, in linea con le evidenze scientifiche più recenti e le migliori best practice;
5. attivare percorsi di integrazione con la medicina del territorio per garantire un'adeguata e uniforme modalità di accesso alle cure da parte degli utenti

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Implementazione e sviluppo della Rete della Terapia del Dolore con modello organizzativo di tipo "Hub and Spokes" il cui , metaforicamente, "cerchio" della ruota assistenziale è costituito dalle attività territoriali, i "raggi" della ruota assistenziale sono costituiti, invece, dagli ambulatori di terapia del dolore (Spoke) attivi presso gli ospedali sede di PSA, mentre il "mozzo" è rappresentato dal CENTRO DI RIFERIMENTO DI TERAPIA DEL DOLORE" (HUB), collocato presso l'A.O.R. "San Carlo" di Potenza che eroga prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale, deputato all'assistenza ai pazienti bisognosi di prestazioni più complesse.

ATTIVITÀ PREVISTE

il Centro deve garantire:

Attività in regime di ricovero e ambulatoriale per pazienti esterni e prestazioni interne per i pazienti ricoverati. Il servizio sarà articolato sulle 12 ore nei giorni feriali e integrato con un sistema di reperibilità di H24 che si esplica su 2 livelli: assistenza telefonica e reperibilità in caso di urgenze.

Garanzia di erogazione:

- di prestazioni specialistiche invasive di II° 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);
- di prestazioni ambulatoriali quali visite e procedure anestesiolgiche per le diverse forme di dolore, tranne quello oncologico che risulta in capo al centro per le cure palliative.

Le attività ambulatoriali di terapia del dolore sono rivolte alle seguenti tipologie di dolore:

- dolore cronico invalidante
- dolore post operatorio
-

RISULTATI ATTESI

1. Consolidare il ruolo di coordinamento e di monitoraggio del Centro di terapia del dolore dell'Ospedale San Carlo;
2. Attivare al funzionalità dei nodi della rete ospedaliera attraverso percorsi

**DESCRIZIONE
PROGETTO 3****COSTITUZIONE E
IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE
DELLA TERAPIA
DEL DOLORE E
SVILUPPO DELLE
CURE PALLIATIVE****Azione 3. AOR
S.CARLO**

diagnostici, terapeutici e riabilitati condivisi tra i professionisti coinvolti al fine di uniformare le risposte clinico-assistenziali e organizzative-gestionali delle strutture della rete;

3. sviluppare e implementare un sistema informativo unico che permetta la condivisione, comunicazione e tracciabilità dei dati prodotti nei diversi punti della rete;
4. migliorare l'accessibilità ai servizi di terapia del dolore attivi nella rete;
5. garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali (assistenza domiciliare, attività ambulatoriale e ricoveri)
6. sviluppare percorsi di formazione del personale medico e del comparto sui temi della diagnostica del dolore nelle sue diverse forme e dei modelli terapeutici e assistenziali;
7. garantire la multidisciplinarietà dell'intervento attraverso l'integrazione delle diverse professionalità coinvolte;
8. definire e condividere specifici percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi intraospedalieri al fine di determinare la presa in carico e la continuità delle cure delle persone affette da dolore, in linea con le evidenze scientifiche più recenti e le migliori best practice
9. attivare percorsi di integrazione con la medicina del territorio per garantire un'adeguata e uniforme modalità di accesso alle cure da parte degli utenti.

FASI DEL PROGETTO

Per la complessità clinica e organizzativa delle attività a da sviluppare nell'ambito della rete è necessario prevedere una prima fase iniziale di accompagnamento e di verifica che consenta una gradualità nella implementazione delle azioni necessarie per la realizzazione del modello organizzativo.

Sarà così possibile:

- valutare la domanda di prestazione ambulatoriali e di ricovero proveniente dal territorio provinciale e dalle strutture interne e al contempo definire l'offerta di prestazioni da erogare ulteriormente, tenendo conto della dotazione organica delle strutture coinvolte
- valutare l'impatto sull'organizzazione derivante dalle implementazioni di attività da effettuare in regime di ricovero per pazienti la cui complessità del quadro clinico non consente l'utilizzo di altri regimi assistenziali (ambulatoriale e day service).

In considerazione di quanto sopra esplicitato, in questa prima fase si dovrà provvedere all'attivazione:

- dell'ambulatorio del dolore cronico nei tre presidi trasferiti, articolato su una seduta settimanale, con sistema di prenotazioni e cassa CUP;
- di una seduta settimanale destinata alle attività di ricovero in regime diurno per la erogazione di prestazioni complesse;
- di attività finalizzate al trattamento del dolore post operatorio (pain service).
- di uno strutturato piano 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), degli utenti singoli e in forma associata.

A conclusione della prima fase, verificati i risultati di attività ottenuti, si procederà alla valutazione circa la necessità di procedere ad una eventuale rimodulazione dell'offerta di prestazioni in relazione alla domanda interna ed esterna pervenuta al servizio e se sia necessario procedere ad un potenziamento dell'offerta di prestazioni si dovrà valutare la dotazione di personale medico e infermieristico da destinare a tali attività.



**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 01 agosto 2018 n.150/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 Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB.
DURATA DEL PROGETTO: anni 2014 -2019	ANNUALITA' 2018
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO a valere sulla quota del FSN VINC. 2018 : LINEA PROGETTUALE 4	Euro 2.538.390,00
IMPORTO ASSEGNATO FSN VINC.2018 al Progetto-Azione 4.1 Piano Regionale di Prevenzione	Euro 2.525.698,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	0,00

**DESCRIZIONE
AZIONI PROGETTUALI**



<p>DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</p> <p>Azione 4.1 CONTESTO</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 al 31/12/2019 ed approvato la rimodulazione dei programmi del piano regionale come da indirizzi nazionali.
<p>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 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 Basilicata è stato strutturato in programmi per area di intervento, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi e azioni tra loro coerenti.</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>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.</p>

**DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO**

Con la presente linea progettuale viene ripartito agli Enti del SSR l'importo assegnato a valere sulla **quota del FSN VINCOLATO 2018**, al netto della quota assegnata per il supporto al piano.

Di seguito si riporta la tabella di riparto

DESCRIZIONE AZIENDA	IMPORTO IN EURO
ASP	1.401.711,00
ASM	824.896,00
A.O.R. San Carlo - Potenza	196.420,00
IRCSS – CROB - Rionero	102.671,00
Totale	2.525.698,00

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

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) per aumentare l'offerta di alimenti destinati a soggetti allergici, intolleranti e celiaci |
| <ul style="list-style-type: none">- 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 2018

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE Delibere di Giunta regionale nn. 91/2015 – 710/2015 – 1230/2015 e s. m.i – n.723/2018	- Accordo Stato Regioni 01 agosto 2018 n.150/CSR
LINEA PROGETTUALE 4	4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE Comprendente: Azione 4.1 Piano Regionale di Prevenzione Azione 4.2: Piano Regionale Di Prevenzione: <i>“Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”</i>
DESCRIZIONE AZIONI PROGETTUALI	Azione 4.2: Piano regionale di Prevenzione: <i>“Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”</i>
DURATA	ANNO 2018
REFERENTE	Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell’Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata

ASPETTI FINANZIARI	
IMPORTO TOTALE ASSEGNATO A LINEA PROGETTUALE 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2018 :	Euro 2.538.390,00
DI CUI importo assegnato FSN VINC. 2018 all’Azione 4.2: “Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEPB”	Euro 12.692,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00



CONTESTO	<p>Negli ultimi quindici anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto attraverso l'attivazione dei programmi di screening organizzati. Tali programmi di screening sono Livelli Essenziali di Assistenza e come tali devono essere garantiti a tutta la popolazione bersaglio. Già da tempo la Regione Basilicata ha attivato tali screening oncologici, quello per i tumori della mammella e della cervice uterina dal 1999/2000 e quello per i tumori colon-rettali dal 2005, prevedendo anche nel Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 di verificare i dati di estensione e promuoverne l'adesione con il supporto dell'ONS. Inoltre, la regione Basilica intende utilizzare la banca dati AIRTUM 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"/> essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto ambientale sull'incidenza delle malattie oncologiche, attraverso studi integrati, già previsti peraltro nel PRP. <p>In ultimo la regione Basilicata si propone di accrescere la cultura della costruzione di interventi evidence based e della loro valutazione attraverso attività di formazione mirata anche alla rilettura dei programmi inseriti nel PRP alla luce delle EBP con l'expertise del NIEBP.</p>
DESCRIZIONE AZIONI LINEA PROGETTUALE N.4 - Azione 4.2	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon-retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni;<input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening);<input type="checkbox"/> miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati. <p>Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste, la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti;<input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori;



	<input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali; <input type="checkbox"/> attività di formazione; <input type="checkbox"/> supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti. In ultimo, si prevede di sviluppare metodologie dirette ad un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto avvalendosi del NIEBP.
OBIETTIVI	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dal PRP per l'attuazione di tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2019

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Tenuto conto delle risorse assegnate a valere sulla quota del FSN Vincolate 2018 per le attività di supporto al PRP in collaborazione con ONS, AIRTUM e NIEBP, la relativa somma di euro **12.692,00** verrà assegnato rispettivamente per:

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

	IMPORTO IN EURO
ONS	5.077,00
AIRTUM	3.808,00
NIEBP	3.807,00
Totale	12.692,00



LINEA PROGETTUALE 5
LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

ASSEGNAZIONE DI QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE	BASILICATA -Accordo Stato Regioni 01 Agosto 2018 n.150/CSR
TITOLO DEL PROGETTO	<p>5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO comprendente le seguenti azioni :</p> <p>5.AORS CARLO- Progetto telemedicina: Sviluppo di sistemi di teleconsulto e telerefertazione 5a) ASM: Promozione del processo di digitalizzazione in ospedale : gestione della Cartella clinica Informatizzata 5b)ASM Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3 “Informatizzare e migliorare la qualità dell’assistenza della terapia intensiva” 5c) ASM: PROGETTO LIS 5d) ASM : Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto InterRAI: potenziamento dell’offerta di servizi sanitari sull’intero territorio regionale -</p>
DURATA DEL PROGETTO	BIENNALE:2018/2019:
REFERENTE REGIONALE	Ing.Donato V.Pafundi; dr.ssa ZULLO Maria Luisa; dott.ssa Rocchina Giacoia - Dipartimento Politiche per la Persona - Regione Basilicata -
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 5	Euro 810.000,00
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO ANNUALITA' 2018	Euro 810.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	Euro 810.000,00
QUOTA EVENTUALE A CARICO DELLA REGIONE	Euro 0,00
	IL PROGETTO

**PREMESSA**

La Commissione Europea conferisce particolare rilevanza al tema della Telemedicina ed attraverso la Comunicazione (COM-2008-689), del 4 novembre 2008, recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, sistemi sanitari e società", individua una serie di azioni attribuite a -tutti i livelli di governo, sia in ambito comunitario che dei singoli Stati Membri, volte a favorire una maggiore integrazione dei servizi di Telemedicina nella pratica clinica rimuovendo le principali barriere che ne ostacolano la piena ed efficace applicazione. Col fine di giungere ad un impiego sistematico della telemedicina nell'ambito del SSN e dare attuazione a quanto previsto nella citata Comunicazione europea, in data 24 febbraio 2011, è stato istituito, presso il Consiglio Superiore di Sanità, un apposito Tavolo Tecnico sulla Telemedicina per la predisposizione di apposite "Linee di indirizzo nazionali", finalizzate a delineare un quadro strategico degli ambiti prioritari di applicazione della telemedicina. Il 10 luglio 2012 l'Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità ha approvato le Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina raccomandando "al Ministero della Salute di avviare con le regioni e con le province autonome la necessaria condivisione del documento...". Nella seduta del 20 Febbraio 2014, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ha sancito l'Intesa, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Telemedicina Linee di indirizzo nazionali" (Rep. Atti n. 16 /CSR 20.02.2014) prevedendone: il recepimento (art. 3) da parte di tutte le Regioni e le Province autonome e 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. Si sono così stabiliti 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. Lo sviluppo di strumenti per la telemedicina tende a realizzare molteplici scopi quali: trovare nuove risposte ai problemi tradizionali della medicina creando nuove opportunità per il miglioramento del servizio ai pazienti. In particolare contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità di cure, di servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali nonché ridurre eventuali complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche. Inoltre la telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure ed infine permettere una diminuzione delle spese, come pure un aumento dell'efficienza del sistema. Il tutto in un paese (Italia) sempre più caratterizzato



<p>Contesto regionale</p>	<p>dall'aumento esponenziale dell'invecchiamento della popolazione e dalla prevalenza delle malattie croniche sull'acuzie e dove, ad oggi, la Telemedicina non può essere considerata come un settore a se stante quanto piuttosto una specializzazione nell'ampio settore della Sanità Elettronica. 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. E' acclarato che 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.</p> <p>Uno degli effetti negativi legati al progressivo invecchiamento della popolazione lucana è l'aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili (patologie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete mellito ed altre) e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. Conseguentemente si determina l'aumento della domanda di prevenzione e dei servizi sanitari da erogare a cui rispondere con efficacia ed efficienza. L'utilizzo delle tecnologie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) sicuramente 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. (Si pensi ad es anche al 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>Si premette che la regione Basilicata nell'ambito delle competenze attribuitele dalle leggi nazionali, e nel quadro delle strategie e degli indirizzi normativi definiti dall'Unione Europea ha con Legge n.53 – 04.11. 1996- <i>“Promozione e sviluppo della società dell' informazione e del telelavoro”</i> ha previsto di <i>“..promuovere lo sviluppo della Società dell' Informazione e la sua integrazione nelle specifica realtà</i></p>
----------------------------------	--



socio - economica regionale...” ed 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



	<p>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.</p> <p>-DGR 501 del 17.04.2015 ha approvato il progetto regionale "<i>Sperimentazione del ricovero domiciliare assistito da piattaforma di telemedicina per i malati in cure domiciliare del Sistema Sanitario della Regione Basilicata</i>" incaricando l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza di concerto con le altre Aziende Sanitarie alla realizzazione dello stesso.</p> <p>-D.G.R. 865 del 30.06.2015 ha recepito il documento "<i>Telemedicina Linee di indirizzo nazionali</i>" (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.</p> <p>- Legge regionale n. 2 del 12.01.2017 "<i>Riordino del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata</i>" ha riprogettato gli assetti organizzativi e strutturali del SSR prevedendo una diversa organizzazione <i>interna</i> 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":</p> <ul style="list-style-type: none">• 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: il "<i>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale</i>" (DPCM 29 settembre 2015, n.178 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico") e 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
--	--



CONTESTO

specialistica territoriale e l'assistenza ospedaliera, intende assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali secondo un modello multidisciplinare che istituzionalizza la continuità delle Cure.

-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-health 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.

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” e che per l'anno



	<p>2018“.. 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. Atteso che l’Accordo Stato-regioni del 01/08/2018 -rep atti 150/CSR- definisce le sopra dette 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, assegna, quali Obiettivi di Piano Vincolati anno 2018, la somma complessiva pari ad Euro 810.000,00 (quota parte della somma globalmente attribuita Intesa 149/CSR 1/8/2018) al presente progetto di cui di seguito si dà evidenza delle azioni pianificate.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p><u>Azione 5.1AORSCarlo</u></p>	<p>Azione 5.1AORS.Carlo; Progetto telemedicina: Sviluppo di sistemi di teleconsulto e tele refertazione</p> <p>Durata: tre anni (2018/2020)</p> <p>Quota FSN VINC. 2018 Progetto 5 assegnato all’azione 5.AORS Carlo per l’annualità 2018 (1ma fase) euro 450.000,00</p> <p>Referenti aziendali: Dr. Rosario Fiorilli, Dr. Gianni Paternò (Referenti Area Cardiologica); Dr. Franco Labroca (Referente Sistema Informativo Ospedaliero); Ing. Francesca Mastrodonato (Referente Ingegneria clinica)</p> <p>La Telemedicina rappresenta 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 ad una Sanità affinché 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.</p> <p>La Telemedicina Specialistica, macro-categoria dei servizi di Telemedicina, comprende le diverse modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all’interno di una specifica disciplina medica. Le prestazioni prevedono : la Televisita, il Teleconsulto e la Telecooperazione sanitaria</p>



**DESCRIZIONE
PROGETTO
5: LA TECNOLOGIA
SANITARIA
INNOVATIVA COME
STRUMENTO DI
INTEGRAZIONE
OSPEDALE
TERRITORIO**

Azione 5.1/AORS Carlo

L'Azione 5.AORSCarlo intende sviluppare, nell'area sanitaria della **cardiologia** dell'Azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza, una delle più diffuse applicazioni della Telemedicina : **il servizio di Telecardiologia** il quale consiste nella trasmissione e refertazione a distanza ed in tempo reale del tracciato elettrocardiografico.

Ai fini della sua realizzazione sono previste n. tre fasi da esplicitarsi in tre annualità.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Gestire, con la Telemedicina, la refertazione e l'archiviazione degli ECG richiesti da tutti i reparti dell'ospedale e dal Pronto Soccorso al fine di ridurre i tempi intraospedalieri,

- ottimizzare i percorsi dei pazienti ricoverati, ridurre l'impiego improprio del personale dedicato all'assistenza, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri disposti dal Pronto Soccorso.

A tali fini si prevede di dotare tutte le Unità Operative di elettrocardiografi collegati con il Servizio di Cardiologia Ambulatoriale e ridurre i tempi di refertazione a 20 minuti.

A questa prima fase, che viene completata entro il 2018, seguono altre due fasi,

la seconda, da completarsi entro il 31.12.2019, finalizzata alla realizzazione delle infrastrutture WI-FI negli ospedali di Lagonegro, Melfi e Villa D'Agri acquisiti per effetto della LR. 2/2017

la terza per la dotazione degli stessi di tecnologie (n. 40 ECG digitali) e del relativo software gestionale entro l'anno 2020.

PROCESSI OPERATIVI E FLUSSO DATI

L'intero processo si compone delle seguenti fasi principali:

- 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 interagisce fornendo le necessarie indicazioni
- 3) *Visualizzazione e refertazione*: Il tracciato ECG è refertato dal cardiologo e ritrasmesso alla Unità Operativa richiedente che può, se richiesto, produrne stampa. Il cardiologo definisce, nei casi ritenuti urgenti, 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.

LA TECNOLOGIA

Il sistema permette la gestione informatizzata del flusso di lavoro che fa carico 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. Rappresenta l'estensione del progetto RIS/PACS aziendale e non prevede la fornitura di nuove apparecchiature server e/o



**DESCRIZIONE
PROGETTO
5: LA TECNOLOGIA
SANITARIA
INNOVATIVA COME
STRUMENTO DI
INTEGRAZIONE
OSPEDALE
TERRITORIO**

Azione 5.1/AORS Carlo

storage. Il sistema, 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. Da ogni punto di trasmissione dei tracciati è possibile accedere al sistema per la visualizzazione e stampa degli studi refertati.

Gli operatori coinvolti sono:

- Cardiologi
- Tutti i reparti dell'ospedale
- Personale infermieristico
- Personale del Pronto Soccorso

Le apparecchiature impiegate sono:

- 40 elettrocardiografi digitali
- Le stazioni di lavoro dei reparti opportunamente abilitati

FORMAZIONE

Una buona formazione costituisce uno dei fattori critici di successo per la buona riuscita di progetti innovativi a maggior ragione di quelli, come il presente, che introducono nuovi strumenti di lavoro e cambiamenti nelle modalità di svolgimento della normale attività lavorativa.

Si prevede, pertanto, un articolato piano di formazione per garantire il trasferimento delle conoscenze sulle applicazioni ed i sistemi introdotti.

In maniera semplificativa la formazione prevede tre- momenti principali:

- o Formazione generale: tutto il personale delle strutture coinvolte viene edotto sulle principali caratteristiche dei sistemi introdotti nonché sulle finalità del progetto
- o Formazione teorico-pratica: il personale interessato viene formato sui sistemi hardware e software che sono installati
- o Affiancamento: al momento dell'avvio del sistema il personale formato sarà affiancato da personale specializzato del Fornitore al corretto uso del sistema.

Costi

Per garantire l'attivazione del sistema su tutti i presidi dell'Azienda è prevista l'articolazione dell'azione in tre anni con costi annuali stimati previsionali riportati nella tabella seguente:

Fase	Costo Totale previsione stimata
Fase I - Anno 2018	€450.000,00
Fase II - Anno 2019	€200.000,00
Fase III - Anno 2020	€200.000,00

MONITORAGGIO

Indicatori di performance

1. Fattore dimensione

- Numero di casi seguiti in telemedicina
- Intervallo di tempo tra l'invio dell'ECG e la refertazione (esclusi i casi in urgenza);
- Percentuale di referti eseguiti rispetto alle richieste inviate

**DESCRIZIONE
PROGETTO
5: LA TECNOLOGIA
SANITARIA
INNOVATIVA COME
STRUMENTO DI**



<p>INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.1AORS Carlo</p>	<p>2. <i>Fattore efficacia:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• riduzione numero giorni di degenza – degenza media unità operative ultime 12 mesi vs degenza media anno precedente• riduzione tempo trascorso dagli utenti in pronto soccorso –ore trascorse negli ultimi 12 mesi vs ore trascorse anno precedente• riduzione ricoveri impropri nella unità operativa di Cardiologia- n.ro dimessi con diagnosi cardiologica maggiore ultimi 12 mesi vs anno precedente dal reparto di cardiologia.
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.a)ASM</p>	<p>5.a)ASM: Promozione del processo di digitalizzazione in ospedale: gestione della Cartella Clinica Informatizzata</p> <p>Durata prevista : biennale (2018/2019)</p> <p>Quota FSN VINC. 2018 Progetto assegnato all'azione 5.a)ASM per l'annualità 2018 (1ma fase) euro 250.000,00</p> <p>Referenti aziendali: Ing. F. Vaccaro</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</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;5) assistere medici ed infermieri in alcuni processi decisionali particolarmente critici <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Elaborazione e implementazione di:</p> <p>Cartella clinica informatizzata per la U.U.OO. di Endoscopia Digestiva aziendali (P.O. di Matera, P.O. di Policoro e Osp. Distrett. Tricarico)</p> <p>Sistema RISPAC UU.OO. di Radiologia aziendali</p> <p>Sistema informativo “Gepadial – cartella Clinica per la Nefrologia e Dialisi” e “TELEDIAL” monitoraggio e Telemonitoraggio della dialisi</p> <p>Sistema Informativo LURTO (lista unica regionale Trapianti di Organo) software REGDIAL.NET e Servizi di accesso a “GEDEON”</p> <p>Verticalizzazione del Sistema Informativo “Sistema Gestione completa delle informazioni cliniche (S.G.C.G.).</p> <p>INDICATORI NUMERICI E OPERATORI ASM COINVOLTI</p> <p>Tecnico Informatico aziendale (1);</p> <p>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.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.a)ASM</p>	<p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>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.</p> <p>Implementazione di tutti i sistemi informatici per consentire di automatizzare in maniera sistemica i flussi dei dati relativi alla cartella clinica del paziente</p> <p>Acquisto di PC dei software e stipula contratti di manutenzione con le ditte;</p> <p>Attività di supporto da parte degli informatici aziendali per analisi, integrazione e funzionalità dei sistemi informatici implementati con le banche dati della ASM</p> <p>Attività di supporto da parte degli informatici per consulenza e formazione del personale.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.b)ASM</p>	<p>Azione 5.b)ASM: Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto Margherita 3 "Informatizzare e migliorare la qualità dell'assistenza della terapia intensiva" (ASM).</p> <p>Durata prevista : biennale (2018/2019)</p> <p>Quota FSN VINC. 2018 Progetto 5 assegnato all'azione 5b) ASM per l'annualità 2018: euro 25.000,00</p> <p>Referenti aziendali: Ing. F. Vaccaro</p> <p>Premesso che la sostituzione della tradizionale cartella clinica cartacea con una in formato elettronico, a condizione che quest'ultima sia ben progettata, produce innumerevoli vantaggi. consente di tenere traccia di ogni operazione effettuata, con il positivo risultato di poter ricostruire chiaramente tutti i processi assistenziali e permettere così anche una trasparente attribuzione di responsabilità. riduzione di ridondanza nella documentazione clinica. Tale ridondanza è principalmente da imputare all'esistenza, comune in Terapia Intensiva (TI), di una doppia cartella clinica cartacea: medica e infermieristica, dove sono spesso duplicate le stesse informazioni. Obiettivo del Progetto Margherita 3 è realizzare una cartella clinica elettronica, condivisa inizialmente da una rete di eccellenza di Terapie Intensive italiane, e successivamente estesa al maggior numero di reparti interessati.</p> <p>In tal modo si produrrebbero importantissimi vantaggi, sia per la gestione corrente dell'assistenza sia per la possibilità di realizzare ricerca collaborativa di alto livello. consentirebbe di 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. Dal punto di vista della ricerca, la possibilità di avere un numero elevato di reparti che condividano la stessa cartella clinica offrirebbe un'opportunità unica: quella di confrontare i processi assistenziali partendo da informazioni raccolte in tempo reale e nello</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.b)ASM</p>	<p>stesso modo. Nel 2002 il GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva), ha avviato il cosiddetto progetto Margherita, una raccolta dati elettronica che permette di perseguire due obiettivi: la valutazione continua della qualità dell'assistenza e la valutazione del consumo di risorse nelle Terapie Intensive partecipanti. Tutte le TI partecipanti ricevono un rapporto annuale, diviso in una parte generale e una personalizzata, che dà la possibilità a ciascun reparto di confrontarsi con l'intero gruppo, attraverso i più sofisticati approcci statistici, nonché con se stesso nel tempo.</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI Collaborazione degli operatori aziendali (Informatico, Ing. Clinico, Medici, infermieri delle varie UU.OO. ospedaliere interessate) per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: 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 pz. critici a domicilio; 4) valutare la qualità dell'assistenza con il confronto fra i diversi centri</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI Valutazione quantitativa e qualitativa della qualità dell'assistenza attraverso il confronto fra i centri utilizzando indicatori di processo Esplicitare processi assistenziali condivisi anche con i MMG per la continuità delle cure dei pz. a domicilio Aumentare la comprensibilità della cartella clinica; Ottimizzare l'utilizzo delle risorse; Assistere medici ed infermieri in alcuni processi decisionali particolarmente critici</p> <p>INDICATORI NUMERICI e OPERATORI AZIENDALI COINVOLTI Attività di supporto da parte degli informatici aziendali: N. ore dedicate per: Analisi – consulenza e integrazione per la funzionalità del software (n. ore dedicate e costi per adeguamento software); Verticalizzazione dell'applicativo messo a disposizione dall'associazione donatrice, cioè adeguare il programma gestionale alle procedure aziendali e soddisfare le richieste degli operatori che lo utilizzeranno (n. ore dedicate) ; Attività (n. ore) specifiche di formazione del personale (n. medici ed infermieri della U.O. di riferimento) all'utilizzo del software</p>
--	--



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.b)ASM</p>	<p>OBIETTIVI DI ATTIVITA'</p> <p>Attività del tecnici informatico, 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> <p>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 e collegamento con i Medici di Medicina Generale per scambi di informazioni sui pazienti.</p> <p>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</p> <p>Implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata come strumento utile sia alla pratica clinica, medica e infermieristica, nonché alla ricerca valutativa.</p> <p>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.</p> <p>Effettuare un benchmarking in tempo reale</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.c)ASM</p>	<p>Azione 5.c) ASM - PROGETTO LIS (ASM)</p> <p>Durata: annualità 2018 (sperimentazione) Quota importo FSN VINC.2018 Progetto 5 assegnato all'Azione 5.c)ASM: euro 55.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Ing. N.VACCARO</p> <p>La Regione Basilicata, con l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) capofila del progetto, ha deciso di migliorare la propria offerta di servizi che facilitano la comunicazione tra personale medico e pazienti con disabilità uditiva, offrendo un servizio di video-interpretariato da remoto in lingua dei segni italiana (LIS).</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <p>Facilitare la comunicazione fra personale sanitario e pazienti con disabilità uditiva.</p> <p>Garantire, su tutte le strutture socio-sanitarie pubbliche 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.</p>



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.c)ASM</p>	<p>Garantire ai cittadini sordi un servizio di video-interpretariato professionale on-line fruibile da computer, dotati di webcam e microfono via web, da tablet e smartphone tramite App iOS e Android mette a disposizione in tempo reale 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.</p> <p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Il servizio è utilizzabile in diverse situazioni : visite mediche, pronto soccorso, ambulatori, sportelli CUP e URP, info point, e molto altro. 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 si sta facendo la sperimentazione, garantisce la disponibilità di professionisti su tutte le strutture socio-sanitarie della Regione Basilicata, tutti i giorni 7/7e 365 giorni l'anno.</p> <p>Acquisto di almeno 4 Tablet, da assegnare ai PP.OO. di Matera e Policoro.</p> <p>INDICATORI DI ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none">N persone sorde arruolate per la sperimentazione;N. persone sorde nella sperimentazione che hanno concretamente testato il servizio;60 i minuti mensili a disposizione di ciascun cittadino per questo testN. chiamate totali attivateTot minuti di servizio erogati <p>ATTIVITA' PREVISTE</p> <p>Integrazione del software con i programmi informatici presenti in azienda;</p> <p>Acquisto applicativo e manutenzione programma;</p> <p>Consulenza agli operatori dell'azienda</p> <p>Sul territorio ASM</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Comunicazioni</u> 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;• <u>Mobilità</u>: il servizio è fruibile on-line da qualunque computer, tablet e smartphone;• <u>Immediatezza</u>: 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;• <u>Flessibilità</u>: disponibile in lingua dei segni italiana e in 25 lingue vocali;• <u>Sostenibilità</u>: il servizio permette di abbattere l'impatto ambientale eliminando i viaggi dei professionisti, oltre a permettere
--	---



<p>Azione 5.c)ASM</p>	<p>una migliore gestione famiglia - lavoro per le professioniste mamme e per i genitori di lavorare da remoto da casa propria in modo efficace.</p> <p>In questa prima fase del progetto, il servizio di video-interpretariato è previsto solo in lingua dei segni, ma in una prossima fase è possibile estendere il servizio anche alle lingue vocali attraverso la stessa piattaforma.</p> <p>Un'estensione che potrebbe essere interessante per l'accoglienza di persone di lingua straniera, come immigrati, richiedenti asilo o turisti.</p> <p>Nelle fasi successive del progetto, si potrà estendere il servizio di video-interpretariato anche in 25 lingue vocali (inglese, francese, spagnolo, arabo, ecc.) disponibili all'interno della piattaforma.</p>
<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.d)ASM</p>	<p><u>Azione 5.d)ASM</u> : Collaborazione, consulenza e implementazione Progetto InterRAI : potenziamento dell'offerta di servizi sanitari sull'intero territorio regionale</p> <p><u>Programma di miglioramento e riqualificazione regionali / art.1, comma 385 ess. Legge 11/12/2016 n. 232.</u></p> <p>Durata: annualità 2018 (sperimentazione)</p> <p>Quota importo FSN VINC.2018 Progetto 5 assegnato all'Azione 5d) ASM: euro 30.000,00</p> <p>Referente aziendale ASM: Ing. N.VACCARO</p> <p>OBIETTIVI QUALITATIVI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Collaborazione degli operatori aziendali (Informatico, Ing. Clinico, Medici, infermieri delle varie UU.OO. ospedaliere interessate) per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:<ul style="list-style-type: none">• 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;2. realizzazione dell'area prioritaria di intervento 1 (Assistenza Domiciliare e Residenziale) che prevede le seguenti tre azioni:<ul style="list-style-type: none">• Adozione strumento InterRAI per le cure domiciliari e Palliative• Adozione strumento InterRAI per le cure residenziali• Adozione "Occhio Esperto"



<p>DESCRIZIONE PROGETTO 5: LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</p> <p>Azione 5.d)ASM</p>	<p>OBIETTIVI QUANTITATIVI</p> <p>Integrazione</p> <p>La prima azione prevista dal cronoprogramma di cui ai punti 1 e 2 è stata l'acquisizione della suite InterRAI (da parte della Regione Basilicata) a cui necessita 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 <i>gestionale aziendale ASM</i> ed è quindi essenziale che i servizi informatici ASM si occupassero di <u>UNA INTEGRAZIONE</u> tra i due software col duplice obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none">a) dematerializzare ed automatizzare il processo di trasmissione dati delle attività rendicontate dalla Società esterna aggiudicataria dell'appalto e la loro immissione nel gestionale aziendale;b) evitare la loro immissione manuale coinvolgimento di almeno 40 operatori dei servizi territoriali (dirigenti e comparto); <p>il tutto con il coinvolgimento di almeno 40 operatori dei servizi territoriali (dirigenti e comparto).</p>
--	--



RIEPILOGO GENERALE PIANO PROGETTI 2018					
REGIONE BASILICATA					
FSN VINC. 2018 Linea Progettuale 1 : Riepilogo finale					
PROGETTO 1	INOIZI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT		TOTALE GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2018 ALLA LINEA PROGETTUALE 1
PAZIENTI CON MULTICRONICITA' PERCORSI DI CURA CONDIVISI E PERSONALIZZATI	1.1ASP	2.550.000,00			
	1.2ASP	269.000,00			
	1.3ASP	170.000,00			
	1.4ASP	600.000,00			
	1.5ASP	230.000,00			
	1.6ASP	289.762,00			
	1.a)ASM			200.000,00	
	1.b)ASM			200.000,00	
	1.c)ASM			210.000,00	
	1.d)ASM			270.000,00	
	1.e)ASM			100.000,00	
	1.f)ASM			125.000,00	
	1.g)ASM			344.357,00	
Totale Assegnato al Progetto		4.108.762,00	1.449.357,00		5.558.119,00
FSN VINC. 2018 Linea Progettuale 2 : Riepilogo finale					
PROGETTO 2	INOIZI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ALL'ASM -MT -	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS – CROB-RIONERO	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO	TOTALE GEN. ASSEGNATO FSN VINC. 2018 ALLA LINEA PROGETTUALE 2
PROMOZIONE DELL'EQUITÀ' IN AMBITO SANITARIO	2.a) ASM	9.045,00			
	2.b)ASM	146.000,00			
	2.c)ASM	254.358,00			
	2.d)ASM	150.000,00			
	2-IRCCS			130.308,00	
	2.AORS Carlo				100.000,00
Totale Assegnato al Progetto		559.403,00	130.308,00	100.000,00	789.711,00



FSN VINC. 2018 Linea Progettuale 3: Riepilogo finale						
PROGETTO 3	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM - MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	TOTALE GEN. ASSEGNATO ALLA LINEA PROGETTUALE 3	
COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE	3.1A/ASP	600.000,00				
	3.1B/ASP	529.414,00				
	3.a)ASM		228.000,00			
	3.b)ASM		161.000,00			
	3.c)ASM		75.000,00			
	3.d)ASM		50.000,00			
	3.e)ASM		20.000,00			
3.AORSCarlo				301.983,00		
Totale assegnato al Progetto		1.129.414,00	534.000,00	301.983,00		1.965.397,00
FSN VINC. 2018 Linea Progettuale 4: Riepilogo finale						
PROGETTO 4	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP -PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS - CROB-RIONERO	TOT. GEN. ASSEGNATO ALLA LINEA PROGETT. 4
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	4.1	1.401.711,00	824.896,00	196.420,00	102.671,00	2.525.698,00
	4.2					12.692,00
Totale assegnato al Progetto		1.401.711,00	824.896,00	196.420,00	102.671,00	2.538,390,00
FSN VINC. 2018 Linea Progettuale 5: Riepilogo finale						
PROGETTO 5	AZIONI	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO- PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM -MT	TOT. GEN. ASSEGNATO ALLA LINEA PROGETTUALE 5		
LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	5.AORSCarlo	450.000,00				
	5.a) ASM			250.000,00		
	5.b) ASM			25.000,00		
	5.c) ASM			55.000,00		
	5.d) ASM			30.000,00		
Tot. Assegnato	Al Progetto 5	450.000,00		360.000,00	810.000,00	
TOT.GEN. FSN VINC.2018 ASSEGNATO AI PROGETTI 1-2-3-4-5	4.2 SUPP. PREV.	IMPORTO ASSEGNATO ALL' ASP - PZ	IMPORTO ASSEGNATO ALL'ASM - MT	IMPORTO ASSEGNATO ALL' AOR S.CARLO - PZ-	IMPORTO ASSEGNATO ALL' IRCCS - CROB-RIONERO	TOT.GEN. ASSEGNATO (di cui all'Accordo Stato-Regione Rep.150/CSR 01.08.2018)
	12.692,00	6.639.887,00	3.727.656,00	1.048.403,00	232.979,00	11.661.617,00

fine

ALLEGATO 2/2018

**RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI PROGETTI
COLLEGATI AGLI OBIETTIVI DI PIANO FSN
VINCOLATI ANNO 2017, SECONDO LE LINEE
DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP.
181/CSR DEL 26/10/2017 E ALL'INTESA
REP.182/CSR DEL 26/10/2017, APPROVATI CON
D.G.R. 289 DEL 06 APRILE 2018**

**Progetti Obiettivi Piano FSN VINC. anno 2017, art.1 comma 34 L.662/96 e s.m.i.
Regione Basilicata (D.G.R. 289/2018)**

“ALLEGATO A/2017”

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

La Regione Basilicata con DGR N. 289 del 6 aprile 2018 ha approvato, senza oneri a proprio carico, i Progetti collegati agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale ANNO 2017, secondo le linee di cui all'Accordo Stato-Regioni REP. 181/CSR del 26/10/2017 ed all'Intesa Rep.182/CSR del 26/10/2017 (anche in costanza di prosieguo delle azioni implementate e/o protratte con i progetti approvati nelle annualità precedenti secondo le linee progettuali giuste Intese ed Accordi Stato-Regioni afferenti i FSN Vincolati anno 2016 ed annualità precedenti) con attribuzione dei relativi finanziamenti ex art.1, c. 34 L.662/96 e s.m.i. per un importo complessivo pari ad euro **13.110.430,00** giusto programma riepilogato nello schema di cui alla pagina precedente denominato "ALLEGATO A/2017" del quale si dà debita relazione circa le attività svolte sul territorio regionale.

Linea progettuale 1: ATTIVITÀ' DI ASSISTENZA PRIMARIA

**Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata con DGR 289/2018:
Euro 2.167.139,00**

La presente linea progettuale si è realizzata nel corso dell'anno 2017 anche in debito conto delle indicazioni contenute nell'Allegato A- parte I- dell'Accordo del 2012 nonché delle aree prioritarie d'intervento giusto art. 1 D.L. 158/2012, convertito in legge 8 novembre 2012 n.189, e s.m.i. L'azione congiunta Stato regioni si è indirizzata ad una dimensione organizzativa e gestionale dell'Assistenza Primaria quale fattore cruciale per l'ottimizzazione sociale ed economica del sistema sanità. Gli obiettivi primari: rimozione degli ostacoli esogeni ed endogeni; resa efficace degli strumenti organizzativi procedurali e tecnici; continua verifica dei bisogni sul territorio; sottendono ad attuare sempre, metaforicamente, lo spostamento del baricentro del S.S.N. dall'ospedale al territorio e dalla malattia alla persona. Il processo di riorganizzazione Ospedale – Territorio e con esso il progresso delle cure primarie ha previsto, altresì, lo sviluppo della Farmacia dei Servizi, infatti grazie al supporto dell'innovazione tecnologica (Sanità Elettronica, CUP ed altro) si può concretizzare nel tempo il contributo delle farmacie pubbliche e private, operanti in convenzione con il SSN, quali Centri Socio Polifunzionali di ulteriori servizi.

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 Regionale in parte riassunte nell' "Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'atto aziendale" delle aziende sanitarie (comma 2, art.35 L.R.26 del 30.12.2011) 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. I Direttori Generali delle aziende ASP ed ASM con successiva approvazione degli atti aziendali hanno improntato l'organizzazione e l'attività Distrettuale Territoriale di competenza avendone debita conferma regionale (art 44 L.R. 39/2001). La legge regionale 12 gennaio 2017 n.2 "Riordino del servizio sanitario regionale di Basilicata" ha riprogettato gli assetti organizzativi e strutturali del Sistema Sanitario Regionale, ha confermato il numero complessivo delle Aziende ed Enti del SSR prevedendo modelli organizzativi a rete e l'adozione di nuovo piano regionale della salute "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità per il triennio 2018/2020" (DGR 778 30/06/2017). Piano che si cala

COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 1 :ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	Euro 2.167.139,00
Quota a carico Regione	Euro 0,00

Premesso che:

- con Legge Regionale n. 17/2011 e s.m.i l'attività ospedaliera regionale per acuti si è svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA di I° (Matera), II° Livello (Azienda Ospedaliera San Carlo- Pz) e di Pronto Soccorso Attivo dell'Azienda ASP di Potenza (Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi). Negli altri Presidi, denominati Ospedali Distrettuali (POD), viene svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti ed in ogni caso risultano garantite le attività previste dalla Legge Regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i.
- con legge regionale n. 2 del 12.01.2017i “*Riordino del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata*” si è inteso promuovere una nuova governance del SSR fondata su reti organizzative, operative e funzionali tra le Aziende ed Enti della Regione prevedendo , tra altro, il passaggio dall'ASP di Potenza dei P. Ospedalieri per acuti di Lagonegro, Villa D'Agri e Melfi all'Azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza. Conseguentemente l'Azienda Sanitaria ASP di Potenza è diventata *un'azienda territoriale* la cui Mission principale è: garantire la presa in carico del paziente sul territorio, la continuità assistenziale ospedale-territorio ed il potenziamento dell'offerta territoriale con sviluppo della rete assistenziale. Il **Territorio**, mediante il Distretto, garante tra altro dell'Assistenza Primaria, unitamente agli Ospedali Distrettuali, risulta così essere snodo relazionale tra cittadini ed offerta del SSR con funzione di coordinamento di tutte le figure professionali impegnate nell'assistenza.

L'esigenza di appropriatezza nell'utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo, nel rispetto dei vincoli imposti dal Patto per la Salute, spinge la regione al completamento e all'adeguamento dell'Assistenza Territoriale inserendo tra l'Ospedale ed il Territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive Comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate che evitino il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, l'integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi .

In tale ottica si è collocata l' **AZIONE 1.1: OSPEDALE DISTRETTUALE –UCCP- NUOVI ORIZZONTI D'INTEGRAZIONE** - realizzata per l'annualità 2017 dall'Azienda ASP di Potenza – referente aziendale dr.ssa Anna Bacchini – con l'impiego degli Ospedali Distrettuali (POD) di Maratea e Venosa sedi di attività sanitaria territoriale. Si premette che le azioni progettuali, anche in costanza di quanto già attuato nelle annualità precedenti, poggiano le basi su alcuni parametri fondamentali quali:

- la rimodulazione, in particolare dei POD di Venosa e di Maratea, anche con sviluppo di priorità organizzative e gestionali (trasformazione dell'Ospedale di Venosa in Ospedale Distrettuale si è attuata a partire dal 2015)
- l'integrazione della Continuità Assistenziale con l'Emergenza Urgenza: prevedendo un modello organizzativo dell'UCCP entrambi con il fine di programmare e sperimentare, ciascuno nel proprio ambito, un Presidio Integrato Socio-Sanitario con apertura h 24 tale da costituire punto di riferimento globale per il cittadino sul territorio per i suoi bisogni di assistenza primaria unitamente alla medicina di iniziativa;

- la farmacia dei servizi: realizzare un'ulteriore integrazione con sperimentazione di diversi servizi, mediante opportuni protocolli ed accordi, svolti da alcune farmacie convenzionate SSN ricadenti nei Comuni piccoli e/o con particolari disagi orografici dei luoghi e distanti dal Presidio Distrettuale.

Di seguito si evidenziano le attività ed i risultati progettuali raggiunti nel corso del 2017.

I Presidi ospedalieri Distrettuali di Venosa e Maratea sono strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale /multidisciplinare, orientate in particolare alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità e alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera in acuzie. All'interno di tale struttura, con valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie, l'attività è svolta in forma integrata anche con il comparto sociale. Le funzioni delle strutture si esplicano all'interno di specifici percorsi assistenziali ai fini della continuità delle cure e della integrazione sia professionale che istituzionale. I team di operatori dell'Ospedale Distrettuale operano con modalità caratterizzate da una forte integrazione professionale e dalla possibilità di interagire con i diversi ambiti assistenziali.

Pertanto nel corso dell'anno nei presidi Distrettuali l'attività svolta è stata focalizzata su:

1. Punto Unico d'Accesso (PUA)

In attesa del completamento della riorganizzazione della rete emergenza urgenza a livello regionale e a supporto delle attività del PTS di Venosa e di Maratea è stata garantita la continuità assistenziale con la realizzazione del modello di Sportello di Accesso Multifunzionale tendente alla realizzazione di un Punto Unico di Accesso (PUA) integrato con i servizi sociali. Il tutto avuta debita considerazione dell'aumentato numero di accessi al POD favorito dall'offerta dei servizi territoriali ubicati all'interno dello stesso presidio.

2. **Potenziamento delle attività amministrative e socio sanitarie** rivolte al territorio attraverso un aumento delle ore di apertura degli sportelli.
3. **Potenziamento dell'attività del front office** attraverso l'utilizzo di personale specificatamente dedicato reclutato con apposita gara.
4. **Potenziamento dei servizi territoriali delle cure primarie e delle attività consultoriali**, orientando la formazione degli operatori e degli utenti verso la medicina di genere con incontri, convegni e divulgazione di materiale informativo.

5. POD di Maratea

Organizzazione delle presenze dei MMG e di Continuità Assistenziale per una migliore governance delle attività e per assicurare la continuità dell'assistenza h 24 ed il miglioramento della rete assistenziale (continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa).

In quest'ottica il lavoro in team viene così ad essere considerato un elemento strutturale del rapporto di lavoro del MMG nonché elemento sostanziale per la riorganizzazione complessiva della Medicina Generale al fine della condivisione degli obiettivi di salute della popolazione sul territorio, con particolare riferimento all'implementazione dei percorsi diagnostico- terapeutici e alla presa in carico di patologie croniche a rilevante impatto sociale (es. diabete, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, malattie broncopulmonari, osteoarticolari, psichiatriche).

6. POD di Venosa

Nelle more del completamento dei lavori di ristrutturazione dei locali che ospiteranno i MMG, è stata predisposta, di concerto con le rappresentanze sindacali, la proposta di un modello di attivazione di equipe semi-strutturale (nuclei di cure primarie territoriali NCPTT) come modalità di erogazione di Assistenza Sanitaria Integrata nel Distretto della Salute. Nel corso

dell'anno 2017 diversi incontri tenutisi tra i Direttori di Distretto, i Direttori dell'UOC Assistenza Primaria di Potenza, Melfi e Venosa e rappresentanti di Medici di Medicina Generale hanno favorito migliori sinergie tra medici e complessi aziendali facilitando così la razionalizzazione dei Servizi erogati dall'Azienda Sanitaria soprattutto a livello distrettuale.

7. Potenziamento dell'attività dell'assistenza domiciliare ed avvio della Centrale di Dimissione

E' stata potenziata per l'intero territorio della provincia di Potenza l'offerta con l'implementazione dell'attività ADI anche nella fascia pediatrica ed adolescenziale (Progetto Bambino inguaribile).

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

I pazienti sono classificati in base al profilo di cura e ai livelli d'intensità, secondo i parametri indicati dal coefficiente di intensità assistenziale. Con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale sono state messe a punto modalità operative concordate e finalizzate soprattutto a migliorare la comunicazione interna. Viene mantenuto un rapporto di comunicazione interattiva con gli stessi attraverso mail periodiche.

Il numero di pazienti in cure domiciliari di età > 65 anni nell'anno 2017 sono stati 4.795, registrando un incremento del 47,45% rispetto all'anno 2016.

Sono anche aumentati gli accessi dei MMG passando da 22.255 accessi nel 2016 a 29.323 accessi nell'anno 2017 (+31,76).

Tale risultato positivo è stato realizzato anche grazie a continui incontri con i MMG diretti alla risoluzione delle criticità riscontrate.

L' Azienda Sanitaria, di intesa con l'AOR San Carlo, ha definito le modalità organizzative-operative per l'attivazione della "*Rete integrata dei servizi per la gestione delle dimissioni protette*" ed ha avviato un percorso comune di gestione del paziente. Lo scopo è stato quello di rendere più vivibili sia l'ospedale che il territorio e restituire il paziente alla cura domestica o nelle strutture specializzate, evitando ricoveri troppo lunghi e inappropriati.

E' un procedimento organizzato che consente il passaggio da un setting di cure ad un altro e che si applica, di norma, a pazienti fragili e/o complessi.

La dimissione protetta è stata rivolta prevalentemente a soggetti affetti da patologie cronico-degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale che, al termine dell'iter diagnostico-terapeutico, ha richiesto cure continue e continuità delle cure, con durata ed intensità variabili in ragione dei bisogni espressi.

I punti qualificanti della dimissione protetta sono stati:

- comunicazione bidirezionale tra ospedale – territorio;
- appropriatezza della dimissione ospedaliera;
- riduzione dei fattori di rischio per le riammissioni ospedaliere o nuovi accessi al Pronto Soccorso;
- consenso e preparazione del paziente, della sua famiglia e/o del caregiver alla dimissione;
- coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale (in seguito M.M.G.).

Gli obiettivi specifici raggiunti sono stati i seguenti:

- adottare funzioni, responsabilità, criteri e strumenti per individuare in modo chiaro ed immediato i pazienti prevalentemente fragili che necessitano di percorsi di continuità assistenziale;
- migliorare e sviluppare il processo di continuità assistenziale attraverso l'attuazione di modalità di comunicazione sistematica e verificabile fra i servizi coinvolti;
- promuovere un ruolo attivo del familiare e della persona/paziente nel percorso di cura;

- promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedalieri e territoriali da parte dei cittadini che ne sono fruitori;
- facilitare l'accesso e la fruibilità delle risorse attivabili nel passaggio dall'ospedale al territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria che sociale;
- migliorare l'efficacia della fase di dimissione ospedaliera, riducendo in tal modo il fenomeno dei ricoveri ripetuti per la medesima patologia.

Come parte attiva all'interno del procedimento di dimissioni protette sono stati coinvolti:

- i pazienti ricoverati presso l'AOR San Carlo Ospedale Potenza e Ospedale Francesco da Paola di Pescopagano;
- gli operatori sanitari delle UU.OO. di degenza della AOR San Carlo;
- i Distretti della Salute e tutte le UU.OO.CC. del Dipartimento del Territorio e della Post Acuzie della ASP di Potenza ed i POD di Maratea e Venosa;
- i M.M.G.;
- le strutture pubbliche e convenzionate di servizi alla persona (case di riposo, residenze polifunzionali);
- i familiari/caregiver;
- le organizzazioni di volontariato accreditato.

Un apposito protocollo di intesa tra ASP e FIMG ha previsto: il coinvolgimento del MMG all'interno della centrale unica di dimissione; la condivisione della cartella clinica domiciliare, di tutta la modulistica e di tutte le procedure per la presa in carico e la gestione del paziente.

Nel POD di Maratea era già attiva un modulo di RSA che nel corso dell'anno è stato ampliato registrando un incremento complessivo delle giornate di degenza.

8. Miglioramento e potenziamento dell'offerta ambulatoriale attraverso l'inserimento di nuove specialità nel polo specialistico

Nell'anno 2017:

- nel POD di Maratea l'attività specialistica ha registrato, rispetto all'anno precedente, un incremento nel numero di prestazioni di circa il 2,7% dovuto prevalentemente all'implementazione dell'ambulatorio di allergologia pediatrica; al potenziamento della chirurgia oculistica, odontoiatrica e maxillo-facciale ed al potenziamento dell'ambulatorio di scienza della nutrizione.
- nel POD di Venosa, pur rilevandosi una lieve diminuzione delle prestazioni ambulatoriali per esterni dovuta all'implementazione della SIC di Oculistica con L'AOR San Carlo di Potenza che ha spostato interventi di maggiore complessità presso l'Azienda Ospedaliera, si sono ravvisati: il potenziamento delle attività dell'ambulatorio di otorino grazie alla convenzione stipulata con l'ASM di Matera; il potenziamento dell'ambulatorio di Medicina dello Sport, di Cardiologia e Pneumologia e della densitometria ossea con l'acquisto di una MOC.

Con la partecipazione attiva di medici di medicina generale, di infermieri professionali e di personale amministrativo si è, altresì, garantita l'assistenza **ai migranti**.

9. Attuazione dei PDTA:

per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, bronco pneumopatie croniche ostruttive attraverso la predisposizione di pacchetti di percorso per il Diabete, l'ipertensione, il DSA, e la Medicina dello Sport. Sono state aperte specifiche agende nel CUP aziendale.

10. Attività del Nucleo Alzheimer

Il N.A, che è stato inaugurato il 30 ottobre 2015, è al momento unico Centro Alzheimer pubblico in Basilicata, ha il duplice scopo di: assicurare la migliore qualità di vita possibile ad un paziente che

vive la tragica condizione della perdita della propria identità; supportare adeguatamente le famiglie in una fase della malattia nella quale si manifestano disturbi psicocomportamentali (aggressività, agitazione, wondering, allucinazioni..) che ne rendono difficoltosa la gestione a domicilio. Con 10 posti letti residenziali e 10 p. l. semiresidenziali (attivati nell'anno 2017 accogliendo 9 pazienti affetti da Alzheimer nella fase centrale, per un totale di circa 387 giornate di degenza e garanzia di riabilitazione da uno a tre mesi con possibilità di proroga) si propone come punto di raccordo tra i colleghi ospedalieri e del territorio, i MMG, le strutture sociali dei comuni, le associazioni di volontariato.

L'Azione 1.2 : PRESA IN CARICO GLOBALE(OSPEDALE E TERRITORIO) DEI CITTADINI > 65 ANNI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE- (proseguo del progetto-azione 1.2 DGR 411/2017) –referenti aziendali Dr. V. Cilla - Dr. Pasciucco - svolta dall'ASM di Matera nel proprio ambito territoriale afferente “ Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale di servizi di assistenza ospedaliera e territoriale ” ha nel corso dell'anno 2017 perseguito l'obiettivo principale della presa in carico globale della popolazione target: cittadini >65 anni affetti da pluripatologie, quali, malattie neurologiche, ortopediche ,parzialmente invalidanti ,malattie oncologiche, anche terminali, SLA, distrofia muscolare, oltre che pazienti che necessitano di nutrizione parenterale e/o supporto ventilatorio invasivo. Si è cercato di predisporre il riassetto organizzativo e strutturale di assistenza ospedaliera e distrettuale mediante incontri tra medici di Medicina Generale, medici di Continuità Assistenziale, medici ospedalieri e specialisti territoriali al fine di creare una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale , inserendo nella rete, oltre che i medici anche gli amministratori locali, le farmacie comunali, (laddove presenti), i servizi sociali dei comuni e le associazioni di volontariato presenti sul territorio. I servizi ospedalieri e territoriali hanno portato avanti attività comuni e percorsi condivisi volti alla presa in carico globale del paziente . Sono stati organizzati e gestiti diversi incontri finalizzati alla creazione di una rete dei servizi socio sanitari presenti sul territorio e in ospedale-

Al fine di aumentare la capacità del territorio di intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini target, le principali attività svolte nel corso dell'anno 2017 sono state:

- Predisposizione ed applicazione di un percorso condiviso per la presa in carico dei pazienti oggetto del progetto, cioè ultrasessantacinquenni affetti da pluripatologie,
- predisposizione e implementazione di un programma informatico, che (attraverso l' applicazione di un hard were house), che ha permesso di mettere in contatto i MMG e i MCA con tutte le strutture ospedaliere e territoriali, facilitando le comunicazioni tra gli operatori socio – sanitari;
- organizzazione e gestione di audit interni, che hanno consentito di: :
 - consolidare le capacità degli operatori territoriali ad i intercettare i bisogni assistenziali dei cittadini > 65 affetti da pluripatologie;
 - incrementare le capacità degli operatori socio sanitari ad intercettare la domanda a bassa intensità, mediante l' integrazione del sistema di emergenza territoriale con la continuità assistenziale con riduzione delle liste di attesa e la decongestione delle prestazioni del Pronto Soccorso per accessi impropri.

E' stata garantita la continuità delle cure ai pazienti > 65 anni affetti da pluripatologie;

Riguardo all' azione **1.3: PHARMACEUTICAL CARE - Interventi di riassetto organizzativo e strutturale della rete del Servizi di assistenza ospedaliera e territoriale-** referente aziendale

dr.ssa F. Di Cui - (proseguo Progetto-azione 1.3 DGR 411/2017) si specifica che nel corso dell'anno 2017 la ASM ha portato avanti vari interventi di riassetto organizzativo per migliorare la rete dei servizi di assistenza territoriale ed ospedaliera attraverso molteplici attività svolte in collaborazione tra le farmacie ospedaliere e territoriali, gli operatori del territorio e i medici di medicina generale.

Le attività principali hanno riguardato:

- attività rivolte al personale medico ed infermieristico degli ospedali e del territorio ai fini della riduzione del rischio di reazioni avverse da farmaci, del rischio di interazioni tra farmaci;
- dispensazione dei farmaci e dispositivi medici;
- dispensazione, per conto delle varie strutture sanitarie, dei farmaci a distribuzione diretta
- dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;
- monitoraggio delle prescrizioni attraverso compilazione di schede di rilevazione;
- sorveglianza e registrazione della tollerabilità degli esiti e la compliance alle terapie;
- informazioni ai pazienti e/o agli operatori sanitari sul corretto utilizzo di farmaci e dispositivi medici;
- attività di informazione ai MMG per prescrizioni e selezione dei farmaci meno costosi a parità di efficacia, e di vigilanza sulle reazioni avverse;
- rapida evasione delle richieste soprattutto per particolari patologie quali le malattie rare;
- implementazione e monitoraggio dell'applicazione dei protocolli terapeutici e Linee Guida e condivisione delle stesse con le varie figure professionali;
- garanzia della continuità terapeutica ospedale territorio collaborando con le strutture di ricovero;
- verifica delle prescrizioni e dei Piani terapeutici;
- implementazione di attività integrate fra i farmacisti e medici ospedalieri e i MMG, attuando, se necessario, anche collaborazioni con medici appartenenti ad altri ospedali nazionali;
- favorire e incrementare le prescrizioni di farmaci con principi attivi non coperti da brevetto e soprattutto dei farmaci bio simili, i farmacisti della U.O. di farmacia della ASM, hanno collaborato con i medici specialisti e con i Medici di medicina Generale al fine di incrementarne l'uso e la prescrizione ai pazienti.

L'ASM di Matera, ai fini della presa in carico globale del cittadino all'interno dei Percorsi Diagnostico-Assistenziali, ha inserito fra le attività d'integrazione dei servizi assistenziali per la presa in carico complessiva del cittadino all'interno dei percorsi diagnostico-assistenziali il consolidamento delle aggregazioni funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e a tale scopo, tra altro ha sviluppato **l'Azione 1.4: Incentivare il percorso attivazione delle Aggregazioni Funzionali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)-referenti aziendali** dr. Denisi (proseguo Progetto-azione 1.4- DGR 411/2017). Considerati gli obiettivi propri dell'azione si specifica che durante l'anno 2017 sono stati organizzati sei incontri a cui hanno partecipato, MMG, PLS, MCA, Operatori dell'Emergenza-Urgenza, Specialisti Ospedalieri e ambulatoriali, dirigenti medici distrettuali, personale sanitario ospedaliero e territoriale. In ogni incontro è stata trattata una specifica patologia cronica definendone per ciascuna di esse linee operative e percorsi condivisi circa la gestione dei pazienti e le modalità di accesso al Pronto Soccorso al fine di incrementare le collaborazioni fra i diversi operatori socio sanitari interessati ed evitare ricoveri inappropriati con garanzia di migliore assistenza sanitaria ai

cittadini. L'integrazione e la multidisciplinarietà delle attività organizzative e formative realizzate, hanno permesso di ridurre le aree per le AFT e provvedere alla eventuale localizzazione di UCCP. E' stato implementato il server informatico delle reti aziendali in modo da consolidare e facilitare il collegamento informatico tra MMG, PLS, MCA e specialisti ospedalieri e ambulatoriali, unitamente alla realizzazione di un programma informatico, messo a punto dall' informatico ASM con la consulenza di un'azienda informatica (GSI), con collegamento alle reti aziendali.

E' stato organizzato presso gli uffici centrali dell'assistenza primaria un ufficio dedicato alla raccolta e conservazione (cartacea ed informatica) del consenso al trattamento dei dati sensibili, sottoscritto dai cittadini interessati, anche al fine dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

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

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

Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata con DGR 289/2018 : Euro 233.287,00

L'umanizzazione e la personalizzazione delle cure è esigenza prioritaria della medicina contemporanea per motivi assistenziali, etici, organizzativi e medico legali. Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo, ad ogni livello del "sistema salute", è elemento sostanziale nelle scelte operate in tema di strategie organizzative e di percorsi assistenziali. I cambiamenti organizzativi opportuni richiedono il superamento, o, la minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali attraverso lo sviluppo di specifiche attività progettuali sull'umanizzazione delle modalità di assistenza con incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali; con l'intensificazione delle iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *caregiver* affinché gli stessi si dotino dei necessari elementi di conoscenza ai fini del miglioramento della comunicazione con gli assistiti e loro relative famiglie, anche, con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute ed alla comunicazione di prognosi infausta. Per l'anno **2017** l'Accordo Stato-regioni 181/CSR del 26/10/2017 ha definito le linee progettuali anche in sostanziale continuità di quelle individuate per l'anno 2016 (Accordo Stato-Regioni 64/CSR 14.04.2016) e tra queste lo **Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali**.

La regione Basilicata, ha continuato per l'anno 2017 a perseguire/potenziare le attività intraprese negli anni precedenti (con utilizzo fondi per obiettivi di Piano Vincolati 2013/2016) e a tal fine ha approvato con Finanziamento **FSN Vincolato anno 2017** (quota parte della somma globalmente assegnata giusta alla regione Basilicata con Intesa rep.182/CSR 26/10/2017) il **Progetto 2 : Sviluppo dei Processi di Umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali** concretizzatosi in numero due "azioni" compiute dall'azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dall'IRCCS CROB di Rionero delle quali di seguito si illustrano attività e risultati raggiunti.

TITOLO DEL PROGETTO	2 : SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI comprendente :
TOTALE Importo Assegnato al Progetto 2 a valere sulla quota del FSN VINCOLATI Anno 2017: Euro 233.287,00	Azione 2.1: Prendersi cura: verso un incontro di saperi Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM).- (A.O.San Carlo - PZ) – Quota Importo FSN VINC. 2017 del Progetto 2 assegnato all'azione 2.1: € 74.485,00 Azione 2.2 " Narrazioni in Oncologia" - Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici (IRCCS CROB) – Quota Importo FSN Vinc. 2017 del Progetto 2 assegnata all'azione 2.2 : € 158.802,00
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALITA' 2017
ASPETTI FINANZIARI LINEA PROGETTUALE 2	Euro 233.287,00
COSTO COMPLESSIVO PROGETTO 2:	Euro 233.287,00
Quota carico Regione	Euro 0,00
Referenti regionali	Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-

- Il Patto per la salute 2014/2016 impegna "...le regioni e le province autonome ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza". Uno degli obiettivi della Medicina Narrativa è il miglioramento della qualità delle relazioni fra tutti gli attori che interagiscono nel campo della salute. Numerose esperienze di altre Aziende Sanitarie nazionali hanno dimostrato che la Medicina Narrativa integrata con la Medicina basata sull'Evidenza ha dato risulta dare un valido contributo all'interno della pratica clinica. Le storie di malattia consentono di andare oltre i limiti dell'EBM e del classico approccio positivista della biomedicina grazie alla decodifica delle narrazioni di malattia del paziente unite anche a quelle dell'operatore sanitario. L' **Azione 2.1: Prendersi cura: verso un incontro di saperi. Affrontare l'evento malattia integrando Evidenza Scientifica (EBM) e Soggettività Umana (NBM)**, realizzata **dall'A.O.R. San Carlo** di Potenza (prosieguo azione/ progetto 2.1 DGR 411/2017) ha visto impegnate in un lavoro di sperimentazione diverse UU.OO. ospedaliere supportate per l'attività di monitoraggio dall'Università degli Studi della Basilicata con la quale l'A.O.S. Carlo ha stipulato un'intesa volta a definire modelli e strumenti a sostegno dello sviluppo e della valutazione di-progetti finalizzati alla Personalizzazione delle Cure. Per ogni singola U.O. pur avendo quale obiettivo generale quello di giungere alla cartella clinica integrata si è cercato anche di perseguire degli obiettivi specifici interni, come l'osservazione delle modalità di comunicazione di una diagnosi di cancro e le conseguenze delle stesse sull'impatto emotivo del paziente o la messa in luce degli elementi della fidelizzazione e il rapporto tra fidelizzazione e aderenza terapeutica nel caso di paziente cronico. Si è utilizzato lo strumento del diario, quindi del racconto libero, al fine di dare al paziente la possibilità di far fluire la propria storia senza rinchiuderla in questionari o domande strutturate. Riguardo all'anno 2017

secondo quanto relazionato dalla referente aziendale dr.ssa A.P. Bellettieri il percorso formativo di personalizzazione delle cure , dopo la sua prima fase di sperimentazione, ha nel corso dell'anno 2017 sviluppato e percorso un secondo step. E' stato strutturato un percorso formativo che ha visto gli operatori di alcune Unità Operative prendere parte a laboratori operativi finalizzati ad affrontare insieme il tema della qualità delle cure in un'ottica di assistenza personalizzata e appropriatezza clinica.

Le tematiche affrontate sono state quelle della complessità in medicina, della relazione e integrazione tra scienze biologiche e scienze umane, e questo ha significato per gli operatori provare a sviluppare strumenti individuali nella propria esperienza di assistenza partendo proprio da quest'ultima.

I momenti laboratoriali infatti, hanno avuto risvolti essenzialmente pratici per permettere agli operatori di misurarsi con quanto appreso, ciascuno nel proprio contesto operativo. Tra un incontro e l'altro, è stata curata la fase di monitoraggio del lavoro svolto dagli operatori nel proprio reparto al fine di supportarli e guidarli verso l'incontro successivo.

Diverse sono state le tematiche affrontate nei vari incontri:

- La complessità in medicina;
- la relazione e integrazione tra scienze biologiche e scienze umane;
- la narrazione e i relativi strumenti nella pratica di cura;
- la clinica della formazione nei suoi aspetti applicativi al sanitario ed al sociale.

Si è effettuata la formazione di n. 100 operatori appartenenti alle U.O. oggetto della sperimentazione con la partecipazione degli stessi a 6 moduli di due giornate a modulo da gennaio a giugno 2017 con aule da 20/40 operatori;

Riguardo all'attività di laboratorio nelle Unità operative oggetto del progetto si è svolta la sperimentazione sul campo con elementi formativi e raccolta dati anche tramite la presenza di docenti esperti di Medical Humanities. Le diverse UU.OO. coinvolte nella sperimentazione, hanno collaborato nella guida verso i pazienti e nella scelta, all'interno di ciascun reparto, di un setting adeguato alla sperimentazione e per la conduzione della stessa. Sulla base di un approccio multidisciplinare, vi è stata la collaborazione di una Antropologa per la ricerca sul campo e la raccolta e l'analisi dei dati.

Sempre in tema di sviluppo dell'Umanizzazione delle cure l'IRCCS CROB di Rionero con l'Azione **2.2 - NARRAZIONI IN ONCOLOGIA - Percorso di Medicina Narrativa tra i malati oncologici** - sviluppato ed organizzato già dall'annualità precedente al fine di giungere ad un modello relazionale all'interno del quale il paziente non è solo oggetto di cura ma "soggetto". Si è pertanto inserito l'approccio narrativo nel contesto dell'*empowerment*, attraverso un percorso di cura sempre più orientato verso la personalizzazione e la condivisione al fine di accogliere, attraverso la narrazione, il vissuto soggettivo della persona e l'impatto della malattia sulla sua qualità di vita, al fine di integrare le linee guida cliniche con le indicazioni derivanti dall'esperienza diretta di chi la malattia la vive. La Medicina Narrativa ha favorito così un approccio patient centred, volto a mettere il malato al centro dei suoi bisogni con contestualizzazione dei dati clinici. Trattandosi di un Istituto Oncologico specifico, il CROB è altresì risultato essere Centro di attrazione per le scelte terapeutiche dei pazienti provenienti dalle regioni limitrofe sulle quali ha, sicuramente, un peso rilevante l'esperienza positiva vissuta in precedenza da parenti o conoscenti all'interno dello stesso che risulta essere "agente influente" ovvero motivazionale esterno. Vi è da dire che l'importanza dei temi della centralità dell'utente e dell'umanizzazione delle cure per un Istituto Oncologico è tale da ritenerli prioritari e da svilupparli con una serie di iniziative finalizzate,

tra l'altro, a migliorare "l'esperienza complessiva del paziente". Nell'ambito dell'Umanizzazione delle cure è stato attivato, nel corso del 2017, il "Servizio di video-interpretariato per la comunicazione in LIS (Lingua dei Segni Italiana)". Il tutto al fine di semplificare l'accesso ai servizi offerti dall'Istituto, abbattere le barriere e permettere all'IRCCS CROB di comunicare in videochiamata, con cittadini sordi che usano il linguaggio dei segni. Il servizio è di facile applicazione ed è attivo attraverso tablet e notebook nei poliambulatori, nei servizi diagnostici e terapeutici, nei reparti dell'istituto, tutti i giorni dal lunedì al venerdì. Sono previste due modalità di utilizzo. La prima è la modalità programmata, prenotando l'accesso tramite WhatsApp inviando un messaggio o un video messaggio Lis al numero dedicato, o tramite email all'indirizzo dedicata indicando il giorno, l'ora e la prestazione da effettuare, oppure tramite contatto telefonico da parte di un familiare o assistente al numero dedicato. La seconda modalità di utilizzo del servizio è quella diretta, in tempo reale, da attivare in base alle necessità cliniche rivolgendosi al personale medico o infermieristico dell'Istituto. Il video interpretariato è offerto dall'Istituto e la procedura viene attivata dal personale sanitario. In questo modo al momento di prenotazione della visita da parte di un paziente sordo, è prenotato contemporaneamente anche un interprete LIS che il giorno e all'orario stabilito sarà disponibile online tramite webcam e monitor del pc. La persona sorda non dovrà quindi preoccuparsi di chiamare un interprete e di portarlo con sé perché se ne occuperà direttamente l'ospedale al momento della prenotazione della visita medica.

Sempre nel corso del 2017 l'istituto ha organizzato l'evento dal titolo "Le Reti oncologiche per la prevenzione, la continuità assistenziale e la qualità delle cure. Il ruolo della sanità digitale".

L'intervento promosso da eSanit@ ha visto la partecipazione di Age.Na.S, Asl Latina, AReS Regione Puglia, DASOE Regione Sicilia, dipartimento della Salute Regione Calabria, Istituto Nazionale Tumori Pascale, IRCCS Oncologico Bari, Sanità Digitale, Regione Basilicata, Aor San Carlo, Asp, Asm ed esperti IT. La costituzione di una rete oncologica risponde a due necessità:

1. l'integrazione di competenze multidisciplinari e professionisti dedicati, essendo oggi trattamenti oncologici sempre più complessi;
2. un'ottimizzazione delle risorse al fine di garantire l'accesso alle cure migliori da parte di tutti i pazienti, essendo oggi le cure oncologiche sempre più costose. La creazione della rete oncologica si pone, dunque, come soluzione ottimale secondo il modello del Comprehensive cancer care network che offre la possibilità di accesso alle cure migliori in modo uniforme sul territorio con un risparmio nella gestione.

Linea progettuale 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE **SVILUPPO ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA**

Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata con DGR 289/2018 : Euro 1.259.816,00

La presente linea progettuale pone le basi sulle indicazioni di cui all'Accordo del 22 novembre 2012 per l'omogenea realizzazione su tutto il 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 nell'ambito territoriale come definite a livello regionale giusta Intesa del 25 luglio 2012. In tale ottica sono previsti interventi di equipe specialistiche multiprofessionali nonché progetti di assistenza individuale (PAI) per pazienti adulti

L'azienda Sanitaria ASP di Potenza con l'azione **3.1 : Impianti a domicilio di PICC e Midline in tutto l'ambito aziendale** - referente aziendale ASP Dr Giovanni Vito Corona- (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto **3.1** -DGR 411/2017) ha continuato, implementando ove necessario, le attività idonee ad eseguire a domicilio del paziente ogni atto terapeutico finalizzato al controllo dei sintomi (idratazione, nutrizione parenterale, emotrasfusioni, terapia del dolore, ecc) mediante l'impianto di devices specifici: PICC (cateteri venosi centrali ad impianto periferico) e i midline. Obiettivo: migliorare la qualità di vita dei pazienti terminali oncologici/non oncologici, ridurre le ospedalizzazioni inappropriate con conseguente sviluppo delle cure domiciliari. In tale ottica l'azienda ha articolato un assetto organizzativo ad hoc con costituzione di PICC team aziendale a carattere multidisciplinare (medici, infermieri, farmacisti sufficientemente efficaci ed efficienti a fronte della domanda di tutti i territori) che offrano a pazienti allettati, con performance status compromesso e indice di Karnosky inferiore a 30, diversi servizi. **ESITI 2017**

Premesso che in data 30/06/2015 è stata approvata la Deliberazione Aziendale ASP n. 2015/00419, di istituzione di un Centro di Formazione Aziendale Permanente NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare) e IVD (Impiantistica Vascolare Domiciliare) con contestuale approvazione delle linee guida aziendali afferenti gli impianti in ospedale e a domicilio dei PICC con previsione di PICC team disseminati nei vari ambiti territoriali. Con la stessa sono state altresì pianificate le seguenti attività:

- 1) Formazione del personale con Corsi specifici anche di carattere universitario ed On the job training;
- 2) Monitoraggio delle procedure determinate dalle linee guida aziendali approvate;
- 3) Allestimento e acquisizione degli strumenti di ultima generazione necessari all'impianto con garanzia di appropriatezza procedurale;
- 4) Coordinamento delle equipe domiciliari (numero ottimale di 3 unità con variabilità legata a condizioni particolari che si possono determinare);
- 5) Prevenzione delle complicità attraverso l'applicazione delle Linee Guida e gestione di eventuali criticità intercorrenti;
- 6) Raccolta ed elaborazione dei dati di attività (numero impianti, indicazioni, patologie, sesso, età, complicazioni, cause espianto, ecc.) che costituiscono fonti provate presentate in consessi scientifici nazionali.

Tenuto conto delle azioni sopra esposte si enumerano nella tabella sottoindicata il numero degli impianti Picc e Midline effettuati nel 2017 registrando un incremento del 76,92% rispetto all'anno precedente.

PICC	137
Midline	277
Agocannula lunga	48
TOTALE DEVICES	462
AMBITI	
VENOSA	288
POTENZA	136
VILLA D'AGRI	38
TOTALE	462

Nel 2016 sono stati trattati in ADI il 4,01% degli over 65 residenti. Nel 2017 si è registrato un incremento della efficacia dell'assistenza territoriale in quanto la percentuale degli over 65 residenti

trattati in ADI è salita al 5,53%. E' Migliorata l'attività medico specialistica che si è tradotta in n. 703 accessi da personale ASP, e n. 6.596 accessi da competenze impegnate AUXILIUM.

Nel 2017 per migliorare il tempo di attesa tra la segnalazione del MMG e la valutazione da parte dell'UVM, nonché tra la valutazione e la presa in carico, è stato confezionato uno specifico standard di prodotto con misurazione certa attraverso precisa ricognizione di fonte cartacea; sono state definite modalità operative concordate con i MMG e con i Medici di Continuità Assistenziale, finalizzate a migliorare la comunicazione interna. E' stata attivata la PEC che ha contribuito allo sviluppo di una forte collaborazione interattiva.

Nel 2017, infine, è stato implementato un nuovo sistema per la gestione dei flussi informativi e per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni eseguite in outsourcing.

E' l'ASM di Matera che ha, nell'area territoriale di competenza, compiuto l' **Azione 3.2: Cure Palliative e Terapia del Dolore: Sviluppo dell'assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica** - Referente aziendale ASM: Dr. V. DENISI , (proseguo attività di cui al progetto 3.2 DGR 411/2017-) e l'**Azione 3.3: Percorso di Cura per Cure Palliative e Terapia del Dolore** - Referenti aziendali ASM - Dott. G. CIAMPO – Dott. F. DIMONA (proseguo delle attività progetto 3.3 DGR 411/2017- FSN Vinc. 2017) - Si dà evidenza che con l'azione (3.2) l'ASM ha

implementato una rete integrata e funzionale delle attività di Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, per la presa in carico in ospedale e a domicilio dei pazienti eleggibili per le cure palliative. Per tutte queste attività sono stati impegnati molteplici operatori sanitari e socio sanitari, nella fattispecie :

- Medici di distretto n.15
- Medici palliativisti n.1
- Medici specialisti n. 3
- Psicologi n. 3
- Infermieri n.20
- Assistenti sociali n.4

Le principali attività svolte hanno riguardato:

- Prescrizione e gestione terapia del dolore (oppioidi)-
- Prescrizione presidi vari- Protocolli per ricovero in Hospice
- Protocolli per dimissione da Hospice e presa in carico dall' ADI
- Educazione sanitaria familiari-
- Sostegno psicologico al paziente e ai familiari
- Protocolli con associazione di volontariato di assistenza
- Implementazione ambulatorio di "Terapia del dolore" presso gli ospedali distrettuali
- Personale dipendente Hospice Stigliano: 1 medico, 5 inf. e 7 OSS
- Prestazioni di ricovero c/o Hospice Stigliano n. 132
- Prest. ambulatoriali totali presso:Ospedale distrettuale Tinchì = 831; Ospedale Distrettuale Stigliano n. 330.

Con la seconda azione, **3.3, Sviluppo dell'Assistenza domiciliare palliativa specialistica nel Percorso di cura x Cure Palliative e terapia del dolore**, l'ASM ha inteso far fronte, tra altro, in ordine di frequenza alle richieste delle prestazioni di Cure Palliative e Terapia del Dolore provenienti da specialisti oncologi e/o oncoematologi, da reparti ospedalieri per pazienti già ricoverati e candidati alla dimissione in ADI, da MMG. Obiettivi primari sono: soddisfare la

domanda del bacino d'utenza, contenere i tempi di attesa in: 24/48 ore per la maggior parte delle prestazioni, in 7 giorni per prestazioni più complesse con impiego della sala operatoria.

Nel corso dell'anno 2017 le principali attività svolte riguardano:

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

Di seguito una tabella riassuntiva:

INDICATORI NUMERICI SULLE ATTIVITA' REALIZZATE NEL CORSO DELL'ANNO 2017	
Descrizione prestazioni effettuate	n.prestazioni
Altra irrigazione di ferita	239
Cateterismo per dialisi	1
Incannulamento CVC	336
Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo	18
Iniezione di farmaci nel canale vertebrale	1
Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia	3
Inf. o iniezione di farmaci	2
Irrigazione di catetere vascolare	136
Manutenzione di C.V.C.(medicazione e irrigazione)	510
Medicazione di catetere venoso centrale	68
Posizionamento fi Port	97
Pulizia di ferita	81

Rimozione di corpo estraneo	162
Visita algologica	143
Visita algologica di controllo	103
Visita anestesiologicala	169
Visita anestesiologicala di controllo	2

Il paziente oncologico, in fase avanzata e terminale, necessita di continuità delle cure sia nel passaggio dalle cure attive a quelle palliative, sia, proprio, in quelle palliative nei diversi setting assistenziali: in particolare in quello residenziale, in Hospice ed in quello domiciliare. Proprio in tale ottica l'**A.O.R. San Carlo Pz** ha svolto l'**Azione 3.4 - Integrazione Hospice -Cure Palliative Domiciliari-** referente aziendale : Dr. M. Ricciuti – (annualità 2017 prosieguo attività progetto 3.3 DGR 411/2017-) per l'attuazione di una piattaforma di integrazione funzionale tra il setting residenziale di Cure Palliative (Hospice dell'A.O.S.Carlo di Potenza) e quello domiciliare (assistenza domiciliare specialistica ADI-ANT distretto di Potenza) tale da creare una continuità di cura dei pazienti presi in carico nella Rete delle Cure Palliative. Si è prevista una comune valutazione e monitoraggio del paziente, soprattutto relativamente ai sintomi, fisici, psichici e spirituali, oggetto proprio delle cure palliative, nonché delle terapie adottate, dei risultati delle stesse e delle loro modificazione in relazione all'andamento dei sintomi.

Di seguito si esplicitano le attività svolte nell'anno di riferimento (2017):

- Condivisione del protocollo di intesa predisposto tra l'azienda Ospedaliera San Carlo e la ASP "Dimissioni protette e continuità delle cure";
- Utilizzo di strumenti utili alla valutazione del paziente (Indice di Karnofsky - scala di valutazione del dolore -scheda di valutazione del rischio delle lesioni da decubito);
- I membri dell'equipe dell'Hospice (medici e infermieri) hanno effettuato prestazioni in affiancamento all'equipe domiciliare, per meglio realizzare la continuità di cura e assicurare interventi specialistici che sono comunemente applicati in Hospice.
- Formazione e affiancamento ai professionisti dell'assistenza domiciliare specialistica ADI-ANT del distretto di Potenza al fine di rendere prestazioni specialistiche a domicilio in pazienti che non potevano afferire al Day-Hospice.

Riepilogo esiti 2017

a)

Indicatore	Numero	%
Numero di pazienti seguiti dalle due equipe (Hospice e Assistenza Specialistica ADI – ANT distretto di Potenza).	90	100% dei pazienti che sono afferiti in Hospice segnalati dall'assistenza domiciliare ADI-ANT
Numero di pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice/numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno.	0	20%
Numero di pubblicazioni su riviste scientifiche o Convegno formativo con la partecipazione delle due equipe	Pubblicazione dal titolo "Quality and caregivers of patient with advanced cancer" Spatuzzi R., Ricciuti M et al. Death studies Dee 2016 Convegno tenutosi il 25.03.2017 di aggiornamento sugli accessi venosi in cure palliative	

b) Ore di attività svolte dal personale interessato

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti medici	2	500	1000
Personale sanitario	10	500	5000

In conclusione gli esiti realizzati hanno riguardato il 100% dei pazienti seguiti dalle due equipe ed il 20% dei pazienti seguiti a domicilio anche dall'equipe dell'Hospice rispetto al numero di pazienti totali ricoverati in Hospice nell'anno .

LINEA PROGETTUALE 4 :

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata: Euro 2.550.287,00

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

<p>PROGETTO: IMPORTO TOTALE assegnato al Progetto 4 a valere sulla quota del FSN VINC. 2017 :</p> <p style="text-align: center;">Euro 2.550.287,00</p>	<p><u>4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</u> Comprendente: Azione 4.1 Piano regionale di prevenzione-annualità 2017 - (di cui del progetto 4 importo FSN Vinc.2017 assegnato: euro 2.537.536,00 Azione 4.2: Piano regionale di prevenzione- Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB- euro 12.751,00</p>
<p>REFERENTE</p>	<p>Dott.ssa G. Cauzillo Dirigente dell'Ufficio Prevenzione Primaria – Dipartimento Politiche della Persona – Regione Basilicata</p>

COSTO TOTALE PROGETTO	Euro 2.550.287,00
QUOTA EVENTUALE CARICO REGIONE	Euro 0,00

LINEA PROGETTUALE 4.- Azione 4.1 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (annualità 2017)

Con Delibere 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.

Difatti il Piano Regionale della Prevenzione vigente (di seguito PRP) contempla i programmi: Guadagnare Salute Basilicata, che è articolato per Setting (“Setting Scuola”, “Setting Ambienti di Lavoro”, “Setting Comunità”) e comprende anche progettualità dedicate al genere femminile (“Guadagnare Salute Programma Donna”); Screening audiologico e oftalmologico neonatali; Salute e Lavoro, Ambiente e Salute; Prevenzione delle Malattie Infettive, oltre che specifici programmi inerenti alla Sicurezza Alimentare e alla Sanità Pubblica Veterinaria.

L’attuale PRP prevede tra l’altro attività di comunicazione sociale di promozione della salute.

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

Si rappresenta di seguito ciò che è stato realizzato al 2017.

Il Programma “Guadagnare Salute” – Setting Scuola ha rappresentato una delle pianificazioni che ha trovato il più ampio riscontro inter-istituzionale, infatti superiore all’atteso è stata l’adesione degli istituti scolastici alla “Rete Lucana delle Scuole che promuovono la Salute” e la partecipazione di operatori sanitari e scolastici ai percorsi formativi organizzati per la costruzione della rete e per la condivisione delle “buone pratiche” da perseguire per le finalità del Programma. Il modello di approccio intersettoriale e multicomponente è stato pienamente condiviso da tutti gli attori del processo coinvolti, che hanno, tra l’altro, maturato una forte attitudine alla programmazione partecipata.

Riguardo al Programma “Guadagnare Salute” – Setting Ambienti di Lavoro è stata avviata una collaborazione con l’Università degli Studi di Basilicata grazie alla quale sarà possibile, anche con l’interessamento delle Aziende Sanitarie, estendere le attività per la promozione degli stili di vita salutari all’ambiente di lavoro universitario, che per la sua eterogeneità rappresenta una platea privilegiata sia per implementare l’osservazione dei comportamenti a rischio che per diffondere la cultura della salute intesa come benessere psico-fisico.

Nell’ambito del Setting Comunità diverse sono state le attività messe in campo per il contrasto alla violenza di genere, azione/progetto che la Regione Basilicata ha voluto inserire nel Piano per la nota contingenza del tema, sostenuto sia nel 2016 che nel 2017 da eventi informativi capillari. Nell’ambito dello stesso setting è stata implementata e valorizzata come previsto l’attività dei Consulenti Familiari, che hanno tra l’altro supportato l’attività delle Aziende Sanitarie per temi quali la prevenzione degli incidenti domestici e stradali e delle infezioni da HIV e HPV. Per azioni/progetti - quali la “valutazione dell’impatto delle disuguaglianze sociali su stili di vita e comportamenti a rischio” e la “riduzione di “disagio mentale e dipendenze” - è stato rimandato agli anni 2018-2019 il raggiungimento di obiettivi e standard fissati; mentre ai fini della “promozione dell’invecchiamento attivo” - e non solo - la Regione Basilicata ha ritenuto opportuno dotarsi nel 2017 di una propria legge finalizzata a prevenire processi invalidanti, fisici e psicologici, e a migliorare la salute e il benessere delle persone anziane.

Circa il Programma “Guadagnare Salute Donna”, nell’ambito dell’azione/progetto inerente al “management del diabete gestazionale” sono stati istituiti ambulatori dedicati, con compiti di sensibilizzazione, informazione, formazione della gestante e follow-up pre e post partum, con richiamo pro-attivo, e per quanto riguarda la “prevenzione secondaria del cervico-carcinoma con il

test HPV-DNA”, è stata confermata la validità del protocollo in essere. Circa l’azione/progetto di “valutazione del rischio eredo-familiare dei tumori della mammella”, la sua realizzazione è stata rimandata agli anni 2018-2019”.

Per la parte di Piano “Guadagnare Salute – Comunicare la Salute”, tutti gli interventi per tematiche e setting sono stati programmati sulla base degli indirizzi regionali, con specifica calendarizzazione, mentre le attività di “counselling motivazionale breve”, per la promozione della salute nei setting opportunistici, sono state rimodulate al fine di realizzarle negli anni 2018-2019.

Per quanto riguarda il Programma “Salute e Lavoro”, sono stati individuati i referenti aziendali dei sistemi informativi attinenti, di cui è stata prevista la piena messa a regime entro l’anno di proroga del Piano, e sono state avviate le attività di informatizzazione dei dati di bonifica e smaltimento dei materiali contenenti amianto ai sensi della specifica Intesa Stato-Regioni. Nell’ambito dello stesso Programma è stato rimandato alle successive annualità 2018-2019 il raggiungimento degli obiettivi attesi per quanto concerne i progetti relativi alla prevenzione dello stress lavoro-correlato e dei rischi lavorativi per l’apparato muscolo-scheletrico. Allo stesso modo è stata rimodulata la definizione delle linee guida per la valutazione del rischio rumore per attività a livello di esposizione molto variabili, sebbene già si disponga di strumenti utili a coadiuvare in tale valutazione personale di vigilanza e aziende, strumenti che, comunque, saranno eventualmente sottoposti a revisione/aggiornamento nelle predette annualità. Inoltre sono state posticipate al 2018-2019 anche le attività afferenti alla parte di Programma sui cancerogeni occupazionali.

Si evidenzia per il Programma “Ambiente e Salute” la rimodulazione in un’unica azione/progetto delle attività relative alla ridefinizione delle problematiche sanitarie attribuibili ad inquinamento ambientale, allo sviluppo di metodologie utili alla valutazione preventiva degli impatti sulla salute di modifiche ambientali, per il miglioramento della qualità delle matrici, e all’impatto sulla salute di “aree critiche”, in cui si contemplano anche attività di formazione di operatori sanitari e tecnici ARPAB e di comunicazione del rischio. L’implementazione e la messa a regime dei programmi di controllo in materia di REACH e CLP è stata rimandata agli anni 2018-2019 per la necessità preventiva di riorganizzare/riplanificare tali attività in funzione delle risorse umane e strumentali disponibili.

In merito alla “Prevenzione delle malattie infettive”, si segnalano i miglioramenti di tutte le coperture vaccinali, ivi compresa la copertura vaccinale anti-influenzale nella popolazione anziana, che rimane comunque una criticità rispetto all’obiettivo atteso. Si segnala altresì la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato alla malattia tubercolare, formato da Regione e Servizi ospedalieri e territoriali, con il compito di adottare un piano triennale di sorveglianza e promozione condiviso da tutti gli attori, da revisionare periodicamente, di definire un programma annuale di attività, compreso l’aggiornamento del personale, oltre che di adottare uno specifico PDTA. Per questo Programma, è stato rimodulato per tempistica la definizione/adozione del piano regionale per la preparazione e risposta alle emergenze infettive, di cui si prevede la piena attuazione negli anni 2018-2019 ed è stata sostituita la parte di Programma dedicata alla popolazione immigrata, al fine di mettere a sistema/implementare la profilassi immunitaria e la sorveglianza di eventi che possano specificatamente interessare il target, prevedendo il coinvolgimento di tutte le istituzioni/associazioni interessate ai flussi migratori.

Per quanto riguarda la sezione relativa alla “Sicurezza alimentare e alla sanità pubblica e veterinaria”, le attività previste sono state svolte coerentemente con gli obiettivi fissati, pur essendo stata necessaria, in alcuni casi specifici, la rimodulazione degli indicatori sentinella. Nel dettaglio, per il programma sul “Piano regionale dei controlli”, particolare attenzione è stata posta sull’integrazione multidisciplinare ed interdipartimentale con la stesura di un protocollo d’intesa, al

fine di consentire anche l'integrazione tra i laboratori ufficiali per la sicurezza alimentare e la sanità animale ed i laboratori di diagnostica umana.

In merito alla "dematerializzazione della ricetta veterinaria", che assicura la prevenzione della salute umana attraverso il controllo dell'ingresso in catena dei residui di farmaci veterinari, è partita la fase sperimentale con i primi incontri formativi.

Il Programma di "Prevenzione del randagismo" ha richiesto una rimodulazione in merito al numero di controlli sui cani di proprietà al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di Piano fissati, con l'inserimento di una specifica azione per l'aumento di cani iscritti nell'anagrafe canina.

Per la "Prevenzione delle malattie connesse al consumo di alimenti – sicurezza nutrizionale", il Programma prevedeva l'organizzazione di percorsi formativi destinati agli OSA per la diffusione delle informazioni relative alle diverse intolleranze alimentari; tali corsi sono stati sostituiti con un'informazione diretta sugli OSA oggetto di controllo ufficiale. La stessa variazione si è resa necessaria per il controllo dell'utilizzo del sale iodato, che viene effettuato anch'esso contestualmente alle attività ordinarie di controllo ufficiale.

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

Si fa presente infine che con DGR n. 723/2018, già trasmessa come dovuto al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, la Regione Basilicata ha recepito l'Intesa Stato-Regioni concernente la proroga al 31/12/2019 del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 ed approvato la rimodulazione dei programmi del Piano regionale, corredata del set degli indicatori sentinella per Programma, in riferimento allo stato di avanzamento al 2017 e alla rimodulazione e proroga del Piano.

Riguardo all' "Azione 4.2" inerente allo svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM e NIEPB a fine 2017 è pervenuto a tutte le Regioni una bozza di progetto concordato tra Regioni e referenti dei tre Network da adottare successivamente entro il 2019.

In Basilicata è presente un Registro Tumori Regionale istituito dalla Regione, affidato al CROB 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 e 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 ha portato alla costruzione della banca dati dei casi prevalenti (fondamentale per identificare i casi incidenti). Al febbraio 2018, presso la UOC Epidemiologia, Biostatistica e Registro Tumori Regionali, risultano operare 3 persone (Direttore e due coadiutori amministrativi). 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.

L'attività svolta ha portato alla costruzione di database che raccoglie dati su base regionale a partire dal 2005 e la pubblicazione dei dati fino al 2014 fa del Registro Tumori di Basilicata uno dei più aggiornati a livello nazionale. 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.

Linea progettuale 5

GESTIONE DELLE CRONICITA'

Modelli Avanzati di gestione delle malattie Croniche

Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza

Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata con DGR 289/2018 :

Euro 6.117.258,00

In Italia è ormai consolidata la consapevolezza che, affrontare la CRONICITÀ e quindi contrastare la storia naturale della malattia, richiede lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti e dei servizi per la definizione e la gestione di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi centrati sui bisogni della persona. A supporto di una concreta individuazione dei PDTA concorrono diversi modelli teorici di riferimento, tra cui: il Disease Management, il Chronic Care Model (CCM) e la Clinical Governance, applicabili per lo sviluppo di modalità organizzative di lavoro in rete atte al superamento dell'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (ospedale - territorio) e per l'individuazione di strumenti utili per massimizzare le loro potenzialità. Priorità crescente nella programmazione degli interventi sanitari è la presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente, con essa una valutazione multidimensionale dei bisogni crescenti e sempre più complessi unitamente alla formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale debitamente strutturato in un Piano Individuale di Assistenza (PAI), finalizzato a tutelare la dignità della persona, Sociosanitario Integrato con previsioni di trattamenti da effettuarsi c/o il domicilio della persona, o laddove non sia possibile (condizioni cliniche, ambientali, familiari) presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale.

Il SSR Basilicata per il governo della "CRONICITA'" ha inteso sviluppare/incrementare nuove modalità assistenziali, con azione integrata dei professionisti e dei servizi per la definizione e la gestione condivisa dei Percorsi Diagnostico Terapeutici centrati sui bisogni della persona, unitamente a modalità organizzative di lavoro in Rete (modello Chronic Care Model).

Per il superamento delle difficoltà proprie del sistema unitario Ospedale-Territorio la regione, proseguendo quanto intrapreso/ compiuto negli anni precedenti (utilizzo FSN Vincolati 2013/2016) ha per l'anno 2017, ai fini del perseguimento di risultati efficaci ed efficienti che meglio si consolidano in un lasso di tempo di lungo periodo, messo in atto diverse azioni con il **Progetto 5: GESTIONE DELLA CRONICITA'- Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche ed Assistenza alle persone in condizione di fragilità** come riassunto nella tabella seguente e di cui di seguito si dà corretta evidenza di quanto attuato nell'anno congiuntamente ai risultati raggiunti

<p>TOTALE Importo Assegnato al PROGETTO 5 a valere sulla quota del FSN VINC. Anno 2017:</p> <p>Euro 6.117.258,00</p> <p>*****</p> <p>REFERENTE REGIONALE</p>	<p>-Azione 5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione (ASP) -Quota FSN VINC.2017 progetto 5 assegnato all'azione: euro 230.505,00</p> <p>-Azione 5.18: Unità di Valutazione geriatrica ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano (AOR San Carlo di Pz)- Quota FSN VINC.2017 di cui al progetto 5 assegnato all'azione: euro 165.159,00</p> <p><u>Azione 5.19 :</u></p> <p>-Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-(ASP)Quota Importo FSN VINC.2017progetto 5 assegnato all'azione: euro 223.069,00</p> <p>*****</p> <p>Dott. Giuseppe Montagano; Dott.ssa ZULLO Maria Luisa; dr.ssa Rocchina Giacoia – -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata</p>
<p>Costo Complessivo Progetto 5 GESTIONE DELLA CRONICITA'</p>	<p>Euro 6.117.258,00</p>
<p>Quota a carico regione</p>	<p>Euro 0,00</p>

Sulla base del quadro definito dal Piano Regionale Integrato della Salute e della Comunità e dei Servizi alla persona ed alla comunità 2012 – 2015 e dall'Accordo tra Regione Basilicata e Medicina Generale, con debito conto del contesto territoriale e delle iniziative già poste in essere dai Direttori di Distretto con la istituzione di alcune Equipes Territoriali della Medicina Generale, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza con l'azione 5.1 **Sperimentazione in tema di Management delle Malattie Croniche con MMMMG e PPLLSS**, - referente aziendale Dr. Massimo De Fino- (proseguo annualità 2017 azione progetto 5.1 -DGR 411/207) ha posto tra gli obiettivi strategici l'estensione di una "sanità d'iniziativa" quale modello assistenziale che , integrando quello classico della "medicina d'attesa" disegnato sulle malattie acute, intercetti il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi e, ancora, che gestisca la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso con garanzia al paziente di un miglioramento della qualità di vita con interventi adeguati e differenziati giusto livello di rischio. Tutto nel rispetto del 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. L'ASP, da qualche anno, ha avviato "la medicina d'iniziativa" con un progetto pilota che ha interessato i MMG e i PLS che ha visto la formazione di una o più Equipes Territoriali della Medicina Generale e/o Equipes Semi-Strutturate già presenti in alcuni Distretti della Salute (ex USIB) ed in particolare in quello di Lauria ed in quello di Senise. Primo obiettivo per tutti i medici di Assistenza Primaria è stata l'adozione delle Classi di Priorità e dei Percorsi Diagnostici-Terapeutici definiti dalla Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva. Si sono attivate alcune sperimentazioni di Nuclei di Cure Primarie (**tre AMO – Ambulatori Medici Orientati e un ambulatorio codici bianchi**). La necessaria integrazione ospedale/territorio nei processi di prevenzione e cura, nonché dei percorsi di assistenza, ha richiesto attività di sensibilizzazione con i MMG e lo spostamento

materiale degli studi medici nelle strutture distrettuali, sia ospedaliere che ambulatoriali. Ciò è già avvenuto nei Comuni di Trecchina, Rivello, Rotonda, Senise, Maratea, Chiaromonte e parzialmente a Lauria. Nel corso dell'anno 2017 sono state attive le seguenti Equipres Territoriali e Semistrutturali:

Equipe funzionale Lagonegro

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

Equipe funzionale Valle del Mercure

- Dott. ssa Caputo Rita – MMG - Coordinatore;
- Dott. Palazzo Emidio – MMG;

Equipe Biagio Maria Alberti e Terme Latronico

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

Equipe Humanitas

- Dott. Di Filippo Antonio – MMG;
- Dott. Di Lascio Angelo - MMG;
- Dott. Larocca Conte Giacomo – MMG;
- Dott. Glosa Biagio- MMG.

Equipe semistrutturale - Nuova dimensione medica -

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

Equipe semistrutturale – Valle del Noce-

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

La partecipazione a dette equipres richiede a ciascun professionista l'accettazione della logica interprofessionale e la disponibilità all'integrazione e prevede la corresponsione di una remunerazione unitamente ad una organizzazione funzionale aziendale.

Nel corso della sperimentazione i MMG (**Attività Equipes**) hanno svolto le seguenti attività qualificanti quantificabili e misurabili:

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

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

Temi trattati nelle riunioni di equipes:

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

AMO IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO

Con la D.G.R. n. 418 del 28 marzo 2007 è stato approvato il protocollo attuativo della rete regionale per lo scompenso cardiaco. Il progetto ha previsto per l'anno 2017:

- La completa funzionalità degli ambulatori anche con riferimento al trattamento dello S.C, ambulatori che devono essere dotati degli spazi e delle attrezzature per il regolare svolgimento delle attività, nonché del personale infermieristico e di supporto alla attività dei Dirigenti Medici responsabili;
- L'assistenza in ADI ai pazienti con SC, in comune accordo con i MMG che restano i coordinatori clinici dei pazienti;
- La 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;
- La 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 2017

Nell'ambito territoriale di Lagonegro, come in Basilicata, le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morbi-mortalità, per cui è utile e necessario:

- condividere il programma regionale che prevede il coinvolgimento dei MMG per la somministrazione della Carta del Rischio cardiovascolare Assoluto dell'Istituto Superiore di Sanità alla popolazione residente in età compresa tra i 35 e i 69 anni,
- il monitoraggio dei soggetti a rischio. E' stato definito un piano attuativo degli obiettivi già fissati con la DGR n.1713/2006 che vede coinvolti tutti gli attori previsti: MMG, Specialisti

Territoriali, Responsabili dei Distretti, Responsabile delle Cure Primarie, Responsabile del Dipartimento di Prevenzione. Sono state realizzate le attività formative promosse dalla Regione Basilicata a favore dei MMG.

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

ANNO 2017 IPERTENSIONE E SCOMPENSO CARDIACO ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (Lauria e Senise	
descrizione prestazione	numero
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	239
Ecocardiografia	72
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	102
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	394
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Arteriosa	68
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Venosa	141
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Arteriosa	5
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Venosa	9
Visita angiologica	156
Visita angiologica di controllo	256
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	171
Ecocardiografia	117
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	106
ELETTROCARDIOGRAMMA	1.025
Visita cardiologica	557
Visita cardiologica di controllo	167
Visita internistica	27
Visita internistica di controllo	15
Totale	3.627

AMO BPCO

L'attività è svolta da specifici ambulatori per BPCO collegati con la U.O. di Bronco-pneumologia del PSA di Lagonegro che ha messo a disposizione un Day Service in Pneumologia per pazienti affetti da : Asma, Insufficienza Respiratoria Cronica e BPCO stadio III – IV.

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

Tra gli obiettivi si ricordano:

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

TABELLA PRESTAZIONI EROGABILI

PATOLOGIA	CODICE	PRESTAZIONI EROGABILI
ASMA	007.4 93	Visita Pneumologica – Emocromo – IgE specifiche – prelievo sangue venoso– Test per cutanei a lettura immediata – Rx torace – Ecocardio – ECG –
INSUFF. RESP. CRONICA	024.5 18.81	Visita Pneumologica– ALT – AST –K - Teofillina – Esame urine - Emocromo – EGA – prelievo sangue arterioso e/o venoso – Test per cutanei a lettura immediata – Rx torace – Ecocardio – ECG – Spirometria globale – Esercizi respiratori (93.18.1 – 93.99)
BPCO STADIO III – IV		Visita Pneumologica – ALT – AST – K Teofillina – Esame urine - Emocromo – EGA – prelievo sangue arterioso e/o venoso – Rx torace – Ecocardio – ECG – Spirometria globale – Esercizi respiratori (93.18.1 – 93.99)

ANNO 2017 BPCO ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (Lauria e Senise)

Descrizione prestazione	N
DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	54
EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	321
MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	1
PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	150
SPIROMETRIA GLOBALE	144
SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	8
SPIROMETRIA SEMPLICE	739
TEST DEL CAMMINO	8
TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	4
VISITA PNEUMOLOGICA	801
VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO	436
Totale	2.666

AMO DIABETE

Nel corso dell'anno 2017 sono continuate le azioni propedeutiche all'attivazione **dell'Ambulatorio multidisciplinare del piede diabetico di I° livello**. Il progetto rientra nell'ambito della delibera regionale "Approvazione protocollo attuativo per la gestione in rete integrata Ospedale-Territorio della malattia diabetica". L'ambulatorio ha provveduto, in via sperimentale, anche all'applicazione dei microinfusori per i pazienti affetti da diabete giovanile del Tipo 1. Per quanto concerne il **Day service di Senise**, questa rappresenta a livello regionale l'unica esperienza attualmente eseguita in Regione di gestione integrata del diabete.

ANNO 2017 DIABETE ATTIVITA' DISTRETTUALE DI RIFERIMENTO (Lauria e Senise)	
DESCRIZIONE PRESTAZIONE	N. PRESTAZIONI
ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	1
CONSULTO DI DOCUMENTAZIONE CLINICA	957
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - ARTERIOSA	711
ELETTROCARDIOGRAMMA	25
ESAME DEL FUNDUS OCULI	107
GLUCOSIO [S]	4
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	4
VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	671
VISITA DIABETOLOGICA	739
VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO	2.030
TOTALE	5.249

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



b) Assistenza coordinata e prolungata a tutta la popolazione, prevalentemente, quella iscritta ai medici in associazione per motivi di indifferibilità clinica o burocratica dell'assistenza, nelle 12 ore.

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

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

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

Vi è da dire inoltre che negli ultimi anni le azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa hanno quasi sempre previsto un incremento dell'offerta di prestazioni quale risposta ad una domanda sempre crescente che necessariamente occorre governare.

Il processo di governo della domanda vede la sua attuazione

1. con la gestione delle prenotazioni per classi di priorità: con D.G.R. n. 1896 del 28/12/2007, avente ad oggetto “*Piano attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006\2008: approvazione del documento "Manuale classi di priorità"*”, si sono stabiliti i criteri di accesso alle prestazioni per priorità clinica e/o urgenza classificando le prestazioni ambulatoriali per tipologia, ossia visite specialistiche, esami strumentali e diagnostica per immagini. Il tutto in ossequio alla normativa nazionale, recepita a livello regionale.
2. attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva: un vero e proprio cambiamento culturale che, ormai avviato, ha interessato tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti a tutte le strutture erogatrici, oltre che i sistemi di prenotazione CUP, con l'obiettivo prioritario di garantire la riduzione della domanda inappropriata.

c) Incremento delle ore di contattabilità del singolo medico in associazione, anche attraverso il servizio di segreteria del NCP, per l'eventuale domiciliarità non inferiore alle due ore giornaliere dal lunedì al venerdì.

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

d) Attività di ciascun medico partecipante al progetto, senza la presenza del paziente, di tipo epidemiologico con valutazione e flusso di dati , organizzativa, programmatica e di formazione e ricerca, inerente alle attività del progetto sperimentale e di ogni singola attività anche decisa a livello aziendale, in rete con i sistemi informativi aziendali.

Tutte le Equipe si riuniscono con cadenza almeno semestrale (numero minimo da raggiungere 6 riunioni l'anno) al fine della valutazione dell'andamento del progetto in tutte le sue fasi.

In particolare viene effettuato un lavoro epidemiologico di raccolta, revisione, classificazione ed eventuale comunicazione di dati riguardanti singoli cittadini o gruppi di pazienti, sia per l'attività tradizionale, sia per quella dedicata ai singoli AMO, o a programmi di educazione sanitaria o prevenzione;

Il 50% dei medici, inoltre appartenente ad una Coop Medica che fornisce agli stessi aderenti un sistema informativo datawarehouse, permette agli stessi lo scambio informatico di informazioni e la partecipazione ai sistemi informativi di raccolta dati e fornitura di servizi in rete con l'ASP.

e) Formazione.

Sono stati realizzati tra l'altro i seguenti corsi a cui hanno preso parte anche i MMG:

- Corso su "Governare clinico e prevenzione del rischio: strategie di formazione contro una dilagante medicina difensiva"
- Corso "Le emergenze diabetiche"
- Corso "La medicina di genere".

Sempre nel corso del 2017 l'azienda sanitaria ASM di Matera, con l'Azione 5.2: Attività di Assistenza Primaria e Assistenza Territoriale Integrata - (anche in prosieguo delle attività di cui al progetto 5.2 - DGR 411/2017 FSN Vinc. 2016-) - referente aziendale dr De Nisi - ha continuato/integrando ove necessario le azioni per la presa in carico dei pazienti con malattie croniche attraverso:

- l'organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche al fine di garantire la continuità delle cure mediante gestione integrata del pz. da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri con attivazione percorso per n. 3 patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco ipertensione arteriosa) gestite secondo il Chronic Care Model (gestione di 50 pazienti per ogni patologia), fra MMG e medici ospedale di Tricarico;
- l'organizzazione di attività per apertura Casa della Salute e Medicina di gruppo c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico.

Attività svolte nel corso dell'anno

Presa in carico di 50 pazienti -La presa in carico dei pazienti con malattie croniche_ si è tradotta nell'organizzazione di una rete tra le strutture specialistiche al fine di garantire la continuità delle cure mediante gestione integrata del pz. da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri.

In particolar modo, sono state organizzate molteplici attività sinergiche per l'apertura Casa della Salute e Medicina di gruppo c/o Ospedale Distrettuale di Tricarico.

Dal punto di vista operativo, ai pazienti presi in carico, ma anche a quelli occasionali, è stato garantito l'accesso privilegiato per le prestazioni specialistiche che sono di seguito elencate:

- Prestazioni di laboratorio per paz.cronici: n.285 paz.
- Prestazioni di radiologia per paz.cronici: n.210 paz.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali per pazienti cronici:

- Cure palliative : n. 12 paz.; Urologia : n.73 paz.
- Visite e prestazioni cardiologiche : n.234 paz.;
- Angiologia (doppler arterioso): n.35 paz. - Endocrinologia : 178 paz.
- Gastroenterologia/Endoscopia : 286 paz.
- Medicina fisica e riabilitazione : 165 paz. - Neurologia : 142 paz.
- Oculistica : 112 paz. - Oncologia : 8 paz. - Ortopedia : 78 paz.

- Otorinolaringoiatria : 45 paz. - Pneumologia : 48 paz. - Psichiatria : n. 64 paz.
- Ricoveri per riacutizzazioni paz. Cronici: n.68 paz. In Lungodegenza Medica
- Dimissioni domiciliari protette pazienti Patologie croniche: n. 84 da UO Lungodegenza Medica e UO di Riabilitazione
- Dimissioni/accettazione RSA da parte UVMD: n.98 pazienti/ospiti.

Le attività in favore dei pazienti in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza, con n. 5 posti letto cod.60 dell'Ospedale di Tricarico, ha registrato per l'anno 2017 la seguente attività: • n.10 pazienti dimessi Lungodegenza Medica con 139 dimessi, 4878 giornate di degenza.

Riguardo alla gestione CRONICITÀ ed in specifico delle DEMENZE l'azienda ASM di Matera, con l'azione 5.3 : **Sperimentazione di una Rete dei Servizi per le Malattie Croniche- Ambulatorio per le Demenze-** referente aziendale Dr. Grieco- (anche in prosieguo del progetto 5.3 DGR 411/2017), ha continuato, nel corso del 2017, la sperimentazione di una Rete dei Servizi per la cura delle Malattie Croniche con l'utilizzo di un ambulatorio dedicato per la cura e il trattamento delle demenze presso la U.O. di Neurologia al fine della presa in carico multidisciplinare del 100% degli utenti con problemi di memoria e disturbi comportamentali. Sono state interessate al progetto diverse unità operative della ASM, con il coinvolgimento soprattutto di medici, psicologi e personale del comparto delle divisioni di Neurologia , Medicina, Psicologia e Fisiatria.

Sono state svolte molteplici attività sanitarie:

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

Riguardo all'azione 5.4 : Approccio Multidisciplinare alla Sclerosi Multipla Miglioramento dei percorsi Assistenziali attuata nel corso del 2017 dall'azienda ASM - referente aziendale Dr.ssa Coniglio - (anche in prosieguo del progetto 5.4 DGR 411/2017) si sono continuate/accreciute le attività per il miglioramento dei percorsi assistenziali per l'approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla. Con la partecipazione di diverse unità operative dell'ASM, soprattutto medici e personale del comparto delle divisioni di Neurologia , Medicina e Urologia, durante l'anno sono state svolte le seguenti attività di ricovero e prestazioni sanitarie varie (riunioni, studio casi, visite, prestazioni ambulatoriali, somministrazione farmaci). Di seguito è riassunto il lavoro svolto:

- Prestazioni di ricovero x pz. Affetti da Sclerosi Multipla DRG 012 n. 16 ; DRG 561 n. 5; - DRG 013 n. 28 ;

- Visite neurologiche totali n. 1668
- Visite urodinamiche n. 14;
- Ecografie vescicali n. 14;
- Stimolazione del nervo tibiale posteriore n.12;
- Addestramento autocateterismo n. 1
- Riunioni di équipe per definizione e monitoraggio percorsi e per studio casi n. 5

E' sempre l'azienda ASM di Matera che con l' **Azione 5.5: Attivazione Day service secondo il Chronic Care Model** -referente aziendale dr V. CILLA- ha, proseguito ed implementato quanto già sviluppato in ambito territoriale, negli anni precedenti (progetto-azione 5.5 DGR 1517/2016). E' stato consolidato il Day Service, quale modalità assistenziale ambulatoriale per il trattamento di cittadini affetti da patologie croniche che non richiedono sorveglianze medico-infermieristiche prolungate, in alternativa al ricovero ordinario e al day hospital.

Il modello seguito è stato quello della “*sanità d’iniziativa*” detta anche “*proattiva*”. In questo modo gli infermieri distrettuali, periodicamente, hanno contattato telefonicamente i cittadini affetti da malattie croniche presso i loro domicili al fine di monitorare il loro stato di salute. In tal modo si è consolidato lo spostamento del baricentro dell’assistenza dall’ Ospedale al Territorio, con conseguente incremento del sostegno ai cittadini bisognevoli di cure, presso il proprio domicilio.

Principali attività svolte nel 2017:

- organizzazione di teams multidisciplinari e multiprofessionali in grado di offrire prestazioni integrate sul territorio;
- Monitoraggio dello stato di salute dei pz. affetti da malattie croniche, tramite contatti telefonici, periodici, da parte degli infermieri distrettuali
- Rafforzamento e consequenzialità tra gli aspetti organizzativi e ed operativi delle attività ricolte ai pazienti;
- Incremento delle ore di continuità assistenziale, utilizzando il plus orario dei MCA, per assistere a domicilio i pazienti scompensati, con conseguente offerta di soluzioni di assistenza sul territorio alternative al ricovero;
- Stesura, condivisione e applicazione di percorsi condivisi, tra operatori territoriali e ospedalieri, al fine di dare risposte adeguate a problemi complessi come la cura delle malattie croniche;
- Programmazione ed attuazione di interventi di formazione rivolti agli operatori dei servizi interessati.
- Valutazione e verifica del miglioramento delle attività di assistenza erogate sul territorio e dell’ integrazione/intensificazione dei rapporti tra gli operatori Ospedale e Territorio, oltre che del minor ricorso al ricovero ospedaliero per queste patologie croniche.
(Sono stati presi in considerazione, tra gli altri indicatori, i DRG relativi alle malattie croniche, quali, lo Scompenso cardiaco (classi di età 50 -74), il Diabete (classi di età 20-74) e la BPCO (classi di età 50-74). Anche se non sono disponibili i dati di mobilità passiva anno 2017, i dati di ricovero per queste patologie presso gli ospedali della nostra Azienda sono diminuiti;

Nell’ottica dell’integrazione delle attività sanitarie tra Ospedale e territorio, con il nuovo Atto aziendale (del. n° 773 del 19.05.2015, l’ Azienda ha accorpato l’Ospedale al Territorio dotandosi di un unico Dipartimento, denominato “Integrazione Ospedale-Territorio”.

E' dell'ASP di Potenza l' **azione 5.6** inserita nel Progetto 5 CRONICITA' : **“Sostegno all'isolamento delle famiglie di bambini con malattia cronica grave e/o inguaribile”** – referente aziendale dr Rocco Orofino - che nell'anno 2017 grazie ai suoi molteplici obiettivi ha inteso dare la possibilità, a tutte le famiglie dei bambini affetti da malattie croniche gravi ed inguaribili, del territorio aziendale di: avere occasioni di ascolto, incontro e condivisione dei problemi; contenere le conflittualità che possono generarsi nell'ambito della coppia, della famiglia, del lavoro e della rete parentale; presa in carico dei minori malati cronici; favorire l' empowerment dei genitori aiutandoli ad acquisire consapevolezza ed informazioni; offrire agli operatori gli strumenti conoscitivi per gestire un gruppo di autoaiuto con coinvolgimento del volontariato in un progetto comune.

Nell'anno 2017 sono stati seguiti 40 bambini affetti da malattie croniche gravi.

Di seguito si espongono le attività realizzate:

- 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 automutuoaiuto 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
- 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

1. *N° di genitori che aderiscono ai gruppi/ N° totale dei genitori seguiti in cure palliative pediatriche domiciliari,*
Su 34 famiglie in carico hanno aderito 22 coppie genitoriali ai gruppi di automutuoaiuto
2. *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.
3. *N° di operatori che aderiscono al progetto.*
Al progetto hanno aderito 10 operatori

Indicatori qualitativi

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

Inserita nel **Progetto 5 CRONICITA'** è l' **Azione 5.7: " La presa in carico efficace" la risposta riabilitativa sul territorio e a domicilio** (in continuità del progetto-azione 5.7 DGR 411/2017) attuata dall'azienda ASM di Matera - referenti aziendali: dr. Cilla e dr. Di Candia- con lo scopo di garantire la continuità assistenziale nella presa in carico riabilitativa dall'Ospedale al Territorio dei soggetti dimessi dal P.O. di Matera affetti da Ictus, Sclerosi Multipla, Neoplasia Mammaria ed arruolati nel progetto. Nel corso del 2017 si è consolidata la continuità della presa in carico riabilitativo dall'Ospedale al Territorio. Si è implementato il sistema informatizzato per il monitoraggio del percorso riabilitativo. Si è garantita la corrispondenza tra i bisogni riabilitativi espressi dalle persone inserite nelle strutture riabilitative territoriali e il trattamento effettivamente loro erogato.

E' stato implementato il sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo tramite l'utilizzo della classificazione internazionale ICF per le persone affette dalle seguenti patologie: ictus, sclerosi multipla e neoplasie mammarie.

ESITI

Il Numero persone dimesse dal P.O. di Matera e affette dalle patologie sopraindicate sono state 150 circa di cui 120 (l' 80%) di persone dimesse dalla fase acuta sono state arruolate nel progetto. Si è rilevata una variazione positiva degli score ottenuti attraverso scale/ strumenti di misurazione validati, somministrati al momento della dimissione dalla fase acuta e al raggiungimento della massima autonomia e partecipazione raggiunta dalla persona.

Per quanto riguarda la sclerosi multipla, si tratta di una patologia per la quale, una volta diagnosticata, viene gestita nel territorio.

Sicuramente, dalle osservazioni effettuate, si può affermare che, rispetto alla situazioni di partenza, le persone interessate, hanno implementato, almeno del 50%, la propria autonomia e la partecipazione agli eventi alla vita quotidiana.

Per quanto riguarda il sistema informatizzato, dotato di strumenti di individuazione delle persone affette da tali patologie, è in via di implementazione.

Il team multidisciplinare è costituito dal medico fisiatra, dal medico ospedaliero e dal tecnico della riabilitazione (fisioterapista e/o logopedista).

Studio, valutazione e somministrazione di test di misurazione delle funzioni motorie e cognitive da parte del medico fisiatra e fisioterapisti e logopedisti per un totale di 24 ore settimanali per ogni operatore interessato.

Attività di studio dei casi, analisi - presa in carico e stesura, condivisione e monitoraggio protocolli organizzativi e operativi all'interno dell'equipe multidisciplinare (medico, fisioterapista e logopedista e coordinatrice att. riab.) 2 ore settimanali cadauno

Per la individuazione delle persone dimesse, sono stati fatti Protocolli operativi con le UU.OO ospedaliere interessate. Tali accordi prevedono, tra l'altro, che la dimissione sia effettuata da parte del team di riabilitazione, responsabile anche della presa in carico e del monitoraggio del percorso e Per la presa in carico riabilitativa sul territorio in fase estensiva sono stati elaborati protocolli organizzativi ed operativi con le strutture estensive presenti sul territorio degli outcome.

Anche l'**Azione 5.8 : "La presa in carico efficace" il percorso riabilitativo integrato ospedale territorio nel paziente affetto da insufficienza respiratoria** realizzata dall'azienda Sanitaria di Matera -responsabili aziendali: dr. N. Annese , dr.ssa F.Gallo Ass. San. A. Staffieri- (proseguo azione 5.8 DGR 411/2017), nell'anno 2017 si è esplicitata avendo ad obiettivi: definizione ed adozione di Percorsi Riabilitativi e di Assistenza protesica ed implementazione del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno riabilitativo. Le attività svolte sono state:

- Elaborazione di protocolli organizzativi, con le UU.OO. interessate per l'individuazione di persone ricoverate e dimesse, da parte del team multidisciplinare operante per la presa in carico ed il monitoraggio del percorso e degli outcome.

- Il sistema informatizzato, dotato di strumenti di individuazione dei pazienti target, risulta essere in fase di implementazione

Per la individuazione dei pazienti dimessi, sono stati concordati Protocolli operativi con le varie Unità Operative ospedaliere interessate. Tali accordi hanno previsto, tra l'altro, che la dimissione fosse effettuata da parte del team di riabilitazione, responsabile anche della presa in carico, del monitoraggio del percorso e degli outcome.

Il team multidisciplinare è costituito dal medico pneumologo territoriale responsabile del progetto, dal personale infermieristico e tecnico della pneumologia territoriale e dai medici ospedalieri delle varie UU.OO. della ASM (UU.OO. in cui è stato ricoverato il paziente).

Per la presa in carico e riabilitazione dei pazienti con insufficienza respiratoria dimessi dagli Ospedali aziendali , gli operatori ospedalieri e del territorio, hanno collaborato anche attraverso la stesura e applicazione di protocolli organizzativi e terapeutici.

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

Nell'anno 2017, i pazienti assistiti con ossigenoterapia domiciliare a lungotermine (OLT), nel territorio della ASM sono stati circa 900. Per i pazienti non deambulanti e/o allettati sono stati effettuati di 290 accessi domiciliari per la valutazione del paziente , 305 emogas analisi arteriose, n. 290 prelievi arteriosi, 250 monitoraggi incruenti della saturazione.

Il Medico ha effettuato 290 consulti brevi, con refertazione delle emogasanalisi arteriose , 250 refertazioni monitoraggi incruenti della saturazione. Visite totali effettuate presso la U.O. 1582 - Infermiera professionale : registrazione e archiviazione degli esami effettuati (n. 290 +250) n. 348 Monitoraggi cardio-respiratori notturni a domicilio per lo studio delle Apnee notturne, riducendo drasticamente la mobilità passiva extraregionale relativa ai ricoveri effettuati per poter eseguire tale indagine strumentale. L'ASM riferisce che dai dati a disposizione aziendale , circa il 50% dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti (Matera e Policoro) e affetti da insufficienza respiratoria, sono stati arruolati nel progetto e che, dai dati acquisiti, rispetto alla situazioni di partenza, i pazienti individuati, hanno implementato, almeno del 50%, la propria autonomia e la partecipazione agli eventi della vita quotidiana.

Sempre per il compimento del Progetto 5 CRONICITA' l'azienda ASP di Potenza , nel corso del 2017, ha sviluppato l'**Azione 5.9: " Percorso di cura del paziente disabile"** (anche in prosieguo progetto azione 5.9 DGR 411/2017)- responsabile aziendale dott. Nicola De Rosa- avente ad obiettivo l'ottimizzazione dei servizi riabilitativi esistenti sul territorio aziendale attraverso 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. Sulla base di quanto sviluppato nelle annualità pregresse con naturale prosieguo/implementazione nell'anno 2017 ossia :

- a) una maggiore integrazione tra medici ospedalieri, specialisti territoriali, Medici di Medicina Generale, operatori delle cure domiciliari ed operatori addetti nelle strutture accreditate aziendali;
- b) iniziative di comunicazione e formazione agli operatori aziendali operanti nel settore riabilitativo;

- c) aggiornamento di protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio distrettuale di Lauria;
 - d) la rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base;
- nell'anno di riferimento si sono aggiunte le seguenti attività:
- a) Applicazione e monitoraggio dei protocolli operativi ed organizzativi dei reparti di riabilitazione del Presidio Distrettuale di Venosa e del Presidio Distrettuale di Lauria;
 - b) Rilevazione dei pazienti presi in carico in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti.

Di seguito si evidenziano gli esiti raggiunti giusta deliberazione D.G. ASP n. 138/2018.

L'azienda ha provveduto ad applicare i protocolli operativi ed organizzativi, predisposti nel 2016, dei reparti di riabilitazione con particolare attenzione alla gestione del malato neurologico. Il soggiorno nel reparto è stato reso più gradevole con la dotazione di apparecchi televisivi in ogni stanza ed un salottino, posizionato al centro del reparto, dotato anch'esso di televisore di maggiore dimensione, di n. 8 poltrone e di tavoli dove i degenti nella fase più avanzata del trattamento riabilitativo possono recarsi per socializzare, usufruire in gruppo dei programmi televisivi e consumare i pasti. Vi è stato l'inserimento dei pazienti, alla dimissione, in un apposito data base per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extra-ospedaliera e dei suoi esiti. Vi è stata la prescrizione degli ausili necessari alla prosecuzione del trattamento riabilitativo a domicilio, con garanzia nel frattempo della del trattamento riabilitativo da parte delle strutture preposte. Si è altresì proceduto ed effettuare controlli sul territorio aziendale.

I trattamenti nell'anno 2017 del servizio di fisioterapia eseguiti nel sub distretto di Rionero sono risultati in totale n. 9.248, dei quali n. 1024 al IRCCS CROB; nel sub distretto di Genzano n. 755; nel sub distretto di Lavello n. 1.770.

L'attività ambulatoriale espletata ha portato a:

- N. 690 visite fisiatriche nel Distretto di Venosa
- N. 584 visite fisiatriche nel Distretto di Rionero
- N. 83 visite per prescrizioni di ausili nel Distretto di Genzano.

La Commissione UVBR chiama a visita pazienti che, per trattamenti riabilitativi complessi, afferiscono, tramite impegnativa del medico curante, all'unico centro ex art. 26 della zona, e cioè l'AIAS di Melfi e alle sue succursali operanti in altri Comuni dell'Area, allo scopo di verificare l'utilità e la cadenza del trattamento.

Nel 2017 sono state visionate 1398 pratiche, la Commissione si è riunita 60 volte, visitando 117 pazienti.

Sono state effettuate, inoltre, 34 visite domiciliari.

I tempi di attesa delle visite ambulatoriali (30gg.), sono stati in gran parte rispettati, risultando l'attesa minore di trenta giorni in 8 rilevazioni su 12, e di circa 40 gg. per le rimanenti 4, nonostante la grande richiesta di visite fisiatriche, specialmente presso il POD di Venosa.

E' ancora l'ASP di Potenza che con l' **Azione 5.10 : Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti** - (anche in prosieguo progetto-Azione 5.10 DGR 411/2017) - referente aziendale dr. Gianvito Corona- **nell'anno 2017** ha persistito ~~persistito~~, nel consolidamento di un assetto organizzativo sempre meglio rispondente ai bisogni dei pazienti in condizioni di Stato-Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti e delle loro famiglie (giuste indicazioni Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 "Linee di indirizzo per le persone in Stato Vegetativo e in stato di Minima Coscienza"). Di fatto una

Rete che governa tutte le fasi (clinico-gestionali) della malattia compresa la quarta fase: quella degli esiti, consequenziale alla fase di ospedalizzazione, nella quale permangono passaggi che rendono necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, oltre alle difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo. Un sistema integrato quindi, Coma to Community, con previsione di percorsi di cura ospedale-domicilio, nel quale le famiglie non si trovino più nella condizione di una ricerca personale delle opportunità di cura o di autogestione organizzativa di tutti i processi di assistenza. Tutti gli interventi mirano alla gestione e alla risoluzione delle criticità insite nella gestione dei bisogni dei pazienti e richiedono la programmazione di competenze e modelli operativi tali da consentire agli operatori coinvolti di raggiungere gli obiettivi prefissati. Di seguito le attività svolte:

Sono stati identificati gli operatori e le strutture territoriali da integrare alla rete-sistema "Coma to Community" attraverso la presentazione alla Direzione Strategica Aziendale ASP di una proposta di costituzione del gruppo di coordinamento aziendale (GDC) per la gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti.

E' stata attivata la Centrale Unica delle Dimissioni presso l'AOR San Carlo di Potenza, presidiato da personale ASP che, attraverso una formazione specifica, funge da collante fra le UU.OO. specialistiche ospedaliere e le Strutture Territoriali residenziali preposte, comprese le Cure Domiciliari.

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

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

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

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

Continuano azioni di formazione degli operatori e dei familiari "on the job training

Sono state condivise le linee guida nazionali per la gestione dei pazienti in SV e SMC nella fase degli esiti, incardinate all'Accordo Stato Regioni del 5 Maggio 2011 e agli atti Regionali di riferimento. E' stata definita la scheda del consenso informato e sono state portate a conoscenza degli operatori le linee generali di trattamento dati e privacy.

E' stata definita la modalità di accesso condiviso tra gli operatori sanitari.

Le attività inerenti la realizzazione dei programmi di assistenza ai pazienti fragili in condizioni di stato vegetativo e stato di minima coscienza, del pari, sono state implementate anche nell'ambito territoriale dell'ASM di MT (responsabile aziendale - dr Vincenzo Denisi) che con **l'Azione 5.11: Speciale Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per pazienti in Stato Vegetativo o di Minima Coscienza** (in continuità del progetto azione 5.11 DGR 411/2017 ha realizzato l'Assistenza in SUAP per i pazienti -in Stato Vegetativo in quanto necessitanti di cure intensive ed assistenza in spazi dedicati con monitoraggio delle condizioni cliniche con utilizzo di sistemi intelligenti 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

Con utilizzo di n.5 posti letto collocati all'interno della UO di Lungodegenza Medica cod.60 dell'Ospedale di Tricarico si è registrata la seguente attività:

- n.10 pazienti dimessi

- n. 271 giornate di degenza
- degenza media di 27,10 giorni;

Per le degenze relative agli stati vegetativi la normativa non prevede alcuna soglia di giornate di degenza oltre la quale è previsto l'abbattimento della retta giornaliera.

I pazienti sono collocati nel reparto in un'area di maggior tranquillità, dove è assicurata anche una certa discrezione che consente ai parenti una presenza più assidua;

I dispositivi di monitoraggio wireless dei parametri vitali come pressione, saturazione d'ossigeno, frequenza cardiaca, ECG etc. sono tenuti permanentemente sotto controllo dagli operatori del reparto.

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

L'allungamento dell'età della popolazione è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative e tra queste le patologie involutive cerebrali negli over 65enni infatti è stato calcolato che circa il 12% dei degenti nei reparti medici è affetto da *demenza*. La popolazione lucana è tra le più longeve d'Italia giusto rapporto CEIS 2009(gli over 65enni rappresentano 1/5 della popolazione e la quota di over 75enni ha un peso pari al 9,9% che è superiore tanto al valore Italiano (9.6%) che a quello del Sud (8.5%). L' incremento dell'aspettativa di vita, con il numero di anziani che è progressivamente cresciuto, ha determinato un mutamento demografico che ha avuto importanti ripercussioni sulla salute pubblica regionale a cui bisogna dare le necessarie risposte. L'azienda Sanitaria di Potenza, in linea con le direttive Nazionali e regionali, ha affrontato le diverse complesse palesi esigenze dell'anziano fragile, con garanzia di continuità delle cure nel tempo e sul territorio, proseguendo/implementando nel corso del 2017, l'Azione 5.12 : **Progetto RAF- Rete di Assistenza Aziendale all'Anziano Fragile**, referente aziendale Dott. Giovanni B. Bochicchio- (già progetto azione 5.12 DGR 411/2017). Grazie all'implementazione del progetto CRONOS (protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer) giusto D. M. 20.07. 2000, la Regione Basilicata ha individuato 3 UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) una delle quali operante all'interno della UO - CEIMI del presidio ospedaliero di Venosa(ASP). L' UVA, nei suoi primi 10 anni di attività, ha garantito lo studio ed il trattamento della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio dell'ASP, ex ASL 1, costituendo punto di riferimento per i pz, i familiari, i MMG. La "problematica demenza" vista in ogni possibile valutazione dimensionale: complessità della patologia (la diagnosi, la terapia la sua efficacia e i sui costi); difficoltà di natura socio assistenziale (assistenza al malato dalle prime fasi alle fasi terminali da gestire con approcci differenziati; cura delle famiglie; il supporto al caregiver; preparazione di figure operative che abbiano un approccio il più possibile professionale al problema etc).

Questa esperienza riguarda esclusivamente l'attività legata allo studio e alla cura delle Demenze della Unità Operativa- CEIMI di Venosa. Fanno parte del CE.I.M.I.:

A) Gli Ambulatori :

- 1.UVA Unità Valutazione Alzheimer e Demenze,
- 2.Geriatria,
- 3.Neurologia ed Epilessie,
- 4.Reumatologia,
- 5.MOC - Densitometria ossea,

6. *Ecocolordoppler arterioso,*
7. *Monitoraggio pressorio 24 ore-ABPM.*

B) Il Nucleo Alzheimer

C) Lungodegenza post acuzie

Obiettivo primario è sempre la diagnosi differenziale fra le varie forme di demenza. A tale scopo è presente un Ambulatorio Demenze all'interno del quale viene eseguita una Valutazione Psico Metrica che prevede, attraverso la somministrazione di una batteria di test neuropsicologici (MMSE, ADL, IADL, GDS [Geriatric Depression Scale], Clock test, memoria autobiografica, memoria semantica, test di Corsi, test di racconto, parole di Ray rievocazione immediata-rievocazione differita, Token test, Fluenza verbale per categoria, Matrici attenzionali, Matrici a colori di Raven, Global deterioration scale) ed una valutazione clinica, al fine di giungere alla diagnosi delle diverse forme di demenza senile (dalla MCI all'Alzheimer, dalle demenze vascolari alle miste, dalla fronto-temporale alla d. a corpi di Levy...).

Attraverso l' 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 e/o riabilitativo attraverso una delle seguenti opzioni: ADP, ADI, Nucleo Alzheimer, RSA.

Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività dell'ambulatorio UVA nell'anno 2017. I pz individuati quali portatori delle patologie sotto elencate continuano ad essere seguiti nel tempo Unità Operativa- CEIMI di Venosa

DIAGNOSI	QUANTITÀ
DETERIORAMENTO COGNITIVO	61
DEMENZA MISTA	153
MCI	63
M. ALZHEIMER	284
M. ALZHEIMER CON MCV	24
ALTRI	23
S. DEPRESSIVA	24
NON DETERIORATO	14
S. ANSIOSO DEPRESSIVA	16
DEMENZA FRONTO TEMPORALE	2
OLIGOFRENIA	1
DEMENZA CON PARKINSON	8
TOTALE	672

L'Ambulatorio UVA 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) soprattutto quando subentrano disturbi psico-comportamentali. E' dunque la sua presenza un trait d'union col territorio. Il sostegno al malato e alle famiglie passa anche attraverso la gestione delle opportunità previdenziali assistenziali e fiscali che le leggi del nostro Stato mettono a disposizione. Mediante la Valutazione Multidimensionale Geriatrica: (visita specialistica volta all'accertamento del grado di autosufficienza e disabilità attraverso la esplorazione degli ambiti clinici, cognitivi, comportamentali e funzionali) si procede anche al rilascio di certificazioni per assegno di accompagnamento e altre tipologie di indennità, nonché alla prescrizione di presidi (pannoloni, carrozzine etc).

Il rapporto OMS 2012 individua l'Alzheimer come una " priorità mondiale di salute pubblica". In Italia Su 1 milione 241.000 di persone affette da demenza circa 600.000 sono casi di Alzheimer cifre destinate a raddoppiare nel giro di un biennio. Infatti da verifiche effettuate la crescita di tale patologia è veramente allarmante in tutto il mondo tanto da spingere le istituzioni internazionali a muoversi per arginare il problema. Anche gli organi di governo Italiani hanno recepito l'allarme iscrivendo le patologie dementigene (di cui l'Alzheimer rappresenta circa il 60% del totale) tra le priorità sanitarie per i prossimi anni (Piano Nazionale demenze 30-10-2014). In tale contesto la Regione Basilicata 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 del 2015 del Nucleo Alzheimer (NA) all'interno dell'Ospedale distrettuale di Venosa.

Il Nucleo Alzheimer di Venosa è stato il primo ed unico centro Alzheimer pubblico in Basilicata, con lo scopo di assicurare la migliore qualità di vita possibile al paziente che vive la tragica condizione della perdita della propria identità; dare un supporto adeguato alle famiglie in una fase della malattia nella quale si manifestano disturbi psicocomportamentali (aggressività, agitazione, wondering, allucinazioni..) che ne rendono difficoltosa la gestione a domicilio. Si propone come punto di raccordo tra i colleghi ospedalieri e del territorio, i MMG, le strutture sociali dei comuni, le associazioni di volontariato.

Il Nucleo Alzheimer (NA) comprende una -Struttura residenziale con 10 posti letto ed una Struttura semiresidenziale con 10 posti.

Riguardo all'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/care giver; b) dell'ADI; c) dell'assistente sociale del comune; f) dello specialista ospedaliero. L'accesso è 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 posta elettronica.

ATTIVITA' SVOLTA

Durante l'anno 2017 è stato organizzato un corso di formazione, sviluppato in 9 giornate a cadenza mensile (31 marzo, 28 aprile, 26 maggio, 23 giugno, 14 luglio, 29 luglio, 27 ottobre, 17 novembre, 15 dicembre), dedicato a varie figure di operatori sanitari (Medici, Psicologi, Infermieri professionali, Terapisti occupazionali, Logopedisti, Assistenti sociali, OSS), dal titolo: "La complessità delle patologie dell'anziano, tra corpo e mente; percorsi clinico-assistenziali e riabilitativi".

Vi è stata la partecipazione del N.A. alla XXIV Giornata Mondiale Alzheimer con proprie iniziative e con un open day all'interno del quale è stato possibile effettuare uno screening per la individuazione dei disturbi della memoria.



XXIV GIORNATA MONDIALE

ALZHEIMER

21 SETTEMBRE 2017

OPEN DAY

PARLIAMONE APERTAMENTE
DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 18.00

- ORE 9.00-12.00:** PRESENTAZIONE
CORTOMETRAGGI
PRENOTAZIONE SCREENING GRATUITO
- ORE 15.00-18.00:** ALZHEIMER PARTY NEL GIARDINO DELLA
STRUTTURA CON DISCUSSIONE SULLE
TEMATICHE DI PERTINENZA

VI ASPETTIAMO PER PARLARNE INSIEME

"NUCLEO ALZHEIMER"

OSPEDALE DISTRETTUALE DI VENOSA
EMAIL: centro.alzheimer@aspbasilicata.it
TEL: 0972-39288 / 39346



Dati attività anno 2017 (Unità d'offerta Residenziale)

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)	37	1467

Nel 2017 è stato reso operativo il Centro Diurno e di seguito le attività

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)	9	383

In questi ultimi anni il ruolo degli “ Ospedali Distrettuali”, come definiti dalla Regione Basilicata con Legge n.17 del 2011, ha assunto un valore strategico e da qualche anno l’ azienda ASM, per la fase post-acuta del percorso-paziente anziano e fragile, ha messo in campo dei setting di ricovero dedicati alla Lungodegenza e Riabilitazione, anche in ossequio alla DGR 1300/2010 (Rete Regionale Lungodegenza/Riabilitazione -prevista dalla L.R. n.12/2008). All’Anziano Fragile si rivolge l’ **Azione 5.13: Riorganizzazione della Rete Aziendale per la presa in carico del paziente in condizioni di fragilità e non autosufficienza** - attuata dall’azienda Sanitaria di Matera- (prosieguo delle attività progettuali n. 5.13- DGR 411/2017)- Referente aziendale: Dr. Vincenzo Denisi – nel corso dell’anno 2017 nell’intento di realizzare importanti obiettivi quali-quantitativi:

- 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).
- Redazione di Protocolli con:
 - la RSA di Tricarico per la presa in carico di anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di tipo sanitario ancora importanti.
 - con le Residenze Protette presenti sul territorio ASM per i percorsi e Continuità Assistenziale dei pazienti non autosufficienti.
- 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.

Dai dati di attività dell’anno 2017 si rileva che negli Ospedali Distrettuali di Tricarico vi sono stati n.781 pazienti complessivi ricoverati secondo i seguenti setting assistenziali:

- Lungodegenza Medica n.149;
- Lungodegenza Riabilitativa n.171;
- Degenza Intensiva Riabilitativa n.421;
- Stato vegetativo n. 10;

- con n.25.195 giornate di degenza complessive;

- con una degenza media di n.34;

- % di occupazione dei P.L. di 69,92%.

Lungodegenza Medica Stigliano ricoveri n. 142 con 4.181 giornate di degenza , degenza media del 29,44 %, con T.O. del 47,86 %

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

- R2 , pazienti con bisogno assistenziale di tipo sanitario importante (ossigenoterapia, tracheostomizzati, PEG, gravi piaghe da decubito etc.)
- R3, pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Cure Residenziali di Mantenimento).

L'autismo e i disturbi del linguaggio risultano essere 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. Tali interventi rientrano nei BES (circ. min. dic.2012) e richiedono particolari attenzioni sia nella fase di inquadramento che nella tipologia di azioni da dedicare in ambiente scolastico. Per governare le problematiche legate alla cura di tali patologie l'azienda sanitaria ASP di Potenza ha organizzato una Rete Territoriale Integrata di Assistenza con garanzia di interventi omogenei sul territorio di riferimento. L' Azione **5.17 : Il bambino e la scuola. Disturbi del comportamento e degli apprendimenti (BES e D.S.A.) nel primo ciclo di istruzione** -referente aziendale Asp dott.ssa Lucia Venezia-, in prosieguo delle attività svolte nell' annualità precedente(Progetto - azione 5.17 DGR 411/2017) ha impegnato , nell'anno 2017, un' *equipe specialistica* (formata da un npi, due psicologi, un logopedista, un terapeuta ed un'assistente sociale *per ambito di zona*) per un totale di tre npi, sei psicologi, tre logopedisti, tre terapisti e tre assistenti sociali, operante nei tre ambiti territoriali: Vulture-Melfese, Lagonegrese, e Potenza - Val d'Agri che concentra il maggior numero di scuole, con suddivisione delle scuole per territorio: 339 scuole nel territorio di Potenza, 109 nella Val d'agri, 161 nell'area del Vulture-melfese, 188 nel Lagonegrese. Tali *Equipes* si affiancano al personale che si interessa dell' integrazione scolastica con un lavoro specifico di tipo sociosanitario nelle strutture territoriali ed un lavoro diretto in ambiente scolastico. Compito primario è **l'identificazione precoce**, nei bambini in età prescolare, di **comportamenti disfunzionali** che predispongono a futuri insuccessi scolastici ed **il permanere** di tali comportamenti durante le scuole elementari in comorbidità o come diagnosi primaria rispetto ai disturbi specifici degli apprendimenti (legge 170/10).

Le azioni pianificate richiedono : **a)**una formazione specialistica dei pediatri del territorio nei confronti degli indicatori precoci dei disturbi del comportamento in età prescolare scolare e degli apprendimenti nel primo ciclo di istruzione, per la pronta segnalazione all'equipe competente; **b)** una formazione degli insegnanti con selettività verso i disturbi del comportamento in scuola materna ed elementare e degli indicatori precoci dei disturbi dell'apprendimento; **c)** la creazione di gruppi di lavoro sul disagio e la diversità dei ragazzi; **d)** la formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà; **f)** la formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità, mirati a definire i giusti interventi di sostegno nei confronti di comportamenti disfunzionali; **g)** Valutazione con test specifici di follow-up l'efficacia delle terapie riabilitative indicate.

Le attività previste si sono suddivise in due fasi dedicate: alla formazione dei pediatri e del personale scolastico interessato; alla creazione di gruppi di lavoro, alla formazione degli alunni per attività di tutoraggio all'interno della classe per i compagni con maggiori difficoltà ed alla formazione dei genitori con corsi per il sostegno alla genitorialità.

ATTIVITA' SVOLTE

Nel mese di marzo 2017 il Servizio di NPI ha attivato in via sperimentale, come da Delibera Aziendale ASP N.2017/00054 del 03/02/2017, il Day Service Disturbi Specifici di Apprendimento(DSAP).

Si è così 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.

Il Day Service nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi articolati e interdisciplinari, in modalità assistenziale, rivolti, in

alternativa al ricovero ordinario e in day hospital al trattamento di utenti che presentano problemi sanitari complessi, per un inquadramento globale e la definizione della relativa gestione assistenziale in tempi necessariamente brevi.

I soggetti destinatari sono gli utenti che presentano problematiche cliniche per le quali il ricovero risulterebbe eccessivo o inappropriato, ma sufficientemente complesse da meritare la gestione specialistica, e la presa in carico, del paziente in tempi relativamente brevi. 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 multiprofessionale, 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'ASP, prevedendo l'estensione delle stesse anche ai cittadini di altre Aziende Sanitarie subordinatamente alla sottoscrizione di apposita convenzione.

Gli utenti seguiti in Day Service nel periodo marzo – dicembre 2017 sono stati 71.

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

Per pubblicizzare le attività del suddetto servizio gli operatori della N.P.I., in collaborazione con l'Associazione Italiana Dislessia, hanno svolto 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. Sono state garantite le attività di consulenza sia con enti scolastici e comunali, oltre che con il tribunale dei minori nelle situazioni più problematiche. Il servizio ha realizzato in una scuola della città di Potenza., su richiesta del Garante per l'infanzia e l'adolescenza, preventivamente autorizzato dalla Direzione dell'ASP, il progetto per il trattamento dei bambini vittime di presunti maltrattamenti da parte delle insegnanti, con interventi mirati alla prevenzione e/o al trattamento di comportamenti probabilmente riconducibili a disturbi post -traumatici da stress.

Gli incontri sono stati rivolti, con modalità diverse e in tempi diversi, agli alunni, agli insegnanti e ai genitori dell'istituto interessato.

Oltre alle suddette attività nell'anno 2017 gli operatori del servizio di NPI hanno erogato un numero complessivo di 2.134 prestazioni con possibile evidenza da tabulato CUP.

L'invecchiamento della popolazione e ad una nuova organizzazione sanitaria richiedono la progettazione di setting assistenziali basati sulla continuità delle cure e nel caso in essere la continuità delle cure al momento della dimissione ospedaliera del paziente fragile ed anziano (integrazione ospedale-territorio). Il setting del monitoraggio della fragilità diviene elemento indispensabile per intervenire sui determinanti e limitare, ove possibile, l'evoluzione della malattia in disabilità. L'AOR San Carlo di Pz con l'azione 5.18 “ **Unità di Valutazione geriatrica**”

ospedaliera-territoriale (UVGOT) per il paziente fragile anziano”, anche in prosieguo del progetto azione 5.18 DGR 411/2017) – Referente aziendale dr B. Provenzano - ha portato avanti il lavoro di monitoraggio della fragilità, con conseguente governo dei bisogni assistenziali emergenti, mediante la propria Unità Valutativa Geriatrica Ospedaliera Territoriale (UVGOT), (già costituita nelle annualità precedenti), che di fatto ha continuato l’attività di valutazione dell’anziano fragile ricoverato presso la UOC di Geriatria garantendo altresì la continuità delle cure anche a domicilio.

Giusta relazione aziendale di seguito si esplicitano le attività svolte nell’anno di riferimento (2017).

- Attivazione: è stata attivata presso l’AOR San Carlo la "Centrale delle Dimissioni" in cui opera personale dedicato sia dell’Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo che dell’Azienda Sanitaria di Potenza (ASP), al fine di favorire i processi di dimissioni protette e la continuità delle cure per le persone assistite nei diversi reparti in ospedale che necessitano di un supporto a domicilio o in altre strutture intermedie in quanto non autonomi nella gestione delle cure;

- Definizione Sono state definite delle modalità di presa in carico dei pazienti necessitanti di Cure Domiciliari, di cure in strutture riabilitative (cod. 56 e cod. 60), di assistenza in RSA e RSA Alzheimer ed a tal fine, mediante utilizzo di uno specifico software, denominato "cruscotto", che rende possibile acquisire la segnalazione, da parte dei reparti dell’ospedale, dei nominativi dei pazienti che necessitano di prosecuzione di cure nei vari "settings" assistenziali (per garantire un uso ottimale del cruscotto è stato redatto e distribuito un apposito manuale operativo).

- Sono stati fatti incontri residenziali con il personale interessato, volti alla formazione e all’acquisizione di competenze atte ad individuare i pazienti fragili attraverso l’uso di specifiche scale di valutazione (MULTIPROGNOSTIC INDEX che comprende ADL-IADL-CIRS-SPMSQ-MNA-SCALA DI EXTON SMITH- VALUTAZIONE DELLA QUANTITÀ' DEI FARMACI ASSUNTI E DELLO STATO ABITATIVO- INDICE DI KARNOFSKY) nonché sedute di aggiornamento del personale su tematiche di attualità che hanno favorito i momenti di confronto clinico. La formazione su tali tematiche è stata estesa anche al personale interessato dell’ASP.

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

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

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

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

La VMD ha permesso altresì di integrare con i servizi territoriali (ambulatori, servizi di Day hospital geriatrico e Day Service geriatrici o di altre discipline), al momento della dimissione ospedaliera, la valutazione e la pianificazione del Programma terapeutico e, al tempo stesso, garantirne la continuità assistenziale o, eventualmente, programmare approfondimenti clinici quando ritenuti necessari. - Integrazione con il territorio ed implementazione di PDTA specifici e integrati con i Servizi Territoriali (ADI) riguardanti le alcune principali patologie dell’anziano (quali deterioramento cognitivo /demenze, scompenso cardiaco, sindrome ipocinetica).

Nella tabella seguente si esplicitano le attività svolte nel 2017

INDICATORE	NUMERO	%
Pazienti ricoverati nella UO di Geriatria valutati dall'UVGOT come pazienti fragili (Numero di pazienti a cui viene effettuato la valutazione Multiprognostic index).	50 	Rispetto dei tempi dalla valutazione del paziente fragile da Unità Operativa di Geriatria alla segnalazione al Territorio rispetto a quanto previsto nel manuale delle dimissioni protette e continuità delle cure
Pazienti eleggibili a procedure invasive rispetto a criteri e standard stabiliti	12	
Pazienti dimessi come pazienti fragili, di cui anche con problematiche di tipo sociale.	36 	re-ingressi non programmati (entro 7 giorni dalla dimissione) di pazienti presi in canea dall' UVGO costituenda.

Pertanto la valutazione per stratificazione prognostica ha riguardato circa il 20% dei pazienti con sindrome clinica da "fragilità", che sono afferiti alla struttura ospedaliera in fase di stabilizzazione clinica o che sono stati avviati a procedure invasive e successivamente indirizzati per la continuità delle cure verso i servizi territoriali nelle UU.OO.CC. dell'Azienda Ospedaliera.

Il notevole aumento delle patologie respiratorie richiede di non trascurare la prevenzione e la diagnosi di tali affezioni in modo da rendere possibile, in anticipo, un percorso guida nel processo assistenziale all'interno del quale è importante impostare in modo corretto, concreto e condiviso il percorso integrato del paziente, con garanzia di continuità diagnostico – terapeutica, e con l'intervento di diversi attori: dal servizio pneumologico territoriale ai medici di medicina generale fino alle divisioni ospedaliere di ricovero. In questa prospettiva, nell'anno 2017, si muove l'azienda ASP con **la nuova Azione 5.19 :Percorso di cura del paziente anziano cronico affetto da BPCO-(ASP)-** Referente aziendale: Dott. Giovanni Gonnella- che si focalizza sulla promozione della qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio con 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 intende così:

- migliorare l'accessibilità alle prestazioni ed ai servizi, predisporre e gestire progetti personalizzati di assistenza nell'ottica dell'appropriatezza diagnostico-terapeutica ed economica delle prestazioni erogate;
- ridurre nella norma i ricoveri nella fascia individuata
- ottenere un abbattimento delle liste di attesa

Riguardo ai risultati raggiunti nell'anno 2017:

Le prestazioni ambulatoriali nell'anno sono state circa 17.500, garantendo un tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (pz. 50 – 70 anni) nella norma.

Sono stati messi in atto azioni finalizzate al razionalizzazione della spesa.

Si è proceduto ad un controllo per l'ossigeno terapia, ed è in via di definizione 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 l'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 in IRC allettato, in O2LT ed in VMD; tramite un progetto protocollo nr. 934 del 04/01/2018 che è stato presentato alla direzione strategica.

I servizi di sorveglianza sanitaria per lo screening e del follow-up della TBC hanno registrato circa nr. 3200 prestazioni.

Riguardo alla formazione del personale nell'anno 2017 l'Azienda ha garantito la formazione al personale mediante corsi ECM tenutisi nelle date sotto indicate: 3 maggio e 7 giugno: Studio MMG (Progetto OUTPUT: COPD: UNDER TRATMENT – AND ANTICIPATED USE OF ICS\LABA);

- 23 settembre: CASI CLINICI ITINERANTI IN PNEUMOLOGIA;
- 11 novembre: BPCO INNOVATION – Corso di Formazione Teorico – Pratico sugli strumenti clinici e funzionali per il corretto riconoscimento del paziente BPCO
- 19 novembre: PNEUMO EXPERIENCE – LA GESTIONE INTEGRATA CON BPCO.

Linea Progettuale 6 : RETI ONCOLOGICHE

Quota di FSN Vincolato Anno 2017 Assegnata con DGR 289/2018 :

Euro 782.643,00

Nell'ambito di tale linea progettuale il S.S.R. Basilicata ha approvato con utilizzo del Finanziamento FSN Vincolato anno 2017 (quota parte della somma globalmente assegnata giusto Accordo 181CSR 26/10/2017) il Progetto RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA concretizzatosi nell'anno 2017 in numero quattro "azioni" compiute dalle aziende: ASM di Matera e A.O.R. San Carlo di Potenza di cui di seguito si dà evidenza per attività e risultati raggiunti

<u>Titolo del Progetto</u> Totale importo assegnato al Progetto 6 a valere sulla quota del FSN Vincolato Anno 2017: Euro 782.643,00	6: RETI ONCOLOGICHE REGIONE BASILICATA comprendente: <u>Azione 6.3:</u> Attività rivolte alla realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti -(ASM) – Quota FSN VINC.2017 progetto 6 assegnato all'azione: euro 13.817,00 <u>Azione 6.4:</u> Attivazione BREAST-UNIT -(ASM)- quota FSNVINC.2017 progetto 6 assegnato all'azione: euro 172.890,00 <u>Azione 6.5:</u> Rete regionale per la determinazione delle traslocazioni ALK E ROS-1 nell'adenocarcinoma polmonare - Tumori rari del polmone-(A.O.S.CARLO Pz)-Quota FSN Vinc.2017 progetto 6 assegnato all'azione: euro 376.798,00 <u>Azione 6.8 :</u> Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile - (A.O.S. CARLO Pz) - Quota FSN Vinc.2017 Progetto 6 assegn.all'azione: euro 219.138,00
DURATA DEL PROGETTO	Annualità 2017
REFERENTI REGIONALI	Dirigente Generale Ing. Donato Pafundi, D.ssa Patrizia Damiano , Dott. Giuseppe Montagano, D.ssa Gabriella Cauzillo, Dott. Giovanni Canitano - -Dipartimento Politiche per la Persona- Regione Basilicata-
COSTO COMPLESSIVO STIMATO PROGETTO 6	Euro 782.643,00
Quota carico Regione	Euro 0,00

L'azienda ASM nel corso del 2017 ha espletato attività integrate tra UU.OO. Ospedaliere e altre strutture di ricerca per la realizzazione di una Rete Regionale e Nazionale per i Tumori Rari e per una migliore compliance del paziente affetto da tali malattie: il progetto- Azione **6.3 : Attività rivolte alla realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari per la presa in carico multidisciplinare e la formulazione del piano di trattamento per i pazienti** – referente aziendale ASM: dr.ssa M. Susi - (proseguo P/Azione 6.3 DGR 289/2018-terza annualità-) ha reso possibile attività integrate tra UU.OO. Ospedaliere ed altre strutture di ricerca per la realizzazione di una rete regionale e nazionale per i tumori rari e per la migliore gestione possibile del paziente affetto da malattie rare. Tutto con la presenza, a cadenza quindicinale per 4 ore ciascuno, di due specialisti medici (radioterapisti e oncologo medico) del CROB di Rionero (in regime di convenzione). Una parte delle ore effettuate presso la U.O. di Senologia è altresì dedicata alle attività di valutazione epidemiologica, diagnosi e trattamento dei Tumori rari.

Il Servizio di Senologia Medica operante presso il P.O. di Matera attraverso i due dirigenti medici , oltre che nelle attività cliniche di assistenza ai pazienti oncologici, ha messo in atto attività di scambio, contatti, discussione casi, applicazione e revisione protocolli con il centro regionale (CROB di Rionero) e con alcuni centri nazionali (istituto Nazionale Tumori di Milano) dedicando alla rete di collaborazione così creata 40 ore all'anno cadauno. La rete ha funzionato per la diagnosi, il trattamento e lo studio di tumori rari. Nel 100% dei casi presentatisi alla U.O. di Senologia ai pazienti oncologici affetti da patologie rare, prima di iniziare i trattamenti terapeutici, viene

effettuato un consulto con gli specialisti interessati del CROB di Rionero e delle strutture nazionali dove il paziente è stato operato e/o curato in prima istanza, al fine della presa in carico multidisciplinare del paziente, prevedendo anche una fase dedicata allo studio e valutazione epidemiologica delle patologie rare.

Nel periodo di riferimento si sono effettuate :Visite oncologiche, Chemioterapie, Terapie di supporto (es. infusione steroidi), Selezione e studio dei casi da parte delle oncologhe mediche , consulenze per altre U.O , Studio dei casi e valutazione epidemiologica.

La presente azione- progetto è **considerata conclusa con l'anno 2017.**

Premesso che il percorso della Breast Unit è nato dall'esigenza di inserire la Chirurgia Senologica in modelli organizzativi convalidati nel rispetto delle raccomandazioni della Comunità Europea secondo cui la patologia mammaria deve essere trattata solo ed esclusivamente nei centri che rispettano i modelli organizzativi tracciati: PDTA che prevedono ambulatorio di chirurgia senologica, ambulatorio integrato, audit mensili e sedute chirurgiche dedicate. Ai fini di migliorare la qualità e la sicurezza delle attività clinico assistenziali della patologia mammaria diagnosticata ad almeno 100 donne presso l' U.O. di Senologia del P.O. di Matera si è sperimentata l'organizzazione e gestito la gestione di un ambulatorio dedicato per garantire la presa in carico della paziente affetta da tumore della mammella. In tale ottica l'azienda **ASM di Matera con l'Azione 6.4 : Attivazione BREAST-UNIT** – (Referenti aziendali ASM: Dr.ssa .A. Rubino U.O.S.D. Chirurgia Senologica; Dr.ssa A. De Rosa -U.O.S.D. Senologia Medica) – nel corso dell'anno 2017, proseguendo l'azione 6.4 DGR 289/2018, ha continuato l'approccio multidisciplinare dei trattamenti con l'ausilio del gruppo di lavoro costituito da personale afferente a diverse Unità Operative, rientranti nel percorso di cura della patologia neoplastica mammaria diagnosticata presso l'U.O. di Senologia, con garanzia di apertura settimanale dell'ambulatorio di senologia integrata ed attività svolta da 1 radiologo senologo, da 1 chirurgo senologo e da 1 infermiere dedicato. Tutto al fine di: assicurare l'accesso ad un trattamento chirurgico adeguato post esame diagnostico; migliorare la qualità e la sicurezza delle attività clinico-assistenziali. Nel corso dell'anno 2017 circa 151 donne affette da patologia mammaria, diagnosticata presso l'U.O. di Senologia, sono state inserite nel percorso della Breast- Unit attivato dal personale sanitario ASM con presa in carico totale delle pazienti e garanzia del trattamento chirurgico dopo l'esame diagnostico.

Di queste donne 122 (l'80%) hanno accettato di essere inserite nel percorso presso il P.O. di Matera. Il percorso prevede: l'accettazione della pz. presso la UOSD di Senologia, la visita , in seguito preparazione del trattamento chirurgico, l'intervento chirurgico presso il P.O. di Matera, la eventuale cura con terapia presso la UOSD di Oncologia.

Il tutto per un totale di 486 prestazioni ambulatoriali della U.O.S.D. di Chirurgia senologica (visite, visite di controllo, medicazioni, biopsie, asportazione di lesioni benigne ecc.) e 122 interventi per patologia mammaria,(88 in regime ordinario, 29 in DH e 5 ambulatoriali).

Alcuni degli interventi sono stati eseguiti con ricostruzione immediata del seno in collaborazione ai chirurghi plastici (almeno una visita per donna prima dell'intervento) e al personale della Medicina nucleare.

Sono stati effettuati incontri di equipe (10, una volta al mese) per monitoraggio percorso, discussione casi e presa in carico delle pazienti (n.151).

Nell' ampio quadro di continuità delle cure si inseriscono le attività relative: alla **costituzione della rete regionale dei pazienti con diagnosi di adenocarcinoma polmonare** (Anatomie patologiche,

pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche); all'**implementazione di un laboratorio di diagnostica molecolare** con acquisto dei relativi KIT diagnostici; alla **raccolta dei dati con utilizzo di software** dedicati e alla **realizzazione** di studi osservazionali per l'implementazione dei trattamenti specifici. E' in tale ottica che l'azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza con l' **Azione 6.5 : RETE REGIONALE PER LA DETERMINAZIONE DELLE TRASLOCAZIONI ALK E ROS-1 NELL'ADENOCARCINOMA POLMONARE -TUMORI RARI DEL POLMONE-** referente aziendale dott. Domenico Bilancia - ha inteso proseguire / incrementare le attività concretizzate durante gli anni precedenti (progetto/azione 6.5 - DGR 411/2017) con debita considerazione che i tumori rari sono da sempre una sfida importante per la medicina proprio data la palese difficoltà nello stabilire una prassi clinica specifica. La capacità terapeutica, spesso realizzata in centri di riferimento, è limitata e le nuove terapie sperimentali sono bloccate a causa dei pochi pazienti sottoponibili a studi randomizzati. Per alcuni dei tumori selezionati sono disponibili validati protocolli terapeutici, mentre per altri tumori le soluzioni terapeutiche sono insoddisfacenti. Per i tumori in genere, e particolarmente per i tumori rari, basse sopravvivenze indicano difficoltà di accesso alle strutture di diagnosi e di trattamento specialistico. Il tumore del polmone, pur non essendo una patologia rara, con l'identificazione di sottotipi legati a mutazioni geniche particolari ha portato ad una frantumazione per cui ogni singola mutazione può identificare gruppi di pazienti con incidenza paragonabile ai tumori rari, per i quali si aprono nuove prospettive, grazie alla disponibilità di nuovi farmaci target. Una particolare alterazione genetica consistente nella presenza di un gene chiamato EML4-ALK porta alla produzione di una proteina, ALK, che ha una azione carcinogenetica. Il Crizotinib compete con l'ATP (o adenosintrifosfato: una micro-molecola in grado di attivare i processi biochimici che richiedono energia) per l'ALK e, sostituendosi all'ATP, ne impedisce il funzionamento. Purtroppo, sono molto pochi i tumori che manifestano tale alterazione (si valuta essi siano intorno al 5% di tutti i tumori NSCLC). I pazienti con questa alterazione genetica sono tipicamente non-fumatori e il loro tumore non contiene mutazioni del gene per il recettore del fattore di crescita epidermoidale (EGFR) o del gene K-Ras (che sono invece trattabili con altri farmaci biologici mirati). Alcuni studi di ricercatori del Massachusetts General/ Hospital hanno recentemente scoperto il ruolo di una nuova alterazione genetica: il riarrangiamento del gene ROS1 I tumori che presentano riarrangiamenti del gene ROS1 sono solo l'1-2 per cento dei cancri con piccole cellule del polmone (NSCLC). Il gene ROS1 si aggiunge alla lista di geni noti in grado di guidare la crescita del NSCLC quando alterati – una lista che comprende il KRAS, l'EGFR, e l'ALK. Complessivamente, l'insieme delle alterazioni note conosciute è decisivo in poco più della metà dei tumori NSCLC.

Nell'anno 2017:

- Si è consolidata la Rete Regionale (costituita nel 2016) al fine di intercettare tutti i pazienti con diagnosi di adenocarcinoma polmonare (Anatomie patologiche, pneumologie, oncologie mediche, radiologie, chirurgie toraciche).
- Sono stati studiati tutti i 65 pazienti con adenocarcinoma polmonare, di cui 7 sono risultati positivi alle mutazioni e 1 caso con ALK traslocato è stato trattato con TKI (vedi *Tabella a*).
- E' stata fatta la stratificazione prognostica del 100% dei pazienti con adenocarcinoma del polmone afferenti alle unità operative del Dipartimento Oncologico e della rete dopo la sua istituzione.
- Sono stati raccolti i dati mediante l'utilizzo di software dedicati con la finalità di implementare i trattamenti specifici.

Tabella a

Numero di casi investigati attraverso l'esecuzione dell'esame di diagnostica molecolare ALK/ su totale di soggetti con adenocarcinoma polmonare	65/65
N. casi positivi alle mutazioni	8 di cui 7 per mutazione EGFR e 1 per traslocazione ALK
N. di casi trattati con inibitore delle TKI	8

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

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti Medici	6	950	5.700
Personale Sanitario	10	950	9.500
Data Manager	2	950	1.900
Totale	18	2.850	17.100

Premesso che la prevenzione rispetto a determinate patologie mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo. Gli screening hanno la peculiarità di riguardare patologie a notevole frequenza e che richiedono un livello di adesione piuttosto elevato e la disponibilità di test di elevata sensibilità: in Italia il test del PSA è ampiamente diffuso nella popolazione generale anche in fasce di età e con frequenze a volte del tutto inappropriate. La diffusione dell'utilizzo del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nelle popolazioni, ha comportato un aumento della diagnosi (tassi raddoppiati nel giro degli ultimi anni) mentre la mortalità mostra un lieve ma costante trend verso la riduzione. Sono confermate le evidenze che il trattamento del tumore in fase precoce riduca sia la mortalità causa specifica, sia la mortalità generale. In tale contesto anche la regione Basilicata intende garantire, tra altro, la qualità degli interventi di prevenzione e di diagnosi precoce delle patologie tumorali dell'apparato genitale maschile e a tal fine adotta anche una strategia di prevenzione e di controllo fondata su prove di efficacia in modo da contrastarne l'aumento.

In tale contesto da alcuni anni **l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza**, grazie al Progetto-azione 6.8 inerente la Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile, ha indirizzato tra altre, le proprie attività per l'istituzione:

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

- attivazione di screening di tipo spontaneo dei tumori della prostata e all' implementazione di protocolli di prevenzione e diagnosi precoce riferiti alle patologie tumorali dell'apparato genitale maschile in collaborazione con l'IRCCS Regina Elena di Roma.

Tali funzioni sono proseguite anche nel corso del 2017 mediante l'attuazione del programma di lavoro rientrante nell' azione 6.8- **Rete per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile** - (DGR 289/2018 FSN VINC.2017) giusta relazione aziendale del dr Nicola D'Alessandro- di cui di seguito si evidenziano le tabelle riportanti i dati del PSA effettuati nei pazienti afferenti complessivamente all'Ospedale (*Tabella 1*) e quelli registrati nei pazienti ricoverati presso l'U.O. di Urologia (*Tabella 2*) svolte nell'anno di riferimento (2017) differenziati per età(< 70 aa e > 70 aa) e per valori di riferimento (tra 0,1-4 ng/ml e > 4 ng/ml)

Tabella 1

Fascia di età	n. casi	0,1-4 ng/ml	> 4 ng/ml	%pzcon valori > 4
< 70 anni	4.572	4.069	503	11%
> 70 anni	3052	2510	542	18%
Totale	7624	6579	1045	14%

Tabella 2

Fascia di età	n. casi	0,1-4 ng/ml	> 4 ng/ml	%pzcon valori > 4
< 70 anni	191	148	43	23%
> 70 anni	162	105	57	35%
Totale	353	253	100	28%

Dall'analisi dei dati si rileva quanto segue:

1. le due popolazioni presentano valori di riferimento e di distribuzione statisticamente diversi; tale differenza è dovuta al fatto che in urologia afferiscono pazienti già selezionati per sintomatologia;
2. nella popolazione generale, al di sotto del cut-off di 4 ng/ml e con meno di 70 aa, si colloca l'89% del campione, mentre il restante 11% viene sottoposto ad ulteriori necessari approfondimenti, dato che nella popolazione urologica sale al 23%;
3. per quanto riguarda la fascia di età > 70 aa della popolazione totale risulta che il 18% ha un valore superiore del cut-off di 4 ng/ml rispetto ai valori del 35% registrato nella popolazione urologica.

I dati esposti confermano quanto riportato in letteratura in merito all'utilizzo del dosaggio del PSA quale strumento di screening ovvero i dati avvalorano l'utilità dell'esame solo per lo screening della popolazione generale con età al di sotto dei 70 anni.

Di contro nella popolazione urologica non si può utilizzare tale esame quale strumento di screening ma solo quale strumento di conferma diagnostica oppure, nell'ambito del quadro

evolutivo della malattia quale indicatore prognostico. Dal punto di vista della sostenibilità va precisato che l'esame ha un basso costo ed è facilmente accessibile da parte dei cittadini e per tali motivi consente un adeguato monitoraggio che può anticipare l'insorgenza di una ipertrofia prostatica piuttosto che di un carcinoma.

L'analisi condotta consente, inoltre, una valutazione precisa dell'uso appropriato dell'esame PSA, così da evitare l'utilizzo improprio dello stesso (ripetizioni eccessive del dosaggio del PSA). A tal fine i tempi ed i modi del dosaggio devono essere ricondotti all'interno di un programma strutturato e controllato di screening.

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

Profili	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Dirigenti Medici e Sanitari	6	500	3.000
Personale dirigente del laboratorio analisi	2	200	400
Infermieri	10	600	6.000
Totale	18	1.300	9.400

Fine

**“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 Osservatorio Nazionale 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 01/08/2018 - Intesa 149/CSR 01/08/2018)