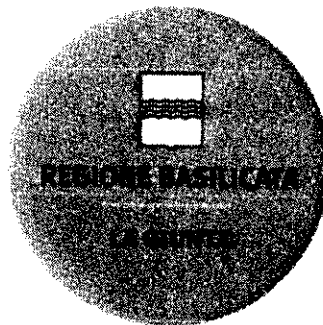




DELIBERAZIONE N° **1460**

SEDUTA DEL **11 OTT. 2011**

**Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla persona e alla comunità**

DIPARTIMENTO

OGGETTO PROGRAMMA REGIONALE - ANNO 2011 - COLLEGATO AGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE, SECONDO LE LINEE PROGETTUALI DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI REP.84/CSR - 20 APRILE 2011

Relatore **ASSESSORE DIPTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ**

La Giunta, riunitasi il giorno **11 OTT. 2011** alle ore **13.15** nella sede dell'Ente.

		Presente	Assente
1.	Vito DE FILIPPO Presidente	X	
2.	Agatino MANCUSI Vice Presidente	X	
3.	Rosa GENTILE Componente	X	
4.	Attilio MARTORANO Componente	X	
5.	Rosa MASTROSIMONE Componente	X	
6.	Vilma MAZZOCCO Componente	X	
7.	Erminio RESTAINO Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

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

L'atto si compone di N° **8** pagine compreso il frontespizio
e di N° **1** allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

☐ Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

☐ Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione ☐ integrale ☒ per estratto

VISTE

la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale

la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali e è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate

la L.R. n.33 del 31.12.2010 – Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata Legge Finanziaria 2011

la L.R. n.34 del 31.12.2010 - Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013

la D.G.R. n.1 del 05.01.2011 approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle unità previsionali di base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013

VISTO

l'art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, che prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, definiti dal Piano Sanitario Nazionale – PSN nel triennio di vigenza e al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis della medesima legge 23 dicembre 1996, n. 662

VISTO

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

altresì lo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013 che

- 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
- 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
- sancisce l'impegno di definire gli strumenti e le modalità per tradurre dette strategie in programmi attuativi

VISTI

- l'Intesa rep. n.243/CSR del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute 2010-2012
- la legge 9 marzo 2010, n.38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
 - l'accordo rep. n.76/CSR del 8 luglio 2010 con cui sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2010
 - l'Intesa del 29 aprile 2010 rep. n.63/CSR concernente il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012

ATTESO

che l'Intesa Stato-regioni rep. n.83 del 20 aprile 2011 relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate ai sensi del sopracitato art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, attribuisce alla regione Basilicata, per l'anno 2011, la somma di €15.426.127

CONSIDERATO

che, contestualmente alla suddetta Intesa, è stato sancito l'Accordo rep. n.84 del 20 aprile 2011 con cui si è convenuto di garantire, nell'elaborazione dei progetti anno 2011 da parte delle regioni, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2010 (Accordo 8 luglio 2010) di seguito riportate:

1. cure primarie
2. non autosufficienza
 - 2.1 assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
 - 2.2 assistenza ai pazienti affetti da demenza
3. promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità
4. cure palliative e terapia del dolore
5. interventi per le biobanche di materiale umano
6. sanità penitenziaria
7. attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
8. tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
9. malattie rare
10. valorizzazione dell'apporto del volontariato
11. riabilitazione
12. salute mentale
13. piano nazionale della prevenzione

CONSIDERATO

altresì che lo stesso Accordo rep. n.84 del 20 aprile 2011 ha confermato gli stessi vincoli sulle risorse finanziarie, riservando, nell'ambito dell'assegnazione alla regione Basilicata:

- alle Cure primarie il 25%, pari a € 3.856.531
- alla non autosufficienza: € 218.910 per Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti; € 218.910 per assistenza ai pazienti affetti da demenza
- alle cure palliative e terapia antalgica € 1.094.548

- agli interventi per le biobanche di materiale umano € 164.182
- alle malattie rare € 218.910
- al piano della prevenzione € 2.626.916

CONSIDERATO che la D.G.R. n.2227 del 29.12.2010, nel riparto del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata – riparto provvisorio per l'anno 2011, ha attribuito le quote vincolate di cui all'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, alle Aziende Sanitarie ASP e ASM, all'Azienda Ospedaliera San Carlo e all'IRCCS-CROB

VISTO il programma regionale, allegato alla presente deliberazione, di cui è parte integrante e sostanziale, comprensivo delle relazioni di attività attinenti agli indirizzi dell'Accordo 20.04.2011 e riferite ai progetti di cui alla D.G.R. n.1579/2010, articolati secondo le n.13 linee dell'Accordo 8.07.2010 sopra enunciate e di seguito elencati:

Linea progettuale	Progetto	Finanziamento ex art 1, comma 34, L.n.662/1996 – anno 2010
1. Cure primarie	Assistenza territoriale integrata per la Basilicata - ATIB)	€ 3.856.531.
2. Non autosufficienza	2.1 Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali	€ 218.910
	2.2 Costituzione ed organizzazione della rete regionale per le demenze	€ 1.307.640
3. La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità	Riorganizzazione della rete regionale della riabilitazione e della lungodegenza	€ 1.500.000
4. Cure palliative e terapia del dolore	4.1 Applicazione della Legge n.38/2010 nella regione Basilicata: Rete delle cure palliative e rete della terapia del dolore	€ 1.094.548

	4.2 Progetto Bambino Basilicata: Piano attuazione ASP 2010-2011	
5 Interventi per le biobanche di materiale umano	Progetto per la raccolta e la conservazione di unità di sangue da cordone ombelicale	€ 164.182
6 Sanità Penitenziaria	Attuazione del DPCM 1.04.2008 in materia di assistenza penitenziaria nella regione Basilicata	€ 500.000
7 Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano	Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano	€ 300.000
8 Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato	€ 600.000
9 Malattie rare	"Istituzione della rete regionale per le malattie rare (MR) in Basilicata"	€ 218.910
10 Valorizzazione dell'apporto del volontariato	Verso un "sistema volontariato lucano in ambito socio-sanitario e sanitario" Percorsi di solidarietà	€ 1.271.127
11 Riabilitazione	- Progetto per la realizzazione di un gruppo appartamento-famiglia per giovani alcolisti con finalità di inserimento lavorativo - Attivazione Stroke Unit	€ 1.667.363
12 Salute mentale	"Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile: proposta di una sperimentazione gestionale – Progetto di comunicazione e d'informazione"	€ 100.000

13	Piano della prevenzione	Programmazione regionale anni 2009/2020 Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione dell'infezione da HIV	€ 2.626.916
		Totale	€ 15.426.127

RILEVATO che la programmazione sanitaria regionale, di cui agli atti di pianificazione anno 2011, è coerentemente allineata a quanto sancito in sede di Accordo Stato-regioni e che gli obiettivi specifici trovano rispondenza nella progettualità regionale

EVIDENZIATO che, nel sopracitato programma regionale, la distribuzione delle risorse finanziarie tra le linee progettuali previste, tiene conto dei vincoli imposti dall'Accordo stato-regioni rep. n.76/CSR dell'8.07.2010, confermati nell'Accordo rep. n.84 del 20 aprile 2011 e che la quota di €15.426.127 è vincolata alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

RIBADITO che le suddette risorse finanziarie sono da accreditare sul conto corrente intestato alla Regione Basilicata, n.31649, presso la Tesoreria provinciale dello Stato – sez. di Potenza

RICHIAMATE

- la DGR n.1579 del 21.09.2010 che ha approvato il Programma regionale, anno 2010, collegato agli obiettivi del PSN 2006-2008, a carattere prioritario e di rilievo nazionale, redatto secondo gli indirizzi progettuali di cui all'Accordo Stato-regioni rep.n.76/CSR dell' 8 luglio 2010,
- la D.G.R. n.1646 del 25.09.2009 che ha approvato il Programma regionale, anno 2009, collegato agli obiettivi del PSN 2006-2008, a carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo gli indirizzi progettuali di cui all'Accordo Stato-regioni rep.n.57/CSR del 25 marzo 2009

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

D E L I B E R A

Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato

- di approvare il Programma regionale, anno 2011, collegato agli obiettivi del PSN 2006-2008, a carattere prioritario e di rilievo nazionale, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, redatto secondo gli indirizzi progettuali di cui all'Accordo Stato-regioni rep.n.84/CSR del 20 aprile 2011
- di stabilire che lo svolgimento delle attività è assicurato dall'utilizzo della quota vincolata ex art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, assegnata alla regione Basilicata e pari a € 15.426.127
- di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute che proporrà alla Conferenza Stato-regioni l'ammissione al finanziamento per €15.426.127, quale quota assegnata alla Regione Basilicata

L'ISTRUTTORE

Carlo Di Lorenzo

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE GENERALE
(Dr. Pietro Quinto)

IL DIRIGENTE GENERALE

("[Inserire Nome e Cognome]")

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

ALLEGATO

**PROGRAMMA REGIONALE - ANNO 2011 - COLLEGATO AGLI
OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE,
SECONDO LE LINEE PROGETTUALI DI CUI ALL'ACCORDO STATO-
REGIONI REP.84/CSR - 20 APRILE 2011**

RELAZIONI DI ATTIVITA'

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI****GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR. N.1646/2009 D.G.R. n.2227 del 29.12.2010
LINEA PROGETTUALE	N.1 Cure primarie
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza territoriale integrata per la Basilicata (in seguito ATIB)
DURATA DEL PROGETTO	Triennale con sperimentazione annuale
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Rocchina Giacoia - Dirigente Ufficio Questioni Giuridico Amministrative Settori Sociosanitario e Sanitario, Politiche del Personale in Convenzione con il SSR, Autorizzazioni ed Accreditamento Strutture

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 3.856.531
--	--------------------

IL PROGETTO**OBIETTIVI QUALITATIVI**

- Attivare forme organizzative strutturali ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute
- Contribuire a soddisfare la necessità di salute della comunità
- Mantenere la persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio
- Individuare soluzioni efficaci per garantire la continuità dell'assistenza e il ruolo degli altri operatori sanitari nella gestione della cronicità e a sostenere comportamenti che promuovano sani stili di vita

Ulteriori obiettivi

- Valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione assistita.
- Realizzare progetti di razionalizzazione
- Verificare gli effetti degli stessi
- Facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici e Ufficio di Coordinamento distrettuale per:
 - il coinvolgimento dei medici nelle varie fasi del budgeting distrettuale.
 - la realizzazione dei progetti concordati con obiettivi specifici di cui all'art.9 dell' accordo.
 - la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
- Svolgere analisi e valutazione di protocolli e percorsi assistenziali.

- Eseguire riunioni bimestrali
- Verifica degli obiettivi raggiunti;
- Discussione di reports di attività trasmesse dall'Azienda.
- Applicazione di linee guida aziendali, criteri orientativi diagnostico-terapeutici.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

Definizione di n.3 modelli organizzativi, individuati in relazione alle caratteristiche orografiche, demografiche, socio-culturali del territorio e riconducibili a:

- Aree urbane densamente popolate, dove sono disponibili servizi sanitari di diverse tipologie
- Aree dotate almeno di una sede distrettuale e/o di un centro polifunzionale che accolga dette forme associative
- Aree dotate di un presidio ospedaliero distrettuale che accogliendo la MG e già ospitando i servizi territoriali, diventa il centro unico erogatore di tutti i servizi sanitari

Costituzione di n. 3 Gruppi Territoriali Omogenei (GTO) dei Medici di Medicina Generale. Il Gruppo di Coordinamento Formativo (GCF) ha approvato il calendario del programma formativo. I momenti formativi sono stati rivolti agli animatori di formazione ed a tutti i MMG articolati in tre moduli divisi per sessione. Vi è stata una massiva partecipazione dei MMG agli incontri di presentazione del progetto

INDICATORI NUMERICI

n. 6 équipes territoriale funzionali e n. 3 semistrutturali nei Distretti di Lauria (PZ) e Senise(Pz)

n.5 distretti coinvolti: Lauria (PZ), Senise(Pz), Matera, Policoro (MT), Tricarico (MT)

Personale coinvolto: medici, infermieri, assistenti sociali, amministrativi

Prestazioni sanitarie: ambulatoriali, di radiologia, ambulatoriali specialistiche queste eseguite anche presso le sedi degli ospedali distrettuali

RELAZIONE DI ATTIVITA'

Il progetto si presenta nella successiva annualità di sperimentazione e costituisce la naturale evoluzione di esperienze acquisite attraverso l'organizzazione del lavoro di gruppo e il progressivo processo di integrazione dei MMGG e medici ospedalieri aziendali. Le attività progettuali afferenti al progetto ATIB hanno contribuito a:

- Monitoraggio della mobilità extraregionale, regionale e aziendale
- Individuazione del livello di evitabilità del ricovero ordinario inappropriato
- Integrazione nel governo della domanda e gestione dell'offerta specialistica ospedaliera nel rapporto tra: medico di MG, cittadino, specialista ospedaliero e medico aziendale

Sono stati organizzati incontri con gli specialisti ospedalieri (cardiologi, diabetologi, pneumologi, urologi, del pronto soccorso) per condividere percorsi diagnostico terapeutici. E' stata curata la formazione tra medici del pronto soccorso e medici della continuità assistenziale per l'accesso appropriato al pronto soccorso.

ALTRE ATTIVITA'

partecipazione alla campagna di screening oncologico sia aziendale che regionale;

partecipazione al progetto registro malattie rare;

svolgimento di attività educativa sugli stili di vita che dovranno prevedere 3 riunioni annue di sensibilizzazione a gruppi di assistiti con invio verbale al Direttore del Distretto;

partecipazione al progetto " emergenza caldo anziani "

gestione in modo coordinato dell'attività urgente riferita all'assistenza domiciliare

H 24 e ambulatoriale H12, anche con modalità di accessibilità agli studi

partecipazione ad incontri di formazione ed aggiornamento, nell'ambito dell'ECM, promossi dal Distretto, finalizzati alla programmazione dei piani assistenziali e valutazione dei risultati.

utilizzo, senza oneri a carico dei singoli medici, delle sedi di riferimento e delle eventuali attrezzature aziendali, per lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo.

condivisione e utilizzazione di strumenti di lavoro realizzati sulla base delle evidenze di efficacia ed efficienza.

partecipazione al funzionamento del piano regionale "Medicina in rete".

condivisione dei fattori produttivi comuni : locali, sistemi informatizzati, tecnologie di studio, ecc, si conviene che i medici appartenenti alla équipe semistrutturata condividano un server unico, certificato dalla forma associativa organizzatrice del progetto.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Ufficio Politiche della Prevenzione
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n.2227 del 29.12.2010
LINEA PROGETTUALE	2.1 Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
TITOLO DEL PROGETTO	Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali
DURATA DEL PROGETTO	18 mesi
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo Tel.0971.668864 – email cadilore@regione.basilicata.it
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Diomira Acquistapace U.O. Neurologia –AOR San Carlo Tel 0971 612526

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 218.910
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 218.910

CONTESTO

Nell'ambito della rete regionale delle strutture sanitarie, l'Azienda Ospedaliera "S.Carlo" di Potenza, rappresenta la struttura di riferimento per la diagnosi ed il trattamento della Sclerosi Multipla.

RELAZIONE

Nel corso dell'anno 2011 sono proseguite le attività complessive di progetto finalizzate alla presa in carico multidisciplinare dei pazienti affetti da sclerosi multipla per definire il percorso diagnostico terapeutico. L'Azienda Ospedaliera "S.Carlo" di Potenza si è confermata Centro di riferimento regionale per la Sclerosi Multipla.

Sono state coinvolte diverse Unità Ospedaliere: Neurologia, Oculistica, Radiologia, Fisiatria, Laboratorio analisi, Ematologia, Urologia con la possibilità di:

- attivare percorsi privilegiati per eseguire risonanza magnetica,
- attivare nuove procedure diagnostiche,
- effettuare approfondimenti diagnostici,
- selezione e studio dei test neuropsicologici da somministrare

- preparazione di farmaci immunosoppressori

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

- migliorarne il percorso assistenziale
- completare il gruppo multidisciplinare di professionisti
- migliorare la qualità della comunicazione
- preparazione di una figura professionale (psicologo) dedicata alla gestione dei pazienti con SM, anche per la valutazione e riabilitazione dei disturbi cognitivi, talora presenti fin dalle fasi iniziali di malattia.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

18 mesi

COSTI CONNESSI

€ 218.910

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

- 1) N.1 gruppo multidisciplinare di professionisti attivato
- 2) N. strategie riabilitative adottate
- 3) N. di medici impegnati/ore settimanali
- 4) N. di infermieri/ore settimanali
- 5) N. di prestazioni sanitarie effettuate

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LINEA PROGETTUALE 2.2**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n.2227 del 29.12.2010
LINEA PROGETTUALE	N.2 non autosufficienza 2.2 assistenza ai pazienti affetti da demenza
TITOLO DEL PROGETTO	"Riorganizzazione della Rete Regionale per le demenze"
DURATA DEL PROGETTO	Tre anni
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Maria Giovanna Trotta Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale, Ospedaliera e Politiche del Farmaco
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Biagio Ierardi – Az Ospedaliera San Carlo - Potenza Dott. Antonio Matera– Az Ospedaliera San Carlo - Potenza Dott. Giovanni Panarace – Az Ospedaliera San Carlo – Potenza Dott. Giovanni Bochicchio – IRCCS - CROB

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.307.640
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 218.910 alla tabella 1, allegato A, Accordo rep. 83/CSR 20 aprile 2011

IL PROGETTO "Riorganizzazione della Rete Regionale per le demenze"

Le demenze rappresentano un caso emblematico degli effetti dell'aumento delle malattie cronico-degenerative legate all'età e richiedono una revisione complessiva dell'assetto stesso del sistema delle cure ed una ridefinizione degli obiettivi e degli strumenti per valutare gli interventi, nel momento in cui la guarigione non rappresenta un esito possibile. Lo sviluppo demografico della comunità regionale richiede un ripensamento non solo degli indirizzi e degli interventi socio-sanitari, ma anche un adeguamento delle politiche del territorio.

Partendo da questa considerazione e da una analisi del contesto epidemiologico regionale, che evidenzia un più ampio e significativo fabbisogno per pazienti affetti da demenza ; che si è proceduto ad una rielaborazione del progetto dal titolo "Costituzione ed organizzazione per la

Rete Regionale per le Demenze”, afferente alla linea “n. 2 non autosufficienza – punto 2.2 Assistenza ai pazienti affetti da demenza, per un costo complessivo di € 1.307.640, approvato con la DGR n. 1579/2010 del Programma regionale, anno 2010 collegato agli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale, di cui all’Accordo Stato-Regioni rep. n. 76/CSR del 8/7/2010.

Il nuovo Progetto “Riorganizzazione della Rete Regionale per le demenze”, in corso di approvazione da parte della giunta regionale; supera quanto previsto con la sopra menzionata DGR 1579/2010, pur confermando il costo complessivo di € 1.307.640 e la durata triennale delle attività, prevede di potenziare nel numero i centri di Valutazione delle Demenze (UVD), attualmente presenti sul territorio, attivandone altri 4, con assorbimento delle risorse finanziarie per l’anno 2011 rinvenienti dall’Accordo Stato Regioni rep. n. 84/CSR del 20/4/2011.

Il progetto, **“Riorganizzazione della Rete Regionale per le demenze”**, nasce tenendo conto di quanto disposto dalla Legge Regionale n. 12 del 12/2008 - Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario regionale che all’art. 3 “Reti del Servizio Sanitario Regionale” recita *“Il Servizio Sanitario Regionale è ordinato secondo un modello a rete, che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali. Esso persegue l’obiettivo della continuità dell’assistenza e dell’integrazione tra ospedale e territorio ed implementa all’uopo il modello dipartimentale.....Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto della programmazione regionale, aggregano il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee,.....Il Dipartimento regionale competente in materia di sanità e politiche sociali assicura le attività previste dall’art. 15 della L.R. 14 febbraio 2007 n. 4, il coordinamento unitario delle iniziative e dei progetti di interesse regionale ed interregionale, anche avvalendosi di strutture ed unità operative incardinate presso le Aziende Sanitarie regionali.....*

Il Progetto in armonia con quanto previsto dalla succitata L.R. 12/2008, definisce il percorso assistenziale e delinea il modello di Rete Regionale per le Demenze;

Gli obiettivi del progetto sono:

- a) Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva di demenza.
- b) Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari.
- c) Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali.
- d) Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi
- e) Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie
- f) Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali

In passato il ruolo centrale nel trattamento del paziente demente è stato svolto dalle Unità di Valutazione Alzheimer (dislocate presso l’Azienda Ospedaliera San Carlo, il Presidio

Ospedaliero di Venosa, il Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera), identificate dalla Regione Basilicata per l'ottimizzazione del trattamento farmacologico di tali pazienti in ottemperanza all'emanazione del Progetto Cronos del Ministero della Salute.

Da allora le UVA si sono trasformate in Centri di riferimento per i pazienti e per le loro famiglie con una complessità di aspetti che ha di fatto di molto superato la dispensazione controllata dei farmaci.

Attualmente nei centri U.V.A. opera solitamente un team multidisciplinare costituito da neurologi, geriatri, psichiatri, psicologi, assistenti sociali che ha il compito di valutare pazienti con deficit cognitivo impostando un protocollo diagnostico-terapeutico specifico per la malattia di Alzheimer assicurando, inoltre, un monitoraggio del piano di trattamento farmacologico avviato.

Oggi, quindi, è più corretto parlare di Unità di Valutazione Demenze (UVD) in quanto la Malattia di Alzheimer rappresenta solo il 50% di tutte le forme di demenze.

L'obiettivo è potenziare queste strutture, nel numero attivando altri 4 sul territorio regionale e allocando all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza il centro HUB, (U.O. di Geriatria), per consentire un approccio uniforme alla diagnostica delle demenze e per una corretta valutazione prognostica, avvalendosi, per tali funzioni, di specifiche professionalità, apparecchiature e tecnologie di ultima generazione, anche con il supporto funzionale dell'IRCCS- CROB di Rionero in Vulture;

Alla realizzazione del progetto sovrintenderà un Comitato Tecnico Scientifico Regionale con compiti di programmazione, coordinamento delle attività dei centri di valutazione demenze, formazione, analisi e valutazione del sistema UVD (Unità Valutazione Demenze).

In sintesi il presente progetto individua nei seguenti settori le linee di intervento per affrontare la complessità di tale patologia:

1. **Il percorso assistenziale** che nella persone affetta da demenza deve caratterizzarsi per la complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione alla gravità, alla evoluzione della malattia, alla progressiva perdita di funzioni e di autonomia, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale. Per queste ragioni è indispensabile individuare con chiarezza le diverse criticità e gli interventi da mettere in campo in relazione ad esse.
2. **La continuità assistenziale** che si basa sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale.

3. **La centralità e l'unitarietà della persona** che rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale.

Si verrebbe a strutturare, in tal modo, una rete che garantisce, attraverso un continuo feed-back, l'attuazione per ciascun paziente del proprio specifico percorso assistenziale ed il suo continuo aggiornamento in relazione all'evolversi della malattia.

L'Infrastruttura tecnologia della rete per le Demenze è costituita dal S.I.S.R. e dai servizi di rete geografica messi a disposizione dalla rete regionale RUPAR ed in particolare i servizi di connettività, sicurezza, identificazione e firma digitale.

Tra le varie applicazioni costituenti il S.I.S.R. quella che costituisce riferimento finale per tutte le reti di patologia è il Fascicolo Sanitario Personale – FSE.

Attualmente, in sintonia con quanto previsto dal Progetto de quo, nella Azienda ASP, in cui è già presente una UVA presso il presidio ospedaliero di Venosa, si sta lavorando puntando l'attenzione sulla opportunità di fare una diagnosi differenziata fra le varie forme di demenza, e non solo sulla patologia Alzheimer; passando dal concetto delle vecchie UVA in UVD (Unità di Valutazione Demenze)

Quindi il 1° obiettivo è la diagnosi. A tale scopo è presente nell'attuale UVA del presidio ospedaliero di Venosa:

un Ambulatorio Demenze all'interno del quale viene eseguita una **Valutazione PsicoMetrica** che prevede attraverso la somministrazione di una batteria di test neuropsicologici (MMSE, ADL, IADL, GDS [Geriatric Depression Scale], Clock test, memoria autobiografica, memoria semantica, test di Corsi, test di racconto, parole di Ray rievocazione immediata-rievocazione differita, Token test, Fluenza verbale per categoria, Matrici attenzionali, Matrici a colori di Raven, Global deterioration scale)

ed una **valutazione clinica**, di esplorare le problematiche di memoria, decadimento cognitivo ed alla fine di diagnosticare le diverse forme di demenza senile (dalla MCI all'Alzheimer, dalle demenze vascolari alle miste, dalla fronto temporale alla d. a corpi di Levy...);

L'Ambulatorio Demenze è attivo due giorni a settimana, inoltre tale valutazione viene anche effettuata (tutti i giorni della settimana) attraverso il DH Geriatrico che prevede un set di prestazioni previsti dal protocollo Alzheimer

I pazienti individuati quali portatori delle patologie elencate continuano ad essere seguiti nel tempo dall'UVA;

**INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE
LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO**

Indicatori su base provinciale (provincia di Potenza) Azienda Sanitaria ASP:

Sono seguiti , presso l'Ambulatorio Demenze del Presidio Ospedaliero di Venosa (ASP):

n. 326 pazienti con Alzheimer idonei al trattamento con anticolinesterasici; questi pazienti vengono sottoposti semestralmente o annualmente a visita di controllo presso l'ambulatorio medesimo.

Nel corso dell'anno 2010, sono state effettuate 5827 visite totali e screenati 3765 individui (pari al 19.9% della popolazione ultra 65enne), il 25% dei pazienti screenati è risultato malato di Alzheimer idoneo al trattamento con anticolinesterasici in nota AIFA 85, la restante percentuale è stata inquadrata in una delle altre categorie di Demenza e messa in trattamento con terapia specifica (antidepressivi, ansiolitici, neurolettici...)

Per quanto riguarda le stime riferibili agli altri tipi di demenza diagnosticate:

le D. vascolari rappresentano il 7.4%, D. miste il 6%, Lewy body 1.3%, Parkinson D. il 2.1%, S. ansioso depressiva 8.3%, S. depressiva 15.2%, Deterioramento grave 8.7%, lieve 10%, eziologia da determinare 12%, miscellanea 0.8%, non deteriorati il 2,8% (quest'ultimo dato va letto alla luce del fatto che giungono nel centro pz inviati dal MMG già con sospetto di involuzione cognitiva)

L'Ambulatorio Demenze costituisce inoltre 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 psicocomportamentali.

E' dunque la sua presenza un trait d'union col territorio. Sono seguiti dal Centro 60 pz con demenza in fase severa.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. N.1300 DEL 2.08.2010
LINEA PROGETTUALE	N.3 – PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	"RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE REGIONALE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA LUNGODEGENZA"
DURATA DEL PROGETTO	TRE ANNI
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo TEL. 0971-668864 carolina.dilorenzo@regione.basilicata.it
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Giuseppe Magno – Azienda Sanitaria di Potenza – ASP Dott. Pancrazio Di Napoli Azienda Sanitaria di Matera – ASM Dott. Domenico Santomauro Azienda Ospedaliera San Carlo - Potenza

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 1.500.000

RELAZIONE

Nel corso dell'anno 2011 si è data attuazione al protocollo approvato con la D.G.R.n.1300/2010 attivando le fasi del modello organizzativo: accesso, presa in carico, trasferimento e dimissione. Il modello organizzativo viene attivato nella fase acuta della malattia, a seguito di richiesta da parte delle UU. OO.di consulenza fisiatrice.

La valutazione fisiatrice fissa i goals a breve termine ed il piano di trattamento e nei controlli successivi puntualizzano l'evoluzione del quadro clinico - funzionale, il raggiungimento degli obiettivi previsti ed aggiungono, alla data prevista per la dimissione, l'opportunità di concludere o di proseguire il trattamento riabilitativo con le seguenti tipologie di intervento assistenziale:

1. i soggetti con disabilità lieve o media vengono indirizzati al trattamento ambulatoriale con indicazione del programma o degli obiettivi di area per il progetto;

2. per i soggetti con disabilità più complesse e con maggiore potenzialità di recupero da trattare in regime di degenza presso le UU. OO. di Riabilitazione Intensiva viene compilata un' apposita "scheda conoscitiva". La scheda viene trasmessa alle UU. OO. di Riabilitazione della Regione che provvedono a comunicare la disponibilità ad accogliere il paziente per il prosieguo riabilitativo intensivo. Per i soggetti medullosesi e cerebrolesi, il fisiatra stila una relazione che viene inviata alle strutture specificatamente accreditate di alta specialità sull'intero territorio nazionale.

3. I soggetti con scarso potenziale di recupero, ma che richiedono assistenza in regime di ricovero ordinario, se con presa in carico specificatamente riabilitativa vengono indirizzati alle strutture di lungodegenza riabilitativa, se con la sola necessità di impegno assistenziale, vengono indirizzati alla ospitalità nelle strutture di lungodegenza medica.

4. I pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero, con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato e che, superata la fase iperacuta, non sono più idonei per una degenza nelle UU. OO. di rianimazioni e/o terapie intensive ma necessitanti di elevata intensità di cura, vengono indirizzati alle strutture di lungodegenza post-acuzie ad elevata intensità di cura (LAIC).

In rispetto alla linea progettuale e specificatamente per la lungodegenza ad alta intensività di cura (LAIC) sono stati effettuati, da parte dell'ufficio tecnico, la valutazione strutturale degli edifici, rilievi planimetrici e valutazione dell'impiantistica dell'Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano.

Alla valutazione si sono succeduti incontri con i medici responsabili delle UU. OO. presenti nel Presidio di Pescopagano per valutazione del processo assistenziale e delle possibili criticità nella LAIC

**TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI
TRE ANNI**

**COSTI CONNESSI
€ 1.500.000**

**INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE
LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO**

N. di strutture coinvolte
N. di pazienti assistiti
N. di trasferimenti effettuati
N. di schede conoscitive prodotte
N. di FSE attivati

Nella tabella seguente sono riportate in riepilogo le ore di attività svolte dal personale dell'Azienda Ospedaliera "S. Carlo"

	Numero	Impegno medio orario	Totale ore
Direttore di Dipartimento	1	1000	1.000
Medici Potenza	2	1248	2.496
Medici Pescopagano	4	150	600
Fisioterapisti	15	1248	18.720
Ingegnere	1	200	200
geometri e periti tecnici	4	200	800
operatori tecnici	3	800	2.400
Direzione Sanitaria Pescopagano	1	150	150
Costi generali			
Totale	16	2248	19720

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Ufficio Politiche della Prevenzione
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. 1650/2005, D.G.R. 606/2010, D.G.R. n.1579/2010
LINEA PROGETTUALE	N.4 – Cure palliative e terapia del dolore
TITOLO DEL PROGETTO	Applicazione della Legge n.38/2010 nella Regione Basilicata: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"
DURATA DEL PROGETTO	24 MESI
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo Tel.0971.668864 – email cadilore@regione.basilicata.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 594,548
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 594,548

RELAZIONE

Si è data attuazione alle attività previste nel progetto regionale approvato con la D.G.R. n.1579/2010 e afferente al programma collegato agli obiettivi di piano per l'anno 2010. Dette attività risultano contestualmente attuative di quanto sancito nella L.38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che persegue il duplice obiettivo di realizzare una rete assistenziale di cure palliative e una rete assistenziale di terapia del dolore, naturalmente integrate fra loro. La realizzazione della rete di terapia del dolore dovrà tenere conto del progetto Ospedale senza dolore, che, non avendo conseguito i risultati attesi nell'intero ambito nazionale, come rilevato dallo stesso Ministero della Salute, è ridefinito all'art.6 di questa legge e ridenominato Ospedale-territorio senza dolore. Il nuovo progetto Ospedale-territorio senza dolore sposta il baricentro dell'assistenza sul territorio, demandando alle strutture ospedaliere la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo decisionale le figure sanitarie territoriali, in particolare il medico di medicina generale. La rete assistenziale della lotta al dolore è infatti articolata in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e gli ambulatori dei MMGG e i pediatri di libera scelta, per il dolore pediatrico.

In modo particolare nella pianificazione delle attività, si è tenuto conto degli Accordi Stato-regioni conseguiti alla legge:

- Accordo rep. atti n.188/CSR del 28.10.2011 tra il Governo, le regioni e il Ministero della Salute di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del sopradescritto progetto "Ospedale territorio senza dolore" e corredato di
 - allegato n.1 che ribadisce il superamento del progetto Ospedale senza dolore e indica le linee di sviluppo dei programmi sperimentali su cui utilizzare le risorse finanziarie assegnate
 - allegato 2 che attribuisce alla regione Basilicata, secondo i criteri enunciati nell'allegato A dell'accordo medesimo, la somma di € 55.836, da ripartire nel biennio 2010-2011, rispettivamente per € 34.098 e per € 21.738
 - allegato 3 che definisce gli indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto "Ospedale-territorio senza dolore"
- Accordo del 16.12.2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore – rep. atti n.239/CSR. Questo Accordo, esaminate le criticità, ribadisce la primaria importanza di creare una reale rete assistenziale in cui i singoli nodi, hospice, assistenza domiciliare, ospedale, siano adeguatamente sviluppati e possano colloquiare tra loro grazie ad una regia centralizzata a livello regionale e aziendale.

Al fine di adempiere agli impegni attribuiti alle regioni, si è valutata l'opportunità di costituire n.2 tavoli tecnici, rispettivamente dedicati alla "rete cure palliative" e alla "rete terapia del dolore".

Rete cure palliative

la rete delle cure palliative è oggi in Basilicata riportata all'interno della rete delle cure domiciliari – DGR n.862/2008 – e intesa come insieme di cure ad elevato livello assistenziale, secondo il coefficiente di intensità assistenziale collegato alla complessità del profilo di cura, in base agli indirizzi del Ministero della Salute ripresi nelle Linee – Guida sopracitate. La realizzazione di questa rete sarà ulteriormente dettagliata in apposito documento, elaborato dal tavolo tecnico nel rispetto dei principi della legge e degli adempimenti regionali.

Ad oggi, ai fini del perfezionamento della rete stessa, sono stati organizzati Corsi di aggiornamento:

- n.1 corso ECM a Melfi sul trattamento delle lesioni croniche cutanee
- n.1 corso ECM replicato a Potenza sul trattamento delle lesioni croniche cutanee
- n.1 corso di aggiornamento di Nutrizione Clinica

Sono stati confermati anche per l'anno 2011 gli obiettivi che i Direttori Generali devono perseguire, ove non ancora realizzati, o consolidare, in tale ambito e di seguito riportati:

- attivare, in ambito aziendale e tra le aziende la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative, con relativa erogazione del servizio in attuazione della D.G.R. n.1650/2005;
- attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;
- coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni
- adeguare tutte le tipologie di cure domiciliari alle Nuove Linee Guida Regionali delle Cure Domiciliari, approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008

-dare attuazione a quanto previsto nelle suddette Linee – Guida, con particolare riferimento alle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Rete terapia del dolore

Il tavolo tecnico dedicato alla “rete terapia del dolore” è costituito dai responsabili dei Comitati senza dolore – COSD e da figure professionali distrettuali, da rappresentanti dei medici di MG e pediatri di libera scelta, in virtù del nuovo progetto che sposta il baricentro dell’assistenza sul territorio, demandando alle strutture ospedaliere la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo decisionale le figure sanitarie territoriali. Il tavolo ha elaborato la bozza progettuale ai sensi del citato Accordo rep. atti n.188/CSR del 28.10.2011, per la realizzazione della rete di terapia del dolore in Basilicata e per il coordinamento degli interventi nell’ambito della rete a livello regionale e aziendale.

Per l’anno 2011 sono stati confermati per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell’Azienda Ospedaliera San Carlo e dell’IRCCS alcuni dei precedenti obiettivi in tema di lotta al dolore, di seguito indicati:

- Lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell’ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;
- Potenziamento della lotta al dolore in quei settori nei quali, a causa di limiti culturali non superati, spesso è poco conosciuto e sottotrattato (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso);
- Attivazione di programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali.
- Sensibilizzazione della popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali “La giornata nazionale del sollievo”.

Sono stati altresì introdotti gli adempimenti connessi al progetto “Terapia antalgica”, di cui alla D.G.R. 1646/2009 e alla D.G.R. 1579/2010

Adempimenti dalla D.G.R. n. 1646 del 25 settembre 2009
Superamento del progetto “Ospedale senza dolore”, passando dal Comitato Ospedale senza dolore (COSD) all’attuazione dell’ “Ospedale e territorio senza dolore”
Introduzione di un nuovo modello assistenziale, integrato nel territorio, per la terapia del dolore, finalizzato a riorganizzare le strutture esistenti, individuando i Centri di riferimento (hub), gli ambulatori (spoke) e i presidi territoriali, gestiti da team di MMGG
Coinvolgimento di tutti gli attori: dalle famiglie ai MMGG ai pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all’ospedale
Sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa, garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra hospice e domicilio

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

- Realizzazione di n.1 rete regionale cure palliative
- Realizzazione di n.1 rete regionale terapia del dolore
- Coordinamento regionale della rete cure palliative
- Coordinamento regionale della rete terapia del dolore
- Coordinamento aziendale della rete cure palliative

- Coordinamento aziendale della rete terapia del dolore
- Potenziamento della rete e dei nodi territoriali dell'assistenza cure palliative e terapie del dolore
- Formazione continua delle figure professionali in campo
- Miglioramento degli standards qualitativi e quantitativi dei servizi offerti

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

24 mesi

COSTI CONNESSI

€ 594,548

**INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE
LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO**

- 1) N. di protocolli attivati
- 2) N. di corsi formazione attivati
- 3) N. di operatori coinvolti
- 4) N. di campagne d'informazione promosse
- 5) N. Posti letto hospice attivati: -San Carlo Potenza (12 p.l.);
-IRCCS-CROB Rionero in Vulture (8 p.l.);
-ASP Lauria (6 p.l.);
-ASM Stigliano (8 p.l.)

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI****GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR n.1646 del 25/9/2009 – D.G.R. n.1579/2010 D.G.R. n.2245 del 29.12.2010
LINEA PROGETTUALE	4
TITOLO DEL PROGETTO	"Progetto Bambino Basilicata: Piano attuazione ASP 2010-2011"
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo Tel.0971.668864 – email cadilore@regione.basilicata.it
REFERENTI AZIENDALI	Domenico Iadanza - ASP dirigente medico della UO di Pediatria e sociale

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 500.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 500.000,00

IL PROGETTO**RELAZIONE**

Nel corso dell'anno 2011 si è data attuazione al progetto approvato con la D.G.R. n.1579/201 e che intercetta contestualmente anche gli obiettivi della L. n.38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore". Le azioni svolte hanno contribuito ad organizzazione una equipe di riferimento regionale di cure palliative pediatriche ad alta specializzazione. Sono stati effettuati a tale scopo numerosi incontri con i responsabili nazionali delle cure palliative pediatriche e i rappresentanti del Ministero della salute, presso la Fondazione Lefebvre di Roma, per la definizione ed elaborazione del programma attuativo. Detto programma è finalizzato ad attuare la rete per la presa in carico domiciliare dei bambini incurabili e delle loro famiglie.

REALIZZAZIONE DELLA RETE

ATTORI: unica rete di riferimento regionale (nella fase sperimentale solo aziendale) costituita dall'equipe di riferimento, ospedali regionali ed extraregionali, pediatri e medici di famiglia,

personale del distretto, personale del 118, operatori delle cure palliative degli adulti, comuni, scuole, associazioni di volontariato.

COMPITI: partecipa, in maniera continuativa, alla presa in carico dei bambini e delle famiglie, supportata dall'equipe di riferimento. La rete viene costruita sul singolo caso, attivando, in maniera specifica, le competenze e le professionalità necessarie.

Compiti dei singoli componenti:

- pediatra di famiglia e medico di medicina generale: case manager;
- ospedale per acuti: strumenti diagnostici e brevi ricoveri (trasfusioni, RMN, TAC, rx grafie etc.);
- distretto sanitario di base: fornisce presidi, farmaci, personale medico, infermieristico, psicologico, riabilitazione etc.;
- ospedale specialistico: concorre al coordinamento della gestione della patologia ed effettua follow up programmati per patologie di particolare intensità;
- continuità assistenziale e 118: informati e formati, intervengono in situazioni di emergenza;
- scuola: attività didattica a scuola e a domicilio, eventualmente anche attraverso supporti telematici;
- comuni: forniscono supporto economico, assistenziale e sociale per la tutela dei diritti;
- volontariato formato e specifico per bambini: supporto assistenziale alla famiglia, attività ludico-ricreative;
- operatori della rete di cure palliative degli adulti: si integrano con gli altri operatori al fine di assicurare la copertura della rete.

STRUMENTI PER IL LAVORO IN RETE

a) Formazione ed informazione

Informazione

- Giornata informativa con la presenza dei Direttori Generali delle due Aziende Sanitarie, i Direttori sanitari, i capi distretto, pediatri osp, mmg e pls rappresentanti, infermieri, associazioni, palliativisti dell'adulto, cure primarie, terapia del dolore, media.

Formazione specifica dei componenti della equipe

- una formazione di livello avanzato, specialistica in CPP, indirizzata ai membri dell'equipe di riferimento regionale. La formazione sarà effettuata dalla Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio, che partecipa al progetto BAMBINO e prevede anche esperienze extraregionali nei centri di CPP attualmente presenti in Italia:

- **Corso di formazione sulle cure palliative pediatriche presso l'hospice pediatrico di Padova, per quattro operatori;**
- **Training di una settimana presso l'hospice di Padova per due operatori;**
- **Corsi pratici monotematici**
- **Master universitario in CPP, per due operatori**
- una formazione specifica sul singolo caso delle professionalità della rete per la presa in carico del singolo paziente, effettuata dall'equipe, supportata dal personale tecnico messo a disposizione nel progetto bambino, che prevede incontri di abilitazione in procedure tecniche, lavoro in equipe e supporto e preparazione in ambito psicologico e psico-relazionale:
 - **Supervisione dell'equipe: Incontri trimestrali di supervisione dell'equipe con esperti per la presa in carico di pazienti con particolare complessità assistenziale, con analisi di confronto dell'equipe;**
 - **Tutoraggio : partecipazione, per via telematica (SKYPE), alle unità di valutazione distrettuale da parte di medici, infermiere, psicologi e altre figure (dietiste ass sociali etc) con due o tre operatori esperti in CPP, con cadenza settimanale;**
 - **Disponibilità telefonica, da parte degli esperti, diurna feriale e/o risposta entro le 24 ore per posta elettronica con mail dedicata a problematiche di particolare impegno ed urgenza.**
- attività formativa di base, rivolta a tutti gli operatori che lavorano in ambito socio-sanitario regionale, operata dal personale del centro e gli operatori del progetto:
 - **Corso di formazione ECM residenziale: GESTIONE BAMBINO INGUARIBILE E TERAPIA DOLORE (due edizioni)**

b) Sensibilizzazione

Riunioni con rappresentanti – incontri – convegni scientifici – formazione sul singolo caso.

Questa attività è fondamentale per i seguenti motivi:

- contribuire a favorire la emersione del problema
- stimolare la creazione di gruppi di auto-aiuto
- stimolare la creazione di associazioni di famiglie
- aiutare le famiglie a sentirsi meno sole
- realizzare momenti durante i quali le famiglie dei bambini possano far sentire la propria voce
- offrire momenti di riflessione rispetto ad un problema spesso sottostimato

Verranno utilizzate diverse modalità attuative:

- giornata dedicata ai bambini con malattie rare in stretta collaborazione con le associazioni delle famiglie
- convegno di studio con il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, degli enti locali,
- coinvolgimento dei mass media

c) Protocolli e procedure condivisi

I protocolli e le procedure sono strumenti fondamentali per la gestione di tali patologie caratterizzate da particolare complessità:

- cartelle cliniche uniche e condivise
- gestione del dolore
- gestione cateteri centrali – cannula per tracheotomia – PEG – pompa di alimentazione enterale e parenterale – macchina per la tosse – ventilazione domiciliare
- monitoraggio parametri vitali
- altro...

d) Osservatorio epidemiologico

E' di fondamentale importanza la condivisione con l'Osservatorio epidemiologico Regionale dei dati relativi alla gestione dei pazienti

EVENTO CONNESSO ALLA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE

Ai sensi dell'art.4 della L. n.38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore", il Ministero della Salute, per ciascuno degli anni 2011 e 2012, è autorizzato allo stanziamento di somme finalizzate a realizzare le campagne di comunicazione per informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Il Ministero della Salute ha rappresentato l'opportunità di promuovere due interventi pilota sulla cultura dell'informazione delle cure palliative pediatriche e terapia del dolore dirette ai pediatri, agli infermieri e alle altre figure professionali, impegnati nei percorsi di cure e di assistenza, individuando nel contempo, nella regione autonoma Friuli Venezia Giulia e nella regione Basilicata, gli enti pilota su cui avviare la prima campagna di comunicazione prevista al sopracitato art.4, comma 1 della L.38/2010. Si è reso necessario stipulare tra il Ministero della Salute e la Regione Basilicata uno specifico accordo della durata di dodici mesi, che ha impegnato la regione Basilicata:

- a svolgere un evento di comunicazione e informazione per diffondere la cultura delle cure palliative pediatriche, in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefevre D'Ovidio Onlus, già soggetto attuatore per conto del Ministero della Salute, del Progetto Bambino anche per la Basilicata, nonché nell'ambito del protocollo d'intesa, già stipulato con la regione Basilicata stessa in data 30.10.2008

Il 30 dicembre 2010 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute

Il convegno si è tenuto a Potenza, presso l'Auditorium dell'Azienda Ospedaliera San Carlo il giorno 23 maggio c.a. secondo il seguente programma:

“La comunicazione: un tassello importante del prendersi cura”

La cultura dell'informazione nella terapia del dolore e cure palliative pediatriche tra formazione e organizzazione dei servizi

Programma

09:00 Registrazione dei partecipanti

09.30 Saluto ai partecipanti – Introduzione

Attilio Martorano

Assessore alla Sanità della Regione Basilicata

La rete di cure palliative pediatriche e terapia del dolore nella Regione Basilicata

Sessione Istituzionale

Parte I

Introduce i lavori Giovanni De Costanzo

Direttore Generale Az. Ospedaliera San Carlo Potenza

Moderatori : Pasquale Amendola Direttore Generale ASP Potenza

Pietro Quinto Dirigente Generale Dipartimento Salute Regione Basilicata

10.00 La pediatria del XXI secolo e le cure palliative

Maria Cristina Mencoboni

Direttore U.O. Pediatria Ospedale di Matera

10.15 Il progetto Bambino: l'organizzazione della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche

Marcello Orzalesi

Coordinatore scientifico Fondazione Maruzza Lefebvre

D'Ovidio ONLUS

- 10.30 L'attuazione della Legge 38/2010: aspetti di organizzazione sanitaria
 Marco Spizzichino
 Direttore Ufficio XI della Programmazione Sanitaria
 Ministero della Salute
- 11.00 L'attuazione della Legge 38/2010: attività di comunicazione e informazione
 Daniela Rodorigo
 Direttore Generale della Direzione Comunicazione e relazioni istituzionali Ministero Salute
- 11.30 coffee break
- Parte II
- Moderatori: Vito Gaudiano Direttore Generale ASM Matera
 Rocco Maglietta Direttore Generale IRCCS Rionero in Vulture
- 11.45 Lo stato di attuazione del Progetto Bambino in Basilicata: risorse presenti ed opportunità di sviluppo
 Domenico Iadanza
 U.O. Pediatria territoriale ASP Potenza
- 12.00 Il ruolo delle Organizzazioni non-profit nella terapia del dolore e Cure Palliative pediatriche
 Silvia Lefebvre D'Ovidio
 Presidente Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus
- 12:15 Il bisogno di cure palliative pediatriche e terapia del dolore: il punto di vista delle famiglie
 Maria Luisa Ferlin
 Presidente Comitato Maruzza Regione Basilicata
- 12:30 Conclusioni
 Vito De Filippo
 Presidente della Regione Basilicata
- 13.00 Lunch
- Sessione Formativa
- Moderatori: Amelia Scavone Direttore U.O. Pediatria Osp. San Carlo Potenza
 Marcello Ricciuti Responsabile Hospice Osp. San Carlo Potenza
- 14.15 L'importanza del lavoro di gruppo nel team di assistenza sul territorio
 Fabrizio Renzi

Specialista in Psicologia Clinica e formatore

15.15 Quali bambini e quali sintomi: l'approccio al bambino inguaribile

Franca Benini

Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

15.45 Discussione

16.00 Coffee break

16.30 Approccio terapeutico al dolore nel bambino

Luca Manfredini

Dipartimento di ematologia e oncologia Pediatrica

Istituto Giannina Gaslini.

17.15 Discussione

17.30 Test di apprendimento

18.00 Chiusura dei lavori

L'evento ha riscosso grande successo e consenso e ha registrato oltre 160 presenze

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

Obiettivo generale

Presa in carico globale del bambino affetto da malattia inguaribile e della famiglia, nell'ottica della qualità della vita, con la possibilità di fornire risposte assistenziali in continuità di presa in carico ed offrire un riferimento stabile nell'ambito di un "progetto di salute" realizzato sia a livello domiciliare che, in un secondo tempo, residenziale.

Obiettivi specifici

- A) Contrasto, compenso e/o controllo dei sintomi, prevenzione della loro ingravescenza e della nuova comparsa, controllo e prevenzione delle complicanze e delle comorbidità;
- B) Mantenimento dell'equilibrio fisico, psichico, emozionale, sociale e spirituale del minore nell'ottica della qualità della vita ;
- C) Sostegno alle tappe maturative della personalità del minore, del riconoscimento del sé e degli altri mettendo in atto precocemente tutte le misure che favoriscano e rinforzino l'interazione con l'ambiente e con il sociale;
- D) Supporto al minore per la crescita della persona, della sua educazione, cultura e creatività, della sua spiritualità, del suo ruolo tra gli altri e nelle comunità;
- E) Aiuto al neonato/bambino/adolescente per essere e sentirsi amato da una famiglia sufficientemente serena per accoglierlo e per accudirlo e gestirlo con competenza ed

equilibrio;

- F) Supporto alla famiglia, anche allargata, nel conoscere e imparare a vedere, capire, fare, dire e convivere con un bambino con bisogni speciali;
- G) Counselling,
- H) Sostegno alla famiglia nell'essere riconosciuta nella sofferenza e nella funzione anche sociale, aiutata e sollevata;
- I) Organizzazione di percorsi facilitati per la domiciliazione;
- J) Punto d'incontro, informazione, formazione e coagulazione delle famiglie;
- K) Gestione del lutto;
- L) Supervisione e tutoraggio della rete di cure palliative pediatriche, centro di riferimento per operatori sanitari e non;
- M) Supporto alle equipe territoriali e supporto alla equipe centrale;
- N) Centro di raccolta dati e rivalutazione dei percorsi;
- O) Ricerca.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI
--

24 mesi

COSTI CONNESSI

Totale € 500.000

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

n. di casi valutati n. di protocolli condivisi n. di corsi formazione attivati n. di eventi informativi organizzati
--

Sono stati presi in carico 9 bambini con malattia inguaribile, con accessi domiciliari di infermiere, assistenti sociali, medico delle cure palliative e medico di medicina generale e pediatra di libera scelta

n.4 operatori dell'equipe (tre pediatri ed un infermiera pediatrica) hanno iniziato un percorso formativo con corso svolto presso l'hospice pediatrico di Padova sulla gestione del bambino con malattia inguaribile

E' stato effettuato un incontro sull'utilizzo della "macchina della tosse" con pediatri di famiglia dell'ambito territoriale vulture-melfese e gli operatori dell'equipe

Sono stati organizzati:

n.1 Corso di aggiornamento presso il consultorio familiare di Melfi

n.1 Corso di formazione ECM "approccio al bambino inguaribile"

n.1 Piano di attuazione 2010-2011 del progetto Bambino Basilicata

Sono stati organizzati incontri per la presa in carico e la rivalutazione del percorso assistenziale dei pazienti:

n.5 Rionero in Vulture

n.1 Oppido Lucano

n.7 Potenza

n.2 Latronico

n.3 Francavilla in Sinni

n.1 Villa d'Agri

n.3 Melfi

n.1 Senise

n.1 Lauria

E' stato realizzato n.1 audit clinico tra i sanitari dell'equipe territoriale sulla gestione del dolore nel bambino

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE	DGR N. 1646/2009 DGR 1579/2010 DGR N. 216/10
LINEA PROGETTUALE	N. 5 – INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
TITOLO DEL PROGETTO	PROGETTO PER LA RACCOLTA E LA CONSERVAZIONE DI UNITA' DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE
DURATA DEL PROGETTO	2 ANNI
REFERENTE	DOTT. SSA MARIA GIOVANNA TROTTA Dirigente Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale Ospedaliera e Politiche del Farmaco

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 164.182 di cui alla tab 1 Allegato A Accordo rep. 83/CSR del 20/4/2011
--	---

**RELAZIONE DI ATTIVITA' DEL PROGETTO : "RACCOLTA E CONSERVAZIONE DI
UNITA' DI SANGUE DA CORDONE OMBELICALE"**

In riferimento al progetto è stata individuata la Banca Regionale SCO dell'Azienda Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, quale partner per la collaborazione e per il conferimento delle cellule staminali da cordone ombelicale.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 216/2010, allegata alla presente relazione, la Regione Basilicata ha preso atto dell' Accordo Operativo con la Banca SCO del Policlinico Umberto I e ha dato mandato all'Azienda San Carlo e all'ASM di procedere alla sottoscrizione dello stesso.

L'Azienda San Carlo ha predisposto il Protocollo Operativo con l' individuazione dei Centri di Raccolta e dei relativi referenti.

È stato completato il percorso formativo degli operatori coinvolti, sia dell'Azienda San Carlo e dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, individuate dal progetto quali strutture capofila.

Questi operatori stanno provvedendo a loro volta, secondo la metodologia "a cascata" a formare il personale dei presidi ospedalieri di Policoro, Melfi, Villa D'Agri e Lagonegro, individuati quali Centri di Raccolta dalla legge regionale n. 23/07.

L'Azienda San Carlo di Potenza ha redatto un protocollo operativo interno ed ha attivato gli Ambulatori di Raccolta, presso le UU.OO. di Ostetricia e di Medicina Trasmfusionale e ad oggi ha proceduto alla raccolta del sangue da cordone ombelicale (SCO) di dieci pazienti.

L'Azienda Sanitaria ASP di Potenza ha proceduto alla definizione delle caratteristiche e dei requisiti minimi dei punti nascita aziendali e sta provvedendo alla formazione del personale sulla base del percorso formativo concordato con le due strutture Capofila.

INDICATORI:

N. 1 Protocollo operativo interno all'Azienda Ospedaliera San Carlo

n. 4 Ambulatori di raccolta

n. 10 pazienti

n. 50 operatori coinvolti nel programma di formazione

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LINEA PROGETTUALE N. 6**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	BASILICATA
DELIBERA REGIONALE	D.G.R. N.316/2010
LINEA PROGETTUALE	6
TITOLO DEL PROGETTO	ATTUAZIONE DEL DPCM 1.04.2008 IN MATERIA DI ASSISTENZA PENITENZIARIA NELLA REGIONE BASILICATA
DURATA DEL PROGETTO	3 ANNI
REFERENTE REGIONALE	DOTT.SSA MARIA GIOVANNA TROTTA

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 500.000
--	-----------

RELAZIONE

Tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole

Referente del progetto: Dott. Sergio Schettini

Struttura di appartenenza: A O S. Carlo

Indirizzo: Via Potito Petrone – POTENZA-

N.tel.0971 613535

RELAZIONE DI ATTIVITA'

Relativamente allo stato di attuazione della linea progettuale 6 **“Sanità Penitenziaria” – Tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e loro prole** – in continuità con le attività già in corso è stato realizzato quanto segue:

Sono state garantite alle donne detenute le attività di screening secondario finalizzato alla prevenzione del cervicocarcinoma. Le attività sono state svolte presso la casa circondariale di Potenza. Sono stati effettuati i Pap Test per lo screening di 1° livello alle pazienti rientranti nella fascia d'età della popolazione bersaglio (24 – 64 anni) nell'ambito del “Progetto Basilicata donna”, e i successivi approfondimenti diagnostici, laddove previsto. Gli esami di approfondimento sono stati effettuati presso la U.O.C. di Ostetricia e Ginecologica dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo, da personale medico e paramedico dell'azienda preposto a tali attività.

Il costo totale sostenuto per l'impiego del personale(medici, infermieri) ammonta ad € 114.056

LA SALUTE MENTALE

Tutela della salute mentale nelle strutture penitenziarie regionali

Relazione : Azienda Sanitaria di Potenza (ASP)

RELAZIONE DI ATTIVITA'

Il progetto "tutela della salute mentale nelle strutture penitenziarie regionali" è una parte fondamentale dell'intero progetto mirato alla garanzia di una corretta e globale assistenza penitenziaria regionale. Secondo uno studio dell'OMS circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da disturbi di personalità, mentre un decimo soffre di disturbi gravi quali psicosi e depressione. E' da considerare, infine, la consistente prevalenza di comorbilità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti. Pertanto, è necessario un programma sistematico di interventi che affronti la complessità del fenomeno.

Il passaggio della sanità penitenziaria al Ministero della Salute ha determinato un impegno ed una qualificazione delle azioni sanitarie molto più alta e sistematica. Pertanto in un ambiente dove è imposta la privazione della libertà, l'attenzione alla salute mentale è indispensabile e prioritaria, soprattutto alla luce della funzione di recupero che la detenzione riveste in una società sviluppata quale la nostra.

Sono stati identificati nel sottoprogetto 4 indicatori di progetto, come di seguito riportato.

Di fianco a ciascun indicatore è stato riportato lo stato di raggiungimento dell'obiettivo stesso:

1.Valutazione anamnestica e funzionale dello stato mentale dei detenuti che accedono alla struttura penitenziaria;

In entrambe le realtà penitenziarie di Melfi e Potenza sono state attivate le procedure atte alla valutazione psichiatrica di tutti i detenuti che entrano nel circuito penale. Questo obiettivo è arduo ma necessario per il raggiungimento dello stato di salute dei singoli detenuti, in considerazione dello stato di privazione della libertà cui sono sottoposti. Questa azione di prevenzione primaria qualifica lo sforzo operativo ed economico della Azienda nel settore.

E' stata inoltre rilevata, come indicato negli obiettivi regionali 2009, la percentuale di soggetti che sviluppano situazioni di disagio mentale e patologie rispetto alla popolazione detenuta: in entrambe le strutture penitenziarie la percentuale di detenuti che presentano patologie psichiatriche è intorno al 55%. Si tratta comunque per l'80% di patologie ansiose o ansiodpressive su base reattiva e per il 20% di patologie psichiatriche gravi preesistenti o latenti dalla condizione di privazione della libertà.

Sono state effettuate visite psichiatriche e psicologiche al 100% della popolazione segnalata.

Sono state effettuate visite psichiatriche, anche presso l'Istituto Penitenziario per minori, alla popolazione sulla quale è pervenuta richiesta.

E' stata avviata la collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute Mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, con l'obiettivo di stipulare protocolli di intesa per una gestione integrata delle persone detenute, affette da disturbi psichiatrici.

2.Attività informativa ai detenuti sulle possibili inferenze che lo stato detentivo può determinare sulla psiche umana;

In entrambe le Case circondariali di Potenza e Melfi sono state erogate informazioni sulle inferenze che lo stato detentivo può determinare sulla psiche al 100% della popolazione carceraria che ne ha fatto richiesta.

3.Follow-up dei pazienti che presentano condizioni di rischio per lo sviluppo di una

condizione di disagio mentale connessa alla detenzione;

E' in itinere, con la somministrazione di test psicodiagnostici (test di personalità , ecc) , visite psichiatriche e psicologiche., su popolazione segnalata.

4.Diagnosi cura e riabilitazione di soggetti con malattia mentale conclamata.

Ambedue questi obiettivi sono stati raggiunti in entrambe le Case Circondariali di Potenza e Melfi in quanto è stato attivato nei rispettivi Carceri un ambulatorio psichiatrico con personale medico e paramedico che ha operato con frequenza almeno decennale. Tanto ha determinato la presa in carico ed il conseguente inquadramento diagnostico e terapeutico dei detenuti in modo rapido ed efficace. Sono stati effettuati raccordi ed inviate relazioni Magistrati per gli inserimenti di alcuni detenuti affetti da disturbi psichiatrici , nelle comunità terapeutiche, quale misura alternativa alla detenzione nelle carceri.

Sono state inviate relazioni ai Magistrati sulle condizioni psichiche di detenuti e incompatibilità con il sistema detentivo.

E' stata fornita assistenza con interventi multidisciplinari ai detenuti in scompenso psichico durante il ricovero nella cella detenuti degli Ospedali .

E' stato richiesto ai Magistrati di fornire assistenza in SPDC, a soggetti minori di 18 anni , in alternativa alla cella detenuti, ritenendo necessaria un'assistenza più adeguata ed umanizzante per minori, nel servizio psichiatrico ospedaliero.

Sono stati attuati interventi, durante i ricoveri, con le famiglie, prevedendo la partecipazione e il loro coinvolgimento nel progetto terapeutico comunitario .

Di seguito si riportano i costi sostenuti per l'anno 2010:

voce di costo	importo
personale	670.200,00
consulenza psichiatrica	17.256,00
presidi	1.520,00
altri beni	5.000,00
farmaci	24.000,00
manutenzioni attrezzature	7.024,00
totale costi progetto per annualità	725.000,00

LA SALUTE DEI MINORI

Tutela della salute dei minori

REFERENTE DEL PROGETTO: Dr. Carlo Calzone

Direttore del Dipartimento interaziendale di neuropsichiatria infantile nell'Azienda ASM di Matera

RELAZIONE DI ATTIVITA'

In seguito alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa (DGR n. 2020/09), stipulato tra la Regione Basilicata , il PRAP e il Centro della Giustizia Minorile per le Regioni Calabria e Basilicata., si è dato continuità alle azioni di collaborazione interistituzionale per la tutela della salute dei minori sottoposti a pena detentiva attivando percorsi finalizzati, avvalendosi del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile, che attraverso un rete integrata e multidisciplinare di servizi ospedalieri e territoriali garantisce l'erogazione di prestazioni finalizzate alla prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione del disagio giovanile.

SISTEMA INFORMATIVO

REFERENTE DEL PROGETTO: Dott. Franco Labroca

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Dirigente S.I.

Indirizzo: C.da Macchia Romana, Potenza

Tel.: 0971/612514 e.mail: franco.labroca@ospedalesancarlo.it

RELAZIONE DI ATTIVITA'

In riferimento allo stato di attuazione della linea progettuale n. 6 **Sanità Penitenziaria" – Sistema Informativo** – è stato realizzato quanto segue:

è stato predisposto un progetto, da parte della U.O. Sistema Informativo Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, che definisce le modalità di attuazione/implementazione della Cartella clinica dei pazienti in regime penitenziario.

Il modello in via di implementazione prevede la visibilità del singolo istituto penitenziario come entità staccata ma collegata all'Azienda di appartenenza e visto da quest'ultima come un Distretto e/o un Presidio geograficamente separato dalla struttura centrale. Il progetto prevede l'estensione e il collegamento degli istituti penitenziari lucani con i sistemi software in uso nelle aziende sanitarie regionali.

Il progetto prevede la prima attuazione del sistema presso l'Istituto penitenziario di Potenza e successivamente presso le altre case circondariali.

Il costo totale sostenuto (personale informatico e costi per l'attivazione del sistema) ammonta ad € 18.350.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n.1646 del 24.09.2009 D.G.R. N.316 del 24.02.2010 D.G.R. N.1579/2010
LINEA PROGETTUALE	n.7 – Attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
TITOLO DEL PROGETTO	Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano
DURATA DEL PROGETTO	Tre anni
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carla Di Lorenzo
REFERENTI AZIENDALI	D.ssa Marilena Frangione Dirigente medico Dipartimento Cure primarie Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 800.000
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 300.000

RELAZIONE DI ATTIVITA'

In riferimento alla D.G.R. Regionale n.1646 del 25/09/2009 e alla D.G.R. Regionale n.1579 del 21/09/2010 - linea progettuale n. 7 "Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e trattamento della sarcopenia nell'anziano" si è proseguito nelle attività progettuali con:

- incontri con i medici delle UUOO di nutrizione clinica e riabilitazione per concordare il target e le modalità di reclutamento dei pazienti da inserire nel progetto
- incontri con i responsabili dei Centri di Medicina dell'Invecchiamento – C.E.I.M.I. da tempo attivati presso i presidi ospedalieri di Maratea e Venosa e individuati come sedi pilota del programma in ambito ASP – Azienda Sanitaria di Potenza

E' stato approfondito lo studio sull'efficacia dell'esercizio fisico e della dieta per la prevenzione e trattamento della sarcopenia nell'anziano

Sono stati considerati i seguenti criteri di ammissione:

età > ai 70 anni

autonomia nelle ADL e IADL

pazienti in sovrappeso, sottopeso, normopeso purchè gli esami di laboratorio eseguiti indichino sarcopenia,

pazienti con ipertensione, diabete e dislipidemia con volontà di entrare nel progetto che prevede un certo impegno ed un continuità

E' stato concordato che i pazienti in trattamento devono essere sottoposti a valutazione dello stato nutrizionale mediante anamnesi nutrizionale , parametri antropometrici (peso, altezza e BMI) .

Inoltre a tutti i pazienti deve essere somministrato il Mini Nutritional Assesment e devono essere eseguite plicometria e bioimpedenziometria.

Il paziente deve essere sottoposto a valutazione fisiatrica per valutare la possibile capacità di recupero attraverso V M D con schede specifiche da concordare al fine di prescrivere programmi di attività motoria adeguati allo stato funzionale del soggetto.

Sono stati individuati circa n.50 pazienti da inserire nel progetto, di cui

-n.20 seguiti dalla U.O di riabilitazione,

-n.20 dalla U.O n.20 di nutrizione clinica

-n.10 dimessi dalla assistenza domiciliare.

Sono stati fatti incontri con i referenti di alcune strutture sportive presenti nella città di Matera per valutare l' idoneità degli spazi dove effettuare ginnastica dolce, AFA (attività fisica adattata) con l' ausilio di personale specializzato.

Sono stati effettuati incontri per elaborare una brochure divulgativa sulla educazione ai corretti stile di vita da utilizzare nel progetto per il gruppo controllo.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DD.GG.RR. n.1127/2009, n.1646/2009 D.G.R. n.316/2010 – D.G.R.N.1579/2010 – D.G.R. n.2022 del 30.11.2010 - D.G.R. n.499 del 12.04.2011
LINEA PROGETTUALE	8
TITOLO DEL PROGETTO	Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato.
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Gabriella Cauzillo Dirigente Osservatorio Epidemiologico Regionale Tel.0971668839 Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it
REFERENTE AZIENDALE	DOTT. SERGIO SCHETTINI Direttore Dipartimento Materno Infantile Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Via Petrone n.1 - Potenza N. tel 0971-612688 N. fax 0971613129 E-mail: schettini@ospedalesancarlo.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 600.000,00

RELAZIONE

Il progetto è scaturito dall'esigenza di promuovere e tutelare la salute della coppia, della donna, prossima madre, e del bambino, perché convinti che la promozione della salute materno-infantile comporti riflessi positivi sulla salute pubblica e quindi sulla migliore qualità della vita di tutta la popolazione.

Il progetto stesso si inserisce in un contesto più ampio di programmazione regionale del percorso nascita, anche in relazione all'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano rep. n.137 del 16 dicembre 2010, concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"

In coerenza con le azioni progettuali di cui alle sopracitate DD.GG.RR. n.1127/2009, n.1646/2009 e n.1579/2010 l'impegno regionale si è concretizzato nell'avviare, all'interno di tutto il Percorso nascita, un programma di interventi da attuare nel biennio 2011-2012. Detto

programma è incentrato sulla "Riorganizzazione della rete dei punti nascita della regione Basilicata" e sviluppa altresì tutte le linee di azione definite nel sopracitato Accordo, prevedendo, tra l'altro:

- un percorso integrato ospedale-territorio per la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita
- l'attivazione di un sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale di urgenza (STEN)
- la definizione di un piano di formazione per gli operatori sanitari coinvolti
- il monitoraggio e la verifica delle attività, anche attraverso l'istituzione di un Comitato permanente per il percorso nascita

Nella fattispecie della linea progettuale 8 ex DGR n. 1579/2010 "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita" (sub obiettivo "Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato"), l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo ha organizzato incontri di lavoro e gruppi multidisciplinari di approfondimento al fine di dare attuazione ad alcuni degli obiettivi strategici rientranti nel progetto.

In particolare sono state svolte le seguenti attività:

A) Tutela della donna durante tutto il percorso nascita attraverso

- 1) La realizzazione del corso di accompagnamento ed educazione alla nascita (corso, articolato in 2 moduli di 20 incontri, pre e post natale, di cui il primo modulo svolto alla 15^a settimana di gravidanza con incontri settimanali della durata di tre ore ed il secondo al 40^o giorno dal parto con la frequenza di un incontro a settimana della durata di 2 ore).
- 2) Attivazione dell'"Ambulatorio della Gravidanza Fisiologica" per la demedicalizzazione delle gravidanze a basso rischio.
- 3) Attivazione di Day Service per le gravidanze ad alto rischio presso gli ambulatori della U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia.

B) Percorso clinico-assistenziale

Per ogni singola procedura assistenziale, è stato elaborato un idoneo percorso e cioè:

1. Percorso "Mamma" per la gestione della gravidanza;
2. Percorso clinico-assistenziale per travaglio, parto fisiologico e taglio cesareo d'emergenza;
3. Percorso clinico-assistenziale per il taglio cesareo elettivo;
4. Informazioni su parto cesareo;
5. Percorso clinico-assistenziale per induzione del travaglio di parto;
6. Induzione al travaglio abortivo (II° trimestre);
7. Aborto interno (I° trimestre) – svuotamento cavità uterina;
8. Screening e diagnosi del diabete gestazionale;
9. Percorso assistenziale per le emergenze di sala parto:
 - a) emorragia del III° stadio;
 - b) distocia di spalla.

C) Promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno

In accordo con le attuali linee di indirizzo nazionali ed internazionali, sono state promosse iniziative finalizzate alla costante promozione dell'allattamento al seno mediante corsi, materiale illustrativo, dimostrazioni pratiche per l'apprendimento diretto in ospedale e sostegno dopo la dimissione.

Sono state predisposte le seguenti azioni:

- formazione di tutto il personale che opera a contatto con le mamme ed i bambini sulla promozione dell'allattamento al seno secondo le indicazioni dell'OMS;
- elaborazione del protocollo per la promozione dell'allattamento al seno;
- attivazione a regime del rooming in;
- campagna di comunicazione istituzionale sulla promozione dell'allattamento al seno;
- promozione del rooming in;
- adozione dell'opuscolo del Ministero della Salute sui vantaggi dell'allattamento al seno distribuito a tutte le mamme subito dopo il parto;
- predisposizione di percorsi formativi (sec. Linee-guida NICE) rivolti al personale sanitario a contatto con le mamme ed i bambini, per la prevenzione della depressione post-partum;
- organizzazione dell'ambulatorio per il puerperio.

D) Aggiornamento professionale

Nell'ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, in accordo con quanto previsto dal programma nazionale per la formazione degli operatori in sanità, è stato reso prioritario l'aggiornamento periodico di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, compresi programmi di formazione in tema di partoanalgesia, con carattere di multidisciplinarietà.

Sono stati organizzati dei corsi periodici (mensili, bimestrali o trimestrali) di aggiornamento sia nell'ambito della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia che in ambito Dipartimentale.

Accanto a questi incontri vengono in genere organizzati periodicamente dei seminari di audit interno per la discussione, l'aggiornamento e l'approvazione dei singoli capitoli del "Protocol Book".

Sono stati programmati workshop regionali, interregionali e nazionali (2-3 eventi/anno) e da ultimo, con cadenza biennale, si organizza anche un convegno internazionale sin dal 1992.

Sono stati predisposti percorsi formativi per il personale medico e/o di supporto (ostetriche, nurses) sulle tematiche relative a percorso maternità e sostegno alla genitorialità, IVG e infertilità.

E' in via di revisione il nuovo libretto-ricettario della gravidanza e verrà predisposta la modalità di distribuzione utilizzando le ostetriche del territorio (consultori ali e delle strutture ospedaliere).

Sono stati predisposti percorsi formativi per il contenimento, non farmacologico, del dolore del parto attivando:

- un percorso formativo sperimentale, rivolto alle ostetriche, che prevede l'utilizzo di tecniche di rilassamento attraverso il massaggio cinese, l'automassaggio, la ginnastica energetica;
- percorsi formativi rivolti al personale medico al fine di garantire alla donna il parto in analgesia epidurale.

Al fine di ridurre l'incremento costante del ricorso al taglio cesareo, sono in corso le seguenti attività di formazione:

- una specifica formazione rivolta alle ostetriche sulla postura della donna per il contenimento del dolore del parto;
- la formazione del personale medico attraverso corsi su cardiocografia - versione per manovre esterne - corretta gestione del parto;
- update sul cartogramma riservato a medici e ostetriche, per limitare i tagli cesarei eseguiti per distocia, al fine di sollecitare il corretto uso di un cartogramma secondo le raccomandazioni dell'OMS.

E) Parto Analgesia

Sono state avviate le procedure analgesiche con la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi in tutte le strutture in cui praticare la partoanalgesia.

Tali protocolli, condivisi a livello multidisciplinare, approvati dagli organi istituzionali, dovranno essere adeguati alle caratteristiche della struttura, facilmente consultabili e periodicamente

aggiornati, oltre che continuamente verificati per quanto riguarda la loro adozione ed i risultati ottenuti, secondo i principi del governo clinico.

L'obiettivo utilizzato come indicatore per consentire la validità dell'investimento proposto, ossia la riduzione del numero dei parti cesarei in un anno pari al 41%, è stato non solo raggiunto ma superato.

Nell'A.O.R. San Carlo di Potenza, unico centro di II° livello della regione, nel 2010 su 1400 parti si è registrata un'incidenza di TC del 40%, con una riduzione del 5% rispetto all'anno precedente. Il 40% di tutti i TC è rappresentato da TC pregressi ed il 25% da gravi patologie materno-infantili e prematurità.

In riferimento al TC su richiesta materna (1,4% di tutti i TC), dopo opportuno counselling, la richiesta viene sottoposta ad ulteriore valutazione psicologica.

Si ritiene che con l'attuazione della parto analgesia avviata nel 2010 e ormai a regime, a partire dal 2011 la percentuale di TC possa ulteriormente ridursi.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

La tempistica entro i quali realizzare gli interventi indicati sarà progressiva e di conseguenza anche gli obiettivi previsti potranno essere raggiungibili in tempi diversi: da alcuni mesi a 3 anni.

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

Incremento del numero di parti complessivi che dovranno passare dagli attuali 1400 ai 1600 parti anno, ed allo stesso tempo è necessario produrre un miglioramento del rapporto percentuale dei parti cesarei su parti totali, come di seguito indicato:

1 anno = 41 %

2 anno = 38 %

3 anno = 37 %

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	21 03 2006 n.396 – D.G.R. n.1579/2010
LINEA PROGETTUALE	N.9
TITOLO DEL PROGETTO	“Istituzione della rete regionale per le malattie rare (MR) in Basilicata”
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Maria Giovanna Trotta (Tel. 0971-668837) Dirigente Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale, Ospedaliera e Politiche del Farmaco Dott.ssa Gerardina Sorrentino Ufficio osservatorio Epidemiologico
REFERENTI AZIENDALI	Dott.ssa Giuseppina Ammirati Dirigente medico Azienda sanitaria di Potenza - ASP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 218.910

RELAZIONE

La presente relazione si riferisce a dati e attività attualizzati a tutto il primo semestre 2011.

Si sono utilizzati per le attività dei diversi livelli progettuali le banche dati disponibili in Regione, con le relative competenze maturate di MMG-PLS, Punti di Accoglienza con Case Manager per ogni ASL, Strutture Ospedaliere intra ed extra-regionali e Centri di Elevata Specializzazione e con i quali la Regione Basilicata – Dipartimento Salute ha avviato la stipula di appositi Protocolli d'Intesa.

La “Rete Regionale” per le Malattie Rare , conforme alle linee generali del Progetto già approvate , ha una struttura piramidale organizzata su cinque livelli territoriali.

- I livello

(MMG PLS) si è provveduto alla designazione della figura **case manager**, individuata nella persona del Dott. Ignazio Olivieri, facente parte del Gruppo di Lavoro appositamente costituito (cfr. attività IV° livello)

Per la fase successiva di presa in carico del paziente è in corso di perfezionamento la stipula di Protocolli d'Intesa con i Centri di elevata specializzazione extra-regionale. Tale aspetto è allineato sugli obiettivi primari del progetto miranti a contenere la migrazione sanitaria ma allo stesso tempo favorire l'accesso verso Centri di Elevata Specializzazione, laddove si renda necessario, per mezzo dei predetti Protocolli d'Intesa Regione - Dipartimento Salute, senza aggravio di spesa per il paziente.

- II livello:

(Coordinamento tra Presidio Ospedaliero di riferimento e MMG-PLS)

Per le attività connesse al livello è stato individuato con Del. G.R. n.1075 del 28.6.2010, quale centro Regionale di riferimento per la Malattia di Behcet l'U.O. di Reumatologia della Basilicata l'A.O. S.Carlo di Potenza. Si sono predisposte le procedure per attivare l'interazione tra l'Unità Operativa e il livello Territoriale 1 (MMG-PLS).

- III Livello:

E' costituito dagli Ospedali forniti di servizi e divisioni ultra specialistiche, cui spettano i ricoveri e lo studio dei casi che necessitano di un livello superiore di indagine (Az. Ospedaliera San Carlo di Potenza, il P.O. di Matera), ivi compreso il CROB relativamente ad indagini su tumori infantili e sindromi precancerose su base genetica, atteso che i primi due Ospedali sono stati già individuati come Centri Regionali ed Interregionali di Riferimento per la Rete Nazionale delle Malattie Rare e Farmaci Orfani (delibera regionale n. 2601/2001).

- IV Livello

E' attualmente operativo il gruppo di Lavoro, costituito sulla base di Det.Dir.n 00364/2010.

Che tra le attività di specifica competenza, sta provvedendo a:

- gestione del RRMR, in qualità di interfaccia tra i registri territoriali e quello nazionale, secondo le modalità già tracciate dall'accordo Stato-Regioni per le MR del 10/05/2007;
- coordinamento delle attività dei primi tre livelli;
- collaborazione alle attività informative sul territorio, alla formazione degli operatori sanitari e alle iniziative di prevenzione;
- connessione delle vie telefoniche e telematiche tra le strutture territoriali dei primi tre livelli;
- all'organizzazione del personale dedicato e delle attività di volontariato.

Il gruppo di Lavoro si riunisce periodicamente presso l'Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale, Ospedaliera e Politiche del Farmaco, per monitorare la funzionalità del "sistema a rete".

• V Livello

(Terminale presso l'ISS delle attività svolte in Regione presso l'Ufficio Prestazioni)

E' operativo un raccordo telematico tra i diversi livelli a garanzia anche del funzionamento del Registro e delle attività formative ed informative avviate e attualmente in atto.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

- rilevare il numero dei casi presenti sul territorio relativi alle diverse Malattie Rare inserite nel DM 279/2001;
 - collegarsi al Registro Nazionale;
 - contribuire allo sviluppo della ricerca;
 - evitare il ritardo diagnostico;
 - migliorare il percorso assistenziale ed arricchirlo con la cura degli aspetti sociali della patologia creando innanzitutto un punto di accoglienza dedicato e la figura sanitaria del case manager per sostenere il paziente già gravato da "una diagnosi impegnativa"
 - contenere la migrazione sanitaria ma allo stesso tempo favorire l'accesso verso Centri di Elevata Specializzazione, laddove si renda necessario, per mezzo di Protocolli d'Intesa Regione - Dipartimento Salute, senza aggravio di spesa per l'avente diritto;
 - stabilire una proficua collaborazione con le Associazioni;
 - realizzare attività di informazione,
- con benefici evidenti considerando la totale presa in carico di una problematica dai risvolti socio-sanitari davvero complessi e delicati.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

Il piano regionale - previsto su un arco temporale di 36 mesi- ha attuato nei primi 18 mesi lo studio pilota , le attività formative e l'avvio della Rete.

Nei successivi 18 mesi – attualmente in corso – si provvede alla messa a regime delle attività sull'intero territorio regionale .

I tempi di attuazione predetti sono riassunti nel crono- programma di cui alla Scheda già inviata (Linea Progettuale n.4).

COSTI CONNESSI

COSTO DEL PROGETTO comprensivo della quota di competenza Regionale Euro 700.000

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

Al momento sono state trasmesse al CNMR un totale di 66 schede.

E' stato individuato con Delibera di G.R. n.1075 del 28.6.2010 quale Centro Regionale di riferimento per la Malattia di Behcet l'U.O. di Reumatologia della Basilicata presso l'Azienda Ospedaliera S.Carlo di Potenza -Dir. Dott. Ignazio Olivieri.

Sono state realizzate specifiche attività formative mediante corsi in sede Regionale rivolti agli operatori della Rete Regionale MR e diretti da esperti del CNMR. Si intende reiterare tali attività in ragione del significativo livello di partecipazione e di interesse scientifico da parte del personale sanitario aziendale .

Il giorno 13 11 2010 si è svolto , con grande partecipazione di operatori socio-sanitari , un Convegno formativo ed informativo presso l'Auditorium dell'Azienda Ospedaliera S.Carlo di Potenza dal titolo *MALATTIE RARE: FOCUS SULLA MALATTIA DI BEHCET*.

Il Convegno si ritiene abbia pienamente conseguito lo scopo previsto di raggiungere i MMG , i PLS gli specialisti e operatori Ospedalieri , avendo verificato che la malattia di Behcet , in ambito Regionale , presenta un tasso di incidenza – prevalenza piuttosto elevato.

Nella Sessione pomeridiana del Convegno si è svolta la discussione sulle tematiche proposte dalle Associazioni di volontariato e Associazioni dei pazienti .

In aggiunta al punto di accoglienza attualmente operativo presso l'Azienda Ospedaliera S.Carlo di Potenza , è in fase di organizzazione la creazione di un ulteriore analogo servizio presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera , coordinato dalla figura sanitaria del *case manager* con funzione di "facilitatore sociale" che prenderà in carico il paziente, accompagnandolo nel percorso terapeutico in raccordo con strutture e competenze specialistiche o ultraspecialistiche regionali ed extraregionali.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R.N.1847 DEL 15.12.2006
LINEA PROGETTUALE	VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO
TITOLO DEL PROGETTO	<i>Verso un "sistema volontariato lucano in ambito socio-sanitario e sanitario"</i>
DURATA DEL PROGETTO	36 MESI
REFERENTE REGIONALE	Dott.ssa Lucia Colicelli Dirigente Ufficio Gestione Terzo Settore Enti No Profit E Concessioni Benefici Economici Telefono 0971668917 Email: lucia.colicelli@regione.basilicata.it

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 1.171.127
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	La Regione stanziava annualmente fondi a sostegno del volontariato per un importo complessivo di euro 60.000,00 . Ha inoltre stanziato circa un milione e mezzo di euro per progetti territoriali di lotta alla droga che vedono in coinvolgimento di Aziende Sanitarie e Terzo Settore.

**RELAZIONE SULLE ATTIVITÀ: IL PROGETTO, LE FINALITÀ E LE
AZIONI PREVISTE E REALIZZATE**

Con il progetto la Regione Basilicata si proponeva di pervenire ad un quadro approfondito e distinto dell'insieme delle OdV lucane al fine di individuare ed evidenziare le caratteristiche e le potenzialità del volontariato nei tre settori d'intervento previsti dalla legge regionale 1/2000, con una particolare attenzione alle OdV che operano in ambito socio-sanitario e sanitario.

Le attività preventivate erano soprattutto finalizzate:

- alla sistematizzazione dei dati;
- alla promozione di progetti attuati dalle Aziende Sanitarie in collaborazione con le OdV;
- allo studio e all'analisi dei risultati e dell'impatto di tali progetti.

Così facendo si è cercato di promuovere e sostenere, attraverso le attività sopra riportate, il volontariato in ambito socio-sanitario e sanitario, riuscendo a innalzare la qualità del sistema delle OdV e valorizzando le specificità delle associazioni in base al settore specifico d'intervento. Infatti molte associazioni operano in ambiti specifici come le problematiche dei portatori di handicap, della salute mentale, delle tossicodipendenze e dell'alcolismo, della donazione di sangue, delle patologie croniche e invalidanti e delle malattie sociali, dei tumori, dell'area materno infantile, dell'AIDS, ricomprendendo inoltre tutte le iniziative rivolte alla educazione sanitaria, alla prevenzione, alla qualità dell'assistenza e al reinserimento sociale. Da porre in evidenza anche tutte le associazioni che operano nell'area della solidarietà sociale, in rapporto alle problematiche dell'infanzia, della terza età, degli immigrati e degli emigrati, della devianza sociale minorile e degli adulti, della povertà e dell'emarginazione.

La tempistica del progetto prevedeva tre fasi, da realizzarsi nell'arco di tre annualità: 2010, 2011 e 2012:

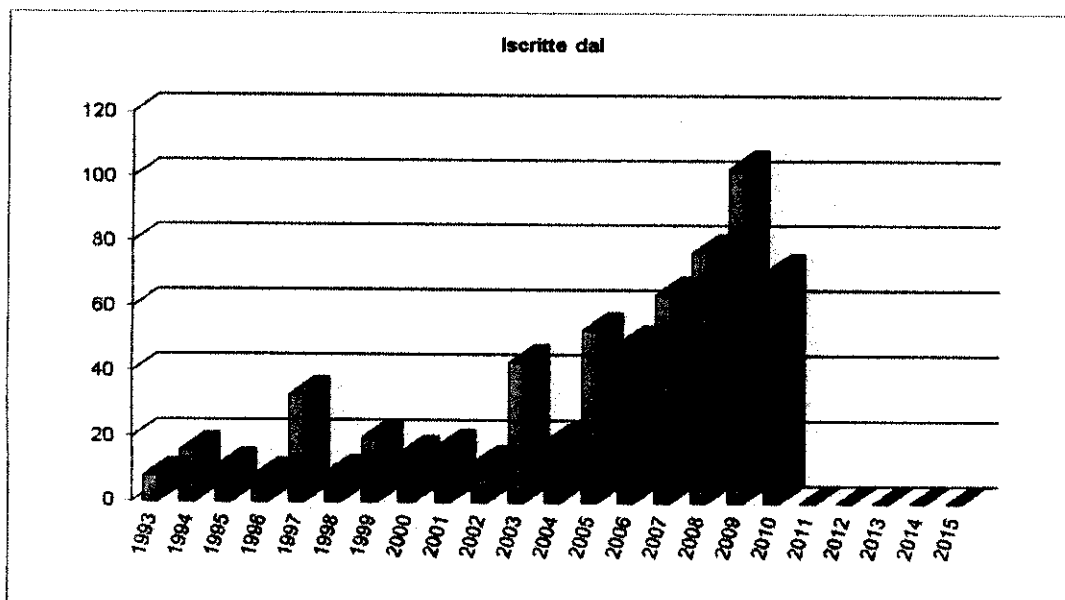
- **Fase 1: Raccolta dati sul volontariato che opera in ambito socio-sanitario e sanitario, analisi e sistematizzazione dati.**
- **Fase 2 – Individuazione di progetti attuati e da attuare in ambito sociale e socio-sanitario, anche in collaborazione con le Aziende Sanitarie;**
- **Fase 3 – Verifica risultati e impatto dei progetti. Diffusione dei risultati**

Ad oggi sono state avviate le fasi 1 e 2.

Di seguito si riportano le principali risultanze e lo stato di avanzamento.

1. Fase 1 – Analisi e sistematizzazione dei dati sul volontariato, con particolare attenzione alle OdV che operano in ambito sociale e socio-sanitario

Analizzando i dati del registro regionale delle organizzazioni di volontariato (iscrizioni e cancellazioni dal 2011) si rileva una crescita notevole, in particolare dal 2005 ad oggi. Il numero delle associazioni iscritte è pari a 628, 414 in provincia di Potenza e 214 nella provincia di Matera. Il tasso di densità ha raggiunto il valore di 10,66 ogni mille abitanti. E' anche possibile rilevare da quanto tempo le OdV sono iscritte al registro. Il trend conferma il ritmo di crescita degli ultimi anni.

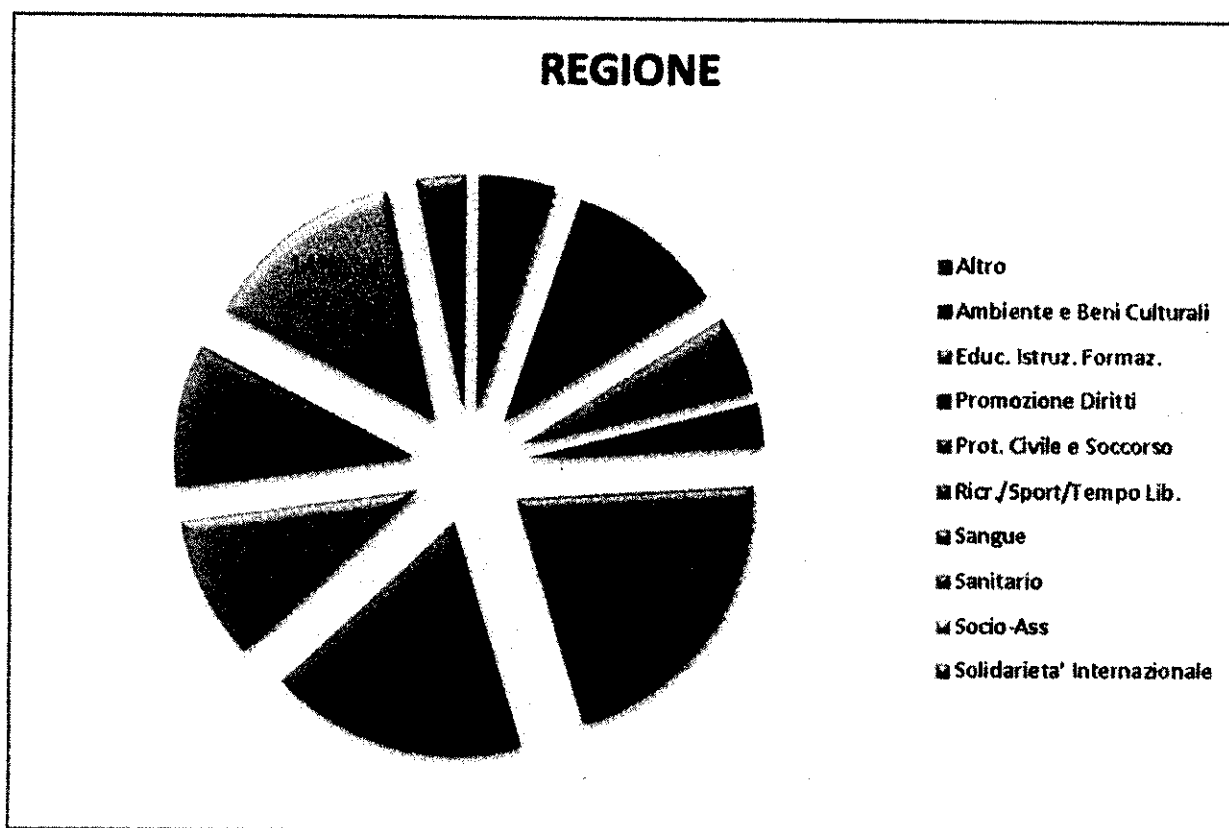


Va rilevato che il settore "sociale" assorbe la maggioranza delle OdV e parallelamente è opportuno evidenziare che in quest'area ricadono le associazioni che operano in ambito socio-sanitario e sanitario. Questo sviluppo, se da un lato è espressione di cittadinanza attiva e partecipazione, è, d'altro canto anche conseguenza di un riconoscimento istituzionale che si è dispiegato in diversi interventi legislativi di settore e, più in generale, nella programmazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La divisione per settori è la seguente:

- OdV iscritte nel settore sociale, 478
- OdV iscritte nel settore civile, 302
- OdV iscritte nel settore culturale, 222

Ai fini degli obiettivi progettuali è ancora più rilevante il dato sulla divisione per attività prevalente, evidenziato nel seguente grafico con i relativi pesi percentuali:



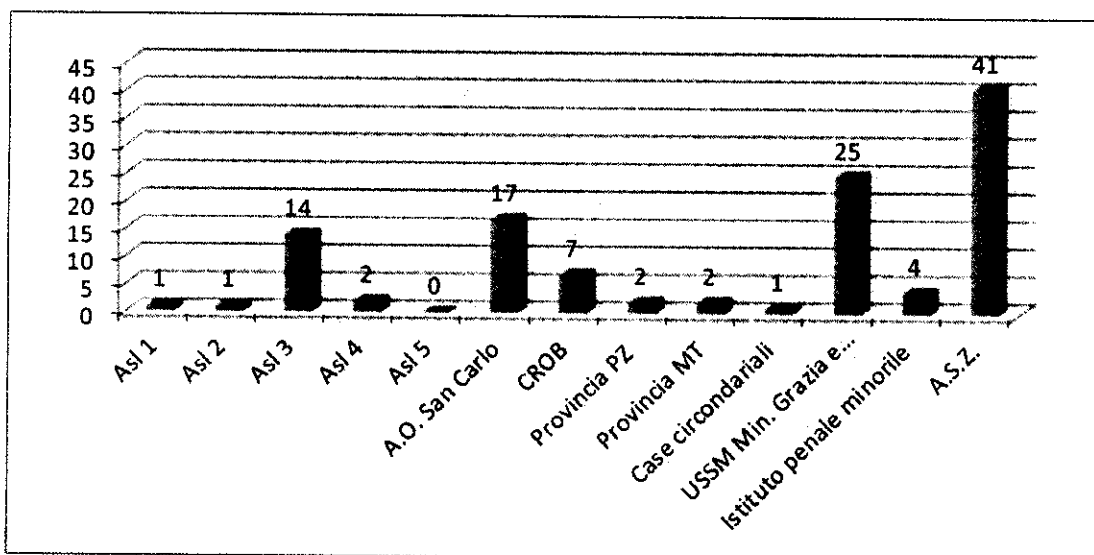
Sommando i dati delle associazioni che operano nei settori socio assistenziale e sanitario si arriva a **150 associazioni, circa il 24% sul totale**. Se ad esse aggiungiamo il settore delle trasfusioni del sangue si giunge al 34%. Quindi diciamo che 1 OdV su tre operano in ambito socio-sanitario.

2. Fase 2 - Progetti attuati in ambito sociale e socio sanitario e attività realizzate in collaborazione con Aziende Sanitarie e altri enti pubblici

Nel 2010 e nel 2011 sono state espletate le procedure di verifica, valutazione, approvazione e finanziamento dei **PROGETTI INNOVATIVI** di cui alla **Legge regionale 1/2000, art. 13**, nell'ambito dei bandi per la presentazione di progetti presentati da associazioni di volontariato, iscritte al registro regionale per il volontariato, finalizzati allo sviluppo ed al miglioramento della specificità delle attività di volontariato nei vari settori.

Attraverso due bandi sono stati finanziati **circa 60 progetti, per un totale di 130.000,00 euro**. La maggioranza dei progetti, **circa il 90%**, sono relativi al settore sociale e socio-sanitario.

Un'ultima attività di rilevazione ha infine messo in luce il numero e la tipologia degli enti titolari di convenzioni e/o **rapporti collaborativi strutturati con le associazioni di volontariato** negli ultimi anni. Le Asl sono identificate ancora con la vecchia sigla, per identificare il rapporto convenzionale originario. Ad oggi le aziende sanitarie sono due e andrà predisposto un aggiornamento dei dati relativi alle convenzione con le OdV.



OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

Obiettivi di carattere generale

La Regione sta attivando azioni finalizzate alla valorizzazione e sostegno del terzo settore, in coerenza con gli orientamenti dettati dalla Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e dalla L.R. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Le attività poste in essere attraverso il presente progetto consentono di sostenere e valorizzare ulteriormente il terzo settore, in quanto si riconoscono le OdV quali attori attivi delle politiche di welfare, impegnate in attività di lettura dei bisogni, formulazione degli obiettivi di benessere

sociale, valutazione del loro raggiungimento e soprattutto nella tutela e promozione dei diritti dei cittadini.

Obiettivi specifici

In continuità con gli obiettivi prefissati, per ciascun settore ci si pone di:

1. sostenere e attuare i progetti delle OdV
2. disporre di una banca dati aggiornata,
3. attivare percorsi di formazione specializzati
4. promuovere azioni di informazione e sensibilizzazione diversificate
5. fornire al cittadino informazioni utili in base alle proprie esigenze

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

Gli obiettivi legati al sostegno e attuazione dei progetti delle OdV e alla banca dati aggiornata, sono in corso di raggiungimento. Gli altri saranno raggiunti nel corso del 2012, in quanto basati sulle attività poste in essere e descritte nella presente relazione.

COSTI CONNESSI

Non si rilevano modifiche:

- costi del personale per la realizzazione della fase 1
- costi per l'attuazione dei progetti (personale, attrezzature, gestione, materiale di consumo, comunicazione) per la realizzazione della fase 2)
- costi di personale e spese diffusione risultati per la realizzazione della fase 3.

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

- N° associazioni coinvolte nel progetto: circa 70 associazioni
- N° interventi e progetti realizzati annualmente: circa 30
- N° eventi di informazione e divulgazione: 1
- N° volontari coinvolti nei progetti: dato da rilevare

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	n. delibera 316 del 24.02.2010 – D.G.R. N.1579 DEL 21.09.2010
LINEA PROGETTUALE	N. 10 - VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO
TITOLO DEL PROGETTO	PERCORSI DI SOLIDARIETA'
DURATA DEL PROGETTO	ANNUALE
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Alberto Dattola – dott.ssa Vittoria Melchionda (Dirigenti medici della soppressa Azienda Sanitaria ASL n.3 di Lagonegro, oggi confluita nell'Azienda sanitaria locale di Potenza – ASP)

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 100.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 100.000

RELAZIONE

Le attività svolte nell'ambito del Progetto sono state le seguenti:

- N. 4 "sabati" di aggiornamento rivolti al volontariato di settore;
- N. 1 corso monotematico su Associazionismo ed Istituzioni;
- N. 10 riunioni mensili di autosupervisione dei servitori-insegnanti dell'Associazione Provinciale di Potenza dei Club Alcologici Territoriali
- N. 2 Interclub dei Club Alcologici Territoriali della Regione Basilicata
- N. 1 convegno internazionale di Alcologia tenutosi a Maratea
- N. 1 Corso di Sensibilizzazione all'Approccio Ecologico Sociale ai Problemi Alcol Correlati finalizzato alla formazione di volontariato di settore ed al suo aggiornamento, tenutosi a Potenza
- N. 10 Scuole Alcologiche Territoriali rivolte ai volontari ed alle loro famiglie svolte nella Provincia di Potenza

- N. 12 Giornate di prevenzione alcolologica rivolte alla popolazione con il contributo del volontariato di settore
- N. 3 nuovi Club Alcolologici Territoriali formati nella Regione Basilicata, arrivando così a 20 Club dagli iniziali 20
- N. 3 incontri dell'Equipe Alcolologica Territoriale

Tutto questo ha permesso di:

- la valorizzazione dei gruppi associativi esistenti
- la promozione di una differente cultura e la diffusione di comportamenti adeguati
- la promozione di differenti poli di aggregazione
- la diffusione di specifici e puntuali interventi di prevenzione
- l'inserimento di adolescenti a rischio di esclusione sociale in percorsi educativi extrascolastici e nella vita comunitaria
- la riduzione dei costi sociali per il trattamento e la riabilitazione delle persone con problemi alcolcorrelati.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

In questo contesto, il presente progetto intende:

- realizzare, in collaborazione con le strutture afferenti all'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento, un piano di formazione annuale che sia scandito da tre momenti qualificanti per:
 1. l'aggiornamento continuo dei Servitori -Insegnanti e delle altre figure di riferimento dei Club attraverso due corsi di sensibilizzazione a cadenza annuale;
 2. la formazione, ex novo, di altri Servitori- Insegnanti, attraverso la realizzazione di almeno due corsi di sensibilizzazione, con cadenza semestrale, che permetta di allargare la base dei Club in Regione e contribuire alla diffusione di un servizio indispensabile alla comunità per tutelarla dalla invasione massiccia di una cultura troppo tollerante sul consumo ed abuso di sostanze alcoliche;
 3. la formazione continua per le famiglie che vivono ed operano nei Club, attraverso la realizzazione delle c.d. Scuole alcolologiche territoriali (organizzate per moduli di primo e secondo livello, differenziate per famiglie appena entrate nei Club e per famiglie che frequentano già i Club ed organizzate anch'esse con cadenza semestrale per complessivi 4 moduli in un anno) per permettere loro di confrontarsi con altre significative esperienze e/o fronteggiare meglio le passate e nuove problematiche che pur si impongono nella vita quotidiana, creando così i presupposti per realizzare le seguenti iniziative:
- realizzare interventi di prevenzione primaria del fenomeno dell'alcolismo, attraverso lo sviluppo di strategie e strumenti di informazione capillare sul territorio
- realizzare campagne di sensibilizzazione per il cambiamento di stili di vita dannosi per il benessere psicofisico dei giovani
- offrire una risposta adeguata, nonché coordinata da istituzioni competenti che operano nello specifico settore
- offrire un servizio aggiuntivo in quanto si colloca all'interno di una rete di servizi diffusi sul territorio dell'ambito di riferimento della ASL
- contribuire alla realizzazione di un intervento di riduzione dei danni provocati

dall'abuso di sostanze alcoliche

- rafforzare la rete territoriale costituita da Enti Locali, ASL, Scuole, Chiesa, Associazioni di Volontariato, Forze dell'Ordine, Comunità, per sviluppare un Piano di Comunicazione, di Informazione, Sensibilizzazione e di Formazione sui problemi alcolologici e alcol correlati
- contribuire a ridurre il rischio di emarginazione sociale indotto dall'uso ed abuso di alcol
- realizzare una rete territoriale capace di individuare precocemente le persone che manifestano una problematica alcolcorrelata e/o un disagio e di inviarle alle strutture territoriali competenti

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

Si prevede che nel primo semestre si realizzino i seguenti obiettivi:

- n. 1 corso di sensibilizzazione per Servitori-insegnanti per anno
- n. 1 corso di sensibilizzazione per nuovi Servitori- insegnanti per anno
- n. 2 scuole alcolologiche territoriali per famiglie dei Club per anno

alla scadenza annuale del progetto si prevede che nel primo semestre si realizzino i seguenti obiettivi:

- n. 2 corsi di sensibilizzazione per Servitori-insegnanti per anno
- n. 2 corsi di sensibilizzazione per nuovi Servitori- insegnanti per anno
- n. 4 scuole alcolologiche territoriali per famiglie dei Club per anno

COSTI CONNESSI

Costi relativi alla realizzazione di:

- n. 2 corsi di sensibilizzazione per Servitori-insegnanti per anno
- n. 2 corsi di sensibilizzazione per nuovi Servitori- insegnanti per anno
- n. 4 scuole alcolologiche territoriali per famiglie dei Club per anno

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

- Aumento del numero della popolazione alcolista che si rivolge ai servizi socio-sanitari di cura e riabilitazione locali e territoriali (Club Alcolisti in Trattamento, Alcolisti Anonimi, Centro Riabilitazione Alcolologica, SERT, Servizi Sociali Territoriali)
- Ampliamento, in Regione, della rete dei Club per Alcolisti in Trattamento sul modello dell'approccio ecologico-sociale di V.Hudolin: dagli attuali 20 Club ad un minimo di 30 Club nel giro di un anno
- Numero di ore dedicate alla relazione con i giovani, alla comunicazione interpersonale e soddisfazione utente
- Aumento del numero e tipologia di iniziative di prevenzione, sensibilizzazione ed informazione sulle tematiche alcol correlate realizzate
- Qualificazione della gestione degli eventi, curando la segreteria, l'accoglienza e il materiale informativo realizzato
- Qualificazione del tipo di materiali realizzati

- Valutazione del livello di gradimento delle iniziative da parte della popolazione coinvolta (realizzazione di questionari , interviste, focus group)
- Valutazione del livello di gradimento delle iniziative da parte dei Volontari e bilancio di competenze.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	n. delibera 316 del 24.02.2010
LINEA PROGETTUALE	N.11 - RIABILITAZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	<u>CASA VLADIMIR</u> PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN GRUPPO APPARTAMENTO-FAMIGLIA PER GIOVANI ALCOLISTI CON FINALITA' DI REINSERIMENTO LAVORATIVE
DURATA DEL PROGETTO	TRIENNALE
REFERENTI AZIENDALI	DOTTORI ROLAND CELLINI E ALBERTO DATTOLA (Dirigenti medici della soppressa Azienda Sanitaria ASL n.3 di Lagonegro, oggi confluita nell'Azienda sanitaria locale di Potenza – ASP)

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 767.363
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 767.363

RELAZIONE

Il progetto ha accolto un numero di 13 giovani adulti, di età compresa tra i 18 e i 40 anni con diagnosi di Alcolismo o Abuso di alcol a cui è stato associato l'uso di Marijuana, Haschisc, Nuove droghe, Cocaina, Abuso di farmaci.

Il totale di giornate derivante dalla somma delle giornate di permanenza ed adesione al progetto dei 13 alcolisti è stato di 431 giornate, per l'appunto.

La selezione degli utenti è stata fatta dall'equipe del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte. Ciascun utente ha svolto un periodo residenziale all'interno del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte. L'inserimento nel progetto ha rappresentato la tappa finale del percorso riabilitativo in una situazione in cui la famiglia non è una risorsa nel processo di separazione/individuazione e/o concomita la necessità di un reinserimento lavorativo se non addirittura di avvio lavorativo.

Il progetto ha necessitato di risorse sia strutturali che di personale.

Per quanto concerne il personale necessario vi è stato l'utilizzo di quello di seguito riportato:

Operatori Socio Sanitari: n. due,

Educatori professionali: n. tre,

Psicologo: n. uno,

Responsabile del progetto (Responsabile del Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte),

Come si evince in alcuni passaggi del progetto il gruppo appartamento è stato pensato in stretta connessione con i servizi del territorio.

Ogni alcolista è stato in carico agli operatori del Centro di Riabilitazione Alcolologica ed ha frequentato un Club degli Alcolisti in Trattamento del territorio. Vi è stata una comunicazione quotidiana tra operatori delle due strutture e una supervisione sia terapeutica che pedagogica settimanale.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

Obiettivo qualitativo fondamentale del progetto è quello di permettere il supporto e contenimento di quegli alcolisti che dopo un percorso di riabilitazione alcolologica necessitano di un ulteriore periodo in uno spazio protetto per la gestione delle loro necessità ma anche per il loro reinserimento sociale e soprattutto lavorativo; questo con enormi benefici in termini di riduzione delle sofferenze umane per quella fascia di popolazione e per le relative famiglie ma anche in termini di recupero di forza lavoro da riammettere sul mercato, per l'appunto, del lavoro.

Obiettivo quantitativo sarà invece l'importante numero di alcolisti in trattamento, almeno trenta, che si riuscirà ad inviare presso l'appartamento-famiglia nell'arco dei tre anni della progettualità.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

Dopo la prima annualità di attività è ragionevole supporre il raggiungimento dell'obiettivo qualitativo mentre vi è necessità dello svolgimento della seconda annualità per il raggiungimento dell'obiettivo quantitativo, che sarà rappresentato dalla dimissione dei primi venti alcolisti in trattamento presso l'appartamento-famiglia; alla terza annualità si raggiungerà la condizione di automantenimento dell'appartamento-famiglia per quello che concerne i costi alberghieri con l'autotassazione degli alcolisti ammessi all'appartamento-famiglia.

COSTI CONNESSI

Si ipotizzano i seguenti costi, nello specifico:

Costi di personale: Responsabile, Psicologo, Ass. sociale, Infermieri Professionali, Educatori e Operatori Socio Sanitari.

Costi alberghieri generali: affitto, vitto, lavanderia, pulizie;

Costi di assistenza sanitaria: medicinali e presidi vari;

Materiali di consumo, assicurazioni e spese generali: materiali di consumo, piccole attrezzature, assicurazioni, abbigliamento, formazione del personale, elettricità, acqua, riscaldamento e telefono, smaltimento rifiuti.

Costi misti di tipo strutturale: manutenzione impianti, manutenzione opere murarie, costi di ammortamento.

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

- Numero di alcolisti in trattamento ammessi all'appartamento-famiglia nell'anno e nel triennio.
- Numero di alcolisti in trattamento immessi nel mondo del lavoro sia alle dipendenze che sotto forma di collaborazione a cooperative sociali nell'anno e nel triennio.
- Numero di alcolisti in trattamento che accederanno all'appartamento-famiglia come prosecuzione del percorso riabilitativo al Centro di Riabilitazione Alcolologica di Chiaromonte nell'anno e nel triennio.
- Numero di collaborazioni con varie Istituzioni su diversi livelli e piani, con EE.LL. e/o con rappresentanti del volontariato accreditato come anche con privati che si avvieranno nel triennio.

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. N.1698 DEL 6.10.2009 D.G.R. N.2287 DEL 29.12.2009
LINEA PROGETTUALE	N.11 - RIABILITAZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	ATTIVAZIONE STROKE UNIT
DURATA DEL PROGETTO	TRE ANNI
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo Tel. 0971-668864
REFERENTI AZIENDALI	Dott. Biagio Ierardi – Az Ospedaliera San Carlo - Potenza Dott. Antonio Matera– Az Ospedaliera San Carlo - Potenza Dott. Giovanni Panarace– Az Ospedaliera San Carlo - Potenza

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 900.000
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 900.000

RELAZIONE

Relativamente allo stato di attuazione dei progetti afferenti alla linea n. 11 sulla riabilitazione, così come previsti dalla D.G.R. 1579/2010, ed in particolare sul progetto “Attivazione Stroke Unit” è stato realizzato quanto segue:

Con la D.G.R. n. 1670 del 13 luglio 2004 è stato approvato un modello organizzativo per l’assistenza all’ictus cerebrale basato sull’attivazione di unità specifiche dette Stroke Unit. L’Azienda, attraverso un apposito gruppo di lavoro, ha predisposto uno specifico progetto per l’attivazione della Stroke Unit aziendale, che è stato adottato con la Deliberazione n. 650 del 27/8/2009, successivamente integrato con la delibera n. 809 del 5-11-2009 e la delibera n. 1007 del 14-12-2009, per essere approvato con la D.G.R. n. 2287 del 29-12-2009.

Nel 2010, come da programmazione delle attività, sono state poste in essere tutte le azioni propedeutiche alla costituzione della Stroke Unit.

In particolare si è proceduto alla individuazione del personale, degli spazi e delle tecnologie da destinare alla struttura.

Sono state, infatti, completate le procedure:

- per l'approntamento degli spazi, le cui attività sono state avviate il prossimo mese di marzo.
- per il reclutamento a tempo determinato del personale medico ed infermieristico, che sono stati assunti dal primo febbraio 2011. Il reclutamento del personale è stato subordinato all'approvazione da parte della regione del Piano Aziendale di Assunzioni per il triennio 2010-2012, avvenuto il 28-6-2010 con DGR n. 1066 e delle conseguenti procedure di reclutamento del personale.

È, inoltre, in fase avanzata la predisposizione di un documento, da parte di un apposito gruppo di lavoro, che definisce i percorsi per la presa in carico dei pazienti con ictus cerebrale sul territorio, finalizzato a:

- Collegare in rete la Stroke Unit di Potenza e di Matera con le Unità Operative attualmente prive di settori dedicati alle malattie cerebrovascolari in fase acuta, ma che ne abbiamo programmato la realizzazione e facciano richiesta di entrare a far parte del Progetto. Si presuppone che tali Unità gestiscano annualmente un numero di ricoveri per DRG 14 non inferiore a 100.
- Realizzare un sistema integrato che utilizzi la rete Internet e applicazioni software per la connessione tra le strutture ospedaliere operanti nel campo delle malattie cerebrovascolari nella Regione Basilicata. Tale sistema verrà realizzato attraverso la condivisione della cartella clinica computerizzata.
- Consentire una raccolta dati omogenea e condivisa in ambito regionale e facilitare l'interscambio delle informazioni fra le Unità operative in rete.
- Allestire protocolli di studio di popolazione ponendo le basi per la creazione di un registro regionale dei pazienti con ictus cerebrale.
- Programmare Corsi di Formazione in Patologia Cerebrovascolare per medici, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione presso i centri che ricoverano pazienti con ictus.

Il documento non appena completato, sarà approvato con atti formali.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

L'attivazione della Stroke Unit si propone quali obiettivi prioritari:

1. attivare sul territorio regionale una rete di Stroke Unit da dedicare alle malattie cerebrovascolari in fase acuta così da garantire a tutti i pazienti un trattamento in ambiente specifico per tale patologia con la possibilità di un trattamento riperfusivo da realizzare con farmaci fibrinolitici (in grado di sciogliere rapidamente il trombo occludente le arterie intra ed extracerebrali laddove esistono le condizioni logistiche/organizzative favorevoli.
2. Realizzare un sistema integrato che utilizzi la rete Internet e applicazioni software per la connessione tra le strutture ospedaliere operanti nel campo delle malattie cerebrovascolari nella Regione Basilicata. Tale sistema verrà realizzato attraverso la condivisione della cartella clinica computerizzata.
3. Consentire una raccolta dati omogenea e condivisa in ambito regionale e facilitare

l'interscambio delle informazioni fra le Unità operative in rete.

4. Allestire protocolli di studio di popolazione ponendo le basi per la creazione di un registro regionale dei pazienti on ictus cerebrale.
5. Programmare Corsi di Formazione in Patologia Cerebrovascolare per medici, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione presso i centri che ricoverano pazienti con ictus.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI
TRE ANNI

COSTI CONNESSI

€ 900.000

**INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE
LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO**

RISORSE UMANE (Azienda Ospedaliera San Carlo):

	Numero	Impegno ore medio	Totale ore
Medici	12	500	6000
Infermieri	12	400	4800
Costi generali			
Totale	24	900	10800

ALTRI INDICATORI:

N. di strutture coinvolte: 14

N. di pazienti assistiti: 2199

N. di posti letto attivati: N.8 presso Azienda osp. San Carlo, n.6 previsti presso ospedale di Matera

% di riduzione di morte dei pazienti trattati in Stroke Unit

% di aumento di sopravvissuti indipendenti dei pazienti trattati in Stroke Unit,

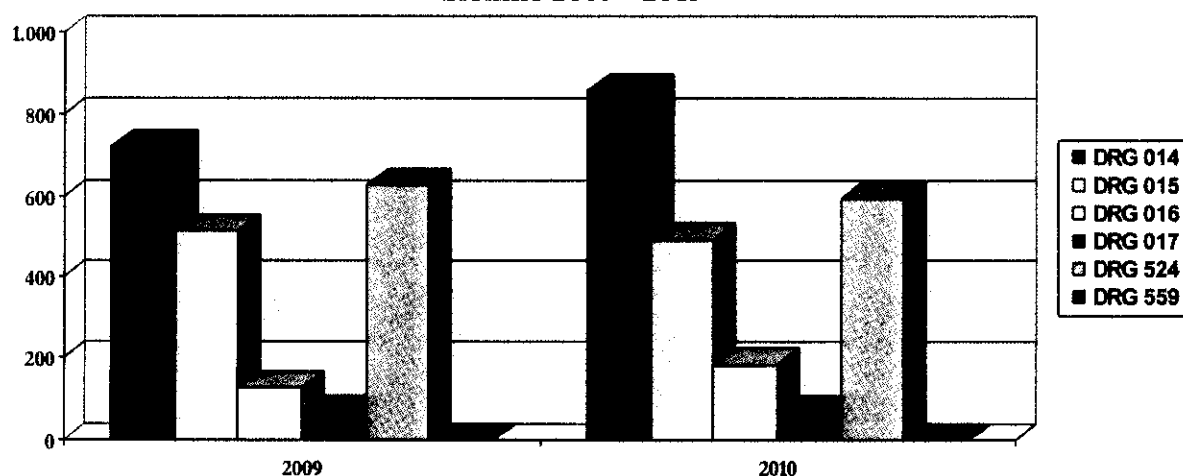
% di riduzione di ricovero in case di cura dei pazienti trattati in Stroke Unit,

N. di programmi di educazione sanitaria

ANNO 2010

Struttura	DRG						totale
	014	015	016	017	524	559	
Chiaromonte	14	11	6		29		60
Villa d'Agri	81	46		2	17		146
Matera	181	35	2	5	132		355
Tricarico		5		2	6		13
Lagonegro	104	49			2		155
Lauria							0
Maratea	6			1	11		18
Melfi	25	53	80	18	4		180
Venosa	3	33	54	9	7		106
Policoro	85	60	5	5	121		276
Stigliano	27	7	8	2	12	1	57
Tinchi		1	1		1		3
San Carlo	332	193	28	23	253		829
Rionero					1		1
Totale	889	493	184	67	599	1	2199

Grafico 1 - Numero ricoveri per patologie cerebrovascolari in Basilicata -
biennio 2009 - 2010



ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR 920/2009 ART.18 L.R. 6.8.2008 N.20 - PROPOSTA DI "QUALIFICAZIONE DELLA RETE REGIONALE DI NEUROPSCHIATRIA INFANTILE E COSTRUZIONE DELLA FONDAZIONE IN PARTECIPAZIONE STELLA MARIS MEDITERRANEO ONLUS".
LINEA PROGETTUALE	12 – Salute Mentale
TITOLO DEL PROGETTO	“Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile: proposta di una sperimentazione gestionale – Progetto di comunicazione e d’informazione”.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE REGIONALE	D.ssa Carolina Di Lorenzo Tel.0971.668864 – email cadilore@regione.basilicata.it
REFERENTI AZIENDALI	Dr Mario Marra – Presidente Fondazione Stella Maris Mediterraneo Onlus

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 100.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 100.000,00

RELAZIONE

Il progetto di qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile si è sviluppato negli anni 2010-2011 privilegiando l'asse della formazione per cogliere uno degli obiettivi più importanti dell'iniziativa, volto al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Le Unità operative di neuropsichiatria infantile e di Psicologia – O.R.L. dell'Ospedale di Matera hanno organizzato il Corso di Autoformazione “Argomenti di neuropsichiatria infantile: buone prassi nei percorsi clinici e terapeutici” destinato agli operatori, compresi i terapisti della riabilitazione.

Si è proseguito inoltre, tra le attività del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile, nella promozione di un servizio di tipo semiresidenziale e residenziale da allocare presso il presidio ospedaliero di Chiaromonte per interventi riabilitativi psico-educativi rivolto a pazienti di due diverse fasce di età:

- Bambini in età prescolare, già valutati presso strutture di Neuropsichiatria Infantile, cui sia stata fatta diagnosi o per i quali ci sia un fondato sospetto clinico del disturbo dello spettro autistico
-
- Ragazzi in età scolare con disturbo dello spettro autistico strutturato già seguiti e che necessitano di impostare e consolidare un progetto clinico psico-educativo applicando programmi terapeutici basati sullo sviluppo e di tipo cognitivo-comportamentale.

Per i ragazzi in età scolare si prevede il coinvolgimento della famiglia e della scuola e la sperimentazione di un ambiente terapeutico che possa riprodurre il percorso di assistenza a casa e a scuola.

A tale contesto si riconduce la sperimentazione gestionale "Stella maris Mediterraneo" Onlus, la cui costituzione è stata sancita con la D.G.R. n.920 del 10.05.2009 che ha approvato, tra l'altro, un progetto sanitario per l'istituzione di un Centro di eccellenza da candidare al riconoscimento di IRCCS.

Il modello assistenziale di elezione anche in questo settore, è fondato sulla logica di rete, al cui interno i soggetti afferenti rafforzano l'integrazione e la reciproca collaborazione per obiettivi comuni e per l'ulteriore qualificazione dei servizi offerti.

In data 28/5/2010 la Fondazione ha ottenuto il riconoscimento giuridico.

Successivamente sono stati elaborati gli atti negoziali per disciplinare i rapporti tra le Aziende sanitarie coinvolte nella sperimentazione e la Fondazione.

EVENTO INTERNAZIONALE

Nel corso dell'anno 2010 la Fondazione Stella Maris ha organizzato il convegno dal titolo "Tra il visibile e l'invisibile" a dimensione internazionale che ha visto la partecipazione di personalità di grande rilievo internazionale, come la Prof. J. Treasure che vanta una lunga esperienza presso il Maudsley Hospital di Londra.

I relatori sono stati impegnati intorno all'esposizione congiunta dell'eziopatogenesi dei processi viziosi sul piano mente-corpo e comportamento che condizionano le persone portatrici del disagio, ma anche su nuove ipotesi conoscitive ed esplorative dell'identità malata che appare sempre più complessa, in quanto mutante nella sua tipologia e migrante sul piano psicologico.

Il convegno ha registrato oltre duecento presenze e accreditato per quattro crediti a tutte le figure sanitarie interessate.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI CHE SI INTENDONO CONSEGUIRE

Qualificazione dell'assistenza attraverso:

- Sviluppo degli aspetti formativi per la diagnosi precoce dell'autismo
- Potenziamento dei servizi
- definizione di rapporti con un partner privato con competenze professionali di alta specializzazione, presupposto necessario per la creazione di un polo di eccellenza;
- Identificazione e applicazione di protocolli attinenti ai percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con approccio multidisciplinare

- Creazione di un sistema omogeneo di rilevazione
- Costruzione di percorsi di supporto attivo all'adolescente con disagio familiare e/o scolastico
- Attiva partecipazione nell'ambito della ricerca

In particolare, questo progetto di comunicazione ed informazione pone come obiettivo principale la conoscenza dell'iniziativa come strumento per contenere il ricorso a strutture extra-regionali per la cura e l'assistenza nei casi di patologie afferenti ai disordini dello spettro autistico, ai disordini alimentari, alle problematiche connesse all'alcolismo.

TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI INTENDONO RAGGIUNGIBILI

12 mesi

COSTI CONNESSI

Totale

€ 100.000,00

INDICATORI PREFERIBILMENTE NUMERICI CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITA' DELL'INVESTIMENTO PROPOSTO

Risorse umane in ambito provinciale, con riferimento all'Azienda sanitaria di Matera - ASM:

- N.11 terapisti della riabilitazione
- N.4 dirigenti medici
- N.2 psicologi

Altri indicatori:

- n. di protocolli attivati
- n. di strutture e di partner coinvolti
- n. di ricerche condotte
- n.1 convegno

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE BASILICATA - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Ufficio Politiche della Prevenzione
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R.N.316/2010
LINEA PROGETTUALE	n.13 Piano della Prevenzione e Politiche di Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale della Prevenzione Progetto: Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione dell' infezione da HIV
DURATA DEL PROGETTO	Due anni
REFERENTI REGIONALI	D.ssa Gabriella Cauzillo Dirigente Osservatorio Epidemiologico Regionale Tel.0971668839 Email: gabriella.cauzillo@regione.basilicata.it Dott. Francesco Locuratolo - Ufficio Politiche della Prevenzione - Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale - Regione Basilicata
REFERENTI AZIENDALI	- Dott. Carlo De Stefano - Direttore U.O. Malattie Infettive Ospedale San Carlo di Potenza - Dott. Giulio De Stefano - U.O. Malattie Infettive Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PIANO DELLA PREVENZIONE	€ 2.626.916
IMPORTO ASSEGNATO A VELERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	€ 2.626.916

RELAZIONE

DGR n. 1579/2010 – Relazione di attività ex Linea progettuale 13 – Prevenzione. Relazione di attività

Nel corso del 2010 sono stati predisposti i programmi/progetti regionali di prevenzione in ottemperanza al Piano Nazionale della Prevenzione - PNP 2010-2012 (PRP 2010-2012 adottato con la DGR n. 2252 del 29/12/2010 e trasmesso alla Direzione Operativa del CCM entro il 15/01/2011, il cui quadro d'insieme è stato approvato con la stessa DGR 1579/2010 e

successivamente rielaborato e sottoposto a nuova approvazione (rif. DGR n. 2252 del 29/12/2010, ove ciascun programma/progetto è stato opportunamente sviluppato, anche in continuità con i programmi/progetti ex PNP/PRP 2005-2007 e proroghe successive, come da indicazioni ministeriali).

Da qui l'inserimento del progetto "Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione dell'infezione da HIV" – Linea 13 ex DGR n. 1579/2010 nel quadro d'insieme del PRP 2010-2012 (DGR n. 2252/2010).

Per quanto riguarda questo specifico progetto, la regione ha posto alla propria attenzione il "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV", in esame in sede di Conferenza Stato-regioni e che deriva dall'importanza di favorire precocemente la conoscenza dello stato sierologico per infezione da HIV.

La regione sta pertanto definendo le proprie procedure alla luce del suddetto documento

Pertanto sono stati riesaminati tutti i progetti attinenti a linee d'intervento ed obiettivi generali di salute del PNP 2010-2012 di cui al Programma Regionale – anno 2010 – collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale secondo le linee progettuali ex Accordo Stato-Regioni - Rep. Atti n. 76/ CSR – 8 luglio 2010 (recepito con DGR n. 1579/2010) per evitare duplicazioni di iniziative e razionalizzare l'impegno di risorse.

In tale ottica, nel 2010, è stato per l'appunto rimodulato il quadro d'insieme del PRP 2010-2012, già approvato con DGR n. 1579/2010, come da schema riportato nelle pagine seguenti.

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo programma/progetto
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare)	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1 Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari
			1.1.2 Stratificazione dei prediabetici per rischio cardiovascolare globale ed eventuale danno d'organo precoce
2. Prevenzione universale	2.1. Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1 Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.2.1 Sicurezza nei cantieri edili
			2.2.2 Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	2.3.1/2.3.2 Conoscere e prevenire gli incidenti domestici - "Casa sicura"
		Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di 0-4 anni	
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere -mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	2.4.1 Censimento della popolazione 0-14 anni affetta da patologie croniche e/o invalidanti.
			2.4.2 Incremento dell'offerta vaccinale MPR
			2.4.3 Immunizzazione verso la rosolia nelle donne lucane in età fertile
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV	2.6.1 Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da HIV (DGR n. 1579/2010)*
		Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	2.6.2 Controllo e riduzione della echinococcosi/idatidosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	2.8.1 Sicurezza alimentare, controllo e riduzione della malattie trasmesse da alimenti

2. Prevenzione universale	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	2.9.1 Messa a regime della rete regionale delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute)
		Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%	2.9.2.(1) Promozione dell'allattamento al seno nella ASM – Matera
		Incremento dell'attività motoria/riduzione dei consumatori di alcool a rischio/riduzione della percentuale di fumatori abituali	2.9.2. (2) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile
			2.9.3 /2.9.4/2.9.5 Adolescenza sana e consapevole
3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete.	2.9.6 Percorsi di solidarietà (DGR n. 1579/2010)*
	3.7 Disturbi psichiatrici	Contrasto ai DCA	3.3.1 Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale
			3.7.1 (1) Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto a docenti e allievi delle scuole medie – ASP - Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie neurologiche	3.7.1 (2) Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto agli adolescenti in età compresa tra 11-13 anni, in un lavoro di rete con i docenti, gli allenatori e gli istruttori sportivi – ASM – Ambito territoriale ex ASL 4 di Matera
			3.8.1 Approccio multidisciplinare alla sclerosi multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali (DGR n. 1579/2010)*
			3.8.2 R.I.A.D. Rete Integrata di Assistenza per le demenze (DGR n. 1579/2010)*
	3.10 Ipoacusia e sordità	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità	3.10.1 Individuazione precoce delle ipoacusie
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative – Protezione e promozione della salute negli anziani	4.2.1 Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano (DGR n. 1579/2010)*

(*) progetti pertinenti alle indicazioni del PNP 2010/2012 (DGR 1579/2010 “Programma Regionale - anno 2010 – collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni rep. 76/CSR – 8 luglio 2010”) per i quali i si rimanda – anche per quel che riguarda i rispettivi finanziamenti, alla stessa DGR n. 1579/2010

Di seguito si specificano “le tendenze e gli orientamenti d’azione” perseguiti:

- la valutazione del rischio cardiovascolare in continuità con le azioni in itinere per la stessa linea nell’ambito del precedente PRP, ritenendo la riduzione della morbi-mortalità per malattie del sistema circolatorio obiettivo di salute primario in considerazione dei dati epidemiologici espressi;
- la riduzione della morbi-mortalità per diabete mellito, ritenendo utile allo scopo la stratificazione per rischio cardiovascolare e la valutazione di un eventuale danno d’organo precoce nei pre-diabetici unitamente alla ottimizzazione delle attività di qualificazione dell’assistenza al diabetico in continuità con le previsioni del precedente PRP;
- la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale che vedono la Basilicata tra le regioni italiane a più alto indice di case-fatality;
- la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate implementando percorsi di informazione/formazione/assistenza (rif. art. 10 – D.Lgs. n. 81/2008), essendosi ormai consolidate le attività ispettive con risultati quali - quantitativi considerevoli, atteso che ancora alto è il peso della morbi-mortalità legata al lavoro, con particolare riguardo ai comparti a più alto indice infortunistico (costruzioni e agricoltura);
- la sorveglianza e la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico con particolare riguardo ad anziani e bambini di 0-4 anni, considerato che il fenomeno è sottostimato e che il rischio d’incidente domestico è ancora scarsamente percepito;
- la implementazione della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di 0-14 anni a rischio in funzione della bassa copertura rilevata a fronte dei risultati ottenuti nella popolazione di 65+ anni e di politiche vaccinali regionali che in linea generale hanno portato a risultati più che positivi;
- la implementazione della vaccinazione MPR per ottimizzare i risultati di copertura già raggiunti, in attuazione del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da HIV con attività di comunicazione e diagnosi precoce di siero-positività presumibilmente sottostimata - test di avidità anticorpale - (rif. DGR 1579/2010);
- la riduzione della prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali e, nella fattispecie, dell’echinococcosi/iatridosi sperimentando un sistema di sorveglianza integrata tra medici veterinari e medici igienisti quale modello di controllo da riprodurre per altre zoonosi in una regione a prevalente vocazione agro-zootecnica a conduzione familiare;
- il controllo e il contenimento del rischio di infezione o intossicazione chimico-fisica da alimenti allo scopo di ridurre del 50% la prevalenza dei casi di MTA;
- l’ottimizzazione – messa a regime dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKkio alla Salute, trattandosi di attività che vanno nella direzione di offrire elementi di supporto alla programmazione sanitaria regionale, come già sperimentato, rendendo possibile il confronto interno (Regione –ASL) con un approccio di raccolta e analisi dei dati sostenibile nel tempo ed efficace per la definizione delle iniziative di tutela;
- la prevenzione primaria dell’obesità attraverso attività di informazione-formazione che coinvolgono équipe di esperti ASL, insegnanti, alunni e famiglie considerate le medie regionali di sovrappeso/obesità in età infantile e adulta superiori a quelle nazionali;
- l’ulteriore promozione dell’allattamento al seno prolungato ed esclusivo anche per la prevenzione primaria di sovrappeso/obesità infantile unitamente ad una sana alimentazione già dopo la sospensione dell’allattamento materno a rinforzo dell’azione di cui al precedente punto;
- la prevenzione dell’alcoolismo nelle varie fasce di età come da progetto “Percorsi di solidarietà” (rif. DGR n. 1579/2010);
- la promozione di corretti stili di vita tra gli adolescenti attraverso l’uso di mezzi e linguaggi loro propri e la loro partecipazione attiva;
- il contrasto ai DCA (tenuto conto che si tratta di disturbi ancora sottovalutati in riferimento ai primi segnali di allarme e di conseguenza non diagnosticati precocemente);

- il miglioramento dell'offerta assistenziale per le patologie neurologiche a favore di pazienti e famiglie (progetti R.I.A.D. Rete Integrata di Assistenza per le Demenze e Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla - rif. DGR n. 1579/2010);
- la diagnosi precoce delle ipoacusie;
- la protezione e la promozione della salute negli anziani (progetto Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano ex DGR n. 1579/2010).

Quindi, nel 2010, anche rispetto al progetto correlato alla linea 13 ex DGR n. 1579/2010 e ivi sviluppato, inerente i sistemi di sorveglianza e prevenzione dell'infezione da HIV, sono state avviate le interlocuzioni con i competenti servizi territoriali per acquisire la dovuta condivisione ed ogni utile contributo nonché la partecipazione attiva alle fasi esecutive e, nella fattispecie del progetto di sorveglianza-prevenzione dell'infezione da HIV, con i laboratori di analisi per l'applicazione del test di avidità anticorpale, prevedendone la prossima esecutività nell'ambito della realizzazione del PRP 2010-2012.

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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 14.10.11
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ☐

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Inouye

