

tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

Obiettivo dei Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e delle ASP e ASM è l'attivazione entro il 30-06-2010 della "Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza post acuzie", tra le strutture riabilitative e di lungodegenza operanti nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera e nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza.

D6 – Assistenza a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo

Con la D.G.R. 2102 del 17 Ottobre 2005 "Direttive per la definizione di un sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari in favore di pazienti con gravi Cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo" i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e delle ASP e ASM devono porre in essere tutte le azioni per l'attivazione di posti letto per pazienti in stato di coma vegetativo anche mediante accordi interaziendali secondo quanto previsto dalle direttive impartite con la suddetta D.G.R., individuando la percentuale dei posti letto di lungodegenza da riservare, nei presidi di appartenenza, ai pazienti in stato di coma vegetativo.

La direttiva vincolante approvata con la DGR 2102/2005 è stata ripresa integralmente nella linea progettuale 3 "Sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari a favore di pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo" afferente al programma regionale collegato agli obiettivi prioritari del PSN, approvato con la DGR n. 1646 del 25-09-2009 e conforme all'Accordo Stato-Regioni del 25-03-2009. Successivamente con la DGR 1810 del 20 ottobre 2009 è stata ripartito il finanziamento complessivo di 1.500.000 di euro, vincolato alle attività sopradescritte nella modo seguente

- ASP € 393.292
- ASM € 206.909
- AOR € 900.000

I Direttori Generali dovranno relazionare in merito alle azioni poste in essere per l'attivazione dei posti letto per pazienti in stato di coma vegetativo.

E) Obiettivi Strategici

E1 – Scompenso cardiaco

Con la D.G.R. n. 418 del 28 marzo 2007 è stato approvato il protocollo attuativo della Rete Regionale per lo Scompenso Cardiaco. L'assistenza in Rete Integrata Ospedale – Territorio è stata individuata in via prioritaria, nella legge 12/2008, così come recepito negli Atti Aziendali, come in grado di offrire in molte patologie croniche e fra queste nello Scompenso Cardiaco, garanzia di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

Per il raggiungimento delle finalità di tale Rete, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali (ASM e ASP) ed il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, per quanto di competenza devono:

1. nelle more della entrata in funzione dei Distretti della Salute, articolati secondo il modello del Macrolivello Territoriale, approvato con la DGR 1645 del 25/09/2009, consolidare le attività dei Comitati Tecnici Aziendali (previsti dalla DGR 418/2007), favorendo la reciproca integrazione fra quelli già istituiti dalle cessate Aziende Sanitarie (confluiti rispettivamente nella ASP e nella ASM) in quanto espressivi di realtà territoriali omogenee;
2. garantire la piena funzionalità dei suddetti CTA entro il 31 Dicembre 2010;
3. rafforzare l'integrazione Ospedale – Territorio, finalizzata alla continuità assistenziale ed alla prevenzione delle reospedalizzazioni, tra il team ospedaliero dedicato allo scompenso cardiaco e l'equipe territoriale dedicata alle Cure Domiciliari;
4. definire ed attuare entro il biennio il programma di formazione, secondo le Linee Guida definite dal Gruppo di Coordinamento Regionale, per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti operanti sul Territorio, e per il personale infermieristico da impiegare nelle strutture dedicate e nelle Cure Domiciliari.

Entro il 31 Dicembre 2010 devono altresì garantire:

- la completa funzionalità in ciascun ospedale della Regione, degli ambulatori dedicati allo S.C., che devono svolgere attività dedicata per almeno 2 giorni a settimana, anche secondo il modello del Day Service, con la integrazione multidisciplinare, ove possibile, fra medici cardiologi e internisti;
- la completa funzionalità delle U.O. Dipartimentali Scompenso Cardiaco (individuate con la DGR 418/2007 quali centri di riferimento Regionali) presso l'Azienda Sanitaria Matera e A.O. San Carlo di Potenza, che devono essere dotati degli spazi e delle attrezzature per il regolare svolgimento delle attività, nonché del personale infermieristico e di supporto alla attività dei Dirigenti Medici, in maniera da garantire la attività ambulatoriale e di Day Service per almeno 5 giorni a settimana e la attivazione del Day Hospital dedicato con almeno 1 posto letto, al fine di ridurre la ospedalizzazione ordinaria;
- l'avvio delle procedure per indirizzare il 100% dei pazienti con Scompenso Cardiaco, afferenti alle strutture ospedaliere e territoriali, verso il follow-up presso le Unità Operative dedicate per lo S.C. con l'attivazione di almeno tre protocolli interni fra reparti ospedalieri interessati e le U.O. dedicate. I protocolli fra i reparti ospedalieri interessati al ricovero e cura dello Scompenso Cardiaco e le strutture dedicate dovranno essere completati entro il biennio;

- le attività di Cardiocirurgia per i pazienti con SC refrattari alla terapia medica presso l'A.O. San Carlo di Potenza.

E2 – Progetto LUMIR – Rete dei MMG e telemedicina regionale

La Regione Basilicata è impegnata da tempo alla realizzazione di una serie di progetti di e-health. Ad oggi risulta realizzato e collaudato un importante progetto di e-health: LUMIR, che pone le basi per la creazione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) del cittadino abilitando e favorendo un'effettiva comunicazione e condivisione delle informazioni sanitarie tra gli operatori socio-sanitari della Regione attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture.

La diffusione di LUMIR sul territorio regionale e la sua adozione da parte degli operatori sanitari consentiranno l'attivazione di nuovi e più qualificati servizi per i cittadini e per gli stessi operatori di settore. Le Aziende sanitarie regionali, il CROB e l'azienda Ospedaliera San Carlo sono chiamate a collaborare con la Regione nell'attuazione dei servizi realizzati, fornendo il necessario supporto sia in termini di personale che di strumenti da mettere a disposizione del progetto.

Ciò premesso, i Direttori Generali delle Aziende sono impegnati ad attuare il Piano di implementazione del LUMIR, in Allegato 7, nonché a realizzare gli obiettivi previsti per il biennio 2010-2011 sono di seguito specificati:

Obiettivi previsti		
Anno	Direttori Generali ASP e ASM	Direttori Generali A.O. San Carlo e I.R.C.C.S. CROB
2010	<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per almeno il 15% della popolazione • coinvolgimento nel progetto di almeno 150 MMG • coinvolgimento nel progetto di tutte le strutture pubbliche • coinvolgimento nel progetto del 10% di strutture private 	Alimentare i Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini possessori del Fascicolo, che si recano nelle strutture per sottoporsi ad indagini diagnostiche e/o cure.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per almeno il 50% della popolazione • coinvolgimento nel progetto di almeno 300 MMG • coinvolgimento nel progetto di un ulteriore 15% di strutture private 	Alimentare i Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini possessori del Fascicolo, che si recano nelle strutture per sottoporsi ad indagini diagnostiche e/o cure.

Il progetto TeleMedBas invece, intende promuovere Servizi di teleformazione e di telemedicina specializzata su rete a larga banda. E' stata realizzata un'infrastruttura per la videoconferenza e la formazione a distanza che connette tutte le Aziende Regionali e la Regione stessa ed è stato sviluppato un portale per il teleconsulto di second opinion tra gli operatori della sanità regionale. Obiettivo per i Direttori Generali dell'ASP e ASM per l'anno 2010 è quello di rendere operativa tale struttura (con la diffusione ad esempio di eventi o l'utilizzo per formazione a distanza o per videoconferenze in ambito aziendale) e dare piena operatività al portale con l'organizzazione del servizio di teleconsulto in ottica dell'integrazione ospedale territorio.

E3 – Rete emergenza coronarica

Con DGR n. 1435 del 22 ottobre 2007 si è avviata il Progetto della rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronarica. Il documento approvato con la citata D.G.R. delineava la creazione di una rete regionale dell'emergenza coronarica da costruire attraverso un modello organizzativo integrato fra strutture pubbliche e private e centri di riferimento dotati di UTIC, Emodinamica e Cardiocirurgia secondo il modello "Hub & Spoke", il tutto coordinato dalla Centrale Operativa di Basilicata Soccorso.

Per il raggiungimento delle finalità di tale rete, i Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM ed il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, per quanto di competenza, dovranno garantire:

- la partecipazione dei Direttori delle UU.OO. di UTIC - Cardiologia alla stesura del protocollo per la realizzazione della rete integrata dell'emergenza coronarica secondo il modello organizzativo delineato nella sopracitata deliberazione.
- l'attivazione presso Basilicata Soccorso, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo e l'ASM delle centrali operative per la ricezione e refertazione degli ECG a 12 derivazioni;
- la formazione del personale interessato (Basilicata Soccorso e UTIC) sui sistemi di ricezione;

E4 – Ictus Cerebrale

Con 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 Units.

Al fine di dare piena operatività alla direttiva, obiettivi per i Direttori Generali da realizzare entro l'anno 2010 sono:

- attivazione e consolidamento presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo entro il 30-06-2009 delle attività della Stroke Unit, così come previsto dal progetto aziendale approvato con la DGR n. 2287 del 29-12-2009.
- predisposizione del progetto per l'attivazione della stroke unit presso l'ASM.
- attivazione dello stroke team presso gli Ospedali sede di P.S.A.

E5 – Diabete

Con riferimento al Piano Nazionale della Prevenzione 2005- 07, prorogato per l'anno 2008 ed ai conseguenziali atti della Regione Basilicata (DGR n. 1998/05 di approvazione del "Programma regionale finalizzato alla razionalizzazione dell'assistenza diabetologica, secondo modelli omogenei sul territorio regionale)", si è provveduto a pianificare la realizzazione di una rete integrata ospedale-territorio che, favorendo la continuità assistenziale, rappresenta il modello assistenziale più idoneo ad attuare una azione coordinata fra centri diabetologici e territorio.

Al fine poi di evitare inutili spostamenti ai pazienti ed in considerazione dei progetti di telemedicina posti già in essere dalla Regione Basilicata, si sta provvedendo ad implementare l'utilizzo della telemedicina e del teleconsulto e nel contempo della definizione del Protocollo Attuativo per la Gestione del diabete mellito, allo studio della Commissione Regionale istituita con DGR del 5 novembre 2007, n. 1558, che dettaglierà il cronoprogramma per la istituzione della Rete Regionale per l'assistenza al paziente diabetico.

Ciò premesso, i Direttori Generali devono perseguire per l'anno 2010 i seguenti obiettivi:

- Istituzione o consolidamento se già esistenti, presso l'ASP e l'ASM di una o più strutture diabetologiche, di cui una che svolga il ruolo di centro di riferimento aziendale;
- Attivazione, presso ogni struttura dedicata alla patologia diabetica, di almeno una postazione informatica integrata nella rete regionale di videoconferenza e teleconsulto;
- Attivazione o consolidamento se già esistente di due centri, presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e l'Ospedale San Carlo di Potenza, con il compito di coordinare le indagini diagnostiche e gli interventi di maggiore complessità per la malattia diabetica e per le sue complicanze.
- Adozione della cartella clinica informatizzata, secondo le indicazioni che proverranno dalla Commissione Regionale e immissione dei dati relativi ad almeno il 30% dei pazienti diabetici.
- Attivazione dell'assistenza in ADI ai pazienti con SC;
- Attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti ed Infermieri Professionali operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con Malattia Diabetica e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.

E6 - Assistenza penitenziaria

Con il D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante " Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" le competenze in materia di assistenza sanitaria penitenziaria sono state trasferite dal Ministero di Giustizia al SSN.

Con la DGR 1385 del 3 settembre 2008 "Recepimento del D.P.C.M. 1° aprile 2008" la regione Basilicata ha recepito il suddetto decreto.

Proprio in attuazione dell'art. 7 del suddetto decreto, la Conferenza Unificata nella seduta del 20 novembre 2008 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile;

Relativamente al suddetto accordo la Regione Basilicata, nell'esercizio delle proprie competenze, al fine di stabilire uno stretto rapporto di collaborazione tra i propri servizi e le strutture del Ministero di Grazia e Giustizia con l'obiettivo prioritario di incidere in maniera determinata sulla qualità dei servizi resi al cittadino, sia esso libero che sottoposto a vincoli penali, con la DGR n. 2020 del 19-11-2009 ha approvato lo schema di Protocollo di Intesa sulle funzioni della sicurezza ed i principi e criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, in attuazione dell'art. 7 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° Aprile 2008;

In particolare, nel protocollo d'intesa sono definiti i principi e criteri per lo sviluppo di collaborazione sulle seguenti aree tematiche:

1. ambienti da dedicare alle attività sanitarie;
2. svolgimento delle attività e continuità dei percorsi sanitari;
3. rispetto dell'autonomia professionale;
4. condivisione di dati sanitari;
5. trasferimento di informazioni di dati giudiziari;
6. collaborazione tra personale sanitario e personale penitenziario;
7. garanzia della continuità dei percorsi di cura;
8. trattamenti terapeutico-riabilitativi dei soggetti tossico-dipendenti ed i soggetti con disturbi mentali;
9. inserimenti in comunità terapeutiche;
10. programmi a carattere preventivo;
11. programmi di miglioramento continuo della qualità dei processi di cura e di trattamento;
12. programmi di formazione.

Il protocollo di cui alla sopracitata D.G.R. è stato sottoscritto tra le parti in data 27.01.2010

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM per quanto di competenza, devono garantire la piena operatività dei punti previsti nel suddetto provvedimento.

Al fine di consentire al Dipartimento salute una costante e puntuale azione di monitoraggio sulle attività svolte ed una verifica sui risultati raggiunti, I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM devono produrre una relazione semestrale, che riporti in maniera puntuale gli adempimenti adottati e le azioni avviate nonché i risultati raggiunti relativamente a ciascun punto del protocollo d'intesa, specificando le criticità individuate e le eventuali azioni correttive attivate.

E7 – Reti regionali di assistenza ospedaliera

Considerato che negli ultimi anni è stato fortemente ridimensionato il ruolo dell'ospedale nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne l'assistenza a

pazienti affetti da patologie a carattere cronico-degenerativo i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sono stati finalizzati, nell'ultimo decennio, soprattutto al potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, in quanto ritenute più adeguate al trattamento delle patologie croniche, affidando all'ospedale il ruolo di struttura deputata al trattamento delle acuzie non altrimenti trattabili.

Questo processo di riorganizzazione dei modelli assistenziali ha richiesto, inevitabilmente, l'implementazione e sviluppo di percorsi diagnostici-terapeutici integrati tra Ospedale e Territorio, all'interno del quale sono stati individuati e condivisi i ruoli, le competenze e le professionalità necessarie a garantire le diverse fasi del percorso assistenziale, secondo un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico del paziente.

La rete integrata e multidisciplinare Ospedale-Territorio che al momento attuale rappresenta il modello di risposta più adeguato al soddisfacimento dei bisogni di salute delle popolazioni, si avvale delle strutture sanitarie di eccellenza quale luogo di cura in cui si realizzano quelle attività assistenziali di alta specializzazione, in quanto presentano professionalità, tecnologie e modelli organizzativi complessi, che gli ospedali periferici per acuti non possono garantire.

L'integrazione tra strutture di eccellenza e quelle periferiche si deve realizzare secondo il modello integrato dell'hub and spoke (perno e raggi), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento (hub) e più sedi periferiche (spoke), per lo svolgimento in maniera integrata di attività e processi connotati da particolare complessità da svolgersi mediante percorsi assistenziali condivisi, che devono ispirarsi ai seguenti criteri:

- ✓ il governo del percorso clinico del paziente in carico alle unità periferiche;
- ✓ la selezione e l'invio dei pazienti agli hub secondo protocolli condivisi con gli spoke, a garanzia dell'appropriatezza;
- ✓ la gestione integrata del paziente, che dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up.

Considerato, pertanto che il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle reti cliniche, che va sviluppato in tutti i settori, a partire da quelli di alta complessità (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie e che si avvalgono naturalmente delle competenze e delle professionalità operanti nelle strutture di alta specialità, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche I direttori generali dell'ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero devo predisporre e implementare e monitora le attività di una serie di reti cliniche e di percorsi assistenziali relativi:

- ✓ sistema di emergenza-urgenza regionale
- ✓ prestazioni di eccellenza (con riferimento alle professionalità ed alle tecnologie)
- ✓ prestazione di media complessità (area chirurgica)
- ✓ prestazioni di assistenza post acuzie (riabilitazione – lungodegenza . residenze assistite – ADI)

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dell'I.R.C.C.S. CROB di Rionero devono produrre con cadenza semestrale una relazione congiunta che riporti le tipologie di reti interaziendali attivate, le azioni avviate ed i risultati ottenuti in termini assistenziali.

E3 – Attività dell'IRCCS CROB di Rionero – Rete oncologica regionale

Il Ministero della Salute, in data 10.03.2008, con proprio Decreto, pubblicato sulla G.U. del 25.03.2008, d'intesa con il Presidente della regione Basilicata, ha riconosciuto il carattere scientifico del "Centro di Riferimento Oncologico Basilicata (C.R.O.B.)", con sede legale in Rionero in Vulture, per la disciplina di Oncologia, secondo i dettami dei commi 2, 3 - art.14 del D. Lgs. n.288/2003. In quanto Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, l'IRCCS-CROB adegua la propria organizzazione al principio di separazione tra la funzione di indirizzo e controllo e la funzione di gestione e di attuazione e stabilisce le modalità del proprio funzionamento al fine di raggiungere gli obiettivi di ricerca stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale, come stabilito nei regolamenti di cui all'art.1 dell'Accordo 1 luglio 2004 – Atto di intesa recante: "organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", - art.5 D. lgs. n.288/2003.

In relazione ai piani nazionali, il Ministero ha sviluppato un piano triennale oncologico - Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 – che affronta tutti i problemi connessi all'oncologia, dalla prevenzione alle cure palliative.

L'oncologia costituisce infatti una delle priorità del Ministero, donde la necessità di una adeguata programmazione dello sviluppo tecnologico e della allocazione delle risorse disponibili.

Gli obiettivi più rilevanti di questo Piano consistono, da una parte nella possibilità di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e dall'altra nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse.

Per tali motivi ampio risvolto è stato dato sia alla prevenzione (universale, secondaria e terziaria) che alla continuità di cura in fase diagnostica e terapeutica così come all'assistenza domiciliare e alle cure palliative. Oltre l'aspetto assistenziale, il Piano nazionale dà grande rilevanza all'innovazione e alla ricerca clinica in oncologia e prevede, tra le azioni programmatiche, l'incremento della copertura da parte dei Registri Tumori, la creazione di Reti telematiche dei Registri Tumori, lo sviluppo di reti oncologiche con modelli tipo Hub & Spoke, dedicate in particolare all'introduzione e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico.

Nel contesto regionale, il redigendo Piano della Salute conferisce ampio risalto alla prevenzione globale e alla promozione della salute e consolida ulteriormente il modello di organizzazione a rete dei servizi e delle strutture, ivi inclusa la rete oncologica, già istituita nella regione Basilicata, ma oggetto di revisione a seguito della riforma - L.R. n.12/2008 e a seguito del protocollo d'intesa, stipulato tra i Direttori Generali delle Aziende ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS-CROB per la definizione di appositi percorsi diagnostico-terapeutici.

La D.G.R. n.365 del 2.03.2010 affida all'IRCCS-CROB la gestione operativa degli screening oncologici, subentrando alla ex ASL n.2 – Potenza e all'Azienda Ospedaliera San Carlo

Per quanto sopra esposto, sono assegnati all'IRCCS-CROB nel biennio 2010-2011, i seguenti obiettivi e relativi indicatori:

OBIETTIVO	INDICATORE
Registro tumori	Anno 2010 aggiornamento registro anno 2007 Anno 2011 aggiornamento registro anno 2008
Rete oncologica – promozione di attività per l'organizzazione della rete, di concerto con le altre Aziende del SSR	Protocolli d'intesa con ASP e ASM, con l'Azienda Ospedaliera San Carlo per la definizione del percorso assistenziale al paziente oncologico
Prevenzione universale (primaria)	n. di campagne/interventi per combattere il fumo, promuovere alimentazione salubre e attività fisica, combattere l'uso dell'alcol, combattere gli agenti infettivi oncogeni, combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro secondo protocolli d'intesa con ASP e ASM
Prevenzione secondaria (screening)	Attuazione della D.G.R. n. 365/2010
Prevenzione terziaria	Numero di casi di tumore che recidivano, curati adeguatamente con percorsi ben definiti di follow-up, mirati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive attivando percorsi di cura condivisi con ASP e ASM secondo il modello della "simultaneous care" Creazione dell'unità di coordinamento di oncogeriatría secondo le previsioni del piano oncologico nazionale
Innovazione in oncologia:	Costituzione della biobanca (materiali biologici e dati associati per supporto alla ricerca) Numero di studi clinici integrati rivolti allo sviluppo e validazione di terapie personalizzate su base biologico-molecolare, farmacologico, immunologico e di imaging
Formazione	numero corsi di formazione
Comunicazione	numero di incontri/seminari tra ricercatori

RICERCA SANITARIA

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 13.02.2001, n.213 disciplina il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato, denominati IRCCS.

L'attività di ricerca è distinta in:

ricerca corrente: attività di ricerca scientifica di base svolta dagli IRCCS diretta a sviluppare la conoscenza in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica, e viene attuata attraverso la programmazione triennale di progetti istituzionali, tenuto conto degli indirizzi del programma nazionale di ricerca sanitaria;

ricerca finalizzata: attività di ricerca scientifica svolta dagli IRCCS, attuata attraverso specifici progetti, diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale.

Le risorse finanziarie sono previste dall'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, sono destinate anche al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata degli IRCCS e sono costituite da una quota dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Il Ministero della Salute, sentita la Commissione per la ricerca sanitaria, propone gli indirizzi per l'attività di ricerca corrente degli IRCCS, tenendo conto degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e della programmazione della ricerca scientifica. Gli IRCCS, tenendo conto dei suddetti indirizzi, presentano al Ministero della salute un programma triennale di ricerca corrente, articolato per progetti, nell'ambito della propria attività istituzionale.

Per la ricerca finalizzata invece, il Ministero della salute, in attuazione degli obiettivi prioritari biomedici e sanitari fissati dal Piano sanitario nazionale, predispone, apposito schema di bando sul quale è acquisito il parere della Commissione per la ricerca sanitaria. Il bando contiene gli indirizzi per la predisposizione dei progetti di ricerca finalizzata anche da parte degli IRCCS, oltre che da altri Destinatari Istituzionali(DI), e indica contestualmente gli specifici criteri, definiti anche in base ai parametri elaborati ed accettati dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Per quanto sopra esposto, nel settore della ricerca sanitaria, sono assegnati all'IRCCS-CROB i seguenti obiettivi e relativi indicatori.

OBIETTIVO	INDICATORE
Ricerca corrente	n.1 piano triennale della ricerca
Ricerca finalizzata	n.1 progetti presentati in risposta all'invito annualmente pubblicato dal Ministero della Salute

F) Integrazione Socio-Sanitaria (Legge 4/2007)

F1 – Consultori Familiari

OBIETTIVO GENERALE N. 1: Applicazione delle Linee-guida regionali per i Consultori Familiari approvate con D.G.R. n. 214 del 09/02/2010.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ✓ costituzione in ogni Distretto dell'Unità Operativa distrettuale dell'"Assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica", che abbia una configurazione di pari dignità con le altre U.O. distrettuali;
- ✓ identificazione, di norma tra il personale dirigente del ruolo sanitario e/o tecnico, del Responsabile dell'Unità Operativa distrettuale dell'"Assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica", con assegnazione del budget annuale;
- ✓ predisposizione di un piano per l'adeguamento dei Consultori Familiari ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché ai requisiti e standard di fabbisogno indicativi stabiliti nelle Linee-guida regionali per i Consultori Familiari;
- ✓ avvio sperimentale di un processo di programmazione delle attività e di costruzione dei percorsi di salute nei Consultori Familiari conforme a quello stabilito nelle Linee-guida regionali.

OBIETTIVO GENERALE N. 2: Applicazione delle Intese sottoscritte in sede di Conferenza Unificata per l'attivazione di interventi, iniziative e azioni finalizzate alla realizzazione delle indicazioni presenti nell'articolo 1, comma 1250 e comma 1251, lettere b) e c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Determina Dirigenziale 72AH.2009/D.00956 del 18/12/2009

Le Aziende sono invitate, nell'ambito di applicazione dell'Intesa, a realizzare progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari, comunque denominati ed articolati in sede regionale, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie.

Gli interventi dovranno garantire:

- ✓ azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici;
- ✓ azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità anche attraverso l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare e la costituzione di un numero congruo di équipes di operatori dotati competenze specifiche in materia, anche al fine di salvaguardare i figli minori, soprattutto in presenza di conflittualità familiare;
- ✓ attivazione di servizi per adolescenti-genitori con attività di tipo formativo e consultoriale nei percorsi di crescita con una particolare attenzione alla fase adolescenziale, ai conflitti familiari, alla sessualità, alla relazionalità ed alle scelte di vita e dei percorsi scolastici (tutoring);
- ✓ azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.

F2 - SERT - Piano nazionale alcool e salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) recepisce gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse più specificamente sanitario proposte dal II Piano O.M.S., nell'ambito dei principi ed indirizzi della legge 125/2001, fermo restando la necessità, sulle problematiche correlate all'uso dell'alcol, di un approccio interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo più diretto e puntuale tutte le istituzioni pubbliche e private, del sociale e del sanitario, ed in primo luogo gli EELL, che possono svolgere un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza connessi con la riduzione del danno alcol correlato.

Le Aziende Sanitarie sono invitate, seguendo le indicazioni del PNAS, a porre in essere interventi e strategie di contrasto ai problemi alcol correlati, sia sul versante della protezione e promozione della salute, sia sotto quello del trattamento e della riabilitazione.

Obiettivi 2009 :

A) Sviluppare nella popolazione generale una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale.

1. Realizzare almeno un programma di informazione sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità ed, in particolare, sulla necessità di astensione dal consumo nelle donne in gravidanza, in quanti assumono terapie farmacologiche e in coloro che sono affetti da malattie che controindicano l'uso di alcol, anche attraverso l'educazione pubblica e/o i mass media.
2. Realizzare almeno un progetto di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola materna, rivolto in particolare alla componente adulta (genitori ed insegnanti) oltre che agli studenti;
3. Partecipazione alla realizzazione annuale di iniziative in occasione del "Mese di Prevenzione Alcolologica".

B) Alcol, Guida e Sicurezza stradale.

Dare applicazione all'art. 6 - "Modifiche al codice della strada" della legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", che al comma 1, lettera a) dispone, a modifica dell'articolo 119, comma 8, lettera c) del D.L. 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, che "Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati".

C) Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati sui luoghi di lavoro, in ambito penitenziario e nei contesti di aggregazione giovanile.

1. Realizzare nei luoghi di lavoro di almeno un programma di informazione, formazione, promozione della salute, anche al fine di una tempestiva identificazione dei soggetti a rischio e della possibilità di intraprendere trattamenti idonei nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori;

2. Realizzare almeno un intervento di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi alcolcorrelati negli ospedali (Progetto Hospital Promoting Health on Alcol) ed in ambito Penitenziario (Carceri che promuovono la salute).
- D) Aggiornare e qualificare la rete dei servizi pubblici e privati accreditati impegnati nelle problematiche alcolcorrelate per l'erogazione di trattamenti accessibili ed efficaci per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti.**
1. Predisporre atti per assicurare un approccio coordinato che coinvolga oltre ai servizi sanitari, i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario, quando necessario, ed il volontariato ed il terzo settore;
 2. Predisporre atti per assicurare che i servizi di Alcologia siano in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura;
 3. sostenere e garantire la partecipazione degli operatori a specifici programmi multidisciplinari e multiprofessionali di formazione universitaria e postuniversitaria nell'ambito delle attività della Facoltà di Medicina, Psicologia, Scienze della formazione e Sociologia, in applicazione dell'articolo 5 legge 125/2001.
- E) Formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche.**

Approntare criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori che dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001 e finalizzati a sviluppare un sistema di monitoraggio dei dati relativi all'uso di alcol e dei problemi alcol correlati sull'intera popolazione di riferimento e non soltanto sull'utenza dei servizi.

F3 – Area Materno Infantile – Adozioni Nazionali e Internazionali

La legge 4 maggio 1983 n°184 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", la Legge 31 dicembre 1998 n°476 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla Legge 4 maggio 1983 n°184 in tema di adozione di minori stranieri, e la Legge 28 marzo 2001 n°149 di modifica alla 4 maggio 1983 n°184, nonché al titolo 8° del primo libro del Codice Civile affidano ai servizi Socio Assistenziali degli Enti Locali, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, compiti al quanto complessi in materia di adozioni.

Detta normativa individua la metodologia dell'integrazione fra le politiche sociali dei comuni, gli interventi degli operatori socio assistenziali e gli interventi degli operatori delle Aziende U.S.L. al fine di realizzare un assetto organizzativo ed operativo dei servizi per le adozioni tale da rendere il percorso adottivo più consapevole ed assicurare agli aspiranti genitori adottivi una adeguata preparazione a tutela dei diritti dei minori.

La Legge 476/98, in particolare, stabilisce all'art. 29/bis che i servizi socio assistenziali, avvalendosi, per quanto di competenza, delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, promuovano specifiche attività per le adozioni internazionali, dall'inizio del percorso adottivo, al sostegno del nucleo familiare fin dall'ingresso del minore in Italia.

La stessa Legge all'art. 29/bis stabilisce, inoltre, che la Regione, nell'ambito delle proprie competenze:

- Concorre a sviluppare una rete di servizi in grado di svolgere i compiti previsti dalla Legge stessa;
- Vigila sul funzionamento delle strutture e dei servizi che operano nel territorio per l'adozione internazionale al fine di garantire livelli adeguati di interventi;
- Promuove la definizione di protocolli operativi e convenzioni con enti autorizzati e servizi, nonché forme stabili di collegamento fra gli stessi e gli organi giudiziari minorili.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio/sanitarie", per quanto attiene l'area materno infantile stabilisce che rientrano fra tali prestazioni quelle relative alla "protezione dei minori in stato di abbandono e alla tutela della sua crescita, anche attraverso affidi ed adozioni" e che la relativa spesa gravi per il "100% sul Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutica, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie".

In attuazione di tali norme la Regione Basilicata ha adottato con D.G.R. 1701 del 03.12.2007 le Linee guida per le adozioni nazionali ed internazionali.

Tale atto prevede la costituzione da parte degli ambiti zonali di specifiche équipe per le adozioni.

Le Aziende, al fine di garantire l'attuazione di quanto sopra richiamato, dovranno garantire:

- la messa a disposizione del personale occorrente;
- la partecipazione a momenti di sintesi e di coordinamento fra l'attività di informazione e di preparazione alla coppia, nonché dell'attività di indagine svolta a livello territoriale;
- la partecipazione a specifici protocolli operativi definiti in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni i Comuni e gli Enti autorizzati per le adozioni internazionali;

F4 – Regolamentazione attività delle Commissioni Invalidi Civili

Obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2009 sono i seguenti:

- Informatizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .
- Tempi di attesa massimo di 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare).
- Tempi di attesa massimo di 15 dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale.
- Accertamento contestuale dello stato di invalidità civile e delle condizioni di handicap di cui alla Legge 104/92.

F5 – Interventi organici di assistenza per la Non Autosufficienza (art. 4 comma 7 della L.R. 4/2007)

OBIETTIVO GENERALE

Applicazione della la Direttiva per l'utilizzazione delle risorse del Fondo Nazionale e del Fondo Speciale regionale per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 4 della Legge Regionale 14 febbraio 2007 n. 4, relativa all'intervento denominato "Assegno di Cura", approvata con D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 e D.G.R. n. 1281 del 07/07/2009 per la parte di propria competenza (punti 5.6, 5.7 e 5.8).

OBIETTIVI SPECIFICI

Si individuano i seguenti obiettivi:

1. Individuazione attraverso la redazione di un verbale, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli da parte dei Comuni Capofila degli Ambiti di Zona, dei beneficiari dell'Assegno di Cura, da parte dell'UVM del Servizio A.D.I. territorialmente competente sulla base dei criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 "D.G.R. n. 1655 del 30.07.2001 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata" (punti 5.6 e 5.7);
2. Partecipazione, da parte dell' dell'UVM del Servizio A.D.I. territorialmente competente, alle procedure di presa in carico dei beneficiari dell'Assegno di Cura e di redazione e aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) relativo agli stessi (punto 5.8).

F6 – Art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007 – Attivazione rete integrata socio-sanitaria.

Procedere alla istituzione presso l'ASP e ASM di un apposito budget o voce di costo con risorse suddivise per distretto da destinare alla integrazione dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari.

F7 – Art. 71 – L.R. N. 42/2009 Sperimentazione gestionale Fondazione Stella Maris Mediterraneo - Onlus

La D.G.R. n.920 del 10.05.2009 ha approvato, ai sensi dell'art.18 della L.R. n.20/2008, la proposta di Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile e di costituzione della Fondazione in partecipazione "Stella Maris Mediterraneo Onlus". Detta proposta è comprensiva di un progetto sanitario che prevede l'istituzione di un Centro di eccellenza da candidare al riconoscimento di

IRCCS e l'adozione del modello della sperimentazione gestionale quale forma associativa tra i soggetti. In data 18.11.2009 si è costituita, con atto notarile la Fondazione in partecipazione "Stella Maris Mediterraneo Onlus" e si è insediato il Consiglio di amministrazione. L'art.71 della L.R. n.42 del 30.12.2009 ha stabilito le norme per l'avvio delle attività. Pertanto è obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM adottare appositi atti negoziali per regolamentare le funzioni, i compiti e l'organizzazione dei servizi da erogare.