

Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il D.S. prevede la presa in carico del paziente da parte di un medico referente che consiste nella pianificazione e nel coordinamento del processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva finale.

Nelle more della definizione di apposite Linee Guida regionali per la regolamentazione del Day Service ambulatoriale, i Direttori Generali di tutte le Aziende sanitarie regionali e dell'IRCCS-CROB, promuovono modelli organizzativi per erogare Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), intese come un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate, da offrire in un arco temporale ristretto e finalizzato alla gestione di un problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico.

Gli obiettivi specifici attesi sono:

- ridurre i ricoveri in day hospital diagnostici inappropriati (possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse (D.P.C.M. DEL 29/11/2001)*
- abbassare il tasso di ospedalizzazione ospedaliero;
- favorire la continuità assistenziale, nel momento in cui l'utente è inserito nel percorso scelto dal medico specialista del PAC e seguito sempre dallo stesso specialista (esempio di One Stop Clinic);
- fornire ai cittadini un nuovo e alternativo prodotto che offre soluzioni agli stessi, solitamente in 2-3 accessi per ogni PAC;
- migliorare la qualità del servizio reso all'utente, riducendo le liste di attesa;
- fornire continuità assistenziale nel momento in cui l'utente viene inserito nel percorso scelto dal medico specialista;
- favorire il confronto tra i professionisti;
- migliorare la qualità della pratica clinica promovendo comportamenti assistenziali controllati secondo Evidence Based Medicine;
- concentrare i tempi di attesa, per l'esecuzione delle prestazioni richieste dallo specialista, secondo quelli tipici dei day hospital, perché verrebbe seguita la stessa corsia preferenziale;
- permettere all'utente di essere inquadrato dal punto di vista clinico-diagnostico in breve tempo, bypassando l'allungamento burocratico dei tempi che spesso si interpone tra la richiesta del medico di medicina generale e l'effettuazione di ogni singola prestazione.

35 - Centri Esterni Accreditati (CEA)

Le Aziende devono essere impegnate nella verifica del puntuale rispetto da parte delle dei Centri Esterni Accreditati delle disposizioni dettate in materia dalla Giunta Regionale.

In particolare per il biennio 2010-2011 i Direttori Generali dell'ASP e ASM dovranno perseguire i seguenti obiettivi:

1. attuazione delle direttive della Giunta Regionale sul fabbisogno di prestazioni e sull'Accordo per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali da parte dei Centri privati accreditati di cui alle DD.GG.RR. 1907/2006, 2105/2006, 594/2009 e successive modifiche ed integrazioni e la D.G.R. n.104/2010;

2. contenimento della spesa annuale per la specialistica ambulatoriale, nel rispetto dei tetti aziendali pubblici e privati, determinati in applicazione delle deliberazioni sopracitate;
3. attuazione di misure per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate.

36 - Sistema di Emergenza-Urgenza 118

La L.R. di riforma n.12/2008 e s.m.i. ha previsto di istituire, ai sensi dell'art.3, comma 5, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, il Dipartimento Interaziendale di Emergenza Sanitaria (DIRES), quale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, transmurale e trasversale, preposta all'organizzazione e gestione della rete regionale dell'emergenza/urgenza.

La D.G.R. n.1537/2009 ha approvato e definito le relative procedure attuative.

Pertanto i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM sono impegnati a realizzare quanto sottoscritto nell'apposita convenzione per la costituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Sanitaria (DIRES) e per garantire l'avvio delle attività.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Carlo (AOR), sono impegnati altresì a realizzare quanto sottoscritto nell'apposito protocollo d'intesa, per la gestione in forma associata della rete dell'emergenza/urgenza.

Nell'attuazione di quanto sopradescritto si dovrà ottemperare alle disposizioni normative, nazionali e regionali, in tema di interventi su personale del Sistema Sanitario, nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica e nei limiti delle risorse già assegnate, in sede di riparto del fondo sanitario regionale

37 - Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS

Sviluppare il rapporto tra Ospedale e Territorio è una esigenza primaria nell'ambito dei percorsi di continuità clinico-assistenziale di numerose patologie soprattutto quelle cronico degenerative.

In questo contesto occorre mettere in atto tutte le azioni necessarie per garantire la migliore organizzazione della medicina territoriale che, attraverso il potenziamento dell'affidamento di prestazioni nel territorio, coinvolga il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale nel processo di raccordo operativo dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria e dell'efficace governo dei percorsi assistenziali, a garanzia di livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Numerose iniziative (progetti di telemedicina, rete MMG, Punti Salute, ecc.) e istituti previsti nei contratti nazionali e/o nei contratti integrativi regionali (Equipes territoriali, NCPT, UTAP, Pronta disponibilità telefonica, Associazionismo medico ecc.) sono orientati ad organizzare le attività clinico-sanitarie a livello di cure primarie sul territorio, supportando l'assistenza domiciliare anche attraverso servizi di telemedicina, integrandosi con i poliambulatori distrettuali e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio.

Spetta alle Aziende Sanitarie operare affinché possano essere massimizzati i risultati degli interventi che sono già in essere, o che verranno posti in essere, sul territorio ad esempio progetto ATIB .

Pertanto i Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM sono responsabili in merito all'applicazione degli istituti previsti dagli Accordi Nazionali così come integrati dall'A.I.R., nonché ad individuare, in sede di contrattazione aziendale, specifici percorsi attuativi degli obiettivi indicati a livello regionale (es. Governo Clinico), contribuendo al raggiungimento dei risultati perseguiti dai progetti da avviare o in corso di realizzazione.

Le Aziende Sanitarie annualmente provvederanno a relazionare sui seguenti punti:

- l'attuazione dei singoli istituti contrattuali;
- monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale;
- valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria.

C) Assistenza ospedaliera

C1 - Posti Letto

Il nuovo Patto della Salute prevede uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per mille per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

Sulla base di quanto previsto nel succitato provvedimento, obiettivo nel biennio 2010-2011 per i Direttori Generali dell'ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS CROB è quello di mantenere lo standard di riferimento dei 3,3 per mille nella dotazione complessiva dei posti letto per acuti.

Relativamente ai posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza, la D.G.R. n.288 del 9.02.2010 ha ridistribuito i posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie nella dotazione complessiva della regione Basilicata, già definita con la D.G.R. n.513 del 16.04.2007 per il necessario adeguamento al suddetto Patto della Salute 2010-2012, che, come sopra descritto, ha fissato lo standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici entro il 30.06.2011, per le regioni non sottoposte a piani di rientro

Secondo la suddetta D.G.R. sono da conseguire i seguenti obiettivi:

Obiettivo intermedio	entro il 31.12.2010	Standard 0,86 per mille	n. 508 P.L.
Obiettivo definitivo	entro il 30.06.2011	Standard 0,7 per mille	

Viene confermato all'Azienda Ospedaliera San Carlo il ruolo di alta specializzazione per le attività di riabilitazione di terzo livello, Unità Spinali, Unità Gravi Cerebrolesi, con una dotazione di n.10 posti letto con riferimento al codice 28 – Unità Spinale e codice 75 – Unità gravicerebrolesi, già attribuiti con la D.G.R. n.513/2007

In conclusione, fatto salvo la non ammissibilità a valutazione di questo parametro, gli obiettivi specifici per i Direttori Generali relativi a questo settore sono:

1. garantire il rispetto della percentuale del 3,3 per mille previsto dalla richiamata Intesa stato-Regioni;
2. per quanto riguarda la riabilitazione, garantire il rispetto della percentuale dello 0,7 per mille in accordo al patto per la salute e secondo l'articolazione prevista dalla D.G.R. n.288/2010, nonché nel rispetto del crono programma sopra illustrato;
3. attivare, entro il 31-12-2011 il 90% dei posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza;
4. adeguamento dei flussi informativi agli atti di programmazione aziendale quale effettivo indicatore del rispetto dello standard di riferimento.

C2 - Tassi di Ospedalizzazione

In accordo a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, le aziende sanitarie devono garantire, entro l'anno 2011 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20 % (TO = 36/1000 abitanti residenti).

Al Tasso di Ospedalizzazione concorrono i ricoveri, effettuati dai cittadini dell'area territoriale di riferimento, sia nelle Strutture della Regione Basilicata che in strutture fuori regione (i cui dati sono sfasati di un anno rispetto il periodo di osservazione). In considerazione del trend positivo della migrazione passiva riscontrato negli ultimi anni e delle oggettive difficoltà che le aziende possono avere nel controllo di ricoveri fuori regione, si ritiene opportuno agganciare l'obiettivo riferito al T.O. al dato relativo ai ricoveri interni.

Ciò premesso, obiettivo per l'anno 2010 è il contenimento del Tasso di ospedalizzazione in regione entro i valori riportati nella tabella sottostante, ritenendo i T.O. per fuori regione sovrapponibili a quelli dell'anno 2008.

Di seguito si riporta una tabella che mette in risalto il risultato 2007 dei T.O. in regione e fuori regione e riporta nell'ultima colonna per l'ASP, l'ASM e l'Azienda Ospedaliera San Carlo il valore di T.O. totale in regione da perseguiere nel 2009.

Aziende Sanitarie	T.O. Anno 2008										T.O. ANNO 2010
	Complessivo per fuori regione			Complessivo in regione			Complessivo			Programmato	
	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Totale in Regione	
ASP	37,10	14,56	51,66	101,17	56,79	157,95	138,30	71,3	209,60	128,34	
ASM	33,86	11,86	45,72	91,28	52,80	144,08	125,1	64,7	189,80	134,28	
AO S. Carlo	21,36	8,62	29,98	108,41	71,34	179,75	129,80	80,00	209,80	150,02	
Totali	31,50	11,90	43,40	99,80	59,6	159,40	131,3	71,50	202,80	137,55	

Relativamente all'Azienda Ospedaliera San Carlo, la popolazione di riferimento è quella dei comuni indicati nell'Allegato alla ex D.G.R. 329/2008 e quella afferente ai Comuni di Pescopagano, Ruvo del Monte, Rapone e San Fele.

Per l'ASP e ASM il mancato raggiungimento del target programmato per l'anno 2009, comporterà la relativa penalizzazione commisurata proporzionalmente al risultato ottenuto rispetto a quello atteso. Nel caso dell'Azienda Ospedaliera San Carlo l'eventuale penalizzazione per il mancato raggiungimento dell'obiettivo sarà comminata in ugual misura, a seconda del territorio di riferimento, alla ASL di riferimento territoriale.

C3 - Ricoveri Ordinari e DH per i DRG dei LEA ad alto rischio di inappropriatezza

Per l'anno 2010 e 2011, vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. ulteriori DRG ad alto rischio di inappropriatezza per i quali i Direttori Generali devono garantire il rispetto del valore soglia dei ricoveri diurni rispetto al numero totale di ricoveri per singolo DRG, così come riportatati nella tabella dell'allegato 1; detta tabella è

aggiornata sulla base dei DRG allegati al nuovo patto della salute 2010-2012 e relativi alla versione 24 del sistema DRG.

2. disincentivare l'esecuzione in day surgery degli interventi chirurgici elencati nella tabella dell'allegato 2, per i quali le aziende sanitarie non devono superare il valore percentuale/soglia di ammissibilità fissato nel 20% sul totale degli interventi eseguiti nei diversi regimi di erogazione. Si definiscono inappropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Le tariffe da applicare in regime ambulatoriale saranno adottate con apposita DGR, utilizzando come sistema di prenotazione il CUP regionale.
3. per il 2010, il totale delle prestazioni oncologiche erogate dal CROB devono rappresentare almeno il 95 % del totale prestazioni erogate, fatto salvo quelle prestazioni non oncologiche effettuate dal CROB per conto delle altre Aziende Regionali in virtù di specifici accordi sottoscritti;

C4 - Prestazioni di ricovero - Liste di Attesa

In accordo con quanto previsto nel *"Piano Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006 – 2008"* approvato con DGR n. 907 del 19 giugno 2006 ed ai Piani Attuativi aziendali approvati con la DGR 1092 del 8 agosto 2007, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali dovranno garantire il rispetto dei tempi di attesa, per i ricoveri programmati relativi alle patologie riportate in tabella di cui al par. 8.2 del Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa (D.G.R. 907/2006), che viene di seguito riportata:

Classe di priorità	Tempi massimi di attesa	Valore soglia ¹
Intervento chirurgico per cancro della mammella	Entro 30 giorni.	100 %
Intervento chirurgico per cancro del colon retto	Entro 30 giorni.	100 %
Intervento chirurgico per protesi d'anca	Entro 90 giorni	50 %
	Entro 180 giorni	90 %
Coronarografia	Entro 60 giorni	50 %
	Entro 180 giorni	100 %

Inoltre, le Aziende Sanitarie regionali devono provvedere alla compilazione del campo prenotazione previsto dalla SDO e alla definizione della eventuale classe di priorità di appartenenza.

¹ Si ricorda che il valore soglia definisce la percentuale di cittadini che ottiene l'ammissione al ricovero programmato entro i tempi massimi sopra indicati dal giorno dell'inserimento nell'agenda dei ricoveri programmati.

C6 - Mobilità Sanitaria

Il problema della mobilità sanitaria passiva (prestazioni rese fuori regione a favore di cittadini residenti nella Regione Basilicata) rappresenta un punto di criticità dell'intero sistema sanitario regionale.

Per le ASP e ASM e l'Azienda Ospedaliera San Carlo viene stabilito come obiettivo di contenere la mobilità del 2 % per l'anno 2010 (riferito ai dati 2008),

AZIENDE	VALORE ECONOMICO 2008	VALORE ECONOMICO ATTESO 2010	DIFFERENZA
ASP	31.091.381	30.469.553,38	- 621.827,62
ASM	28.911.322	28.333.095,56	- 578.226,44
A.O.R. San Carlo	15.989.405	15.669.616,90	- 319.788,10
TOTALE	75.992.108	74.472.265,84	- 1.519.842,16

Relativamente al CROB viene stabilito come obiettivo di incrementare del 2,5 % per l'anno 2010 (riferito ai dati 2008), il rapporto percentuale tra il valore economico della mobilità attiva del CROB e il valore economico della mobilità passiva regionale relativamente ai DRG oncologici di cui alla tabella 5 della DGR 1713/2006.

In accordo al nuovo Patto per la Salute, la Regione Basilicata di concerto con l'ASP, l'ASM, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'IRCCS CROB di Rionero dovrà procedere alla predisposizione di specifici accordi di mobilità, soprattutto con le regioni di confine.

C6 - Farmaceutica Ospedaliera

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad attenersi a quanto previsto dalla normativa nazionale L.222/07, che per la spesa farmaceutica ospedaliera, fa preciso riferimento alla rilevazione della stessa dal modello CE.

Per il 2010 le Aziende devono provvedere ad una gestione razionale dei farmaci che utilizzano all'interno delle proprie strutture e alla dispensazione diretta; le farmacie ospedaliere adottano specifiche procedure interne che garantiscono la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti. La valorizzazione dei prodotti scaduti deve essere rilevabile informaticamente, a livello di magazzino e di reparto.

Al fine di ottimizzare la gestione del bene farmaco i reparti devono segnalare alla farmacia ospedaliera le informazioni relative ai farmaci, presenti nell'armadio di reparto, con scadenza inferiore a sei mesi e non utilizzati negli ultimi tre mesi, con l'obiettivo di un contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale e comunque tendente a zero.

L'acquisizione di tali dati servirà ad una migliore programmazione degli acquisti e l'eventuale trasferimento di farmaci con validità residua ridotta ad altri utilizzatori.

Le Aziende Sanitarie sono tenute a monitorare tale obiettivo in tutti i suoi aspetti informando con apposita relazione trimestrale l' Ufficio Regionale Politiche del Farmaco.

Le Aziende Sanitarie al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biosimilari in grado di curare con la stessa efficacia terapeutica ,ma a condizioni economiche più vantaggiose per il SSR ,fermo restando il rispetto delle indicazioni terapeutiche ,la salvaguardia dell'appropriatezza e il rispetto dei LEA dovrà prevedere che :

- I pazienti "drag-naive",ovvero mai trattati in precedenza,dovranno essere curati con farmaci biosimilari ,a parità di indicazioni terapeutiche e modalità di somministrazione dei farmaci biologici in commercio
- Al paziente, in caso di inefficacia terapeutica ovvero in caso non sufficiente risposta terapeutica ,nonché di manifesta intolleranza al biosimilare va garantito il trattamento con il farmaco biologico;
- Dovrà essere effettuato il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biosimilari con obiettivi di crescita del loro impiego ,a parità di dati epidemiologici ,finalizzati ad un abbassamento del costo terapia per paziente trattato.

Le Aziende Sanitarie procedano alla costituzione dei nuclei di controllo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, che verificheranno l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci che hanno maggiormente inciso sulla spesa ospedaliera nel trimestre di competenza.

Le Aziende Sanitarie ottimizzeranno la procedura per la prescrizione e dispensazione del 1° ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero, relazionando in termini percentuali sul rapporto numero di prescrizioni/dispensazione su numero dimessi, ritenendo accettabile un valore compreso tra il 15% e il 20%.

Gli specialisti aziendali per le relative prescrizioni, devono utilizzare il ricettario SSN, devono far riferimento ai principi attivi/specialità contenuti nei rispettivi prontuari aziendali, devono tener conto di quanto stabilito per la farmaceutica territoriale, dal momento che la loro prescrizione stabilisce/suggerisce la terapia per la cura del paziente a livello territoriale.

C7 - Attività Pronto Soccorso

Per l'anno 2010 le Aziende Sanitarie devono perseguire i seguenti obiettivi:

- attivazione 30-06-2010, ove non già attivati, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI).
- utilizzo della procedura software per la gestione informatizzata delle attività di PS.
- Attivazione entro il 30-06-2010 dell'ambulatorio dei codici bianchi
- Attivazione flussi informativi verso il Ministero in accordo al DM 17-12-2008 che definisce il Piano di Adeguamento del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza.

A tal fine i Direttori Generali dovranno relazionare annualmente in merito ai risultati ottenuti.

C3 - Attività Trasfusionale

Obiettivo prioritario per il 2010 delle Aziende Sanitarie è rappresentato dal raggiungimento e mantenimento dell'autosufficienza non solo attraverso l'aumento della produzione, ma anche attraverso lo sviluppo di politiche di buon uso degli emocomponenti e degli emoderivati volte a dimensionare sempre più i consumi entro parametri terapeutici appropriati.

In tal senso la DGR n. 1204 del 9.7.2002 ha previsto la costituzione ed il corretto funzionamento dei comitati ospedalieri per il buon uso del sangue.

Obiettivi per il 2010:

1. Predisposizioni di protocolli e/o linee-guida sulle indicazioni alla terapia trasfusionale
2. Monitoraggio dell'appropriatezza della terapia trasfusionale
3. razionalizzazione dei consumi:
 - diminuzione del 10% del consumo di albumina rispetto al 2009
 - diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico rispetto al 2009
4. alimentazione della rete informativa regionale per assicurare la rapidità di scambio informativo e l'immediata fruizione dei dati generati - compensazione e scambio intraregionale finalizzato alla riduzione di unità di sangue scadute.
5. incremento nel 2010 dell'indice di donazione di plasma da 7,24 Kg/abitanti a 8,24 Kg/abitanti così come indicato nel progetto plasma approvato con DGR 199/09.
6. attivazione dei flusso di mobilità interregionale sugli emoderivati.

I Direttori Generali sono impegnati a relazionare annualmente in merito ai risultati ottenuti.

D) Area della Cronicità

L'area della cronicità rappresenta il principale terreno di sviluppo delle moderne politiche sanitarie, nel cui ambito l'approccio più corretto è basato sulla presa in carico dei problemi, sulla personalizzazione dei programmi di intervento e sulla continuità degli stessi. E' richiesto, inoltre, un importante coinvolgimento della comunità locale sia nella fase di promozione della salute e di intervento precoce, sia in quella della riabilitazione, intesa come valorizzazione delle capacità e reinclusione sociale.

I dati elaborati nelle più recenti statistiche riportano che le malattie croniche incidono sul 45% della popolazione, con un 72% della spesa per ogni malato cronico assorbita dall'ospedale (dati U.K. del 2006).

I costi correlati all'evoluzione tecnologica sanitaria hanno superato la capacità di produzione di ricchezza, mentre l'invecchiamento della popolazione, coniugato alla propensione della medicina moderna a far sopravvivere anche soggetti affetti da malattie croniche irreversibili, ha drammaticamente incrementato i bisogni assistenziali.

Questa discrepanza tra fabbisogno di assistenza sociosanitaria e risorse disponibili ha comportato la necessità di un'ottimizzazione nell'utilizzo delle stesse, anche mediante l'individuazione di nuove tipologie assistenziali maggiormente o parimenti efficaci a minor costo.

Inoltre l'incremento della popolazione disabile e il nuovo meccanismo di finanziamento della sanità pubblica in particolare degli Ospedali, hanno favorito l'introduzione di strumenti di controllo (A.E.P. - Appropriateness Evaluation Protocol; EBIVI. — Evidence Based Medicine —) inducendo una riduzione della durata media dei ricoveri ospedalieri e l'utilizzo dei servizi domiciliari e residenziali per curare pazienti altamente compromessi.

In tale contesto l'evoluzione del sistema sanitario ha stimolato l'individuazione di soluzioni assistenziali e riabilitative alternative al ricovero ospedaliero anche per i malati terminali, cioè di "pazienti affetti da malattie progressive in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata" (D.M. 29 settembre 1999).

Peraltro le persone affette da patologie croniche irreversibili necessitano di continuità di cure dalla diagnosi fino alla morte; inoltre l'impatto psicorelazionale e i risvolti socioambientali di queste patologie richiedono un'attenzione particolare verso i familiari.

Un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere la maggior parte della vita in famiglia o, quando questo non è possibile, in strutture adeguate alla natura dei problemi.

D'altra parte la qualità della vita dei pazienti affetti da cancro incurabile o da altra patologia irreversibile diminuisce progressivamente. Spesso l'aggravamento dei sintomi non consente di continuare a trattarli a casa; vengono pertanto riammessi in ospedale.

Attualmente, l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con malattia cronica irreversibile, in particolare oncologica, si scontra con il problema della divisione e distribuzione del lavoro in sottosistemi più o meno omogenei, con una frammentazione delle responsabilità e delle referenze. L'esito è un frequente accesso a prestazioni non appropriate, in particolare ospedaliere, maggiormente offerte dal sistema assistenziale e più radicate nella cultura popolare.

L'efficacia dell'offerta dipende invece dalla corretta valutazione dei bisogni, dalla possibilità di identificazione di percorsi precisi da parte dell'utenza e dal riconoscimento di un unico canale di accesso per le cure extraospedaliere, erogate da servizi integrati a rete.

In tale nuova dimensione di assistenza, della "cronicità" e della non autosufficienza, si inseriscono gli obiettivi di cura domiciliare, di dolore nel percorso di cura e di cure palliative.

D1 - Cure Domiciliari

Le nuove Linee Guida regionali approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008 introducono la denominazione di "Cure Domiciliari", in sostituzione della denominazione "Assistenza Domiciliare", per distinguere in maniera esclusiva, secondo le indicazioni del Ministero della Salute riportate nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale e domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate, dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Le nuove Linee Guida recepiscono inoltre, il dettato della Legge Regionale n. 4/2007 in tema di programmazione, riconducendo il Piano Annuale delle Attività, predisposto dal Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, all'interno del Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, come stabilito dall'art. 16 della stessa legge. Viene comunque confermato il modello organizzativo, che attribuisce al Centro di Coordinamento il governo della rete territoriale di assistenza e vengono altresì confermati i criteri di accesso e le procedure di attivazione del servizio. Di nuova introduzione risultano invece:

- il profilo di cura, per definire la complessità correlata alle cure domiciliari e individuare livelli di intensità di I, II e III livello
- la "Qualità ed efficienza" per rafforzare l'orientamento verso obiettivi di qualità e sviluppare un "Sistema Qualità" nelle Cure Domiciliari basato sull'insieme delle risorse, delle procedure e dell'organizzazione

I Direttori Generali provvedono alla piena attuazione delle suddette Linee – guida, nel rispetto degli standard di qualità indicati nel capitolo "Qualità ed efficienza" e impegnano i Centri di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, afferenti agli ambiti territoriali di competenza, a predisporre la relazione annuale di attività, da inoltrare al Dipartimento regionale, con particolare riferimento al set degli indicatori elencati nell'apposito capitolo delle Linee – guida.

L'indicatore n.2 dell'elenco (numero annuo di soggetti trattati in Cure Domiciliari divisi per patologie e classi di età) rimane associato agli obiettivi già precedentemente assegnati:

Obiettivi	Anno 2010
n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) di età > 65 anni	>= 5% della popolazione con età > 65 anni

Vengono confermati i seguenti obiettivi, anche in relazione al Decreto Ministeriale di recente emanazione, che prevede quale debito informativo delle regioni verso il Ministero della Salute, la rilevazione e trasmissione dei dati di assistenza domiciliare a partire dall'1.01.2009

Obiettivi	Anno 2010
Utilizzo metodologia VAOR-ADI	si
Attivazione del flusso informativo ADI con il sistema VAOR-ADI e secondo gli indirizzi del Decreto ministeriale	si

In merito al rimanente obiettivo relativo alle giornate di assistenza dedicate agli anziani > 65 si ritiene di associare le giornate di assistenza all'intera durata del Piano di trattamento (PAI), al fine di calcolare il coefficiente di intensità assistenziale e risalire alla complessità del profilo di cura, secondo gli indirizzi del Ministero della Salute ripresi nelle Linee – Guida sopraccitate e di seguito ribaditi:

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA=GEA /GDC	Durata media	Operatività del servizio
Cure Domiciliari Prestazionali (occasionali o cicliche programmate)	clinico/funzionale			
Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,30	180 giorni	5 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,50	180 giorni	6 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello (già OD)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,50	90 giorni	7 giorni su 7
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,60	60 giorni	7 giorni su 7

Legenda:

CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: GEA/ numero di GDC

GEA = Giornata effettiva di assistenza, giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GDC = giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

il coefficiente CIA è il risultato del rapporto GEA/ GDC.

In riferimento alle Cure palliative per malati terminali, i Direttori Generali delle nuove Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS provvedono ad attuare il Progetto "Cure palliative", approvato con la D.G.R. n.1646/2009, utilizzando le risorse finanziarie loro assegnate con la D.G.R. n.1810/2009

02 - Il dolore nei percorsi di cura

La D.G.R. n. 1646 del 25.09.2009 ha approvato il Programma regionale, anno 2009, 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.57/CSR del 25 marzo 2009.

Il programma ha previsto una linea progettuale relativa alle "Cure palliative e la terapia del dolore" nel cui ambito è stato predisposto uno specifico progetto "Terapia antalgica" che tende a ribadire la cultura del diritto a non soffrire. L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri. Il dolore è un problema trasversale, quindi occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale ed è essenziale che alla soluzione del problema partecipi tutta la classe medica. Nella programmazione di atti ed interventi che migliorino ulteriormente l'attuale scenario, comunque caratterizzato da un ritardo culturale generale rispetto alle tematiche del trattamento del dolore e del diritto a non soffrire inutilmente, particolare importanza assume la creazione di una rete sanitaria nella quale vengano adottati strumenti atti ad offrire alla popolazione malata una risposta qualificata, motivata ed omogenea su tutto il territorio regionale.

Quanto sancito nell'Accordo Stato-regioni e recepito nel progetto regionale pone, come obiettivo generale, il superamento del progetto "Ospedale senza dolore", non già decollato nella maggior parte delle regioni italiane e propone un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di Medicina del Dolore (*hub*), l'ambulatorio di Medicina del Dolore (*spoke*) e l'Aggregazione Funzionale Territoriale (*AFT*) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS).

La D.G.R. n.1810 del 20.10.2009 ha attribuito alle Aziende ASP e ASM, all'Azienda Ospedaliera San Carlo e all'IRCCS- CROB risorse finanziarie vincolate all'attuazione di questo progetto.

Per quanto premesso, vengono confermati per i Direttori Generali delle nuove 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".

Vengono altresì introdotti gli adempimenti connessi al progetto "Terapia antalgica", di cui al Programma regionale approvato con la D.G.R. n.1646/2009

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

D3 - La rete assistenziale delle cure palliative

Come momento di sintesi di quanto esposto nei precedenti paragrafi, si ribadisce ulteriormente l'obiettivo generale del "Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza delle cure palliative", approvato con la D.G.R. n.1650 del 1.08.2005, per sviluppare all'interno di ciascuna azienda sanitaria e tra le aziende, un modello di cura e di assistenza a domicilio basato sull'integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali, a cui concorrono anche Enti locali e Associazioni di Volontariato.

Gli elementi costitutivi essenziali della rete sono:

- ospedali per acuti;
- medico di medicina generale;
- servizi domiciliari nell'ambito dell'ADI;
- centri di riferimento, ambulatori, presidi territoriali di terapia del dolore e cure palliative;
- centri residenziali di cure palliative – hospice (D.G.R. n. 2077 del 25.09.2000 e D.G.R. n. 658 del 15.04.2002 per complessivi 45 posti letto).

Le esperienze regionali nella erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, anche a pazienti in fase critica (D.G.R. n.196/2000), ivi compreso il progetto ODO-ANT (D.G.R. n.1157/2002) per l'attivazione dell'ospedale domiciliare oncologico, hanno posto buone basi per attuare una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali. In tale contesto è stato possibile elaborare la progettazione di una rete regionale di attività e servizi per una presa in carico globale del paziente, come previsto nel D.M. 28 settembre 2000. Il programma di cui alla sopracitata D.G.R. n.1650/2005 prevede infatti un modello organizzativo di assistenza basato sull'attivazione di una rete aziendale, nella quale convergono tutti i servizi finora disponibili e attinenti a tale offerta assistenziale.

All'interno della rete il paziente e la sua famiglia, laddove presente, vengono guidati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede privilegiata di intervento e le strutture di degenza, specificatamente dedicate al ricovero/soggiorno delle persone non assistibili presso la propria abitazione.

Gli obiettivi che i Direttori Generali devono perseguire, ove non ancora realizzati, o consolidare, sono:

- 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

Rispetto al crono programma delle attività definito nella D.G.R. n.1650/2005, risultano istituiti i Centri di Coordinamento presso tutte le Aziende e risulta altresì definita la progettazione della rete di assistenza delle cure domiciliari e palliative, pertanto vengono aggiornati gli obiettivi, come di seguito riportato:

Adempimenti D.G.R. n. 1650 del 1 agosto 2005 - D.G.R. n. 862 del 10.06.2008, adempimenti programma Hospice e attuazione dei progetti "Cure palliative" - "Terapia antalgica" di cui alla D.G.R. N.1646/2009 e alla D.G.R. n.1810/2009
Attivazione della rete aziendale, prevista dalla data della D.G.R. n.1650/2005
Adeguamento della rete aziendale alle nuove linee-guida di cui alla D.G.R. n.862/2008, con riferimento alle cure domiciliari integrate di III livello e cure palliative domiciliari
Impegno con atti formali giuridicamente vincolanti dei fondi assegnati a ciascuna azienda per la realizzazione dei Centri residenziali per Cure Palliative - Hospice.
Completamento dei Centri residenziali per Cura Palliative - Hospice

CURE PALLIATIVE PER MINORI

Tenuto conto che, secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale – PSN 2006-2008, "particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, per la considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a quelli presentati nell'età adulta e anziana, della grande varietà e frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione e dell'intervallo temporale interessato a tali cure spesso assai lungo e non prevedibile", la regione Basilicata ha aderito, con la D.G.R. n.1324 dell'8.08.2008, al progetto nazionale: Progetto bambino: cure palliative rivolte al bambino con malattia inguaribile, sostenuto dal Ministero della Salute e realizzato in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.

Si intende in tal senso, completare la rete di assistenza di cui alla D.G.R. n.1650/2005, assistenziale, attivando un percorso dedicato ai bambini con malattia terminale, per garantire la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia, nell'ottica della qualità della vita, con un riferimento stabile nell'ambito di un "progetto di salute" realizzato sia a livello residenziale che domiciliare. Con l'Accordo del 27.06.2007, rep. 138, le regioni sono impegnate a garantire, entro tre anni, le cure palliative alla popolazione di minori che ne abbia necessità, in quanto Livelli Essenziali di Assistenza.

L'impegno di definire i percorsi assistenziali afferenti alle cure palliative pediatriche è confermato nel paragrafo appositamente dedicato in seno al progetto "Cure palliative" di cui alla D.G.R. n.1646/2009.

Pertanto vengono confermati gli adempimenti già in precedenza definiti e di seguito elencati.

Adempimenti D.G.R. n. 1324 dell'8.08.2008 e D.G.R n.1646/2009
Definizione del Progetto Bambino della Regione Basilicata
Attuazione del progetto, previa fase di sperimentazione in una Azienda Sanitaria pilota
Previsione di posti letto di hospice pediatrico secondo le modalità definite nell'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2008
Erogazione di pacchetti formativi ad alta qualificazione professionale e realizzazione di campagne di informazione sociale nell'ambito delle cure palliative rivolte a bambini con malattia inguaribile

D4 - Ricoveri Ordinari Lungodegenza

Per i ricoveri in U.O. di Lungodegenza (codice 60) e Riabilitazione (Codice 56) le Aziende Sanitarie devono applicare l'abbattimento tariffario giornaliero di cui alla D.G.R. 1035 del 29/05/2009.

I Direttori Generali dovranno relazionare in merito all'applicazione dell'abbattimento previsto e alla casistica riscontrata, specificando il valore percentuale dei ricoveri in Lungodegenza e riabilitazione, sul totale dei ricoveri, che superano i 60 giorni e valore abbattimento.

D5 – Rete della Riabilitazione e della Lungodegenza

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di riabilitazione ed di lungodegenza post-acuzie: non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture in grado di rispondere contemporaneamente a domande così diversificate come quelle che provengono da un paziente acuto rispetto ad un paziente riabilitando e ad un soggetto lungodegente post episodio acuto.

Ad una prima fase di ricovero in cui le cure riabilitative (quoad valitudinem) sono complementari alle cure di base (spesso quoad vitam) consegue la fase in cui le cure riabilitative divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è ora di tipo più contenuto, meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Obiettivo della rete è quello di garantire ai pazienti necessitanti di cure riabilitative il percorso riabilitativo post-acuzia più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento,