



REGIONE BASILICATA

**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla Persona e alla Comunità**

PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA' 2011 - 2014

Ammalarsi meno, curarsi meglio.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

Indice

INTRODUZIONE - UNA POLITICA DI POLITICHE	5
TITOLO 1: LE POLITICHE	9
CAPITOLO 1- SCELTE POLITICHE E METODOLOGIA	9
CAPITOLO 2 - LE POLITICHE TRASVERSALI: COMPATIBILITA', COMPOSSIBILITA', SOSTENIBILITA'	16
CAPITOLO 3 - RIPENSARE L'IDEA DI DISTRETTO	29
CAPITOLO 4 - RIPENSARE L'OSPEDALE	42
CAPITOLO 5 - RETI QUALI SISTEMI INTERCONNESSI PER LA SALUTE	44
CAPITOLO 6 - IL GOVERNO DEL SISTEMA	49
TITOLO 2 - TUTELE SOCIO SANITARIE	70
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	70
IL DISTRETTO DI COMUNITA'	72
IL CONSULTORIO: NECESSITA' DI UNA TRANSIZIONE ORGANIZZATIVA	73
LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	74
IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	76
L'ASSISTENZA DOMICILIARE	80
L'ASSISTENZA PRIMARIA	82
LA RESIDENZIALITA'	85
LA RIABILITAZIONE	87
L'AREA DELLE POST ACUZIE	90
LE DIPENDENZE	91
TITOLO 3 - TUTELE SOCIALI	95
LE SCELTE STRATEGICHE PER LE POLITICHE DI CITTADINANZA	95
LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA REGIONALE	99
LE RISORSE FINANZIARIE A SOSTEGNO DELLA PROGRAMMAZIONE	103
I CRITERI DI RIPARTO	105
LE FINALIZZAZIONI DELLE RISORSE	106
TITOLO 4 - I CONDIZIONALI	107
DEFINIZIONE DI CONDIZIONALE	107
SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA	108
CA.1. ANALISI DI CONTESTO	109
CA.2. QUADRO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	115
CA.3. METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI	134
CA.4. STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DEL BENESSERE PROCAPITE	136
CA.5. RIFERIMENTI PER LE MAPPE DI RISCHIO, PROFILI EPIDEMIOLOGICI, PIANI PER LA SALUTE	138

CA.6. STRUMENTI INFORMATIVI PER FINI DI SALUTE	140
CA.7. CONTRATTO DI OSPITALITA'	142
CA.8. RELAZIONE ANNUALE DI COMPETENZA DEL SINDACO	149
CA.9 MODELLO DI DIPARTIMENTALITA': SISTEMI INTERCONNESSIONALI	151
CA.10. I PERCORSI ASSISTENZIALI	154
CA.11. METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, STRUMENTALI E AMBULATORIALI	157
CA.12. L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	161
CA.13. LA RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI	165
CA.14 IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE	168
CO.1. LA RETE OSPEDALIERA	176
CO.2. METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DEI POSTI LETTO	179
CO.3. LO SVILUPPO DELLE RETI IN REGIONE	191
CO.4. BED MANAGEMENT	225
CO.5. LISTE DI ATTESA E CLASSI DI PRIORITA'	228
CO.6. PERCORSO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE-DAY SERVICE	232
CO.7. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI NURSING A GESTIONE INFERMIERISTICA	237
CD.1. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	239
CD.2. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	258
CD.3. IL DISTRETTO DI COMUNITA'	273
CD.4. L'ASSISTENZA CONSULTORIALE	283
CD.5. IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI	289
CD.6. IL SETTORE DELLE DIPENDENZE	298
CD.7. LA RESIDENZIALITA'	302
CD.8. IL SISTEMA DELLA RIABILITAZIONE E IL RECUPERO DELLE DISABILITA'	316
CD. 9. LE ATTIVITA' DI LUNGODEGENZA MEDICA POST-ACUZIE	325
CD.10. GLI STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA SOCIOSANITARIA	328
CD.11. LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI INTERCOMUNALI DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI	332
CS.1. ANALISI DI CONTESTO	341
CS.2. DALLE AREE DI BISOGNO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI	352
CS.3. RUOLO E FUNZIONI DEGLI ATTORI SOCIALI	375

Legenda

CA = CONDIZIONALI MACRO STRUTTURA AZIENDALE

CO = CONDIZIONALI OSPEDALE

CD = CONDIZIONALI DISTRETTO

CS = CONDIZIONALI SOCIALI

INTRODUZIONE - UNA POLITICA DI POLITICHE

Un piano sanitario integrato, per essere tale, deve governare diverse complessità in un'unica Politica Socio-Sanitaria.

Dal momento che ciascuna complessità necessita di una sua politica, lo si potrebbe definire come una "politica di politiche".

La dimensione della questione salute è tale da non poter essere ridotta ad "una" politica, sia essa di gestione, di razionalizzazione, di riorganizzazione o di prevenzione.

Le tante e diverse politiche di cui essa ha bisogno vanno integrate, per organizzare un'inedita cooperazione di punti di vista, di mezzi, di metodologie, di risorse, di professioni e di servizi.

Questo piano assume, quali fattori di base:

- tutti i dati che misurano l'incidenza delle malattie nella regione con la doppia finalità di prevenirle, per quanto è possibile, e di curarle nel modo più conveniente;
- le relazioni che esistono tra problematiche sanitarie, sociali e territoriali;
- la salute, che non può essere considerata il "contrario" della malattia ma la condizione che aiuta a conseguire l'ideale di una "bona vita";
- i "contesti": che non sono solo normativi, economici e quindi limitativi, ma anche sociali, culturali, geografici e persino antropologici.

Questo Piano è chiamato a fornire idee, soluzioni e prospettive sulla salute degli individui e della collettività, durante una forte crisi dei rapporti tra "diritti e risorse", che riguarda tutti i modelli tradizionali di "welfare state".

Non si tratta di rinunciare ai valori di civiltà tutelati da una buona sanità pubblica (solidarietà, universalismo, equità), ma di *ripensarli* dentro nuovi contesti e nuove prospettive: quindi di *riproporli*.

Oggi la sanità pubblica è compressa tra una società sempre più "esigente" e una *finanza pubblica* seriamente preoccupata dei disavanzi e della crescita dei costi, che tende a dare sempre meno e che impone, *giustamente*, risparmi, razionalizzazioni, buona gestione, innanzitutto rimuovendo tutte quelle "costose" contraddizioni che derivano dall'invecchiamento dei modelli, delle pratiche, delle forme assistenziali.

Questo Piano, proprio in ragione delle difficoltà richiamate, decide di riferirsi a tre vincoli politici:

1. qualsiasi soluzione venga proposta, deve essere *conveniente* sia rispetto ai beni morali che a quelli economici, dove per *convenienza* si intende il grado di *adeguatezza* degli uni e degli altri nei confronti dei diritti e delle risorse disponibili;
2. ogni forma di *anti-economicità* del sistema (un costo, una spesa, un investimento, una prestazione, un servizio), al quale non corrisponda un *adeguato* beneficio in termini di salute, deve essere superata attraverso opportune soluzioni;
3. la *centralità della persona* deve essere il riferimento principale di ogni politica e di ogni pratica sanitaria, al di là della retorica. L'etica della persona non può essere declamata indipendentemente dalla definizione dei comportamenti professionali, dei modi di essere dei servizi e delle scelte relative alla spesa. Assumere la centralità della persona significa cambiare quanto ne nega o e ne contraddice il valore. Non ha senso declamare la centralità della persona e parlare di umanizzazione senza aggiornare adeguatamente le organizzazioni sanitarie.

Il Piano sanitario deve essere definito tenendo conto che è in atto nel Paese un ripensamento federale della concezione dello Stato.

Con la riforma del titolo V della Costituzione, la sanità è stata ampiamente federalizzata. La prospettiva federalista impone che si vada oltre la semplice riallocazione dei poteri, individuando la *forma federale* più adeguata alla nostra Regione. Non vi è un solo modo di fare il federalismo sanitario, e lo dimostrano i diversi sistemi sanitari federali che esistono .

Oggi la prospettiva federale sembra accompagnarsi a delicate questioni di finanziamento che ruotano intorno ad una nuova metodologia di calcolo del fabbisogno finanziario.

La discussione è in corso e, se interpretata correttamente, quale nuovo rapporto tra istituzioni e società civile, tra politica e cittadinanza, ci proporrà nuovi valori fondamentali per la salute.

Essi sono:

- la sussidiarietà: con la quale si può seriamente pensare di produrre salute come ricchezza, attraverso sistemi partecipati di informazione;
- la comunità: cioè un nuovo soggetto di salute che ci consente di andare oltre le vecchie nozioni di territorio, di distretto, di utente;

- la corresponsabilizzazione dei diritti e dei doveri.

Da ultimo si deve definire un Piano per la salute partendo dai dati del nostro territorio dai quali dedurre una politica ben orientata.

Essi ci dicono che i fenomeni patologici nella nostra Regione sono abbastanza in linea con gli andamenti ed i fenomeni che si riscontrano su scala nazionale, ma con delle peculiarità: la Basilicata ha una popolazione con una tendenza al forte declino demografico: dal 2000 al 2009 la popolazione residente è passata da 601.448 a 590.601 abitanti, con un decremento del -1,8%. Si prevede che la Basilicata nel 2020 sarà di 564.605, giungendo così ad un decremento del -4,4%.

L'invecchiamento della popolazione (in incremento) è associato al progressivo deterioramento dello stato di salute che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla nostra spesa sanitaria. E' verosimile che tra i bisogni sanitari degli anziani siano prevalenti quelli derivanti delle patologie di tipo cronico-degenerativo rispetto a quelle acute, più costose ma più limitate nel tempo, ma anche bisogni nuovi legati alla non autosufficienza.

Si aggiunga la rilevazione del disagio sociale, riconducibile alle condizioni di povertà relativa, che di per sé influenzano negativamente lo stato di salute, quindi l'opportunità di favorire in maniera efficace, in piani/programmi finalizzati, le popolazioni "fragili" (fragili sotto il profilo economico, culturale ed ambientale), essendo ormai riconosciuta la stretta relazione fra determinanti di salute ed indicatori di svantaggio.

Infine è necessario rammentare che nella nostra regione:

1. le cause di morte evitabili afferiscono principalmente a tre grandi gruppi: tumori, patologie dell'apparato cardiocircolatorio e traumatismi;
2. il rischio oncologico, per tutti i tumori delle regioni del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello delle regioni del Nord, soprattutto per i maschi;
3. le problematiche di salute più preoccupanti che riguardano i giovanissimi (la fascia adolescenziale) derivano dai comportamenti a rischio, vale a dire dalla larga diffusione in questa fascia di età dell'abitudine al fumo, dei consumi di alcool e dell'uso di sostanze illegali.

Particolare attenzione, inoltre, va riservata alle attività di sorveglianza e prevenzione

dell'incidentalità, a partire dall'implementazione delle iniziative di tutela della salute e della sicurezza del lavoro: il rischio d'infortunio sul lavoro, in Basilicata, appare più alto rispetto alle medie di riferimento.

Da questi dati emerge la necessità di orientare le politiche sanitarie, al fine di contenere il declino demografico, dando particolare attenzione alle problematiche dell'invecchiamento, della nascita, della salute del bambino e della donna. Emerge, altresì, la necessità di avviare un ripensamento dell'ospedale e di distretto per la salute, che sia sempre più per la salute della comunità.

Concludendo: questo Piano non è orientato a circoscrivere i suoi interventi negli ambiti tradizionali della riorganizzazione e della razionalizzazione di un dato sistema di servizi, perché fare questo oggi non è più *conveniente* né rispetto ai valori etici né a quelli economici; tanto meno è orientato ad adottare semplici provvedimenti di contenimento dei costi, in molti casi pur necessari, perché questo, se non è accompagnato da adeguati ripensamenti, non è *conveniente* in sé, dal momento che le restrizioni finanziarie, applicate ad un sistema rigido di bisogni, ingenerano altri costi, sia di tipo etico che economico.

Meno che mai è orientato a confermare uno status quo di organizzazioni e di servizi, perché le vecchie organizzazioni, le vecchie divisioni del lavoro, le vecchie forme di cooperazione tra professioni non sono più convenienti come una volta, ingenerando contraddizioni costose, come il contenzioso legale e la medicina difensivistica, e quindi pesanti costi sia sul piano etico che su quello economico: si tratta dei nuovi costi dell'anacronismo.

Questo Piano vuole avviare un processo di cambiamento, di ripensamento, di ammodernamento del sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, dei metodi d'intervento rispetto alle comunità di riferimento.

Il significato politico di questo programma, al di là degli strumenti tecnici di cui si serve, è quello di un *nuovo contratto sociale*, sottoscritto idealmente tra i cittadini e la Regione, cioè di una nuova intesa tra politica e società, per trovare soluzioni più coerenti con i difficili rapporti tra diritti e risorse.

TITOLO 1: LE POLITICHE

CAPITOLO 1- SCELTE POLITICHE E METODOLOGIA

Dalla gestione al governo

La Regione ha assunto nel tempo, come propri rilevanti poteri di governo in ordine alla salute individuale e collettiva, un'inedita "responsabilità politica".

Tale responsabilità non può essere intesa in senso limitativo, vale a dire in senso solo "tecnico-sanitario-gestionale", ma in quello più esteso di "governo" di tutto quanto è atto a salvaguardare e ad accrescere la tutela della salute dei cittadini e delle collettività.

Al contrario, negli ultimi decenni, soprattutto i problemi finanziari, hanno imposto alle Regioni, loro malgrado, un ruolo decisamente ridotto, di tipo prevalentemente "gestionale", attento più ai problemi dell'equilibrio economico interno che ai sistemi sanitari nel loro complesso.

La *riduzione delle malattie* resta la soluzione più efficace per governare i problemi della spesa sanitaria pubblica.

L'Europa ha proposto agli Stati membri di impegnarsi nel programma "*la salute in tutte le politiche*". Ma se è facile vantare i valori della salute in teoria, più difficile è essere conseguenti con essi.

A dimostrare questo vi è il dato imbarazzante, di quanto si spende in prevenzione e di quanto si spende per la cura e l'assistenza.

Oggi la "salute" acquista una nuova e diversa strategicità.

Essa non è solo "più giusta" ma è anche "più conveniente", in ogni senso. Se ieri era legittimata prevalentemente dal *diritto costituzionale*, oggi essa lo è anche come *risorsa* che contribuisce ad accrescere la ricchezza di un Paese o di una Regione. Se ieri il diritto era uno strumento prevalentemente etico, oggi esso è diventato uno strumento etico-economico.

La salute va *prodotta* non solo come *bene morale* ma anche come *bene materiale*.

E' la ragione per cui, questo Piano, si basa sull'assunto che la riduzione delle malattie e la cura delle stesse debbono far parte di un'unica funzione di governo.

La Regione Basilicata attraverso questo Piano, quindi, intende svolgere pienamente tale funzione, interpretando la salute sia come diritto sia come produzione di ricchezza.

Dal “piano” al “programma”

Tradizionalmente lo “strumento” classico attraverso il quale le Regioni organizzano le proprie politiche sanitarie è il “*piano sanitario regionale*”, il cui modello ha risentito inevitabilmente sia dei condizionamenti finanziari di questi anni che dei vari ripensamenti normativi.

Ma in questi anni, il modello di piano ha risentito, anche, di un certo modo di intendere e organizzare la *funzione di pianificazione*, curiosamente declinata come *programmazione*, come se fosse corretto intercambiare piano con programma, fatto che spiega in larga misura i suoi problemi, soprattutto di *inconsequenza*.

Questi strumenti ibridi ed ambivalenti, nella maggior parte dei casi, hanno svolto funzioni *in taluni casi prevalentemente indicative*, in altri più *prescrittive*.

La funzione di pianificazione e/o programmazione non può essere intesa come ingenuamente *prescrittiva* perché non è mai accaduto che i piani e/o i programmi si siano sviluppati senza l’apporto decisivo dei soggetti. Non è possibile *regolare le condotte* dei cittadini, degli operatori e dei servizi senza la loro partecipazione ed il loro consenso. Non è così convincente, inoltre, pensare che siano sufficienti *parametri sintetici* come gli *standard* per fare un Piano o un programma.

La funzione di pianificazione/programmazione regionale non può che essere una funzione partecipata, evitando di credere che :

1. basti indicare degli obiettivi per causare il loro raggiungimento: gli obiettivi dipendono dai *mezzi disponibili* ma, ancor più, dalle *condizioni di fattibilità*, di operatività e di volontà, quindi dalla *motivazione* dei soggetti che sono in campo,
2. si possa ritenere che il piano sia lo “strumento” per *adattare* passivamente il sistema sanitario ai limiti imposti dai “*contesti*”, siano essi finanziari o normativi; il problema sostanziale è dedurre dal contesto i necessari adeguamenti organizzativi e tecnici, e creare le condizioni perché chi dirige, a vario titolo, il sistema sanitario diventi risolutore di problemi, cioè colui che è in grado di cercare, inventare, sperimentare le soluzioni che servono. Questo significa trarre dai “contesti” le migliori soluzioni possibili, rendendo persino i limiti delle possibilità e, ovviamente, usando nell’accezione più ampia le risorse disponibili, quali sono, ad esempio, i cittadini, gli ambienti di vita, le forme di organizzazione sociale, oltretutto le risorse economiche;

3. si possa pensare che la *pianificazione della salute* sia riducibile solo alla *correzione degli esiti funzionali* dei servizi sanitari, in due sensi:
 - a. correggendo “*in più o in meno*” le dimensioni, le dislocazioni, i costi, il personale del sistema di servizi dato;
 - b. limitando la *salute* alle classiche “*funzioni tecniche*” di promozione e di prevenzione.

La scelta politica è approntare un “*programma*” che consideri tutti i soggetti coinvolti (i direttori generali delle aziende, la dirigenza sanitaria, gli operatori, gli amministratori locali,) come *co-programmatori*.

La differenza di fondo tra un piano e un programma è nella loro logica e nel loro approccio alla realtà: nel primo caso si parte dallo scopo, dall’obiettivo, convinti che tutto quanto è necessario per raggiungere una finalità sia deducibile dalla finalità in quanto tale.

Nel secondo caso, al contrario, s’investe sulle condizioni iniziali perché sono considerate i motori che avviano i processi, i miglioramenti, i ripensamenti. Proprio perché le condizioni iniziali sono strategiche, i co-programmatori hanno bisogno di indicazioni precise in rapporto alle “*possibilità*” percepite, cioè di *condizionali*, al fine di attivare processi, trasformazioni, riorganizzazioni.

I *condizionali* guideranno l’azione dei co-programmatori, vale a dire i vincoli, i riferimenti, le regole, gli adempimenti, gli incentivi, le rimotivazioni professionali, le responsabilità, i modelli.

I *condizionali*, inoltre, li aiuteranno a ridefinire le *condizioni iniziali* che *guidano* i processi, i servizi, le organizzazioni.

Ma, ancor prima dei condizionali, è indispensabile proporre ai co-programmatori una *prospettiva di programma: quale?*

La risposta è: governo della salute e rimodellamento dell’attuale rete di servizi. Essa riguarda gli *strumenti* e le *modalità* del loro impiego.

I servizi di cui disponiamo sono certamente *strumenti* ma necessitano, alla luce dei grandi cambiamenti sociali ed economici, di essere *ripensati* nelle loro *modalità*; da *come* essi

saranno usati dipenderà, per esempio, *l'umanizzazione, la valorizzazione professionale, il coinvolgimento dei cittadini.*

In sostanza non ci sono solo i tradizionali *problemi strutturali* ma anche quelli che riguardano i modi di essere delle strutture, delle prassi, delle pratiche, dei trattamenti.

Infine, un programma non sarebbe tale se non fosse "*operativo*" ed "*effettivo*", cioè se non garantisse la trasformazione degli *input* in *output* e in *outcome* e, quindi, se non garantisse la *valutazione* dei risultati attesi.

Questo significa che coloro che dovranno *implementare* il programma, i *co-programmatori* saranno a loro volta *valutati* sulla base dei risultati conseguiti: la procedura di valutazione è parte integrante del programma.

Dalla plurisetorialità alla intersettorialità

Tipicamente, i piani della salute sono concepiti come un *inventario di problemi e di proposte* di soluzioni degli stessi nell'ambito delle diverse componenti del sistema sanitario (dalla prevenzione alla ospedalità, passando per la riabilitazione, i consultori, la salute mentale, ecc.) ritenendo che il risultato finale consista nella *somma dei diversi interventi settoriali*.

Gli orientamenti ai quali questo programma si rifà sono differenti e diversi:

1. i *problemi di fondo* della sanità riguardano *tutti* i servizi: l'economicità, l'umanizzazione, la qualità, la crescita della professionalità, la rilegittimazione sociale: *questioni trasversali*;
2. tutte le questioni ruotano intorno alle complessità del *rapporto "diritti/risorse"* e riguardano tutti i servizi, tutti gli operatori, tutti i dirigenti, tutti i cittadini, quindi anche queste sono *questioni trasversali*;
3. se le questioni di fondo sono *trasversali* bisogna ragionare per *trasversalità*;
4. passare da una concezione di *piano come "insieme" di settori* ad una concezione di *programma quale "sistema" di politiche trasversali e specifiche*.

Per affrontare le trasversalità serve definire politiche trasversali articolate e distinte, con "razionali" diversi.

Per affrontare le specificità servono, invece, politiche mirate e di merito.

I "razionali" delle politiche trasversali coincidono con gli scopi fondamentali di questo programma:

- la *lotta all'anti-economicità* di tutto il sistema dei servizi;
- l'*umanizzazione* come nuova relazione tra cittadini e servizi;
- la *rimodellazione dei servizi* nel senso di nuove modalità, nuove soluzioni, nuove pratiche assistenziali.

Questo programma integrato predispone più politiche sanitarie e sociali con un unico scopo: ottenere un grado di cambiamento, di ripensamento, di miglioramento conveniente sia sul piano etico che su quello economico.

Dal "contesto" alla prospettiva: solidarietà, sussidiarietà, sostenibilità

La prospettiva di questo programma non può che essere la salute dei cittadini della Basilicata, scontata nella sua dimensione statica, molto meno se considerata nella più ampia

prospettiva dei sistemi di welfare, delle incertezze dell'economia, ed anche della limitatezza delle politiche sanitarie che sino ad ora si sono occupate di salute.

Non va dimenticato che, dopo almeno trent'anni di leggi per la salute, l'impegno reale in questo campo resta ancora incompiuto. E' in atto, nel Paese ed in Europa, un cambiamento profondo e strutturale, che non esclude la nostra Regione, e che produce una crescente conflittualità tra i valori dell'etica e quelli dell'economia.

L'espandersi della domanda di salute, quale conseguenza di profonde trasformazioni sociali e culturali, insieme all'espandersi di sempre più efficaci ma anche costosi trattamenti sanitari, sta comportando, anche nella nostra Regione, un continuo incremento della spesa, al quale, sino ad ora, le nostre politiche gestionali hanno risposto efficacemente; al tempo stesso si pone, proprio sul piano della prospettiva, la necessità di ulteriori rafforzamenti, specie nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.

Questo programma:

- è anche il risultato di una preoccupazione per i rischi che il sistema pubblico, sta correndo, su scala nazionale, con la discussione dei principali presupposti del Welfare pubblico;
- esprime la convinzione che, alla luce di quanto sta accadendo, serva un *ripensamento del sistema salute* in grado di ridefinire i *modi* attraverso i quali *diritti e risorse* possano nuovamente accordarsi sulle loro specifiche esigenze.

La *prospettiva politica* di questo "programma" è una rete di servizi in cui:

1. un sistema sanitario che sia in grado di ridefinire a *somma positiva* il rapporto tra diritti e risorse;
2. un *rimodellamento* del sistema sanitario, come pezzo della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, prevede nuove forme di *partecipazione della società civile* quindi di *nuove forme di governo partecipato*;
3. la valorizzazione della *sussidiarietà*, soprattutto riguardo alle *politiche per la produzione della salute intesa come ricchezza*;
4. la ridefinizione dei *modi* e delle *forme* della *solidarietà* da intendersi in senso territoriale, quale distribuzione di *eguali possibilità di cura*, maggiore *rispondenza alle specificità*, *giusta redistribuzione delle risorse*;

5. l'assunzione di una *nuova convenienza* rispetto ai beni morali e materiali, quale vincolo per tutte le scelte e per tutti gli interventi che si decidono di fare;
6. l'intesa tra *diritti alla salute* e *doveri alla salute*, quindi tra prerogative dei cittadini e prerogative dei servizi pubblici, quale base di un *nuovo contratto sociale* con i cittadini.

L'idea che riassume la prospettiva di questo programma è: *sostenibilità*.

Essa, in generale, è *l'insieme di politiche diverse di contrasto a qualsiasi forma di anti-economicità* ma, in particolare, *di produzione della salute quale ricchezza*.

Se non cresce la salute rispetto alla crescita della spesa sanitaria si ha un problema di anti-economicità (se il costo del servizio è più del valore del bene salute prodotto si ha, appunto, anti-economicità).

Se così è, la produzione di salute come ricchezza naturale è il principale mezzo per combatterla.

CAPITOLO 2 - LE POLITICHE TRASVERSALI: COMPATIBILITA', COMPOSSIBILITA', SOSTENIBILITA'

Le *politiche trasversali* per governare la prospettiva sono tre:

5. *Compatibilità*: esse puntano a instaurare *congruità, adeguatezza, pertinenza* tra il sistema dei servizi esistente ed i parametri di organizzazione, funzionalità, qualità, umanizzazione e professionalità, validati dalla letteratura accreditata e dalla normativa vigente;
6. *Compossibilità*: il loro obiettivo è rimuovere le *contraddizioni* che esistono tra diritti e risorse, domanda ed offerta, operatore e malato, ospedale e territorio, quantità e qualità;
7. *Sostenibilità*: lo scopo è *produrre salute come ricchezza* quale il più importante fattore di lotta all'anti-economicità del sistema sanitario.

Ogni *politica trasversale* sarà connotata dai propri *condizionali* di riferimento.

Il titolo IV del presente programma è composto dai condizionali.

Le politiche di compatibilità

La compatibilità va intesa come la misura di congruità e di adeguatezza tra una serie di standard, di indicatori, di parametri, quali misure plausibili, ai quali i servizi debbono adeguarsi. In sanità, l'idea di compatibilità che spesso prevale è quella dell'adattamento del sistema dei servizi ai limiti di bilancio, per cui essa è interpretata soprattutto come compatibilità di bilancio finalizzata a garantire l'equilibrio economico delle aziende.

La misura plausibile rappresentata dallo standard va considerata, in ogni caso, un dato sintetico, un'indicazione media, convenzionale. Si tratta di leggere lo standard nelle situazioni reali, al fine di perfezionarlo e adattarlo, per quanto possibile, alla realtà alla esso viene riferito.

La standardizzazione o la parametrizzazione dell'assistenza non riguarda solo le "quantità" ma anche le "qualità", ad ogni livello. Esempi sono le procedure di accreditamento, le linee guida, i protocolli diagnostici, i percorsi assistenziali, le metodologie, le scale di misura e di valutazione nelle varie aree patologiche, comprese le scale della salute e della qualità della vita e quelle per la misurazione dell'empowerment e della partecipazione del cittadino.

Tutto quello che razionalmente è definito come auspicabile, e si presta a qualificare gli indirizzi di programmazione, rientra negli ambiti della compatibilità.

Tutti i servizi che compongono il sistema di welfare regionale dovranno tendere alla conformità dettata dai parametri prescritti dalla normativa vigente, sia sotto gli aspetti quantitativi che qualitativi.

In particolare dovranno ridefinire il loro grado di congruità:

- il sistema ospedaliero (nel suo complesso);
- il sistema del distretto;
- il dipartimento per la prevenzione;
- i sistemi sociali e sanitari in assetto integrato.

Le Politiche di compossibilità

Le *contraddizioni* che si frappongono, sotto varie forme, tra il diritto alla salute e le risorse destinate a garantirlo, vanno *rimosse*: la *rimozione delle contraddizioni* è l'*obiettivo delle politiche di compossibilità*. Diritto e risorse sono entrambi "*con-possibili*" quando non hanno contraddizioni.

I principali problemi del nostro sistema sanitario regionale sono anche l'espressione delle sue principali contraddizioni:

- la questione dell'umanizzazione nasce perché le nostre organizzazioni sono in contraddizione con l'evoluzione culturale del malato e della società;
- le questioni di riorganizzazione sorgono perché i nostri servizi sono organizzati in contraddizione alle esigenze di economicità e di qualità delle relazioni;
- le questioni del contenzioso legale e della medicina difensiva sorgono perché a tutt'oggi non si è in grado di avere una relazione non contraddittoria con il malato;
- l'esigenza di integrare il territorio con l'ospedale è in contraddizione con il modello storico di ospedale e con un franteso modello di distretto.

Tutte queste contraddizioni determinano notevoli costi sia sul piano morale che economico. L'importanza delle politiche di compossibilità consiste nel notevole "*risparmio*" etico ed economico che esse permettono.

La logica della *compossibilità* è quella del *cambiamento, del ripensamento, del rimodellamento*.

Dalle contraddizioni ai cambiamenti

Le contraddizioni più evidenti, che riguardano trasversalmente l'intero sistema sanitario regionale dei servizi, riguardano sostanzialmente:

8. l'organizzazione integrata dei servizi;
9. i processi agiti nei vari servizi;
10. gli stili di lavoro e, quindi, dei servizi.

La prima si spiega con una *organizzazione di base concepita per divisioni, separazioni, giustapposizioni*, comune ai diversi servizi, *non più conveniente* né rispetto ai bisogni dei cittadini né rispetto alle esigenze di economicità che pur tende a riproporsi anche di fronte alle nuove sfide legate al distretto.

Dunque si pone un problema di *rimodellamento* attraverso una *riorganizzazione integrata* dei servizi.

La seconda riguarda i *percorsi terapeutici*, i trattamenti, la diversificazione dell'assistenza, la continuità assistenziale, cioè l'esigenza di definire prassi terapeutiche non segmentate che vadano ben oltre la logica strutturale del presidio e dell'unità operativa.

La terza riguarda *gli stili di lavoro*: pratiche correnti che vanno ripensate perché le concezioni del malato e del cittadino sono cambiate.

Tali *contraddizioni* riguardano *tutti i servizi sanitari, ma in particolare l'ospedale ed il distretto*.

I condizionali di compossibilità saranno riportati per ciascuna politica nella parte di questo piano ad essi dedicati.

Ogni responsabile di servizio è tenuto a riqualificare le proprie organizzazioni, i processi agiti e le prassi nelle forme convenienti auspiccate.

Dalla singolarità riorganizzativa alla riorganizzazione “macro strutturale”

Per gli interventi di rimodulazione trasversale non è pratico mantenere una visione frammentata, divisa, particolaristica dei servizi. Molto più pratico è considerare l'insieme di servizi come un *sistema unico*.

Nella logica intersettoriale di questo programma, è la *macrostruttura* dell'azienda, in modo particolare, ad essere assunta come oggetto da rimodellare, riorganizzare, ripensare, adeguare; quindi il direttore generale non è solo il responsabile di processi di *auto-organizzazione*, ma ne diventa anche il *regista* principale.

Al direttore generale il programma fornisce tutti i *condizionali* che egli dovrà rispettare, che non sono la descrizione minuta delle cose da fare settore per settore, bensì *modelli di riferimento* che egli dovrà adottare per intervenire, insieme ai vari responsabili, sui settori.

Sulla base di ciò, non è più pratico descrivere per ogni settore le caratteristiche del dipartimento; al contrario, è più utile definire un *modello di dipartimento come sistema interconnesso* al quale riferirsi e che si può applicare al distretto, all'ospedale, alla salute mentale, alla salute della donna, alla prevenzione.

Allo stesso modo va intesa l'azione da intraprendere nei confronti delle figure di coordinamento, dei percorsi terapeutici, della continuità assistenziale, della presa in carico, delle reti.

Per tali ragioni, il programma riconosce ai direttori generali i relativi spazi di autonomia.

Per una macrostruttura aziendale interconnessa

Per macrostruttura s'intende l'insieme dei servizi, degli uffici, delle organizzazioni che compongono un'azienda sanitaria. Le macrostrutture aziendali, in genere, si caratterizzano per un *grado di divisione del lavoro* e di *parcellizzazione settoriale* a basso grado di convenienza; sono somme di servizi ed uffici.

Le macrostrutture delle aziende devono, al contrario, tendere a configurarsi quali *sistemi integrati*, poiché le *soluzioni integrate* sono molto più convenienti sia per la loro gestione sia per il cittadino al quale forniscono maggiore linearità e facilità nell'uso dei servizi, maggiore qualità delle prestazioni, maggiore interdisciplinarietà nella conoscenza dei propri problemi e nella fruizione dei trattamenti, ad esempio con tempi di attesa inferiori.

Infine, nella gestione consentono di risparmiare su ripetizioni, doppioni, tempi, dislocazione ottimale degli operatori, uso programmato dei tempi di lavoro.

Le macrostrutture aziendali vanno tendenzialmente organizzate, in tutti i casi ove questo sia possibile, per "*sistemi interconnessi*" in grado di integrare cittadini, professionalità e servizi secondo i seguenti criteri:

- *territoriale* (il rapporto tra la comunità e certe attività sanitarie);
- per *fascia di età* (gli anziani o l'età evolutiva);
- per *specialità mediche* (oncologia, cardiologia, chirurgia, ecc.);
- per *obiettivi di salute* (ad esempio il dipartimento di prevenzione, salute della donna e del bambino o quello della salute mentale);
- per *percorsi terapeutici*;
- *in reti*.

I condizionali di riferimento sono:

- il dipartimento funzionale come sistema interconnesso;
- il percorso terapeutico;
- la presa in carico;
- la continuità assistenziale;
- le forme di coordinamento quale governo della complessità;
- la programmazione del lavoro.

La dipartimentalizzazione della macrostruttura aziendale è intesa sia in senso *verticale*, tra ospedale e servizi territoriali, sia in senso *orizzontale*, a livelli di distretto, integrando tutte le funzioni di base, compresa la medicina generale.

Riprogrammare i processi

I processi che si attivano nei servizi sono *flussi di prestazioni* organizzate per rispondere alle necessità delle persone e delle famiglie. La dipartimentalizzazione e le altre forme di integrazione devono comportare la *riprogrammazione dei processi* attraverso la definizione dei *percorsi di cura ed assistenza*.

Questi, in genere, sono caratterizzati da una certa interdipendenza delle varie componenti dei trattamenti, rappresentabile come un *input* di servizio che diventa *output* per un altro servizio e che a sua volta diventa *input* per un altro ancora.

I percorsi di cura sono di rilevanza strategica per l'efficacia delle prestazioni assistenziali in alcune aree di interesse, quale quella della cronicità. Assumere il percorso di cura significa andare ben oltre le logiche strutturali delle unità operative, dei presidi, dei servizi. Significa incentrare ciò che va organizzato sul bisogno del cittadino, sul caso che il cittadino rappresenta, sulla situazione nella quale il cittadino vive. Rispetto a tutto ciò, sono le strutture che si devono adeguare al cittadino e non il contrario (case management/care management).

Comportamenti, prassi, modi di essere: il valore strategico degli operatori.

Che gli operatori siano il fattore più importante da cui dipende l'applicazione di questo programma è fuori discussione. Essi sono la parte centrale dei processi di rimodellamento; infatti, essi rappresentano quella problematica che riassumiamo con l'espressione "*modi di essere*" e che comprende le conoscenze, i comportamenti, gli stili di lavoro, la capacità relazionale, rispetto a competenze e conoscenze.

Gli operatori determinano le *qualità dei servizi*; impiegano beni materiali per produrre beni morali.

Questo programma si rivolge a tutti gli operatori, proponendo loro non una sterile declaratoria sui comportamenti professionali ma una *diversa idea* di operatore al quale tendere: *l'autore*.

L'*autore* è un genere diverso di operatore rispetto al tipico "dipendente/impiegato", che per eseguire dei compiti, con gradi convenienti di *autonomia*, scambiata con gradi convenienti di *responsabilità* accetta di *verificare* le conseguenze del suo lavoro attraverso *sistemi di rilevazione degli esiti*.

Tale proposta affronta, contestualmente, alcune problematiche che comunemente sono riassunte con l'espressione "*questione medica*" e offre, a tutte le categorie (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, tecnici di riabilitazione, di radiologia, di laboratorio e tutti gli altri compresi nelle cosiddette "professioni sanitarie e sociali), maggiori possibilità di esprimersi professionalmente.

L'idea di *autore* è un'idea di *scambio ponderato*, quindi è l'idea di una nuova *forma di intesa* tra i direttori generali delle aziende e gli operatori, che oltre agli adempimenti contrattuali, in ragione degli spazi previsti dalla contrattazione decentrata, si accordano sui "*modi di essere*" ritenuti da entrambi le parti più convenienti.

All'*autore* si chiede di *produrre* più beni morali ed economici, di *imparare* a lavorare sulle relazioni, gli si chiede più *pertinenza* nei confronti dei bisogni individuali, più *responsabilità* nelle sue scelte professionali, meno medicina difensivistica, più consapevolezza nell'impiego delle risorse, maggiore collaborazione con gli altri operatori.

L'*autore* come idea vale per ogni singola qualifica, ma è inevitabile che essa riguardi soprattutto il *team*, l'*équipe*. Nelle eventuali intese tra il direttore generale e il servizio, l'*autore* è l'insieme degli operatori di un servizio.

In questo senso la parola "*autore*" sta ad indicare una diversa condizione di operatività.

L'*autore*, quale *scambio* tra i valori dell'autonomia e quelli della responsabilità e della verificabilità, è una *transazione economica*. L'*autore* rappresenta anche un ripensamento delle tradizionali forme di responsabilità. E' del tutto evidente che la presa in carico, la continuità assistenziale, il percorso terapeutico, la dipartimentalizzazione, sono tutte forme di relativizzazione dell'assolutezza strutturale del servizio o dell'unità operativa. Essa comporta, quindi, un'assunzione di responsabilità diretta dell'operatore che sovrintende ai processi che mette in opera.

Si tratta, certamente, di un'evoluzione culturale del modo di intendere il proprio ruolo e di viverlo, attraverso uno sforzo significativo che, in quanto tale, va riconosciuto: in ragione delle risorse che si riusciranno a liberare, saranno valutate forme di *valorizzazione professionale* e forme di *compenso ponderato* rigorosamente vincolato all'accertamento di *risultati*.

L'umanizzazione come qualità coemergente e come nuova ospitalità

La questione "*umanizzazione*" presuppone che le reti dei servizi esprimano di fatto delle "*non qualità*", percepite come sgradevoli dai cittadini.

Si pone così la *contraddizione* tra qualità auspicata e non-qualità percepita. L'umanizzazione è una questione che rientra nelle politiche di possibilità.

Questo concetto non può essere ridotto banalmente ad un problema di buona educazione degli operatori nei confronti dei malati e dei cittadini, perché il problema delle "*non-qualità percepite*" riguarda, ad un tempo, le forme dell'organizzazione, la programmazione dei processi ed anche le prassi agite dagli operatori.

Non avrebbe senso parlare di umanizzazione senza porre la questione della *relazione*.

L'attuale sistema è stato concepito storicamente come un sistema con un basso grado di relazionalità.

Questa è la macroscopica contraddizione da rimuovere: rimodellare il sistema dei servizi per accrescere il suo grado di relazionalità.

Le soluzioni dipartimentali, i percorsi, la presa in carico qui proposte, si basano *sull'organizzazione di relazioni*; la riprogrammazione dei processi si basa su integrazioni, cioè su un'idea di *continuità relazionale*; la proposta di *autore* è una nuova *relazione*, tra conoscenza professionale e beni morali e materiali.

Si tratta di soluzioni che nel loro insieme accrescono il grado di relazionalità del sistema.

L'idea che sintetizza un grado accettabile di relazionalità è: *ospitalità*.

Con ospitalità s'intende un *nuovo contratto sociale* tra i servizi e i cittadini in ragione del quale si definiscono i *diritti* e i *doveri* degli uni nei confronti degli altri, le reciproche aspettative, le prerogative conseguenti.

L'ospitalità riguarda tutti i servizi. In tutti i servizi essa prende inizio *con l'accoglienza, con la presa in carico*. Essa deve valere necessariamente a scala di azienda, in ambito ospedaliero, e non solo; si tratta di organizzare una *relazione di ospitalità* tra i servizi e il cittadino.

La *relazione di ospitalità*, non si riduce all'istituzione del classico "*servizio di accoglienza customer oriented*", soprattutto perché il malato non può essere considerato un cliente. L'organizzazione dell'ospitalità rimodella il *modo di essere* degli ospedali e dei servizi.

Essa ha bisogno tuttavia di alcune precondizioni:

- la definizione di un *Contratto di ospitalità* tra Assessorato regionale e le rappresentanze istituzionali degli Enti locali, per fissare la cornice entro la quale dare corso alle intese dello stesso tipo tra Direttori Generali e Sindaci;
- la definizione di un *codice deontologico di servizio* quale definizione dei *doveri* ai quali i servizi si devono attenere per rispettare il contratto;
- l'istituzione di un *servizio leggero di accoglienza* integrato a scala di azienda e di rete integrata di servizi alla persona;
- l'istituzione della figura del "*delegato all'ospitalità*".

Il programma allega i relativi condizionali.

Le politiche di sostenibilità: produrre salute come ricchezza naturale

In questo programma il termine "sostenibilità" è impiegato principalmente nel senso della produzione di salute quale risorsa naturale e quindi quale produzione di ricchezza .

E' noto che il livello di salute delle popolazioni dipende più che dai servizi sanitari, da altri "*determinanti della salute*", anche se i servizi hanno il loro peso: come è noto, consultando gli *indici di propensione alla salute*, pur aumentando la spesa legata ai servizi sanitari, gli indici di propensione alla salute non variano significativamente.

La produzione di salute, in generale, equivale ad un minor numero di malattie, a delle buone cure, a dei buoni trattamenti, ad una buona assistenza.

Rispetto alla riduzione delle malattie, essa è il più formidabile strumento contro le tendenze antieconomicistiche del sistema sanitario.

La salute quale *ricchezza prodotta* riduce le necessità finanziarie legate all'assistenza sanitaria e in questo senso è il principale obiettivo delle politiche di sostenibilità.

La sostenibilità nella programmazione

L'idea principale della sostenibilità è equilibrare ma anche interrelate i problemi legati alla crescita della spesa sanitaria a quelli legati allo sviluppo della salute quale *capitale naturale*. Si tratta di vedere la questione salute sia in termini di *spesa pro-capite* sia in termini di *benessere pro-capite*.

Se la sostenibilità è una *misura di benessere*, è necessario organizzare strumenti di misurazione in grado di darne conto. Si tratta di strumenti che i responsabili della prevenzione dovranno mettere a punto e che saranno allegate nella parte dei condizionali.

La produzione di salute finisce inevitabilmente con il coincidere con una più ampia idea di programmazione regionale rispetto alla quale questo programma rappresenta la parte tecnico-sanitaria e sociale.

L'idea europea della "salute in tutte le politiche" individua la salute stessa quale ricchezza che deve essere *coprodotta* dai principali fattori ambientali, economici, sociali, urbanistici, demografici e individua per farlo è la *programmazione regionale*, quale unico mezzo per realizzare condizionali di salute alle diverse politiche settoriali che competono alla regione.

La sussidiarietà: risorsa fondamentale per la produzione di salute

Al crescere dei vincoli della spesa sanitaria funzionale al *diritto* della salute cresce il "*dovere*" di *ammalarsi meno*.

La malattia è il risultato di un concorso complesso di fattori genetici, biologici, ambientali, culturali, alimentari, economici, per cui non si può in alcun modo attribuirne la responsabilità al malato. La policausalità della malattia è talmente complessa che non si può che parlare di *responsabilità di sistema*, sia in senso diacronico che sincronico.

A questa responsabilità, tuttavia, partecipa, anche se per quota parte, quella *personale dell'individuo* in ragione dei suoi comportamenti, dei suoi stili di vita, anche del suo sistema di credenze e di conoscenze, e dei suoi rapporti non sempre facili con il sistema sanitario.

Questa *responsabilità individuale relativa* è sufficiente a definire un *dovere* rispetto al quale una politica per la salute deve rivolgersi con *raccomandazioni di responsabilità*.

Non si tratta solo di "*promuovere*" la salute, ma di organizzare un vero e proprio *sistema di relazioni* tra cittadini e sanità per un condiviso obiettivo di *salute comunitaria*.

Il Programma riconosce la valenza strategica della comunicazione e della informazione quali strumenti capaci di favorire la partecipazione e di influire positivamente sui comportamenti di tutti i portatori di interessi nella erogazione e nell'utilizzo dei servizi. Al fine di contribuire al superamento delle situazioni di asimmetria formativa e informativa, tradizionalmente esistente tra strutture sanitarie e utenza, il Programma favorisce specifiche iniziative nel campo della informazione e della comunicazione destinate ai cittadini e alle loro diverse forme di rappresentanza.

Il Programma valuta positivamente i giudizi del cittadino utente su tutte le dimensioni della qualità dell'assistenza erogata, e ne favorisce l'espressione e la valutazione ai fini del miglioramento continuo, adottando strumenti appropriati per l'asseribilità. Alla base di tutto questo va assunta come valore guida quello della *sussidiarietà*.

Essa è sancita dall'art. 118 ultimo comma della Costituzione: "*Stato, Regioni, Città metropolitane, province, comuni, favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*".

Con la sussidiarietà cade la presunzione tecnica di esclusività dei servizi sanitari nella tutela del diritto alla salute.

Il cittadino assume, con la sussidiarietà, i significati di *un servizio di utilità sociale* a condizione di organizzare in modo stabile e concreto un *sistema di relazioni* tra comunità e sanità.

Il sistema informativo considera *l'informazione* come un mezzo per produrre salute.

Si tratta quindi di costruire *strumenti informativi* che consentano ai cittadini della comunità di responsabilizzarsi sulla base delle informazioni che ricevono.

Il sindaco delegato alla salute

Per la Regione e per la rete dei servizi il primo riferimento del sistema di welfare è *il Sindaco*.

La scelta politica che questo programma intende rimarcare è quella di riconoscere alla comunità e alle sue varie rappresentanze, sui temi della salute, una vera e propria *sovranità sociale* e, di conseguenza, di assumere i suoi rappresentanti come interlocutori negoziali.

La figura del Sindaco, o delle rappresentanze comunitarie più significative, assume le caratteristiche dello *sponsor* della domanda di salute e, quindi, assume la funzione di *delegato alla salute* del proprio territorio.

Uno degli strumenti fondamentali per l'esercizio della funzione delegata è il sistema informativo.

La Regione, attraverso il suo assessorato competente, provvederà a formalizzare le forme e i modi per :

- *la conferenza per la salute*, con la quale definire lo stato di salute delle comunità ma soprattutto le iniziative per la sostenibilità;
- *la commissione permanente dei delegati di comunità*, che eleggerà un proprio coordinatore e che sarà l'organismo di rappresentanza delle diverse comunità.

Il dipartimento di prevenzione

E' un servizio nevralgico che va ripensato alla luce dei significati delle politiche di sostenibilità, di sussidiarietà, della necessità di stabilire un sistema informativo partecipato e di fare da interfaccia a tre soggetti: l'azienda di cui fa parte, la comunità di riferimento e la programmazione regionale.

I punti su cui intervenire riguardano:

- la riorganizzazione del dipartimento e della funzione preventiva in tutte le aziende sanitarie;
- la ridefinizione delle sue competenze in ordine a salute comunitaria, rapporti con gli enti locali, prevenzione collettiva della salute umana, igiene degli alimenti e della nutrizione, medicina e sicurezza del lavoro, problematiche legate all'impiantistica;
- le competenze vecchie e nuove del dipartimento;
- la riqualificazione delle criticità ed il miglioramento della qualità dell'attività dipartimentale.

Si tratta di ripensare e riorganizzare le seguenti strategie operative:

- conoscenza epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana;
- conoscenza epidemiologica dello stato di salute delle popolazioni animali;
- miglioramento della qualità della vita e degli stili di vita attraverso attività di sorveglianza;
- controllo e gestione dei rischi emergenti;
- promozione della salute attraverso idonei processi di educazione, informazione e formazione;
- prevenzione degli stati morbosi;
- definizione condivisa degli obiettivi;
- programmazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli stessi;
- verifica dei risultati e loro ottimizzazione.

Le politiche per la salute che la Regione Basilicata intende perseguire in maniera integrata nel campo della prevenzione superano il concetto di "territorio" inteso come generica entità fisica, sostituendolo con quello di Comunità, insieme dinamico di Cittadini che esprimono caratteristiche omogenee per condizioni demografiche e socio-economiche che ne condizionano i bisogni di prestazioni sanitarie e di interventi per la salute.

Il Dipartimento di Prevenzione diviene pertanto essenziale per la predisposizione condivisa dei Piani di Salute, delle Mappe di Rischio e delle strategie per la pianificazione degli interventi di prevenzione nel campo della sanità umana ed animale.

CAPITOLO 3 - RIPENSARE L'IDEA DI DISTRETTO

Dal territorio alla comunità

Il distretto è stato nel tempo definito in diversi modi: area di dimensionamento, articolazione dell'Asl, modulo organizzativo, presidio, struttura territoriale, macrolivello territoriale, livello organizzativo, ecc, a fronte dei quali è prevalsa una concezione strutturale, quale "*grande presidio poliambulatoriale*" più o meno articolato in unità organizzative, unità operative, ecc.

Nel frattempo è cambiato il rapporto tra distretto ed azienda: gli accorpamenti aziendali ne hanno ampliato le dimensioni territoriali, al punto da configurarlo in molti casi come *un'azienda minore*, con gestione praticamente autonoma.

Inoltre è cambiato il contesto istituzionale in cui collocare il distretto, nel senso che da una vecchia concezione di decentramento amministrativo si sta sempre più passando ad una concezione federalista di redistribuzione dei poteri tra istituzioni.

Nella realtà il distretto e l'ospedale sono stati concepiti e organizzati come "*giustapposti*", ed entrambi definiti con le "*classiche*" *logiche strutturali di presidio*.

Organizzare un distretto come se fosse un ospedale o "un'azienda minore" ripropone la grande contraddizione ospedale/territorio, ma anche quella comunità /distretto.

Sono le giustapposizioni che pongono il problema dell'integrazione e non il contrario. Con gli interventi di dipartimentalizzazione, già indicati in questo programma, si vuole definire una *forma di cooperazione* tra servizi ed operatori più *conveniente* rispetto al nuovo contesto federalista ed alle nuove esigenze sociali. Ma anche i percorsi, le prese in carico, la continuità assistenziale, le reti, altro non sono se non ripensamenti profondi della logica strutturale legata alle unità operative. Le relazioni ormai sono alla base di quella che viene definita "transmuralità", che non è semplicemente la ridiscussione delle divisioni tra servizi, ma molto di più: è la ridiscussione della logica di presidio.

Sino ad ora l'unità operativa dettava al bisogno, al "caso", le sue necessità; ora è il bisogno, il "caso", la "situazione", la "contingenza" che dettano all'unità operativa le loro condizioni.

La questione dell'integrazione ospedale/territorio va prima di tutto calata in un nuovo contesto federalista, quindi va affrontata aprendo sia l'ospedale che il distretto a *relazioni trasversali di tipo dipartimentale*.

Per entrambi esiste il problema di andare oltre le logiche strutturali del presidio e verso la propria società civile di riferimento.

Il distretto di comunità

La L.R 12/2008 definisce i “distretti della salute” per il “governo partecipato delle politiche integrate della salute”; questo implica che da un’idea di *struttura distrettuale* si passa ad un’idea funzionale di *distretto di comunità*.

Con il *distretto di comunità*, più che *organizzare strutture*, si richiede di *coordinare*, rendendole disponibili, *funzioni* di salute presso *una comunità*.

Il *distretto di comunità* è una sorta di “*cassetta degli attrezzi*” al servizio della sussidiarietà, quindi un contenitore di *funzioni* che offre, attraverso le relazioni con la comunità, tali funzioni, prendendole *dall’intero sistema sanitario della ASL*.

La “*cassetta degli attrezzi*” mette a disposizione della comunità l’intero sistema di funzioni sanitarie. In questo modo è possibile ripensare la divisione tra ospedale e territorio. Il distretto di comunità ricolloca, finché possibile, la cura in prossimità del luogo di vita del cittadino.

Il perno sul quale è costruito il modello dell’organizzazione distrettuale, e dei relativi strumenti operativi, è il circolo “bisogno-domanda-assistenza-esito”: ogni “bisogno” di salute si esprime con una “domanda”, la quale attiva una “offerta di assistenza”, che genera degli “esiti”. Un circolo virtuoso garantisce la rilevazione del bisogno, implicito o esplicito, in maniera reattiva o, preferibilmente, pro-attiva prima che lo stesso si manifesti; lo traduce in una domanda appropriata, di tipo sanitario, sociale o integrata; viene organizzata un’offerta di assistenza appropriata e congruente con la domanda, il cui esito è il soddisfacimento del bisogno iniziale.

Si tratta di una sequenza di azioni che genera appropriatezza in tutto il sistema, con evidenti convenienze economiche, etiche e relazionali. Al contrario, una organizzazione che non sa intercettare il bisogno, e non lo sa tradurre in una domanda congruente, genera un’offerta non appropriata, che ha come esito un bisogno insoddisfatto; quest’ultimo genera, a sua volta, una nuova domanda, e così di seguito; il sistema diventa un moltiplicatore di inappropriata che si ripercuote in tutti i “luoghi” ed i “tempi” della cura.

E' a questo livello che si generano, fra le altre "inappropriatezza", le disequità di accesso al sistema delle cure.

Nel distretto di comunità vanno *funzionalmente* collocate:

- l'assistenza primaria;
- l'assistenza farmaceutica di comunità;
- le cure domiciliari;
- la residenzialità;
- la semiresidenzialità;
- la specialistica ambulatoriale e protesica;
- la riabilitazione e il recupero delle disabilità;
- le dipendenze.

Inoltre vanno collocate, sempre *funzionalmente*, le parti distrettuali dei seguenti sistemi:

- *consultori*, in quota al dipartimento per la salute della donna e del bambino;
- *l'équipe distrettuale* e le varie forme di residenzialità del sistema di salute mentale;
- *dipartimento di prevenzione*.

Infine, sempre nel distretto, vanno collocate funzioni come:

- l'educazione sanitaria;
- le funzioni ospedaliere (quindi anche specialistiche) proprie dei percorsi assistenziali e dei processi di continuità terapeutica.

Distretto quale sistema di snodi e di vettori

Per comprendere a pieno la strategicità del distretto e l'impostazione funzionale che si vuole introdurre è necessario partire da un cambio di presupposti.

Sino ad ora l'intero sistema sanitario è stato sostanzialmente suddiviso in tre livelli di complessità:

- 1° livello: assistenza di base, cure primarie, domiciliarità, residenzialità, distretto;
- 2° livello: assistenza specialistica extra ospedaliera;
- 3° livello: assistenza ospedaliera.

Questo sistema collocava i servizi in due forme di separatezza: per livelli e in ciascun livello. Oggi questo sistema di cose si è palesemente dimostrato dispendioso e spesso inefficace. Contestualmente i grandi cambiamenti culturali e sociali hanno spinto i sistemi sanitari ad invertire la logica, cioè i servizi ad adattarsi ai bisogni del cittadino assumendone la centralità.

Nel nostro caso, per ragioni di convenienza etica e economica, questo programma opta per sistemi interconnessi, per percorsi terapeutici, per relazioni dipartimentali, quindi assumendo qualsiasi servizio del sistema come un "servizio-vettore", cioè comunque orientato ad una relazione, da una procedura comune, da criteri di continuità.

Pensare i servizi o le unità operative come vettori orientati alle relazioni, permette di ripensare la storica divisione a tre livelli di complessità, consentendo di redistribuire verso l'ospedale o verso il distretto, il secondo livello specialistico.

Se assumiamo la logica dell'interconnessione non conviene più adottare criteri gerarchici di complessità.

E' più appropriato adottare criteri di continuità, di progressività, cioè criteri sequenziali, di qualcosa che procede in un'evoluzione delle complessità, proprio come una traiettoria.

In questa logica i servizi-vettori sono transiti prestazionali, porte che introducono all'assistenza, tramiti per accedere a livelli diversi di assistenza, passaggi attraverso i quali si entra nelle reti, e non più barriere con organizzazioni autarchiche da superare.

La configurazione che ne deriva, tenendo conto di un nuovo modo di vedere i servizi deducendoli dai bisogni del cittadino, è, la seguente:

- 1° livello: comunità
- 2° livello: distretto
- 3° livello: ospedale

Tutti i servizi che compongono sia il distretto che l'ospedale sono *vettori* orientati alle relazioni e alle integrazioni, che partono dai bisogni delle comunità e cercano di soddisfarle nel miglior modo possibile.

Sulla base di questa nuova concezione di distretto, le separazioni storiche tra livelli e dentro i livelli sono sostituite da relazioni dipartimentali, percorsi clinici integrati, reti, integrazioni socio-sanitarie.

I vecchi livelli vanno intesi non per verticalità, ma per orizzontalità: da comunità >distretto>ospedale. si passa alla logica degli *snodi*.

Il distretto si deve dotare di quello che non ha, cioè di una vera e propria cabina di regia, o centrale operativa, che regoli i transiti, i percorsi, i passaggi, gli ingressi, le azioni comuni sociali e sanitarie, la collocazione dell'assistenza, delle prestazioni, degli operatori. Il distretto diventa il cuore di un sistema dinamico nel quale i pazienti entrano a far parte di sistemi assistenziali evolutivi, sequenziali, scanditi da ciò di cui il malato ha bisogno, inseriti in corsie preferenziali cioè in percorsi, che gli garantiranno completezza e appropriatezza. Tra comunità ed ospedale il distretto diventa un passaggio strategico e non più un semplice insieme di unità operative, di servizi, in ogni caso separati sia rispetto alla comunità, sia rispetto all'ospedale.

Il distretto quale cabina di regia

Se il distretto è un sistema di *snodi*, di *vettori*, di *traiettorie*, rivolte verso la comunità e verso l'ospedale, esso ha bisogno di una grande coordinazione e nello stesso tempo di una grande programmazione.

Programmare dei percorsi significa far accordi di cooperazione fra tutti i servizi interessati, che si riorganizzeranno di conseguenza.

Coordinare le tante attività significa disporre di una centrale operativa che abbia sotto gli occhi il quadro delle situazioni e sia in grado di governare il sistema e la sua riprogrammazione costantemente. Molto simile all'idea di "*cruscotto*" del bed management, la cabina di regia è il sistema di controllo e direzione di tutto il distretto. Essa può essere paragonata ad una centrale operativa che su segnalazione organizza gli interventi necessari. Da qualche decennio la letteratura documenta le esperienze in USA ed in Europa del "*care management*" e del "*case management*", che sono null'altro che sistemi assistenziali basati

sulla continuità delle cure, sui percorsi assistenziali, sulla gestione del caso, sull'assistenza tarata su traiettorie assistenziali.

La cabina di regia del distretto è sistema e metodo .

Il sistema (*care management*) provvederà a:

- mappare le necessità della comunità;
- organizzare i percorsi clinici ed assistenziali;
- programmare gli interventi secondo un criterio spazio/tempo;
- guidare il malato nei vari percorsi;
- segnalare le situazioni;
- coordinare servizi e operatori;
- definire le prese incarico;
- ricomporre gli interventi diversi.

Il metodo (*case management*) provvederà a gestire attraverso la presa in carico del malato nei modi e nelle forme più appropriate.

La cabina di regia quindi dovrà a sua volta organizzare un cruscotto, al quale giungeranno richieste, segnalazioni, informazioni sui passaggi e sui transiti dei malati nelle loro traiettorie assistenziali, sugli interventi da fare in tempo reale, sui servizi disponibili, sulle professioni disponibili, sulla "tracciabilità" dei percorsi messi in atto. La cabina di regia si potrà avvalere di tecnologie telematiche per l'informazione e per le istruzioni che dovrà trasmettere, avvalendosi di sistemi informatici.

Organizzazione del distretto di comunità

Dal punto di vista organizzativo il distretto di comunità va considerato come un *sistema interconnesso di relazioni tra cittadini, funzioni e servizi*.

Esso sarà quindi costituito:

- da *relazioni dipartimentali orizzontali* tra le varie funzioni di assistenza di base (come le cure primarie, le cure domiciliari, la cronicità, la residenzialità, la semiresidenzialità, la riabilitazione, le disabilità);
- da *relazioni interdipartimentali* (le funzioni che servono la comunità sono organizzate in dipartimenti e percorsi assistenziali e da queste messe a disposizione per programmi di intervento territoriale);
- da *relazioni extradipartimentali* (nel caso in cui alla comunità servano funzioni specialistiche);

- da *relazioni comunitarie* (da relazioni tra la comunità e la persona e l'intero sistema dei servizi).

La dirigenza del distretto di comunità

Si tratta di passare da una concezione di *amministrazione* del distretto ad una concezione di *governo delle relazioni* dei processi distrettuali.

Sulla dirigenza, di cui non si ridiscute l'assetto, va posta con forza la questione del *modo di dirigere un distretto di comunità* e dei *requisiti necessari per farlo*.

La differenza che intercorre tra *amministrare* un distretto e *governare le relazioni distrettuali* è la stessa che passa tra una visione verticale di tipo gerarchico e una visione orizzontale multifunzionale che contestualmente coordina strumenti diversi tra loro, sulla base di un spartito a cui tutti devono comunque riferirsi. Mentre nel primo caso prevale una *visione verticale biomedicale*, che è all'origine della mancata integrazione del distretto, nel secondo caso prevale una visione orizzontale, in cui si integrano la visione biomedicale con quella sanitaria, ambientale, culturale e sociale, cioè una *visione comunitaria del bisogno di salute*.

Il direttore di distretto deve essere, di fatto, un *coordinatore di processi, di relazioni di mobilità, di interdisciplinarietà, di intersettorialità*, cioè deve essere sia " un direttore di orchestra" che un abile "regista", proprio per favorire la partecipazione della comunità, e per definire le partnership con i servizi.

Parificare i requisiti del direttore di distretto a quelli del direttore sanitario e/o amministrativo aziendale è una semplice analogia amministrativa, dalla quale a cascata deriva la classica "responsabilità" sui servizi, sulle risorse da gestire, sulla valutazione, e sui risultati. Pensare che tali requisiti rendano atto il direttore a dirigere la complessità di un distretto di comunità, senza che vi sia una formazione al governo della complessità è poco credibile. Appare determinante non confondere la formazione alla complessità con la formazione al management. La complessità della salute non è riducibile a management.

L'Area della Cronicità: il Chronic Care Model

Nell'ambito delle titolarità distrettuali grande importanza riveste la gestione della cronicità, per meglio intercettare le domande di assistenza che deriveranno.

Il modello assistenziale e organizzativo che si intende adottare è quello della “presa in carico” integrata e proattiva, in grado di intercettare il bisogno di salute, anche prima che si manifesti esplicitamente, organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Le patologie croniche, che per definizione si curano sempre di più e guariscono sempre di meno, richiedono all’organizzazione assistenziale di creare quelle condizioni che permettono di mantenere il livello di salute più alto possibile affrontando con efficienza ed efficacia l’insorgenza di riacutizzazioni della stessa patologia o di altre patologie acute.

Il modello prevede che tutte le figure professionali, sia sanitarie che sociali, interagiscano con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare nell’erogazione delle prestazioni assistenziali appropriate, per tipologie, tempi e luoghi, per la soddisfazione dei bisogni specifici di salute, in base a percorsi assistenziali predefiniti.

I percorsi assistenziali così intesi, si sono dimostrati efficaci nell’assicurare un’assistenza ottimale ai pazienti cronici, in base a standard operativi basati sull’evidenza scientifica.

Nella gestione della cronicità vengono individuati i seguenti percorsi assistenziali:

- Diabete mellito;
- Scompenso cardiaco;
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- Patologia oncologica;
- Ictus;
- Malattie neurodegenerative;
- Demenza senile;
- Osteoartropatie cronico-degenerative;
- Insufficienza renale cronica;

Nell’ambito dell’Area della Cronicità sarà determinante l’integrazione di tutti gli attori coinvolti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti territoriali e ospedalieri, operatori sanitari non medici, pazienti, caregivers).

L'Ambito Socio-Territoriale

Il governo locale delle politiche sociali compete ai Comuni associati negli Ambiti Socio-Territoriali. **L'organizzazione delle funzioni è definita dalla legge regionale 4/2007.** Occorre, dunque, che i Comuni individuino e regolamentino gli elementi sia politico/istituzionali (Conferenza Istituzionale, Tavolo della Concertazione), che tecnici (Ufficio di Piano), in grado di garantire al percorso una "regia unitaria" e il necessario supporto tecnico per il suo funzionamento. L'Ambito Socio-Territoriale territorialmente, coincidente con il Distretto della Salute, rappresenta un'area omogenea ed ottimale del territorio regionale per la gestione associata dei servizi alla persona e alla comunità.

La Conferenza Istituzionale assume la funzione di soggetto politico territoriale per le macro scelte di politica sociale e d'integrazione con le politiche sanitarie.

L'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario

Nel quadro degli assetti organizzativi e gestionali per il governo delle politiche sociali e sanitarie integrate riveste un ruolo di rilievo **l'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario** quale **tecno-struttura di supporto** alla quale i comuni associati nei nuovi Ambiti Socio-Territoriali conferiscono funzioni di coordinamento e di gestione amministrativa del **Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari (PISS)**.

La definizione dell'assetto organizzativo e funzionale dell'Ufficio di Piano è di competenza della Conferenza Istituzionale che ne affida la direzione ad un coordinatore tecnico.

L'Ufficio di Piano ha il compito di supportare sul piano tecnico la Conferenza Istituzionale. Esso riveste un ruolo strategico poiché gli compete la funzione di programmazione generale (alla quale si collega quella di committenza) e svolge funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari.

L'Ufficio di Piano svolge, inoltre, un ruolo cruciale nell'attivazione di flussi di comunicazione tra tutti i Comuni dell'Ambito Territoriale, assicurando il consolidamento degli aspetti organizzativi, delle strategie amministrative e dell'integrazione con le politiche territoriali, in sinergia con gli orientamenti della Conferenza Istituzionale.

Ad esso va ricondotta la complessiva attività di coordinamento e di regia dei servizi implementati nelle aree di intervento in cui confluiscono le caratterizzazioni dei singoli territori.

All'Ufficio di Piano competono, nel dettaglio, le seguenti funzioni:

- Programmazione e Pianificazione;
- Gestione Tecnica e Amministrativa;

- Monitoraggio e Valutazione.

Funzioni di Programmazione e Pianificazione

L'attività di programmazione parte dalla valorizzazione delle esperienze già realizzate e da un puntuale lavoro di ricognizione di tutti i documenti, piani e programmi che riguardano il territorio di riferimento.

La funzione di programmazione e pianificazione è articolata nelle seguenti attività:

- attivazione dei tavoli di concertazione con tutti gli attori – istituzionali e non – che operano sul territorio;
- predisposizione degli strumenti di rilevazione per l'analisi della domanda e dell'offerta di servizi;
- ricognizione del complesso delle risorse disponibili e individuazione di ulteriori fonti di finanziamento (attività di *found racing*);
- definizione dei contenuti del PISS e redazione del Piano di concerto con le direzioni di Distretto.

Funzioni di Gestione Tecnica e Amministrativa

La gestione tecnico-amministrativa è articolata nelle seguenti attività:

- Supporto tecnico all'attività di coordinamento e indirizzo propria della Conferenza Istituzionale/Consiglio della Comunità Locale;
- Definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- Definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;
- Istruttoria tecnica per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento dei Servizi e delle Strutture pubbliche e private e definizione delle procedure per l'attività di verifica e controllo;
- Predisposizione degli atti per l'organizzazione dei Servizi e delle Strutture e dell'eventuale affidamento ai soggetti del terzo settore attraverso la definizione di bandi, gare d'appalto e altre forme di partenariato pubblico/privato;
- Definizione dei Regolamenti di accesso e di compartecipazione degli utenti alla copertura del costo dei servizi;
- Definizione delle procedure per l'eventuale rilascio di titoli di acquisto dei servizi (buoni sociali, assegni di cura...);

- Definizione delle modalità di reclutamento e di allocazione delle risorse umane;
- Predisposizione dei Protocolli d'intesa o altri atti per il coordinamento degli organi periferici delle amministrazioni statali;
- Coordinamento dei programmi e delle azioni dei servizi sociali territoriali e di eventuali articolazioni organizzative sub-ambito.

Funzioni di Monitoraggio e Valutazione

L'Ufficio di Piano assicura il necessario coordinamento operativo del sistema di monitoraggio e valutazione, soprattutto in presenza di articolazioni organizzative sub-ambito, e si occupa direttamente della stesura del documento-report annuale da presentare alla Conferenza Istituzionale/Consiglio della Comunità locale.

Le attività connesse alle funzioni di monitoraggio e valutazione sono articolate nel modo seguente:

- a. attività relative alla funzione di monitoraggio:
 - definizione di un piano di monitoraggio periodico delle attività svolte attraverso:
 - predisposizione di piani di attuazione previsti per il raggiungimento degli obiettivi;
 - predisposizione di idonei strumenti di rilevazione in raccordo con il Sistema Informativo Regionale (SIS) e con gli Osservatori Sociali Provinciali (OSP);
 - schede informative su risultati/prodotti;
 - questionari;
 - schede strutturate di osservazioni;
 - risultanze focus group: attori chiave e decisori;
 - schede descrittive.
 - Definizione di un piano di monitoraggio per le procedure di affidamento dei servizi previsti nel Piano con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti affidatari, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi;
 - predisposizione di un piano di monitoraggio per i servizi erogati;
 - predisposizione di sistemi informativi per la raccolta dei dati;
 - predisposizione di sistemi informativi per elaborazione dei dati.
- b. Attività relative alla funzione di valutazione:

- Predisposizione di sistemi di valutazione del PISS in grado di sostenere il suo processo di adeguamento o la sua ri-definizione;
- Predisposizione di idonei strumenti di valutazione e verifica (anche del grado di soddisfazione dell'utenza) uniformi su base d'Ambito tra cui:
 - questionari di rilevazione,
 - questionari per utenti e fruitori dei servizi,
 - questionari per gli erogatori dei servizi,
 - questionari per la percezione della qualità.

l'Ufficio di Piano, così costruito e articolato, diviene una struttura strategica nei percorsi di integrazione socio-sanitaria e impone, nello specifico, la definizione di strumenti e modalità di lavoro assolutamente integrati con il Distretto della Salute.

La direzione e la composizione dell'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano deve avvalersi della seguente dotazione organica:

- il Coordinatore tecnico;
- un'unità di personale a supporto del Coordinatore tecnico;
- un referente amministrativo contabile.

Le risorse umane sono individuate fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito e/o nelle disciolte Comunità Montane oppure, nel rispetto delle modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni. Nelle procedure di reclutamento di professionisti esterni si dovranno considerare le esperienze professionali maturate fino ad oggi assicurando adeguati punteggi di valutazione dei titoli (e/o ricorrere a procedure di stabilizzazione consentite dalla legge) anche al fine di non disperdere, ove esistente, il patrimonio di competenze e di esperienze professionali accumulato dai territori.

Il Coordinatore dell'Ambito Socio-Territoriale assumerà anche il ruolo di **Coordinatore tecnico dell'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario** ed opererà in stretto raccordo con il direttore del Distretto della Salute.

Il Coordinatore dovrà essere individuato scegliendo una professionalità coerente con le funzioni da esercitare che saranno prevalentemente quelle di coordinamento e confronto con i soggetti che, a diverso titolo, concorrono alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi .

Il Coordinatore, garantendo il necessario coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti della rete curerà la fase di definizione, di prima stesura e di concertazione dei contenuti del PISS.

Al Coordinatore competerà anche la responsabilità complessiva delle attività svolte dall'Ufficio, compresa l'attività di monitoraggio e valutazione del Piano, il coordinamento e la raccolta di tutte le informazioni e dei dati necessari per impostare una corretta attività di programmazione e pianificazione.

La raccolta e il trattamento dei dati sarà effettuata garantendo il necessario raccordo con il Sistema Informativo Regionale e con gli Osservatori Sociali Provinciali.

Il Direttore di Distretto e il Coordinatore tecnico dell'Ufficio del Piano Sociale definiranno i criteri di individuazione del servizio e del responsabile della presa in carico per ciascun utente dei servizi socio-sanitari e adotteranno protocolli unitari di cura e assistenza per la predisposizione e la valutazione professionale dei bisogni, per la compilazione e l'aggiornamento delle cartelle sociali, per la messa a punto dei programmi personalizzati e per l'erogazione integrata dei servizi, in conformità con le linee guida e gli indirizzi regionali.

CAPITOLO 4 - RIPENSARE L'OSPEDALE

Dalla deospedalizzazione alla ri-spedalizzazione

Sull'Ospedale, appare opportuno cambiare logica ed impostazione del modo di intenderli.

Per anni ha prevalso un indirizzo sottrattivo, volto a ridimensionare l'ospedale in tutti i modi, come se fosse un "disvalore", noto con il termine "deospedalizzazione".

Oggi abbiamo bisogno di ripensare il ruolo, i modi funzionali, l'operatività, i rapporti interni ed esterni, le professioni storiche, quindi il "valore", e per questo è necessario parlare di "ri-spedalizzazione".

L'ospedale ha bisogno di essere riabilitato agli occhi delle comunità, di riqualificarsi, di essere percepito come affidabile, anche per contrastare il fenomeno costoso e oneroso della *mobilità degli assistiti*: ha bisogno, quindi, di un ripensamento culturale.

Due gli indirizzi di fondo di questo programma:

1. riequilibrare le "quantità" ospedaliere, con l'ottica della compatibilità, adottando parametri ben ponderati, volti a superare ogni forma di antieconomicità;
2. ripensare le "qualità" dell'assistenza ospedaliera, ripensando un "modello" di ospedale che a tutt'oggi è ancora fermo a quello descritto dalla riforma ospedaliera del 1968.

L'idea moderna di fondo è quella dell'ospitalità, della dipartimentalizzazione, dei percorsi clinici integrati, del day service, del day surgery, delle reti.

Sono modelli che, nei fatti, modificano l'ospedale, inteso nella sua storica metafora di "presidio" e lo aprono alla società, riallocando funzionalmente le sue prestazioni, anche fino alla domiciliarità.

L'ospedale diventa, così, una struttura necessaria a contenere delle funzioni volte ad andare anche oltre la struttura stessa.

In questo modo, la storica divisione ospedale/luogo di vita viene superata e l'ospedale arriva, se serve, fino al luogo di vita del malato.

Tale ripensamento non è concepito solo per una generica riumanizzazione, ma anche per ridurre alcuni pesanti costi riconducibili al contenzioso legale, alla medicina difensivistica, ai comportamenti opportunistici degli operatori.

Per di più i nostri ospedali stanno diventando teatro di crescenti conflitti interprofessionali.

Ma essi, oltre ad essere delle concentrazioni di operatori, sono anche delle concentrazioni di tecnologie, soprattutto diagnostiche e chirurgiche, che impongono la necessità sia di una valutazione del loro impiego appropriato che della loro acquisizione e distribuzione nella rete.

Per tali ragioni questo programma stabilisce:

- I parametri e la metodologia di calcolo per riequilibrare strutturalmente il sistema ospedaliero e ricondurre tutti i presidi interessati all'interno di una configurazione a rete;
- le forme e i modi per ripensare l'ospedale dentro una nuova visione *dell'ospitalità* fondata su un ripensamento del ricovero;
- le metodologie di riferimento per sviluppare *l'health technology assessment*;
- le soluzioni organizzative più idonee per favorire l'erogazione dell'assistenza in base a livelli di complessità differenziati, per l'acuzie e la post-acuzie, per i percorsi integrati, per i dipartimenti delle professioni, per acquisire nuove soluzioni del tipo *see and treat, fast track surgery*, nelle quali si affermi chiaramente una nuova responsabilità gestionale della figura infermieristica laureata senza per questo ledere in alcun modo le prerogative della professione medica;
- le soluzioni organizzative idonee a riconvertire con gradualità almeno il 40% dei ricoveri ordinari chirurgici attraverso l'organizzazione del *day surgery*, non tanto riservando ad esso, nei reparti di chirurgia, un certo numero di posti letto, ma organizzando autonomamente il day surgery in un dipartimento chirurgico;
- l'organizzazione comunitaria della funzione di nursing.

Il ripensamento di alcune specificità ospedaliere, quale ad esempio i modelli di assistenza e di organizzazione dei servizi, troverà una particolare rilevanza all'interno di quelle strutture ospedaliere fortemente caratterizzate dall'alta specializzazione.

In tal senso, appare evidente il ruolo che l'azienda ospedaliera S Carlo ha svolto negli anni, all'interno del S.S.R.

Tale ruolo dovrà avere ulteriori occasioni di rafforzamento e di caratterizzazione, sia nei suoi momenti di cura, che nelle modalità di organizzazione delle stesse.

CAPITOLO 5 - RETI QUALI SISTEMI INTERCONNESSI PER LA SALUTE

Reti distrettuali, interdistrettuali, ospedaliere, interospedaliere

Il Sistema Sanitario Regionale, nel suo insieme ed in ciascuna delle proprie aree operative, assume il modello di *rete integrata* di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate.

Le reti integrate dei servizi, ed i percorsi clinici, hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale, assicurando equità di accesso e prestazioni efficaci sulla salute.

L'organizzazione dei servizi si basa sugli stessi presupposti dei sistemi dipartimentali interconnessi, con la differenza che le reti allargano la multiresponsabilità sui processi. Nell'attuale contesto sanitario, il bisogno assistenziale descrive il "caso" di cui prendersi cura, che in genere non è mai riduttivamente clinico, ma implicato con contingenze sociali, situazioni esistenziali, specificità individuali.

Il "caso" è quello che, letto da sistemi interconnessi, governati da cabine di regia apposite, convoca tutti gli eventi assistenziali che si rendono necessari.

Le reti non vanno intese semplicemente come somme di prestazioni, e meno che mai come semplici estensioni cliniche, ma come corsie preferenziali nelle quali viaggiano i "casi".

Il sistema delle reti integrate presuppone quindi l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa, e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza.

Le reti sono fatte da relazioni tra i servizi e non da somme di servizi senza relazioni.

Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione coordinata fra le singole unità produttive, all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro affidato.

Per comprendere la *dinamica* di tali "corsie preferenziali", è sufficiente pensare nel seguente modo: il caso, il bisogno, la necessità del malato costituiscono le *condizioni iniziali* da cui

parte l'*evoluzione* dei trattamenti e dell'assistenza verso un grado sempre più alto di appropriatezza.

In questa *visione dinamica* dell'assistenza, il "caso" è paragonabile ad una *traiettoria*, quindi ad un'*evoluzione temporale*, governata con criteri di progressività, di consequenzialità, di un crescente grado di conoscenza clinica e non solo.

Il principio di fondo è il seguente: se sono noti i bisogni di un malato è possibile *prevedere e programmare* un percorso *traverso* sistemi interconnessi (dipartimenti, reti) sino ad ora organizzati in *modo statico*, come catene di presidi e di unità operative. Il vantaggio di questo approccio dinamico è non solo quello di prevedere l'esito finale dei trattamenti sanitari possibili, ma anche quello di programmare i trattamenti stessi.

Una rete, quindi, è un sistema dinamico che si compone di due parti: le informazioni sul "caso" e le regole organizzative che descrivono la sua evoluzione dentro l'intero sistema di servizi.

Ne consegue che l'evoluzione di un "caso" può essere rappresentato in quello che in altri ambiti disciplinari si definisce "*spazio degli stati*" o "*spazio delle fasi*".

L'evoluzione dei bisogni assistenziali di un malato durante un percorso terapeutico o diagnostico può essere considerato come un'evoluzione di stati o di fasi che decidono gli spazi in cui progredire.

Le reti altro non sono se non spazi assistenziali concepiti in rapporto a stati diversi, o a fasi diverse, dei bisogni del malato.

L'organizzazione di reti concepite come *spazi* in rapporto a *fasi* ci consente di rappresentare il percorso di un malato come se egli fosse "*attratto*" verso un'assistenza in cui il bisogno si stabilizza, cioè è massimamente soddisfatto in tutti i modi possibili e con tutti i mezzi possibili.

La rete, quindi, è una corsia preferenziale che traversa un sistema sanitario allargato e che conduce un malato verso un "*attrattore*", cioè un luogo, uno spazio del sistema sanitario nel suo complesso nel quale l'assistenza si esprime al suo massimo livello di appropriatezza.

Un sistema sanitario, ovviamente, possiede più attrattori, e ciascun servizio è per quota parte un attrattore, ma i due massimi attrattori sono l'ospedale ed il distretto, cioè verso l'alto "più specializzazione" e verso il basso "più assistenza".

Se è ragionevole ritenere che i casi, quindi i malati, siano diversi, è altrettanto ragionevole ritenere che anche le reti siano diverse e che gli attrattori siano molteplici.

La mediazione da fare riguarda la specificità del caso con le reti disponibili.

E' evidente che non si possono fare reti ad personam, sia nel senso dell'ammalato sia nel senso dell'operatore, ma è del tutto ragionevole prevedere reti per casi esemplari, per classi di complessità, per pacchetti di prestazione, per patologie, per specialistica.

La cosa che va accuratamente evitata è pensare le reti con una logica statica, cioè come estensioni di strutture o come incorporazione di servizi in altri servizi o, semplicemente, come colonizzazione di specialità ospedaliere su altri servizi contigui e complementari.

In questo modo non di reti si dovrà parlare, ma di semplice estensione della logica strutturale e di presidio.

Le reti non possono essere viste se non in una visione dinamica, cioè come mezzi che sostengono traiettorie, evoluzioni, passaggi di fase a partire dalla comunità, per interessare il distretto, fino ad arrivare all'ospedale.

I modelli operativi

I modelli operativi di configurazione di una rete integrata di servizi si distinguono in base all'intensità ed alla complessità dell'assistenza erogata ed anche agli eventuali rapporti gerarchici nelle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi.

I modelli organizzativi che il Programma propone di adottare sono:

- il modello "hub & spoke", che prevede la concentrazione dell'erogazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza ("hub") e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati ("spoke");
- il modello delle reti cliniche integrate, in cui il sistema di produzione viene gestito senza individuare una gerarchia fra i diversi nodi della rete;
- il modello della dipartimentalizzazione orizzontale e verticale.

La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi, in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali e distrettuali, così come alle singole strutture operative.

I criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni assistenziali devono essere rispettati a qualsiasi livello organizzativo.

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema, e di ciascuno dei suoi componenti, adotti il modello del *percorso assistenziale*, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

I percorsi di cura, ovvero le “corsie preferenziali” delle reti

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni del paziente (espliciti o impliciti) allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli.

I bisogni sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti.

Tali categorie sono presenti (in numero variabile ed in base ad esigenze specifiche) nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura, generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica, sono le seguenti:

- valutazione;
- presa in carico/pianificazione;
- comunicazione/informazione/consenso/educazione;
- sicurezza;
- indagini diagnostiche;
- consulenze;
- terapia medica;
- terapia chirurgica;
- interventi e procedure assistenziali.

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente, a prescindere dalla complessità del problema di salute, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale, all'interno del quale è possibile individuare diverse “fasi” o “episodi di cura”, quali processi temporali predefiniti.

Generalmente vengono individuate le seguenti fasi così articolate :

Fase I: Accesso e presa in carico

- valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale;
- presa in carico nel percorso assistenziale.

Fase II: Cura e trattamento

- erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato.

Fase III: Dimissione e follow-up

- conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase;
- monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale.

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

CAPITOLO 6 - IL GOVERNO DEL SISTEMA

Governo clinico e management diffuso

La questione del governo clinico nel nostro Paese ha assunto un significato diverso da quello originario definito da Chambers e Wakley nel 2000, ed ostinarsi, nonostante tutto, a ribadire questo significato originale, non è privo di contraddizioni.

La questione, quindi, merita una puntualizzazione.

Essa riguarda il ruolo degli operatori nel governo della complessità.

Dire che i “servizi” si rendono corresponsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza, o dire che si ha *governance* quando si crea una struttura che fa funzionare meglio i processi decisionali non vuol dire altro che porre la questione del *management diffuso* all’interno di un’azienda.

La complessità non può che essere governata da un insieme di co-decisoro dentro un sistema di responsabilità differenziate.

L’idea di ripensare con “l’autore” le transazioni all’interno di un’azienda sanitaria, cioè di scambiare con gli operatori quote di *autonomia* professionale in cambio di quote di *responsabilità* professionali, è un’idea del tutto funzionale ad una concezione di management diffuso e di governo della complessità.

All’interno di questo modello concettuale sono confermati gli strumenti classici di gestione del governo clinico, e precisamente:

- efficacia della cura (Linee guida e percorsi assistenziali);
- sicurezza della cura (gestione del rischio clinico);
- formazione;
- valutazione (Audit);
- partecipazione e coinvolgimento;
- ricerca e innovazione.

E’ del tutto evidente che nel momento in cui dalla visione statica dei presidi e delle unità operative si passa ad una visione dinamica dei percorsi, dei sistemi interconnessi, delle reti, l’idea di responsabilità legata alla struttura si deve adeguare ad un’idea di responsabilità legata alla presa in carico, al processo ed al percorso.

In questo senso, l’idea di autore può costituire la base per nuovi e più avanzati ragionamenti.

La Formazione

La qualità, la formazione e la ricerca sono strumenti fortemente integrati ed interdipendenti, finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata e, in definitiva, dello stato di salute del cittadino.

Nel Sistema Qualità Aziendale la Formazione è parte integrante della professione e dell'organizzazione, in quanto strumento che consente di adeguare conoscenze, competenze e abilità agli obiettivi di entrambe.

La Formazione è intesa come attività continua di riflessione sulla prassi quotidiana degli operatori sanitari (formazione sul campo), che ha come obiettivo l'apprendimento, inteso come modifica, più o meno stabile nel tempo, delle mappe cognitive, affettive e comportamentali degli attori coinvolti.

Ne risulta una formazione che non è solo bagaglio di abilità e competenze tecnico-professionali ma anche "cultura", cioè modo di leggere ed interpretare la realtà, aperta ad altri saperi propri di discipline diverse, solo apparentemente estranee alla organizzazione di un servizio sanitario pubblico, e che deve coinvolgere anche il cittadino, quale paziente attuale o potenziale, che con le proprie conoscenze, aspettative e comportamenti condiziona la qualità complessiva delle cure erogate.

La ricerca significa certamente studi clinici o di laboratorio ma, trasferita nella pratica quotidiana, diventa un modo di agire dell'operatore sanitario nella erogazione dell'attività assistenziale, caratterizzato dall'esercizio sistematico del dubbio, dallo sforzo di verificare le ipotesi, dall'uso della logica nelle proprie argomentazioni, dalla continua ricerca delle prove di efficacia clinica e dalla verifica dei risultati raggiunti.

La qualità della cura, termine che assume di volta in volta significati diversi a seconda dei contesti in cui viene usato, è determinata dal modo in cui le risorse umane, tecnologiche, organizzative vengono usate e questo riflette i modelli cognitivi, affettivi e comportamentali delle persone coinvolte: in definitiva, la loro formazione.

In questo modo la qualità diventa non qualcosa che si fa ma qualcosa che si è: si passa da un contesto in cui il sistema di gestione per la qualità si aggiunge al lavoro quotidiano ad uno in cui il lavoro quotidiano diventa il sistema di gestione per la qualità.

Non ci può essere qualità delle prestazioni sanitarie senza un coinvolgimento attivo del cittadino nelle scelte che riguardano la propria salute; di qui la necessità di una formazione

adeguata per il paziente, perché questi possa avvalersi del proprio diritto/dovere a che queste scelte siano partecipate e consapevoli.

Lo scopo della formazione rivolta al cittadino deve essere quello dell'empowerment dello stesso, cioè un paziente *"appropriato"*, il che significa aiutarlo a vivere la nuova condizione di *"ospitalità"*:

- un paziente informato e consapevole, in grado di prendere in maniera autonoma le decisioni che riguardano la propria salute;
- un paziente che, abbandonato il *"mito"* di una Medicina onnipotente che guarisce sempre e comunque, è in grado di comprendere e condividere la incertezza propria delle decisioni cliniche;
- un paziente che riconsidera in maniera responsabile le credenze e le aspettative sui problemi riguardanti la propria salute, esercitando il proprio diritto/dovere ad una adeguata formazione/informazione;
- un paziente responsabile delle conseguenze sociali, economiche e politiche delle proprie scelte.

Dal momento che il cittadino è il destinatario delle attività di cura, la sua sicurezza deve essere posta al centro del sistema. Nell'ambito della gestione del rischio clinico, la formazione assume un ruolo fondamentale nella diffusione della cultura della sicurezza, allo scopo di favorire fra gli operatori sanitari un atteggiamento proattivo nella valutazione delle potenziali situazioni di rischio per il paziente, e in quest'ultimo una partecipazione attiva, consapevole e responsabile alle decisioni sulla propria salute, fattore decisivo per l'aumento della sicurezza delle cure.

Tuttavia decisivo è, relativamente alla formazione, il suo orientamento strategico. La formazione deve essere considerata parte integrante di questo programma. Anzi una condizione importante per la sua realizzazione.

Si tratta di far evolvere l'impostazione classica dell'ECM nata, come è noto, da una legge per la razionalizzazione del sistema sanitario. Questo programma non disdegna interventi di razionalizzazione ma, come si è detto, è orientato a provocare un cambiamento ed un ripensamento. La formazione, quindi, deve essere concepita come appropriata alle finalità strategiche di questo programma, alle politiche trasversali che sono state delineate, alle

riorganizzazioni che si sono proposte, ai nuovi livelli di responsabilità professionali che spettano agli operatori, alle nuove concezioni di distretto di comunità ed alle nuove visioni legate ai percorsi ed alle reti.

Metodologia formativa

Le metodologie di formazione di tipo tradizionale mantengono certamente un loro ruolo ma saranno privilegiate, anche ai fini dell'accREDITAMENTO ECM, quelle metodologie didattiche universalmente considerate più efficaci per il raggiungimento degli obiettivi formativi.

Per quanto attinente alla formazione sul campo, vengono indicati di seguito le principali tipologie individuate, con le relative definizioni:

- l'Audit Clinico, quale strumento per il miglioramento della qualità della cura: attività svolta con modalità sistematica e standardizzata, adeguatamente documentata, finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza;
- il progetto di miglioramento della pratica assistenziale: attività formativa con metodologia strutturata finalizzata al miglioramento di aspetti specifici della pratica assistenziale;
- il tirocinio: attività di addestramento, con applicazione di istruzioni e procedure mediante le quali il discente acquisisce nuove conoscenze, abilità e comportamenti necessari per la esecuzione di attività specifiche, utilizzo di tecnologie e strumenti e miglioramento di aspetti relazionali;
- la metodologia della ricerca: partecipazione ad attività di ricerca.

Queste metodologie formative specifiche della formazione sul campo si prestano ad essere utilizzate, insieme o separatamente, con contenuti che possono essere individuati di volta in volta, in base al fabbisogno ed agli obiettivi formativi, siano questi di tipo professionale, gestionale o di relazione.

Competenze, abilità, sensibilità

E' necessario, comunque, ai fini della qualità dei servizi erogati, identificare, definire ed assicurare un profilo di competenze di base, trasversali e comuni per ogni professionista coinvolto nei processi aziendali.

Le competenze così esplicitate possono essere conosciute, trasmesse, capitalizzate, garantite e valutate.

Le abilità riguardano soprattutto l'atteggiamento nei confronti della complessità, la capacità di stare nelle relazioni, l'attitudine ad integrarsi con altri, la predisposizione a comprendere le situazioni e le contingenze.

Se la competenza si basa sui valori della conoscenza razionale, le abilità si basano su quelli certamente della razionalità, ma agita con buon senso e ragionevolezza.

Le competenze professionali di base sono definite negli ambiti:

- professionale (conoscenza dichiarativa): sapere le cose da fare;
- tecnico-operativo (conoscenza operativa): saper fare le cose da fare;
- relazionale: sapersi relazionare con il cittadino/utente/paziente e con altri operatori;
- gestionale: saper pianificare, attuare e monitorare l'assistenza erogata;

In ciascuno di questi ambiti sono definite competenze specifiche, con i comportamenti correlati, abilità e sensibilità.

Un *autore* è un insieme di queste cose:

- cultura ed esperienza professionale;
- competenza e abilità tecnico-operativa;
- abilità Relazionale;
- competenza gestionale.

Ricerca

La ricerca non è limitata alla pianificazione di studi clinici secondo metodologie codificate ma, intesa come dimensione fondamentale della prassi quotidiana nelle attività di erogazione dell'assistenza, interessa tutte le componenti ed i modelli dell'organizzazione di un'Azienda Sanitaria, ed è finalizzata alla valutazione ed al miglioramento continuo degli stessi. L'integrazione della ricerca, anche in collaborazione con Enti esterni all'Azienda, con la formazione e l'innovazione tecnologica ed organizzativa nei percorsi di cura è uno strumento finalizzato allo sviluppo ed alla diffusione delle conoscenze.

Oltre alla ricerca quantitativa, nell'assistenza sanitaria va assumendo un ruolo crescente la ricerca qualitativa, con metodologie strutturate e validate, che consentono la esplorazione delle dimensioni cognitive e affettive coinvolte nella relazione di cura.

E' possibile fare questo tipo di ricerca sulla qualità delle cure, il benessere individuale o collettivo, le aspettative implicite o esplicite, al fine di aumentare l'appropriatezza e la qualità complessiva della risposta al bisogno espresso.

Il discorso sulla ricerca oggi deve cimentarsi con nuovi approcci e servirsi delle organizzazioni a rete, dipartimentali, dei percorsi, e allargare i suoi ambiti esplorativi.

In tal senso si deve guardare all'unico istituto a carattere scientifico, l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture, della regione come ad una istituzione-guida della ricerca scientifica partendo dal presupposto che nei servizi, nelle reti, nei dipartimenti, la ricerca deve essere una quota della declaratoria funzionale di ogni struttura.

La ricerca non è solo di base, ma serve a migliorare le performance, a perfezionare i modelli, a misurare i fenomeni, a definire approcci clinici nuovi.

Health technology assessment

I Sistemi Sanitari pubblici sono chiamati a garantire a tutti i cittadini livelli di cura sempre più elevati anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie che rivestono quindi un ruolo di primaria importanza.

In generale, una nuova tecnologia, che comprende nell'ampia accezione apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche percorsi assistenziali e organizzativi nei quali viene erogata l'assistenza, non risulta sempre più efficace e sicura rispetto a quelle già in uso, la loro introduzione deve perciò essere preceduta da un'attenta valutazione. Inoltre, la complessità legata alla rapidità con cui le tecnologie si affacciano sul mercato e la necessità di dover dare priorità agli interventi in ragione delle limitate risorse economiche, determina l'esigenza di adottare strumenti capaci di sintetizzare più aspetti quali quelli epidemiologici, clinici, economici etici e legali per consentire ai decisori di operare le scelte più opportune.

Le tecnologie, date le loro caratteristiche, non solo assorbono le risorse nella gestione corrente ma "immobilizzano", anche per lunghi periodi, ingenti investimenti in termini di capitali finanziari e umani. Nasce, quindi, l'esigenza di trovare dei meccanismi che permettano di valutare l'impatto che la scelta e il successivo utilizzo delle tecnologie hanno sulla qualità delle prestazioni erogate nonché sulla produttività delle risorse utilizzate.

Il problema è quindi quello di individuare, le tecnologie che garantiscono il migliore rapporto tra i benefici prodotti e le risorse dedicate in un contesto caratterizzato da risorse limitate e da una domanda di assistenza crescente sia in termini quantitativi che qualitativi.

L'affrontare un problema di così grande complessità implica l'impegno ed uno sforzo di competenze molto diverse e provenienti dal versante degli operatori sanitari, dei decisori politici e dei ricercatori nelle aree cliniche, economiche, statistiche ed ingegneristiche. L'interdisciplinarietà rappresenta il primo e più rilevante carattere di qualsiasi metodo di valutazione dell'appropriatezza delle tecnologie in campo sanitario.

Le tecnologie sanitarie diventano pertanto oggetto di una valutazione di più dimensioni, mirata all'analisi e alla conoscenza degli effetti reali/potenziati assistenziali, economici, organizzativi, sociali ed etici, a breve e lungo periodo.

Lo strumento che meglio riesce a sintetizzare tutti questi aspetti è l'Health Technology Assessment (HTA) poiché utilizza un approccio multi-disciplinare, multi professionale e multi-settoriale a supporto dei decisori. Lo scopo fondamentale che si persegue nell'applicazione della metodologia HTA è di veicolare le informazioni scientifiche ai

decisori politici, attraverso specifici report in cui si utilizza un linguaggio chiaro, attraverso un processo rigoroso, sistematico e trasparente.

Già il Programma Sanitario Nazionale 2006-2008, invita all'utilizzo dell'HTA per orientare le scelte politiche, in particolare, si ribadisce che: la valutazione delle tecnologie sanitarie - Health technology assessment - ha l'obiettivo di informare coloro che devono prendere le decisioni sulla scelta di tecnologie, usando le migliori evidenze scientifiche sull'impatto e le implicazioni mediche, sociali, economiche ed etiche degli investimenti in sanità. Tali metodologie sono indispensabili nella valutazione delle alte tecnologie, per gli alti costi e la difficile gestione connessi, al fine di consentirne una distribuzione razionale sul territorio, per evitare inutili sprechi (doppioni) o gravi carenze.

La valutazione delle tecnologie sanitarie deve, quindi, supportare sia a livello regionale che aziendale, il processo decisionale con il più ampio coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

La Regione assume, quindi, le funzioni programmatiche e coordinamento in materia di controllo della domanda e di programmazione degli investimenti nelle Aziende sanitarie, con particolare riferimento alle dotazioni tecnologiche, realizzando strumenti efficaci di conoscenza e monitoraggio sull'erogazione dell'assistenza per:

- il miglioramento dei processi di scelta, attraverso la maggiore consapevolezza e conoscenza delle alternative possibili e delle possibili ricadute derivanti dall'introduzione di specifiche tecnologie;
- la razionalizzazione della spesa;
- la diffusione nella pratica clinica delle tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti secondo modalità responsabili, condivise, trasparenti, monitorabili e verificabili;
- l'efficace adozione ed utilizzo delle apparecchiature, basati su una adeguata evidenza scientifica.

La valutazione delle tecnologie a livello regionale, ovvero il livello delle politiche sanitarie per le quali l'HTA, supporta il policy making e la ricerca di appropriatezza della pratica clinica, svolgendo un'azione di coordinamento e di sintesi tra il livello nazionale e quello aziendale. A livello nazionale la Regione Basilicata ha già aderito all'iniziativa promossa e coordinata dall'Agenas per la creazione della Rete Italiana di Health Technology Assessment (RIHTA), cui la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito il compito di sostenere e supportare le Regioni nell'ambito dell'HTA (delibera n.73/CU del 20.09.2007), per la costituzione di network interregionali con lo scopo di condividere i risultati di ricerca e le

banche dati oltre a dover costruire specifici percorsi di formazione. Le funzioni del coordinamento regionale per l'HTA saranno assunte dall'Osservatorio dei Prezzi e delle Tecnologie in Sanità (OPT), in accordo con DGR n.139/2010 in attuazione delle disposizioni di cui all'art.22 c.4 della LR.n.27/09, mentre a livello aziendale l'HTA, in accordo con l'OPT regionale, dovrà supportare le direzioni strategiche nella individuazione e l'approvvigionamento delle tecnologie più appropriate attraverso un processo di contestualizzare dei report HTA nazionali e regionali. L'attività di HTA servirà quindi a documentare in maniera scientifica l'impatto delle nuove tecnologie e di valutare l'opportunità di abbandonare quelle ormai obsolete, più costose e meno sicure (disinvestment).

Rischio clinico, contenzioso, costi assicurativi e medicina legale

Negli ultimi anni i sistemi sanitari hanno visto imporsi un genere di costi che in passato erano abbastanza marginali e legati alla crescita del contenzioso legale.

Si tratta di costi che si spiegano, da una parte, con i cambiamenti legati alla tradizionale figura del paziente e dall'altra con un'eccessiva invarianza delle organizzazioni sanitarie, dei modi storici di funzionare dei servizi, nonché dei tradizionali comportamenti professionali. I sistemi sanitari con un basso grado di interconnessione in genere hanno un tipo di rapporto con i malati che predispone al contenzioso legale. Al contrario avere buone relazioni con i malati e i cittadini predispone ad un abbassamento del contenzioso legale.

Collegati ai costi etici ed economici del contenzioso legale vi sono altri due tipi di costi che tendono continuamente a crescere, quelli propri alle coperture assicurative e quelli riconducibili alla medicina difensivistica.

Nel loro insieme tali costi si aggiungono a quelli per la produzione di assistenza e di cura e rappresentano esattamente oneri aggiuntivi dovuti a cattive transazioni tra operatori e malati, tra servizi sanitari e cittadini.

Essi non sono solo un problema di amministrazione ma paradossalmente sono un problema etico e scientifico, dal momento che provengono da profonde distorsioni delle metodologie e delle pratiche ortodosse.

Per tutte queste ragioni è opportuno che accanto a misure di formazione, di ripensamento dei servizi si preveda contestualmente una sorta di riuso di quella funzione definita

genericamente “*medicina legale*” e che a tutt’oggi, nonostante i problemi relativi al contenzioso legale, riveste, suo malgrado, un’indebita posizione ancillare e residuale.

La sicurezza del paziente, intesa come *libertà da danni non necessari o danni potenziali associati alle cure sanitarie*, è riconosciuta come obiettivo primario da tutte le organizzazioni Sanitarie.

In questo contesto va rivalutato il ruolo della Medicina Legale, delle Direzioni Sanitarie, dell’URP e dell’Ufficio Legale. Una reinterpretezione in chiave plastica e moderna di strutture divenute un po’ troppo rigide e per molti versi sottoutilizzate.

Il coinvolgimento diretto degli operatori e degli utenti (la “prima linea”) nelle problematiche modificherà ruoli, compiti e funzioni di molte strutture storicamente molto distaccate dalle esigenze delle linee operative.

Fondamentale diventa la presa in carico non solo della malattia ma anche del malato e del professionista della Sanità, che ormai troppo spesso non riescono a capirsi e sono sempre più abituati alla chiusura ed allo scontro.

L’obiettivo atteso è rasserenare i rapporti tra professionisti della Sanità e i cittadini.

Un ruolo determinante è affidato all’analisi dei percorsi di cura (PDTA) e delle fonti di errore in essi contenuti (errori latenti), utilizzando gli strumenti della gestione del rischio (rappresentati soprattutto da Audit, Safety Walkaround, RCA, FMEA), dai resoconti dei pazienti, dall’esame del loro vissuto, dalle loro impressioni personali.

Il recupero del dialogo con il cittadino e una nuova contrattazione della *Safety* dovranno essere corroborati da una corretta analisi delle attività Sanitarie.

Le richieste di risarcimento danni (che non sono indicatori della qualità delle cure, né tantomeno standard di riferimento delle prestazioni erogate) sono comunque ricche di informazioni importanti, e vanno studiate, rese note agli operatori interessati e soprattutto gestite nella maniera migliore e più attenta possibile.

Tutta la fase stragiudiziale dei sinistri dovrà essere gestita nelle U.O. di Medicina Legale che esamineranno il caso, raccoglieranno la documentazione clinica di pertinenza ed eventualmente una relazione specialistica sul caso, effettueranno una visita medico-legale sul danneggiato ed in tempi brevi dovranno relazionare al Broker e/o alla Compagnia Assicurativa in modo che si ponga a riserva una cifra congrua e si giunga ad un risarcimento del danno equo, tempestivo e corretto.

Tutto questo oggi è quasi completamente demandato alle Compagnie di Assicurazione e ciò comporta, come detto, la perdita di molti e preziosi elementi, nonché ritardi e difficoltà di comprensione e di comunicazione tra i vari Attori.

La creazione del Comitato di Verifica dei Sinistri (CVS), come oltre si dirà, può rappresentare un elemento chiave nella gestione della fase stragiudiziale dei sinistri e la sua gestione va demandata alle U.O. di Medicina Legale.

L'impegno delle singole Aziende Sanitarie nella riduzione della sinistrosità che, come detto, si baserà su migliori livelli di sicurezza e di comunicazione e su una presa in carico delle richieste di risarcimento danni già in ambito aziendale (sgravando quindi le Compagnie Assicurative in tutta una serie di attività preliminari) potrà essere utilizzato, in fase di trattativa, per una riduzione dei costi assicurativi.

Anche la fase giudiziaria del contenzioso dovrà essere monitorata sia dagli Uffici Legali che dalle U.O. di Medicina Legale delle singole Aziende Sanitarie.

Si dovrà svolgere un'azione di reale controllo e verifica dell'affidamento e della conduzione degli incarichi sugli Avvocati e/o Studi Legali esterni all'Azienda, conferendo maggiore responsabilità e autorevolezza agli Uffici Legali e Medico Legali. Le U.O. di Medicina Legale dovranno assicurare alle Aziende una presenza costante nelle fasi di valutazione giudiziaria (CTU e Perizie) in modo da garantire una difesa degli interessi Aziendali.

Un miglioramento dei livelli comunicativi ed un innalzamento dei livelli di sicurezza dovrebbe portare ad una riduzione della conflittualità, ed anche, una auspicabile riduzione dei costi assicurativi (cd. "riduzione primaria").

Una "riduzione secondaria" dei costi assicurativi giungerà dalla gestione interna ed attenta (U.O. di Medicina Legale e Uffici Legali) della fase stragiudiziale dei sinistri assicurati. Un'ulteriore riduzione dei costi assicurativi dovrà giungere da una sempre più attenta gestione del contenzioso medico-legale giunto alla fase giudiziaria.

Il finanziamento del SSR e l'innovazione organizzativa e contabile

La sostenibilità del SSR, quale principio e valore chiave di questo piano, si basa sia sulla convergenza dei costi rispetto alle figure standardizzate dei fabbisogni, per livelli di assistenza, secondo le linee attuative della nuova regolazione nazionale ed interregionale, sia attraverso una forte attenzione alla affidabilità e alla trasparenza dei sistemi contabili e delle procedure amministrativo-contabili presso tutte le strutture del SSR, in piena coerenza con tutti gli altri sistemi e strumenti di gestione; i costi/fabbisogni standard e la qualità e trasparenza dei sistemi contabili, sono complementari e mutuamente necessari.

L'ultimo quindicennio è stato contrassegnato da un notevole incremento della spesa sanitaria pubblica in termini assoluti e in percentuale sul prodotto interno lordo.

Tale incremento di per sé non può considerarsi un fatto negativo, anzi costituisce un elemento distintivo, un segno di civiltà e di progresso per un Paese che destina una quota crescente di risorse alla tutela di un bene prezioso ed insostituibile quale è la salute.

L'incremento della spesa sanitaria pubblica diviene invece un problema nella misura in cui esso non è più compatibile con i vincoli economici.

In Italia il solo settore sanitario assorbe circa 8,7% del PIL prodotto (dato Istat), mentre in Basilicata l'incidenza è maggiore arrivando al 10,6%. Circa poi la composizione di tale dato occorre evidenziare che la spesa pubblica si attesta sul 9% del PIL regionale e che l'incidenza della spesa privata è inferiore alla media nazionale. Si tenga poi presente che l'impatto del settore Sanità sul PIL si attesterebbe in termini di valore aggiunto ad oltre l'11% del PIL, confermando l'importanza strategica del settore. Il dato sopra esposto si coniuga con quello della creazione di reddito: il solo SSR lucano occupa oltre 7.300 dipendenti, ad elevata qualificazione (quasi 6.000 appartengono al ruolo sanitario o tecnico), assorbendo oltre il 3,7% della occupazione regionale.

La Regione Basilicata, poi, con riferimento agli adempimenti ministeriali derivanti dal Patto per la Salute, costituisce una *best practice* a livello meridionale. Infatti, in un contesto di risorse scarse e di domanda di servizi crescente è riuscita a superare le verifiche ministeriali sia da parte del Ministero della Salute che del Ministero dell'Economia e delle Finanze garantendo in modo adeguato i LEA in condizioni di equilibrio economico e finanziario, nonostante la quota di accesso al FSN si sia negli ultimi anni progressivamente ridotta.

In tale contesto la Regione Basilicata ha avviato, già a partire dal 2007, un notevole processo di riforma in ambito economico e finanziario, che ha coinvolto tutti i soggetti istituzionali del SSR, procedendo da un lato alla rivisitazione dei criteri di riparto del FSR attraverso l'introduzione di un nuovo sistema di finanziamento per funzioni e attivando dall'altro un

percorso virtuoso di innovazione contabile e organizzativa teso alla certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche regionali.

Infine, con la DGR 795 del 05/05/2009 sono stati individuati e successivamente attivati i seguenti strumenti abilitanti del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (PSSR) quale necessario e indispensabile supporto all'attività regionale in materia di controllo della spesa sanitaria:

- tavolo per la pianificazione strategica sanitaria e socio-sanitaria regionale ed il coordinamento delle reti assistenziali interaziendali e dell'integrazione ospedale-territorio;
- tavolo interregionale della contrattazione decentrata del lavoro pubblico, della medicina convenzionata e dei centri esterni accreditati;
- Osservatorio Permanente Regionale per l'Accreditamento (OPRA);
- Rete Regionale degli Acquisti del SSR;
- gruppo di lavoro per l'Innovazione del Sistema Economico- Finanziario e Contabile del SSR;
- gruppo di lavoro per la programmazione dei sistemi di adeguamento infrastrutturale delle Aziende Sanitarie Regionali e delle strutture socio-sanitarie;
- Tavolo Regionale della Sanità Elettronica E-Health;
- rete della prevenzione, del monitoraggio delle malattie e dell'educazione alla salute;
- tavolo per il governo dell'assistenza farmaceutica ed il contenimento della spesa;
- gruppo di lavoro per la consulenza giuridica e la deflazione del contenzioso nel settore sanitario.

Il risultato sinergico generato dal dispiegarsi degli effetti delle citate azioni porterà al Regione Basilicata ad incrementare i livelli trasparenza dell'azione amministrativa ed a realizzare gli obiettivi e le azioni strategiche contenute nel presente documento nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e delle condizioni di equilibrio economico.

Il Progetto di innovazione contabile e organizzativa

Le previsioni normative contenute nell'art. 18 comma 2 della L.R. n. 1/2007, come successivamente modificate dall'art.26 c.2 della L.R. n. 28/2007, in attuazione dell'art. 1 comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, in tema di certificazione di bilancio hanno di fatto anticipato quanto stabilito dall'art. 11 del Nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010 -2012 e le disposizioni contenute nel decreto interministeriale sulla "Certificazione dei

bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere universitarie” in corso di approvazione.,

Il progetto d’innovazione contabile e organizzativa, avviato con la DGR n. 1885 del 28/12/2007 ha stabilito un percorso triennale che dovrà portare entro il 2012 alla certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie della Regione Basilicata attraverso la rivisitazione delle procedure amministrative e contabili e la definizione di principi contabili e principi di controllo applicabili alle aziende sanitarie.

La *finalità* del progetto d’innovazione contabile non è la certificazione dei bilanci in quanto tale, ma è quello di creare le condizioni per sviluppare una cultura amministrativa-contabile che abbia come naturale conseguenza la “*certificabilità*” dei bilanci aziendali. L’aziendalizzazione della sanità non può prescindere dalla perfetta riconoscibilità ed accettabilità da parte dei diversi interlocutori istituzionali e sociali, dei risultati presentati nei bilanci vista anche la significatività del finanziamento del servizio sanitario e visti gli effetti fiscali collegati al raggiungimento o meno del risultato di pareggio. Le aziende sanitarie hanno l’obbligo di rendere pubblici, annualmente, i risultati economici, risulta allora evidente che rafforzare i livelli di controllo ed individuare un adeguato strumento di lettura e interpretazione dei fenomeni aziendali va nella direzione di rafforzare sia i processi di *accountability* del management che i livelli di trasparenza dell’azione amministrativa.

Gli *obiettivi* perseguiti dall’organo di governo regionale attraverso questo progetto per il triennio 2010-2011 sono, in sintesi, i seguenti:

- razionalizzare e laddove possibile uniformare le procedure contabili sia sotto il profilo organizzativo che sotto l’aspetto valutativo, ciò al fine di garantire il processo di lettura dei bilanci da parte di un osservatore esterno e di consentire un’affidabile attività di programmazione e controllo;
- accompagnare le aziende nel processo di trasformazione, al fine di ridefinire le procedure amministrative anche in ragione delle differenti finalità istituzionali;
- favorire la comparabilità tra i bilanci, quale logico presupposto per il consolidamento dei conti delle aziende;
- rafforzare i sistemi di controllo interno, sviluppando una cultura del controllo interno orientata alla qualità del dato quale flusso proceduralizzato di un ciclo gestionale ben individuato;
- consolidare ed omogeneizzare gli strumenti della contabilità direzionale ed in particolare la contabilità analitica, al fine di favorire la rilevazione sistematica, e la

conseguente comparazione tra le Aziende del SSR, dei costi e dei ricavi per ogni singola articolazione operativa aziendale;

- accompagnare le aziende sanitarie e ospedaliere verso la certificazione di bilancio quale sistema di garanzia per i diversi stakeholders della sanità.

L'obiettivo finale della certificazione di bilancio rappresenta, pertanto, sia il punto di arrivo di un periodo sperimentale che consentirà di incrementare il livello qualitativo dell'informazione contabile, che il punto di partenza per rafforzare i processi di programmazione e controllo di tipo finanziario ed economico.

In generale l'attività di revisione nell'ambito delle aziende sanitarie è volta alla tutela ed alla salvaguardia del patrimonio aziendale e dei differenti portatori d'interesse, essa fornisce valore aggiunto alla azienda sottoposta a revisione contabile evidenziando eventuali carenze, e rappresenta, infine, un elemento di garanzia, in termini di maggiore affidabilità del bilancio soprattutto nei confronti dei diversi soggetti istituzionali deputati al controllo e alle verifiche.

Altro obiettivo strategico che la Regione Basilicata intende perseguire è l'introduzione, accanto ai tradizionali strumenti di rendicontazione economico - finanziaria, di nuovi strumenti di rendicontazione sociale, quali in particolare il bilancio sociale, al fine di rafforzare la capacità comunicativa, organizzativa e relazionale delle Aziende del SSR. Il bilancio sociale rappresenta, infatti, il mezzo principale per rendere conto ai vari interlocutori del grado di soddisfacimento delle aspettative che essi hanno nei confronti delle organizzazioni, diventando uno strumento effettivo di confronto con gli *stakeholder*, sia nella individuazione dei problemi che nella formulazione delle proposte di miglioramento. In tal senso la redazione del bilancio sociale impone un processo di riflessione critica sul modo di essere e di operare, che porta a individuare le criticità e a promuovere le azioni necessarie al loro superamento. Lo schema tipo di bilancio sociale che la Regione Basilicata intende utilizzare, per fornire alle Aziende del SSR una piattaforma comune di riferimento, è quello contenuto nella "Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche" del 17 febbraio 2006 (c.d. direttiva "Baccini") e nelle Linee Guida ad essa allegate, predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, tramite il Formez, che costituiscono lo standard di riferimento per il settore pubblico. L'intenzione è quella di fornire alle Aziende dei principi guida che consentano di disporre di uno standard a partire dal quale ciascuna di esse possa partire per costruire il proprio bilancio sociale, con il duplice obiettivo di supportare le singole amministrazioni nella

predisposizione del documento e, allo stesso tempo, creando una base comune per il confronto ed il miglioramento continuo.

Il Finanziamento del SSR per gli anni 2007-2009

Le scelte effettuate nel corso del triennio 2007-2009 dalla Regione Basilicata relativamente ai criteri di riparto tengono conto, tra le altre cose, anche della necessità di centrare obiettivi di salute e di carattere economico-finanziario, in condizioni di compatibilità con le responsabilità regionali sulle risorse finanziarie disponibili e nel rispetto dei vincoli posti dal patto di stabilità in materia sanitaria.

La Regione Basilicata con la DGR 85/2008 ha segnato un passo importante nel cammino di "innovazione programmatica" della Sanità, esplicitando come obiettivi della funzione di finanziamento del SSR, per il tramite delle Aziende Sanitarie, i seguenti:

- obiettivo convergenza: una sanità equilibrata di "formato europeo";
- salvaguardia e sviluppo delle funzioni cliniche di interesse regionale;
- consolidamento delle politiche aziendali di innovazione e risanamento;
- attuazione del sistema di governo dei fabbisogni di prestazioni specialistiche e strumentali;
- ambulatoriali (tetti prestabiliti e relativi abbattimenti);
- attuazione delle norme e del processo regionale in materia di accreditamento istituzionale delle
- strutture erogatrici;
- convergenza rispetto agli obiettivi ed agli impegni del Nuovo Patto per la Salute.

Negli anni 2008 e 2009 il processo si è consolidato.

In particolare, la quota che è stata destinata all'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, le azioni di promozione dei corretti stili di vita e di consumo, la comunicazione e la rilevazione della soddisfazione dell'utenza, nonché il corretto orientamento della domanda è pari al 5%.

La quota che è stata riservata all'assistenza distrettuale/territoriale che riguarda invece gli obiettivi della medicina di base, l'assistenza farmaceutica, l'emergenza/urgenza, il potenziamento dell'assistenza specialistica secondo pratiche di appropriatezza, il potenziamento e diffusione dell'A.D.I. (area della non-autosufficienza: anziani, disabili, etc.), l'integrazione e lo sviluppo dei servizi socio-sanitari, l'attuazione del sistema di governo dei fabbisogni di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, l'attuazione delle norme

e del processo regionale in materia di accreditamento istituzionale delle strutture erogatrici, ammonta al 51%.

Infine, la quota definita per l'assistenza ospedaliera concernente gli obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera sulla base della dotazione standard di posti letto per specialità (DGR 2192/200511, poi aggiornata dalla DGR 193/2007), dislocazione e ottimale utilizzo (tasso di utilizzo dei posti letto almeno pari al 75%, tasso ricoveri complessivi del 180 per mille ab., etc.) è stata pari al 44%.

Di seguito vengono riportati i criteri di riparto dei LEA utilizzati dalla Regione Basilicata per gli anni 2008 e 2009 raffrontati ai criteri di finanziamento dei LEA individuati nel Patto per la Salute per gli anni 2010-2012. La Regione Basilicata ha di fatto adeguato le quote assegnate ai LEA a quelle stabilite a livello nazionale. In particolare, le quote nazionali sono state adottate già a partire dal 2006 con DGR 581/2007, e successivamente confermate per l'anno 2007 con DGR 609/2008, per il 2008 con DGR 736/2009 e anche per il 2009 con la D.G.R. n. 2191/2008 (riparto provvisorio).

Tabella 1: Riparto LEA**(fonti :Piano Sanitario nazionale 2006-2008 e Patto per la Salute 2010-2012)**

Livello di assistenza	%
Assistenza Collettiva (prevenzione)	5,0
Assistenza Distrettuale (<i>di cui</i>)	51,0
<i>Medicina di Base</i>	6,9
<i>Farmaceutica</i>	13,0
<i>Specialistica</i>	13,0
<i>Altra Territoriale</i>	18,1
Assistenza Ospedaliera	44,00

**Tabella 2: confronto Riparto FSR 2008 – Regione Basilicata (DGR 736/2009)
e Riparto FSR 2009 – Regione Basilicata (DGR 2191/2008)**

Livello di assistenza	% -2008	% -2009	Criterio
Assistenza Collettiva (prevenzione)	5,0	5,0	Quota capitaria secca
Assistenza Distrettuale (<i>di cui</i>)	51,0	51,0	Tetto imposto su fabbisogno complessivo
<i>Medicina di Base</i>	6,9	8,5	Quota capitaria secca
<i>Farmaceutica</i>	13,0	14,0	Quota capitaria secca
<i>Specialistica</i>	13,0	13,0	Quota capitaria ponderata per l'età
<i>Altra Territoriale</i>	18,1	15,5	Quota capitaria secca
Assistenza Ospedaliera	44,00	44,00	Quota posti letto ponderata

Si evince chiaramente che le modifiche intervenute nel 2009 rispetto al 2008, sono minime e fondamentalmente dettate dal necessario adeguamento alle prescrizioni della L 222/2007. Infatti, la D.G.R. 2191/2008, contenente il riparto provvisorio della quota indistinta del fondo sanitario regionale per l'anno 2009, rispetto al 2008 innova il tetto della spesa farmaceutica, portato al 14% (come da D.L. 159/2007, modificato dalla Legge 222/2007). Inoltre, incrementa la quota orientativa di spesa per medicina di base, per tenere conto della maggiore intensità di funzioni e spesa vigente nel SSR della Basilicata (medicina generale, continuità assistenziale, reperibilità, obiettivi di concorso al governo della domanda, etc.). Si riporta, poi, di seguito il trend della spesa effettiva per singolo LEA sostenuta dalla Regione Basilicata nel triennio 2007-2009.

Tabella 3: Spesa effettiva per singolo Livello Essenziale di Assistenza

Livello di assistenza	2007	2008	2009
Assistenza Collettiva (prevenzione)	6,1 %	5,9 %	5,0%
Assistenza Distrettuale	47,5%	45,9 %	48,5 %
Assistenza Ospedaliera	46,4 %	48,2 %	46,5 %

Occorre, infine, precisare che in virtù dell'applicazione dell'art. 9, lettera a) e b) della LR 34/95 la quota del FSR ripartita direttamente tra le aziende sanitarie pubbliche ammonta al 92%, in quanto:

- una quota non superiore al sette per cento è utilizzata per correggere eventuali squilibri territoriali, interventi imprevisi e per la spesa diretta regionale ai sensi dell'art. 27 comma 5 della legge 27 dicembre 1983, n. 730;
- una quota non superiore all'uno per cento da utilizzarsi per finanziare l'attività di ricerca finalizzata nell'ambito delle Aziende ospedaliere e l'attività dell'IRCCS Centro di riferimento oncologico della Regione Basilicata (C.R.O.B.) di Rionero in Vulture.

Linee programmatiche future per il Finanziamento del FSR

Per gli anni 2011 e 2012 il fabbisogno nazionale standard corrisponderà al livello di finanziamento determinato ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67, della legge 23 dicembre 2010, n. 191, attuativo dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, così come rideterminato dall'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Il fabbisogno regionale è costituito dalle risorse destinate dal livello statale rispetto al fabbisogno teorico determinato in maniera standardizzato su base interregionale e da una necessaria ed adeguata integrazione di risorse regionali necessarie alla copertura del detto fabbisogno regionale, in una prospettiva di graduale riduzione della quota finanziata da risorse integrative regionali.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), dell'Intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, con riferimento ai macrolivelli di assistenza definiti dal DPCM di individuazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario del 29 novembre 2001, costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:

- 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

- 51% per l'assistenza distrettuale;
- 44% per l'assistenza ospedaliera.

L'articolo 13, comma 1, lettera c) del decreto legge 39/2009, ha determinato il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale (comprensivo della spesa farmaceutica convenzionata, della distribuzione diretta, della distribuzione per conto e del ticket) nella misura del 13,6 per cento per l'anno 2009. Il tetto è stato successivamente rideterminato nella misura del 13,3 per cento dall'anno 2010 dall'articolo 22, comma 3, del decreto legge 78/2009.

Questo nuovo orientamento programmatico teso alla razionalizzazione della spesa sanitaria in un contesto di risorse decrescenti (in termini di quote di accesso al FSN) richiede interventi strutturali che coinvolgano necessariamente anche il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie al fine di garantire la necessaria coerenza rispetto gli obiettivi programmatici nazionali.

Premesso quanto sopra la Regione Basilicata nel corso del triennio 2010-2012 attiverà la leva finanziaria attraverso la rideterminazione dei criteri di finanziamento dei singoli Livelli Essenziali di Assistenza al fine di:

- allineare in modo progressivo la quota assegnata alla spesa per singolo LEA a quanto riportato nei documenti di programmazione nazionale;
- continuare ad investire nell'assistenza collettiva con particolare riferimento all'attività di prevenzione;
- allineare la quota attribuita alla spesa destinata alla farmaceutica a tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale.

L'attuazione del PSSR temporalmente coinciderà con l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale contenute all'articolo 119 della Costituzione. Ai fini dell'applicazione della normativa sarà affrontata e introdotta a livello nazionale la tematica relativa alla definizione dei costi standard.

In tale contesto le scelte di tipo finanziario che la Regione Basilicata intende operare per il triennio 2010-2012 sono le seguenti:

- Assicurare le seguenti quote di riparto del FSR per singolo livello di assistenza:

Livello di assistenza	2010	2011	2012
Assistenza Collettiva (prevenzione)	5 %	5 %	5 %
Assistenza Distrettuale	51 %	51 %	51 %
Assistenza Ospedaliera	44 %	44 %	44 %

- Ridefinire , anche attraverso l'attivazione degli strumenti abilitanti di cui alla DGR 798/2009 , ai sensi dell'art. 34 della LR 1/2004, i sistemi di finanziamento ed i criteri di riparto del FSR, in una prospettiva di garanzia dell'equità redistributiva tra le Aziende del SSR , in modo da:
 - Premiare l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia che, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera, tengano conto della capacità produttiva oltreché della complessità della casistica, anche attraverso adeguate politiche tariffarie;
 - Correggere situazioni di squilibrio territoriale e socio-economico (quale proxy del bisogno di assistenza sanitaria)

TITOLO 2 - TUTELE SOCIO SANITARIE

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Le funzioni di prevenzione, di promozione e di previsione rientrano nella strategia della sostenibilità e vanno intese come produzione di salute come ricchezza naturale.

La mission del Dipartimento di Prevenzione è quella di agire per garantire il benessere della collettività e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute della popolazione di riferimento, ancorché inespresa, perseguendo le seguenti strategie operative:

- conoscenza epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione umana;
- conoscenza epidemiologica dello stato di salute delle popolazioni animali;
- miglioramento della qualità della vita e degli stili di vita attraverso attività di sorveglianza, controllo e gestione dei rischi emergenti;
- promozione della salute attraverso idonei processi di educazione, informazione e formazione;
- prevenzione degli stati morbosi;
- definizione condivisa degli obiettivi;
- programmazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli stessi;
- verifica dei risultati e loro ottimizzazione.

Questo Programma ritiene necessario riqualificare il Dipartimento di Prevenzione attraverso:

- l'adeguamento strutturale al nuovo assetto istituzionale della sanità lucana, tenuto conto dei vincoli di cui al D.Lgs. 229/99 e delle linee guida nazionali sui Dipartimenti di Prevenzione;
- la definizione del modello organizzativo dipartimentale, in un'ottica di team multidisciplinare, nel rispetto delle singole professionalità;
- la definizione della dotazione di risorse umane per ogni struttura semplice e/o complessa.

A tal fine è obiettivo del Programma la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nelle due Aziende sanitarie provinciali (ASP e ASM) secondo le aree e le competenze di

seguito rappresentate, avviando, ove necessario, specifici percorsi di formazione del personale.

Le politiche per la salute che il Programma intende perseguire in maniera integrata nel campo della prevenzione superano il concetto di “territorio” inteso come generica ed impersonale entità fisica e si contestualizzano nella Comunità, insieme dinamico di Cittadini che esprimono caratteristiche omogenee per condizioni demografiche e socio-economiche che ne condizionano i bisogni di prestazioni sanitarie e di interventi per la salute.

Ne consegue che i Sindaci, che tali Comunità rappresentano, singolarmente e/o nelle loro espressioni politiche associative, assumono il fondamentale ruolo di trait d'union con i programmatori e gli attuatori istituzionali delle politiche per la salute e, in tale compito, si avvalgono del supporto informativo/formativo del Dipartimento di Prevenzione nelle sue articolazioni.

Il Dipartimento di Prevenzione diviene pertanto essenziale per la predisposizione condivisa dei Piani di Salute, delle Mappe di Rischio e delle strategie per la pianificazione degli interventi di prevenzione nel campo della sanità umana ed animale.

IL DISTRETTO DI COMUNITA'

Il distretto di comunità è il più importante sistema interconnessionale di una azienda sanitaria. Tutto quanto si è detto sull'organizzazione di un sistema interconnessionale vale soprattutto per il distretto.

Le questioni peculiari che riguardano il distretto sono:

- la cabina di regia, cioè l'organizzazione di un luogo fisico in cui si governano i diversi processi di salute agiti in una comunità e in cui domanda e offerta si incontrano;
- la definizione delle partnership tra diversi sistemi interconfessionali implicati nell'azione distrettuale;
- la programmazione delle attività attraverso piani operativi impiegando le risorse necessarie non solo distrettuali ma anche appartenenti ad altri sistemi complessi.

La cabina di regia è a scala distrettuale. Essa può essere collocata fisicamente in una qualunque sede del distretto e si basa su un sistema informativo in grado di interconnettere i medici di medicina generale, i servizi propri di distretto ed i servizi ospedalieri.

Le partnership sono accordi operativi che vengono fatti soprattutto tra sistemi interconnessi per la fornitura di prestazioni a livello distrettuale, programmando i tempi di lavoro degli operatori richiesti, gli spazi di lavoro in cui debbono intervenire, le necessarie integrazioni con altri operatori, gli obiettivi, le informazioni. Forme di partnership sono le task force, le funzioni di collegamento, i coordinamenti ad hoc, oppure figure quali gli unit manager, responsabilità congiunte per obiettivi comuni tra diversi sistemi interconnessi, le interconnessioni a matrice tra diverse responsabilità, le interconnessioni a matrice permanenti o effimere legate ad un progetto.

IL CONSULTORIO: NECESSITA' DI UNA TRANSIZIONE ORGANIZZATIVA

Il consultorio è un servizio istituito con legge nazionale con una sua precisa identità e configurabile all'incirca come un presidio ambulatoriale ed organizzato in quanto tale. Questo ha permesso una certa organizzazione che è evoluta fino a teorizzare più recentemente una rete consultoriale.

Oggi il problema che si pone è di dipartimentalizzare il consultorio, cioè di inserirlo dentro un sistema interconnesso più ampio che includa tutto quanto riguardi la salute della donna e del bambino e, semmai, di pensare ad una rete interdipartimentale della salute della donna e del bambino.

Ciò pone il problema non già di negare una particolarità assistenziale, ma di integrarla in un sistema più ampio, quindi, nel senso di una riorganizzazione dell'attività consultoriale.

Si intende, così, aprire una fase di transizione volta a ripensare la relativa autoreferenzialità dell'attività consultoriale per giungere a forme di organizzazioni più integrate. Ne consegue che il modello organizzativo che a tutt'oggi considera il consultorio come un'unità operativa (con un proprio gruppo di lavoro interdisciplinare ed con un proprio responsabile), si deve intendere come una base di partenza a partire dalla quale si dà luogo ad un'evoluzione organizzativa in senso dipartimentale coerentemente con quanto proposto a proposito di sistemi interconnessionali.

L'orientamento, quindi, è quello di offrire ai direttori generali i tradizionali condizionali di riferimento per l'organizzazione dei consultori, ma invitandoli a farli evolvere verso sistemi interconnessionali.

Vale la pena di rimarcare i vantaggi che questa prospettiva offre oltreché alla donna ed al bambino, agli operatori che avranno, dentro sistemi interconnessi, maggiori possibilità di valorizzazioni professionali, maggiori opportunità per esprimere la loro intera operatività, accompagnata da una significativa riduzione dei costi di gestione.

LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

I dati demografici in nostro possesso dimostrano che è in atto, nella nostra regione, una tendenza al declino demografico (le previsioni parlano di -4.4 %), causata da fattori sociali, economici, culturali. Invecchiamento e contrazione della natalità, quindi longevità e denatalità, sono un'antitesi destinata a deformare nel prossimo futuro la struttura per età della popolazione della nostra Regione e a creare pesanti problemi di sostenibilità.

In ragione di questa prospettiva, acquistano particolare importanza la questione della salute della donna, le problematiche riconducibili alla riproduzione, quelle proprie alla nascita, all'assistenza neonatale, alla salute in età evolutiva, in tutti i loro svariati aspetti.

I problemi della denatalità oggi vanno riconsiderati nel quadro delle leggi che in questi anni hanno coadiuvato importanti processi di emancipazione della donna e sviluppato più avanzate forme di tutela del bambino. Non si tratta di tornare a passate concezioni "materno-infantili", dove la complessità dei soggetti "donna" e "bambino" erano ridotti ad esseri riproduttivi ed a prodotti concepiti, ma di coniugare esigenze di emancipazione culturale e sociale con più avanzate forme di tutela della salute, anche al fine di ottenere un effetto di incentivazione delle nascite: una moderazione delle tendenze alla denatalità.

E' in questo quadro che questioni tradizionalmente settorializzate come il consultorio, l'attività specialistica ginecologica e pediatrica, l'assistenza ospedaliera al parto ed alla nascita, l'attività di ostetricia e ginecologia, la pediatria di base, le problematiche dell'età evolutiva, delle comunità scolastiche sono da dipartimentalizzare attraverso sistemi interconnessionali, al fine di offrire maggiore qualità, maggiore assistenza, maggiori opportunità di salute, maggiori facilitazioni, più sicurezza e risparmiare sui costi.

In questo quadro si tratta di avviare una riorganizzazione dei servizi dedicati alla salute della donna e del bambino, che può caratterizzarsi in due modi:

1. si possono riorganizzare in un unico dipartimento per la salute della donna e del bambino le funzioni e le attività di tutela della salute relative alla donna e al bambino;
2. si possono riorganizzare in due distinti dipartimenti interconnessi le funzioni e le attività di tutela della salute della donna e del bambino.

Entrambe le soluzioni hanno obblighi di integrazione distrettuali in quanto gran parte delle loro funzioni si esercitano come assistenza primaria a livello di base ed entrambe le soluzioni vanno organizzate secondo il modello dei dipartimenti quali sistemi interconnessionali e del distretto di comunità, quindi prevedendo organigrammi unici, programmazione del lavoro, coordinazione delle attività, percorsi di cura.

In particolare, in entrambe le soluzioni il consultorio entra a far parte di sistemi di relazioni più ampi e contribuisce, con per le proprie competenze, al lavoro di distretto.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La missione del Dipartimento di Salute Mentale si esplicita in “Tutela della salute mentale di tutta la popolazione, in età evolutiva ed adulta, promozione del benessere psichico, fisico e sociale della persona nel rispetto della libertà, dignità ed autodeterminazione” (libro Verde dell’Unione Europea).

Declinando la mission del DSM, ne deriva un’organizzazione che attiva i processi necessari per raggiungere obiettivi di salute mentale definiti, condivisi e valutabili, in un’ottica di sistema universalistica ed equa.

I principi che devono orientare l’assetto e l’operatività dei servizi di salute mentale sono:

- la multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell’équipe che deve assicurare un’azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione;
- l’integrazione nell’Azienda sanitaria dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale a partire dai bisogni dei pazienti;
- la promozione dell’integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi comuni di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale;
- la centralità del paziente intesa come coinvolgimento dello stesso nel processo di cura, instaurando un buon clima comunicativo e relazionale (umanizzazione);
- la presa in carico, d’intesa con il Distretto della salute e con la Comunità locale, di cittadini portatori di bisogni sociosanitari, soprattutto quelli portatori di bisogni multipli o appartenenti a nuclei familiari o sociali portatori di bisogni multipli;
- garantire la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali degli istituti penitenziari del territorio;
- la valorizzazione dell’esperienze di coinvolgimento delle famiglie nei progetti terapeutici e riabilitativi;
- l’adozione dell’ottica del governo clinico per il miglioramento continuo della qualità (sicurezza per i pazienti, responsabilità collettiva, coinvolgimento di tutto il personale, apprendimento continuo, adozione di Linee Guida e loro traduzione in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, facilità di accesso ad informazioni scientifiche sulla efficacia degli interventi, documentazione della qualità dei servizi erogati attraverso criteri di valutazione, indicatori e standard di riferimento appropriati, etc.);

- l'utilizzo di un approccio epidemiologico ed un sistema informativo. Il Dipartimento dovrà dotarsi di un sistema di rilevazione ed analisi della propria attività, un sistema informativo aziendale, finalizzato tanto a garantire il monitoraggio delle strategie e delle politiche di intervento, quanto a promuovere il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- la partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato;
- la rendicontazione sociale, attraverso conferenze dei servizi (accountability).

Sulla base delle scelte di fondo del presente Programma, si individuano i seguenti obiettivi prioritari:

- attivazione dei Centri di Salute Mentale (CSM);
- riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero;
- sviluppo delle attività di Neuropsichiatria Infantile;
- riordino della residenzialità psichiatrica;
- qualità ed appropriatezza della residenzialità psichiatrica;
- potenziamento dei trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale;
- sviluppo dei servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- verifica puntuale della situazione epidemiologica regionale.

“La salute mentale di una comunità è un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo”. Tale principio ha ispirato le “Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale” del Ministero della Salute 2008, recepite dalla Regione Basilicata con delibera n° 1384 del 3 settembre 2008.

In precedenza, le politiche sanitarie italiane hanno determinato la chiusura definitiva degli O.P. e dato avvio ad un sistema di servizi attivo su tutto il territorio nazionale, riconoscendo il diritto di cittadinanza alle persone con disturbi mentali, adottando la stessa ottica universalistica del diritto alla salute del Servizio Sanitario Nazionale.

La Regione Basilicata ha recepito l'orientamento nazionale attraverso l'emanazione di una serie di leggi e delibere regionali. In particolare, va segnalata l'importanza della L.R. n. 4 del 14 febbraio 2007 “Rete integrata dei servizi di cittadinanza sociale” e della L.R. n. 12 del 1 luglio 2008 “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale”,

riferimenti legislativi e di indirizzo per le attività dei servizi di salute mentale. La L.R. 4/2007 persegue la finalità di un coordinamento sistematico ed integrazione funzionale delle politiche sociali con le politiche della salute, da sempre esigenza prioritaria per i servizi della salute mentale. La L.R. n. 12 del 1 luglio 2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" integra e modifica la struttura e l'organizzazione del SSR ridisegnando gli ambiti territoriali delle ASL, l'assetto organizzativo secondo un modello a rete in cui è implementato il modello dipartimentale. Inoltre, individua, nell'area territoriale del Sistema Sanitario regionale, il Dipartimento strutturale di Salute Mentale strettamente integrato con il Distretto della Salute.

In questo scenario, la Regione svolge attività di:

- programmazione, indirizzo, garanzia dell'omogeneità delle procedure e dei livelli di assistenza;
- istituzione del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) per raccogliere, analizzare, diffondere ed utilizzare informazioni sui servizi di salute mentale e sui bisogni di salute mentale della popolazione;
- valutazione complessiva dei risultati raggiunti, dei bisogni rilevati e dei prevedibili andamenti epidemiologici, ai fini della programmazione dei servizi;
- valutazione dei costi/benefici, anche in relazione alle attività di ricovero ospedaliero e residenziale nelle strutture pubbliche e private;
- supporto tecnico necessario alla programmazione aziendale anche ai fini della qualificazione e del potenziamento della rete dei servizi su tutto il territorio aziendale;
- promozione di corsi di formazione ed aggiornamento rivolti agli operatori

La Regione si propone inoltre:

- istituire una commissione regionale per il governo clinico della salute mentale, presso la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali per svolgere una serie di attività quali: il monitoraggio dello stato dei Servizi; valutazioni di governo clinico; proposte per garantire una omogeneità della rete; suggerimenti su forme di collaborazione interaziendale; indicazioni sulle iniziative formative; il fabbisogno di ricerca per la programmazione e la valutazione dei servizi, definizione dei progetti obiettivo. La commissione è composta dai direttori dei DSM, da un rappresentante regionale per ogni figura professionale e da rappresentanti dell'Università;
- istituire la consulta permanente per la salute mentale, un organismo regionale che

garantisca scambi, interrelazioni, sinergie, integrazioni (consulta permanente dei responsabili dei DSM integrata dagli uffici regionali con la partecipazione di rappresentanti di associazioni degli utenti, delle associazioni dei familiari, del privato sociale e delle associazioni di volontariato);

- realizzare periodicamente una Conferenza di coinvolgimento della comunità regionale per la restituzione dei risultati di attività e degli esiti di salute;
- individuare i progetti-obiettivo del triennio.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La Regione Basilicata è considerata una Regione con sperimentazioni avanzate di assistenza domiciliare che hanno necessità, nel prossimo triennio, di trovare sistematizzazione partendo dalle bests practies regionali. In particolare, è obiettivo prioritario per il prossimo triennio ampliare l'ambito dell'assistenza domiciliare in tutti i settori ed, in particolare, per gli anziani non autosufficienti, arrivare al 5%; potenziare gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità ed alla famiglia, ma anche implementare e qualificare la capacità di presa in carico delle Cure Domiciliari, secondo percorsi di innovazione e qualità. Inoltre, è obiettivo prioritario una maggiore qualificazione dell'assistenza sul territorio regionale e, a tal fine, si fa riferimento agli standard regionali definiti dalla Commissione LEA nel 2006 (ripresi dalle linee guida regionali del 2008) nonché per le cure palliative, quanto previsto dal DM 43/2007 e dalla Legge 38/2010 (cure palliative e terapia del dolore).

Riguardo al sistema delle cure domiciliari le priorità, per il periodo di validità del presente piano, sono essenzialmente quelle di sviluppare "criteri di appropriatezza" e "percorsi di qualità".

Le Cure Domiciliari, nella regione Basilicata, hanno registrato un avvio decisivo nell'anno 1999 con un programma di Assistenza Domiciliare Integrata, a valenza triennale, sostenuto dal Ministero della Salute e dalla Regione. Il programma ha valorizzato sperimentazioni di modelli assistenziali a domicilio, sviluppati nel primo Progetto obiettivo anziani del 1992 e ha sancito principi di equità, accessibilità, uniformità, appropriatezza, rendendo un servizio omogeneo su tutto il territorio regionale.

Fino ad oggi, le politiche sanitarie regionali hanno mantenuto e mantengono una costante attenzione alle cure domiciliari. Gli atti di programmazione prodotti nell'arco di oltre un decennio di attività, dal 1999 al 2010, hanno seguito e seguono l'unico filo conduttore di "privilegiare il domicilio del paziente quale migliore luogo di cura".

A fronte dell'intensa programmazione, si è registrato un significativo incremento di attività come di seguito riportato, relativamente all'indicatore più sensibile, quale la percentuale di ultrasessantacinquenni assistiti a domicilio:

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pazienti in ADI	6.105	6.222	5.873	6.774	6.216	7.382
Pazienti ≥ 65 aa	4.337	4.878	5.132	5.118	4.750	6.015
%	3,7	4,29	4,35	4,32	4,70	5,06

Le Cure Domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, integrati con prestazioni di natura socio-assistenziali prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

La rete delle cure domiciliari integrate deve:

- assicurare la continuità dell' assistenza medica, infermieristica, specialistica a domicilio;
- favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale;
- strutturare percorsi integrati di sostegno alla famiglia;
- facilitare l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi e degli ausili necessari a domicilio.

La Regione ha previsto il sistema delle Cure Domiciliari con D.G.R. n. 1655 del 30 Luglio 2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). Con successiva D.G.R. n. 862 del 10 Giugno 2008 ha approvato il documento di aggiornamento delle Linee Guida per le cure domiciliari, in conformità alla nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio, elaborati dalla Commissione Nazionale dei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza). 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 sociosanitari, come stabilito dall'art. 16 della stessa legge.

Il documento "linee-guida regionali per le cure domiciliari" definisce:

- la caratterizzazione dei diversi livelli di intensità assistenziale, in funzione della natura del bisogno, dell'intensità e della complessità;
- il modello organizzativo;
- i requisiti per l'accesso e la presa in carico.

L'ASSISTENZA PRIMARIA

L'assistenza primaria rappresenta il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche integrate. Partendo da questo principio, l'assistenza primaria rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso in senso lato "come prendersi cura di" assumendo, così, una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

Elementi fondamentali dell'area dell'assistenza primaria sono l'estensività e l'equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale.

La valorizzazione dell'assistenza primaria nel Distretto è fondamentale per consentire una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria.

In quest'ambito, i Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Spec. Amb.) sono chiamati ad assumere una responsabilità:

- nel coordinare gli interventi sulle patologie cronico-degenerative;
- di presa in carico del governo della diagnostica e delle cure;
- di messa a punto di meccanismi di promozione della salute;
- di governo della domanda e partecipazione al governo dell'offerta.

Ciò richiede un Territorio strutturato per essere in grado di dare una risposta globale e completa nelle 24 h per le principali tipologie di assistenza, integrando il sistema dell'assistenza primaria con l'insieme dei servizi sanitari e le risorse delle comunità locali (Ospedale, amministrazioni locali, strutture residenziali, scuole etc.).

Per una migliore governance delle attività, e per garantire la continuità dell'assistenza h 24 ed il miglioramento rete assistenziale (continuità delle cure, accessibilità, integrazione, rete informativa), si considerano obiettivi prioritari:

- l'impegno al lavoro in team, che è previsto come elemento strutturale del rapporto di lavoro del medico di famiglia e costituisce un primo e fondamentale tassello per la riorganizzazione complessiva della medicina generale, al fine di una maggiore integrazione professionale e per poter condividere obiettivi di salute della popolazione sul territorio, con particolare riferimento all'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e alla presa in carico di patologie a rilevante impatto sociale (ad esempio diabete, ipertensione arteriosa malattie cardiovascolari, malattie

broncopolmonari, malattie gastrointestinali, malattie osteoarticolari, malattie psichiatriche, per fare riferimento a quelle indicate dall'AIR di cui alla DGR 330/2008). A tal fine si intende promuovere la costituzione delle Aggregazioni Funzionari Territoriali (AFT) ed anche la sperimentazione delle Unità complesse delle cure primarie (UCCP), così come delineate negli Accordi collettivi nazionali e regionali. Le suddette forme aggregative costituiscono strumenti di promozione del governo clinico dell'assistenza primaria volte a "costruire appropriate relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità professionali ed organizzative al fine di migliorare la qualità dell'assistenza";

- l'implementazione della Medicina d'iniziativa e di prossimità che sappia intervenire, prima dell'evento acuto, nella prevenzione e nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio, per svilupparsi tramite una serie di azioni mirate contro la disabilità da attuarsi da un lato con lo sviluppo di reti integrate con i settori specialistici e dall'altro con il pieno coinvolgimento della collettività.
- il miglioramento del sistema informativo integrato nell'assistenza primaria, di collegamento tra MMG, PdF, MCA e le strutture sanitarie, finalizzato alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, secondo quanto previsto dai citati Accordi Collettivi nazionali e regionali. In questo contesto dovranno essere implementate le modalità di gestione della scheda sanitaria informatizzata per ciascun paziente in carico, con relativa trasmissione periodica delle informazioni all'azienda sanitaria e quanto previsto dal progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica (di cui ai DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008).

In relazione agli sviluppi dell'assistenza primaria, il presente Piano fa proprie le indicazioni dell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale del 29 luglio 2009 che individua le seguenti linee programmatiche prioritarie:

- valorizzazione della medicina sul territorio, intesa quale sistema in grado di intercettare direttamente la domanda di salute del cittadino e di assicurare interventi appropriati ed efficaci anche attraverso l'ottimizzazione di tutte le risorse della rete;
- perseguimento dell'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse da condividere con il comparto medico ospedaliero e specialistico ambulatoriale attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali integrati nell'ottica dell'assistenza globale alla persona;

- realizzazione nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente. Dovranno essere definiti i compiti, le funzioni e le relazioni tra le figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale e di emergenza territoriale;
- coinvolgimento del medico nelle attività di prevenzione individuate dalla programmazione regionale e aziendale e valorizzazione della medicina di iniziativa
- rivisitazione delle forme associative per valorizzare i modelli organizzativi che di più assolvono alla funzione di migliore accessibilità ai servizi e migliore presa in carico delle persone;
- individuazione di un modello di formazione coerente con gli obiettivi prioritari di integrazione territorio-ospedale;
- incremento dell'assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;
- promozione la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;
- incentivazione dello sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l'insieme dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio;
- integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- presa in carico, da parte del sistema, di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

LA RESIDENZIALITA'

Il Sistema della residenzialità e semi-residenzialità in Basilicata è un sistema al momento abbastanza carente. Secondo dati ISTAT (ISTAT-L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto/Anno 2003), nella nostra regione si registra una dotazione di posti letto per anziani pari a 718, circa il 6,33 x 1.000 della popolazione anziana (contro il 33 x 1.000 delle Regioni settentrionali, il 14 x 1.000 delle Regioni centrali e circa l'8 x 1.000 di quelle meridionali). I posti letto censiti sono riferiti a tutta l'assistenza residenziale, includendo quella "sanitaria" (RSA e Residenze Protette) e quella "sociale" (Case di Riposo).

PRESTAZIONI RESIDENZIALI ANZIANI dati ISTAT 2003					
	PL	Popolazione	PL x 1000	Pop. > 64	PL x 1000
Basilicata	718	596.821	1,20	113.496	6,33
Italia	231.671	57.320.759	4,04	10.901.318	21,25

È obiettivo del presente Piano investire in questo ambito intensificando le unità di offerta di carattere residenziale e/o semiresidenziale, privilegiando, nell'attribuzione dei relativi posti letto, le strutture pubbliche che hanno avviato processi di riconversione.

Il Piano individua quattro principali tipologie di utenti non autosufficienti:

1. Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani;
2. Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Disabili;
3. Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche;
4. Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice.

Le tipologie di prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche contemplate dal presente Piano sono riconducibili a:

- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Intensive a persone non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Ad essi è collegato il codice di attività R1;
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria. Ad essi è collegato il codice di attività R2;
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle

fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, ri-orientamento e tutela personale in ambiente «protesico». Ad essi è collegato il codice di attività R2D;

- trattamenti erogati in unità d'offerta residenziali di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria. Ad essi è collegato il codice di attività R3;
- trattamenti semiresidenziali: trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in Unità d'offerta o centri diurni. Ad essi è collegato il codice di attività SR;
- trattamenti semiresidenziali demenze: cure estensive erogate in Unità d'offerta o in centri diurni a persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, ri-orientamento e tutela personale. Ad essi è collegato il codice di attività SRD.

LA RIABILITAZIONE

La risposta che un sistema offre al problema delle disabilità rappresenta uno dei maggiori indici di equità e qualità del sistema sanitario e sociale in generale. Infatti, oltre al carico di morbilità conseguente alla distribuzione delle patologie prevalenti in una popolazione, le disabilità peggiorano le condizioni socioeconomiche iniziali e costituiscono, pertanto, un problema di primaria importanza non solo dal punto di vista sanitario, ma anche sociale; un problema non solo del singolo, ma della famiglia e dell'intera collettività.

L'importanza che riveste il recupero delle disabilità è confermata anche dagli studi dell'OMS che in un primo documento del 1980 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH), introduce la distinzione fra menomazione, definita come "perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica", disabilità, definita come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano" e handicap, definito come la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o ad una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali". Nel 2001 la stessa istituzione (con il documento International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF), promuove un cambiamento sostanziale nell'approccio alla condizione, parlando in positivo di funzioni, strutture, attività e partecipazione anziché di impedimenti, disabilità, handicap.

L'evoluzione delle due concezioni, sottintese alle classificazioni ICDH 1980 e ICF 2001, sono sintetizzate nella Tabella che segue.

Tabella - Confronto tra "concezioni" di disabilità nell'ICDH 1980 e ICF 2001

	ICDH 1980	ICF 2001
DEFINIZIONI DI "DISABILITÀ"	Un problema personale derivato da limitazioni funzionali indotte da menomazioni fisiche e psichiche	Le conseguenze di salute derivate dai fattori multidimensionali che limitano le abilità, l'autonomia e la partecipazione
STRATEGIE DI INTERVENTO	Contenere o eliminare il deficit funzionale attraverso interventi individuali	Rimuovere barriere, facilitare gli accessi, promuovere la qualità della vita con la persona interessata
METODOLOGIA DI INTERVENTO	Prevedere servizi medici, riabilitativi, per l'inserimento lavorativo e il sostegno psicologico	Superare una visione settoriale dei bisogni e supportare le persone e le famiglie attraverso una pluralità di strumenti e servizi, favorendo contestualmente processi di cambiamento socio-ambientale
SOGGETTI COINVOLTI	Medici e altri professionisti della riabilitazione e dell'intervento sociale	L'utente, la sua famiglia e la comunità, i professionisti già coinvolti, altre persone con disabilità, altri tecnici per consulenza e informazione.
GIUSTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	Compensazione proporzionale alla gravità della menomazione	Interventi e benefici sono necessaria condizione per la piena fruizione dei diritti soggettivi della persona
RUOLO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ	Oggetto di interventi, paziente, beneficiario, oggetto di ricerca	Soggetto responsabile ed attivo nella formulazione del progetto di vita personalizzato e nei processi di ricerca

Il presente Programma, nel rispetto del Piano d'indirizzo per la riabilitazione (Gruppo di Lavoro sulla Riabilitazione, Ministero della Salute, Ottobre 2010), nella sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento riabilitativo più complesso. È obiettivo strategico dello stesso definire modelli operativi chiari e funzionali nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per gli utenti e le famiglie, avviare un sistema di monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione.

L'offerta riabilitativa, intra-aziendale o interaziendale, deve comprendere strutture e servizi a diversi livelli (distrettuale, sovradistrettuale e multizonale) e con diversa modalità di organizzazione (ospedaliera ed extraospedaliera, residenziale e semi-residenziale, nonché ambulatoriale e domiciliare), con attivazione di circuiti riabilitativi finalizzati alla continuità ed alla efficacia assistenziale, e con collegamenti organici tra prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere e tra assistenza sanitaria e sociale.

Ciascuna Azienda Sanitaria è chiamata ad impegnarsi a sviluppare e garantire il piano integrato d'intervento riabilitativo attraverso l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti

e quelli di riabilitazione, nonché l'integrazione tra i Servizi Sanitari di Riabilitazione e quelli di Riabilitazione Sociale.

Inoltre si dovrà privilegiare, nell'attribuzione dei posti letto per attività riabilitativa residenziale e semi residenziale, le strutture pubbliche oggetto di riconversione, ricorrendo, ove sostenibile, anche a forme di accordo pubblico private.

Il mezzo per realizzare tale integrazione è identificato sin dal presente Piano nell'Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi (UVBR), competente per territorio, che provvede ad individuare e quantificare i bisogni ed ad individuare le modalità gestionali, ispirandosi ai tipici principi della valutazione funzionale globale e multidimensionale mediante l'utilizzo di schede di valutazione opportunamente validate. La stessa Unità provvede, inoltre, alla programmazione ed al controllo della qualità dell'assistenza riabilitativa nella rete integrata dei servizi.

L'AREA DELLE POST ACUZIE

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una Rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi 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 che necessita di assistenza in lungodegenza dopo un 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 divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è più contenuto e meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Obiettivo della Lungodegenza post acuzie, quindi, è quello di garantire, ai pazienti che necessitano di assistenza, il percorso post-acuzie più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

I pazienti necessitanti di lungo assistenza medica in regime di ricovero ospedaliero possono essere così definiti:

1. soggetti con scarso potenziale di recupero, o a lento recupero, con pluripatologie concomitanti e che richiedono intenso nursing assistenziale, possono ricevere ospedalità nelle strutture di lungodegenza medica;
2. i soggetti con scarso o nullo potenziale di recupero, con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato provenienti di norma dalle rianimazioni e/o terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali e che richiedono elevata intensità di cura accederanno alle strutture di lungodegenza post-acuzie ad elevata intensità di cura (LAIC).

LE DIPENDENZE

La missione del Settore delle Dipendenze è quella di contrastare il rischio della frammentazione degli interventi e della parcellizzazione delle risorse, introducendo una serie di elementi innovativi sul piano strategico, operativo, progettuale e organizzativo, e promuovendo la logica del lavoro in rete e l'integrazione sociosanitaria.

Per realizzare l'obiettivo strategico, occorre:

- sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- promuovere l'integrazione e la promozione di rapporti di collaborazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- sostenere e promuovere l'integrazione sociosanitaria, per garantire una reale assistenza integrata di tipo sanitario e sociale, attraverso il raccordo con i servizi e gli interventi di natura socio-assistenziale e di inclusione sociale previsti dai piani territoriali di lotta alla droga: prevenzione, informazione, sensibilizzazione, progetti di tipo socio educativo, servizi sociali di prevenzione e primo intervento a bassa soglia, percorsi di reinserimento socio-lavorativo, accoglienza e interventi per fasce particolarmente a rischio.
- definire un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno), che deve accompagnare costantemente i processi di lavoro nei servizi, anche per identificare meglio i bisogni e le buone prassi di intervento;
- ripensare complessivamente, nella logica di solidarietà ed equità, l'organizzazione del sistema servizi, offrendo agli utenti una gamma di trattamento sufficientemente differenziata e flessibile per tutte le tipologie di consumo;
- territorializzazione dell'assistenza ed integrazione con gli altri servizi nell'ambito del distretto, anche attraverso l'ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e la promozione di rapporti convenzionali con i soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento;
- sostenere il processo di riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e promuovere il rafforzamento della rete esterna al carcere per un più efficace intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale dei detenuti.

In attuazione delle disposizioni contenute nella normativa nazionale (D.P.R. n. 309 del 09 ottobre 1990 e D.M. n. 444/90), la Regione Basilicata ha attivato un sistema territoriale di servizi sanitari e socio-assistenziali nel settore tossicodipendenze, costituito dai Ser.T, ubicati all'interno delle ASL, dalle Comunità terapeutiche, accreditate presso il Servizio Sanitario regionale e dai Piani sociali di zona, che hanno promosso attività e servizi di aggregazione giovanile con finalità preventive.

Le attività del servizio tossicodipendenze si sviluppano trasversalmente, anche a livello distrettuale, e si configurano anche come attività specialistiche ad elevata integrazione socio-sanitaria finalizzate alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'accoglienza ed alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione.

I Ser.T, nell'ottica del lavoro di rete, svolgono la propria attività anche in stretta collaborazione con diversi soggetti istituzionali:

- le Prefetture, per quanto riguarda l'applicazione delle misure alternative alla sanzione amministrativa prevista dal D.P.R. 309/90;
- le scuole, per quanto attiene la prevenzione primaria delle dipendenze e il funzionamento dei C.I.C. (Centri d'Informazione e Consulenza);
- gli Istituti di Pena e l'Ufficio Esecuzione Penale esterna, per l'affidamento in prova in casi speciali che prevedono l'alternativa alla detenzione (art. 94 D.P.R. 309/90);
- il Tribunale di Sorveglianza, il Tribunale per i Minorenni ed il Centro di Giustizia Minorile;
- i Servizi Sociali dei Comuni per l'integrazione delle attività Sociali e Sanitarie.

Completano la rete dei servizi, le Comunità Terapeutiche accreditate che attualmente si configurano nelle seguenti tipologie: tre Comunità Terapeutiche riabilitative, tre Comunità Pedagogico riabilitativo, una Comunità Terapeutica di Reinserimento Lavorativo e un Centro di Pronta Accoglienza di Osservazione, Diagnosi e Orientamento.

I Servizi Pubblici e Privati accreditati sono stati dotati di un software unico per tutto il territorio regionale, con standard definiti a livello nazionale, in modo da avere informazioni utili sia per quanto riguarda la valutazione diagnostica multidisciplinare, sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi, compresi i dati relativi alla verifica della efficacia degli interventi.

Per quel che riguarda la specificità alcoologica, i Ser.T e gli ambulatori alcoologici

ospedalieri assicurano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcol-correlate. Ambedue le strutture collaborano con le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento e con i gruppi degli alcolisti anonimi, con cui realizzano progetti di prevenzione ed educazione alla salute.

Gli obiettivi operativi che la Regione intende sviluppare nel prossimo triennio, vanno declinati secondo il seguente schema:

- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari-socio sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, favorendo gli inserimenti lavorativi, in quanto fortemente correlati alla cura e al reinserimento sociale;
- favorire l'integrazione tra i Dipartimenti di salute Mentale ed i servizi per le tossicodipendenze, ai fini di una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- attuare programmi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno;
- coordinare con i Comuni e altri enti del privato sociale titolari di progetti e interventi di tipo socio-educativo, finalizzati a contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, che spesso attuano interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- attuare interventi di sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali e illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento;
- attuare la promozione della salute con programmi mirati all'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni pubbliche e private che quotidianamente operano in favore dei giovani;
- adeguare il Sistema informativo alle indicazioni nazionali per gli aspetti delle dipendenze;
- effettuare formazione, riqualificazione professionale e sviluppo della ricerca nel settore.

Al fine di monitorare lo sviluppo degli obiettivi sopra declinati, la Regione promuove l'attivazione di un'apposita sezione "dipendenze patologiche" nell'ambito dell'Osservatorio

epidemiologico regionale. Con apposito regolamento regionale verranno definite le modalità di composizione e funzionamento della sezione.

Inoltre, nell'ambito della sistematizzazione delle attività e dei servizi per il contrasto delle dipendenze patologiche, si curerà la individuazione dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento al fine di garantire il cittadino della necessaria qualità dei livelli di assistenza.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

TITOLO 3 - TUTELE SOCIALI

LE SCELTE STRATEGICHE PER LE POLITICHE DI CITTADINANZA

L'integrazione fra le politiche sociali e le altre politiche (sanitarie, educative, del lavoro, abitative, urbane ecc.) rappresenta il requisito cruciale per lo sviluppo della coesione sociale nelle comunità territoriali. Un ruolo fondamentale nel promuovere politiche in grado di contrastare fenomeni di disagio, di povertà e di esclusione sociale è svolto da interventi integrati che sappiano partire da un efficace sistema di presa in carico della persona, per accompagnarla verso l'uscita dalla condizione di bisogno e di esclusione.

E' importante sottolineare che la rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale per svilupparsi e non arretrare, deve mantenere un adeguato equilibrio fra assistenza, prevenzione, promozione e sviluppo della coesione sociale, perché ciascuno di tali aspetti rappresenta un investimento per il sistema stesso.

La valorizzazione e integrazione delle diverse politiche pubbliche che insistono sullo stesso territorio, la valorizzazione delle "reti comunitarie" (famiglia, vicinato, volontariato), la capacità di produrre capitale sociale, la capacità di fronteggiare le paure connesse alla insicurezza e alla sfiducia nelle istituzioni, il potenziamento dei modelli di governance del territorio, sono gli elementi sui quali lavorare per sviluppare nei diversi contesti territoriali una maggiore coesione sociale, quale elemento in grado di sostenere la competitività dei sistemi locali.

Occorre anche agire a livello promozionale e di integrazione delle politiche sociali in senso lato: tale aspetto rappresenta una dimensione cruciale che anche attraverso il presente Piano s'intende promuovere con la necessaria gradualità. In particolare si prevede che in ogni ambito territoriale, attraverso il Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari (PISS) s'investa promuovendo nel triennio, a fianco del consolidamento dei servizi di base, almeno su un percorso progettuale sperimentale che evidenzia piste di integrazione con le altre politiche (educative, abitative, del lavoro, urbane).

Gli interventi di coesione sociale, oggetto della progettazione sociale, dovranno far riferimento alle seguenti aree:

- Prevenzione – intesa come l'approccio progettuale che anticipa i fenomeni di frattura e di disagio sociale attraverso l'attivazione di risorse locali e la promozione delle azioni di contrasto dei fenomeni di esclusione;

- **Promozione** – intesa come capacità delle comunità locali di essere protagoniste del loro stesso cambiamento, sia in un’ottica di riconoscimento delle opportunità e delle risorse presenti su di un territorio, sia di emancipazione dai bisogni;
- **Partecipazione** – intesa come la metodologia di sviluppo progettuale volta a favorire il coinvolgimento della comunità formata da realtà associative ed economiche, organizzazioni locali e da singoli cittadini;
- **Partenariato** – inteso come la strategia progettuale che sviluppa la collaborazione fra più soggetti attivi, promuovendo la costruzione di reti che svolgono funzioni di rappresentanza degli interessi dei diversi attori.

Concorre al perseguimento di questi obiettivi il Documento Strategico Regionale del dicembre 2005, nel quale la Regione Basilicata ha indicato le linee della programmazione regionale per il periodo 2007/2013 definendo gli obiettivi generali delle diverse politiche regionali, nel contesto più generale del Quadro Strategico Nazionale (QSN). In particolare sono i Programmi Operativi del FESR e del FSE che hanno fissato gli obiettivi operativi di coesione sociale della programmazione regionale, nell’ambito dell’Asse di intervento Inclusione Sociale, finalizzato ad accrescere la qualità della vita, la sicurezza e l’inclusione sociale.

E’ l’integrazione sociosanitaria l’ambito operativo che assume un ruolo centrale in questa programmazione, come “condizione essenziale per migliorare l’efficacia degli interventi, incidendo sulla continuità assistenziale, invertendo i rapporti fra ospedale e territorio, fra cure residenziali e domiciliari, fra medicina generale e specialistica”. La scelta dell’integrazione socio-sanitaria diviene il punto qualificante dell’offerta dei servizi alla persona. Essa favorisce un uso più efficiente delle risorse, con particolare riferimento alle risorse umane, consentendo il superamento delle forme più diffuse di settorialità che normalmente generano frammentazione degli interventi, aumento sostanziale dei costi per prestazioni spesso inappropriate ed insoddisfacenti.

L’integrazione inoltre può ridurre sensibilmente l’insoddisfazione dei cittadini quando richiedono un servizio assistenziale. L’utente e la sua famiglia hanno normalmente come interlocutori, singole figure professionali (sanitarie o sociali) appartenenti a servizi e ad amministrazioni diverse con cui interagiscono separatamente, in tempi diversi e sulla base di modalità relazionali difformi e separate. L’integrazione professionale può assicurare

invece un gruppo di operatori di riferimento che agiscono concordemente, in una logica di erogazione unitaria e coordinata, a tutto vantaggio della qualità del rapporto con il cittadino. Inoltre con la costruzione di un sistema integrato anche relativamente all'accesso, si possono superare le difficoltà dei cittadini spesso costretti a vagare da un servizio all'altro, alla ricerca della difficile combinazione di quei "pezzi di offerta" che complessivamente possono rispondere alle loro necessità. Gli sportelli unitari integrati socio-sanitari e sociali possono facilitare il primo accesso al sistema, garantire una corretta "presa in carico" ed un accompagnamento nel percorso, a volte complesso, dell'intervento assistenziale.

Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre quindi ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare, anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle loro relazioni, al grado complessivo di coesione sociale della comunità, alla riduzione delle disuguaglianze.

Questo approccio, che non può che essere processuale, porta ad un passaggio decisivo tra un sistema di offerta prevalentemente basato sull'esclusivo intervento delle professionalità specialistiche, sanitarie o sociali, ad un sistema di offerta, caratterizzato dalla presa in carico globale della persona e dal suo accompagnamento nel percorso assistenziale.

Il modello tradizionale assicura singole prestazioni sociali e sanitarie che possono sicuramente basarsi su di una elevata qualità professionale, ma che non sempre producono risultati soddisfacenti rispetto al miglioramento complessivo della vita delle persone; l'altro modello, quello dell'integrazione sociosanitaria e dell'integrazione in genere, si propone invece di valorizzare le professionalità specialistiche, portandole ad interagire fra di loro ed a confrontarsi con l'unitarietà e la complessità del cittadino, rispetto al quale possono continuare ad esercitare la loro specifica professionalità, ma soprattutto possono trovare una ragione ancora più elevata e profonda riguardo il valore del proprio lavoro, in rapporto al complessivo benessere del cittadino stesso.

L'unitarietà degli strumenti di programmazione sia regionali che locali e, soprattutto, l'individuazione di un unico ambito territoriale nel quale costruire un sistema di governance integrato caratterizzato dall'unitarietà della programmazione sanitaria e sociale, rappresentano, pur in una necessaria logica processuale, l'obiettivo innovativo ed ambizioso della scelta politica e legislativa regionale.

Gli Enti Locali ed il sistema delle Aziende Sanitarie dovranno corrispondere a questo nuovo ruolo di interlocuzione, mettendo in campo le loro responsabilità e disponibilità, in una logica unitaria e coordinata.

Nella fase di attuazione del Piano regionale, sarà necessario:

- sviluppare una elaborazione comune fra sanità e sociale rispetto alla costituzione e alla regolazione di una rete minima di servizi ed interventi sociali e socio-sanitari, sulla base delle indicazioni regionali in ordine alle prestazioni che devono essere erogate e agli aventi diritto;
- coordinare i programmi annuali di spesa sia per il versante sanitario che per quello sociale, con particolare riferimento ai programmi per l'erogazione di servizi garantiti su base universalistica e collegati alla graduale introduzione di livelli essenziali. Tra questi: l'organizzazione diffusa del servizio sociale professionale, la costituzione ed implementazione di sportelli unici di accesso, la costituzione delle Unità di Valutazione Integrata (UVI), la formulazione del Piano Assistenziale Personalizzato, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il servizio di pronto intervento sociale, gli interventi di emergenza per minori.

In termini operativi occorrerà:

- definire un sistema unificato di accesso ai servizi ed agli interventi che preveda criteri e modalità comuni, attraverso la costituzione di sportelli integrati sociali e sanitari e la predisposizione, su base di ambito territoriale, di percorsi unificati per la fruibilità dei servizi;
- costituire equipe integrate di carattere multiprofessionale, per la valutazione del bisogno assistenziale e la definizione del progetto assistenziale ;
- individuare precisi percorsi di "continuità assistenziale";
- valutare periodicamente l'attuazione delle diverse fasi della programmazione integrata attraverso la costituzione di un sistema informativo idoneo a supportare, sotto il profilo conoscitivo, sia le scelte di natura programmatoria che quelle gestionali.

LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA REGIONALE

La disponibilità del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), che negli passati era andata configurandosi come la principale fonte di finanziamento del sistema italiano dei servizi sociali, per la Regione Basilicata è pari all'1,23% delle risorse disponibili per la parte trasferita alle Regioni.

Nella tabella che segue indichiamo il riparto del FNPS per gli ultimi anni.

FNPS-Quota Regione Basilicata

FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI		
Quota Regione Basilicata		
	assegnazione % delle risorse alla Basilicata	totale risorse indistinte
2005	1,23	6.373.670,00
2006	1,23	9.535.895,85
2007	1,23	9.166.764,39
2008	1,23	8.077.225,53
2009	1,23	6.677.727,11
2010	1,23	6.000.000,00

Fonte: Regione Basilicata

La Regione Basilicata adotta un sistema di finanziamento delle proprie politiche sociali che prevede l'anticipazione, con risorse proprie di bilancio, delle risorse derivanti dal riparto annuale del FNPS. Il sistema, nel corso dell'ultimo triennio, ha garantito la continuità del finanziamento ed evitato l'interruzione dei servizi.

Il primo Piano Socio-Assistenziale prevedeva che una parte rilevante di tali risorse, pari al 70%, fosse destinata a finanziare i servizi degli ambiti territoriali, a gestione associata, previsti dai Piani Sociali di Zona. Le delibere di assegnazione delle risorse su base annuale hanno progressivamente vincolato l'utilizzo delle risorse del cosiddetto fondo indistinto per

le aree Minori, Anziani, Handicap, con un vincolo specifico di impegno minimo del 20% per l'area Minori.

Con atti successivi si è deciso di attribuire una parte delle risorse, in percentuale variabile, ma che si attesta intorno al 10% circa, per il cofinanziamento (al 50%) degli Uffici Sociali Comunali (servizio sociale comunale).

La restante parte, al netto delle diverse finalizzazioni, è destinata ai Comuni per le attività a gestione singola. Si tratta di una cifra di poco inferiore a 1,5 milioni di euro per anno (1.454.054,68 euro).

Alle risorse del FNPS si sono progressivamente aggiunte le risorse del bilancio regionale, per una dotazione complessiva che con il 2010 ha raggiunto i 13 milioni di euro.

Da questi dati è possibile evidenziare che il Fondo Regionale per le Politiche Sociali ha avuto nel corso della legislatura un incremento pari a circa il 300%, da una parte assorbendo la riduzione dei trasferimenti nazionali, dall'altra incrementando significativamente la dotazione complessiva delle risorse disponibili per il sistema regionale dei servizi sociali.

Fondo regionale per le politiche sociali

FONDO REGIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI	
2005	3.700.000,00
2006	4.900.000,00
2007	4.500.000,00
2008	5.300.000,00
2009	12.300.000,00
2010	13.000.000,00

Fonte: Regione Basilicata

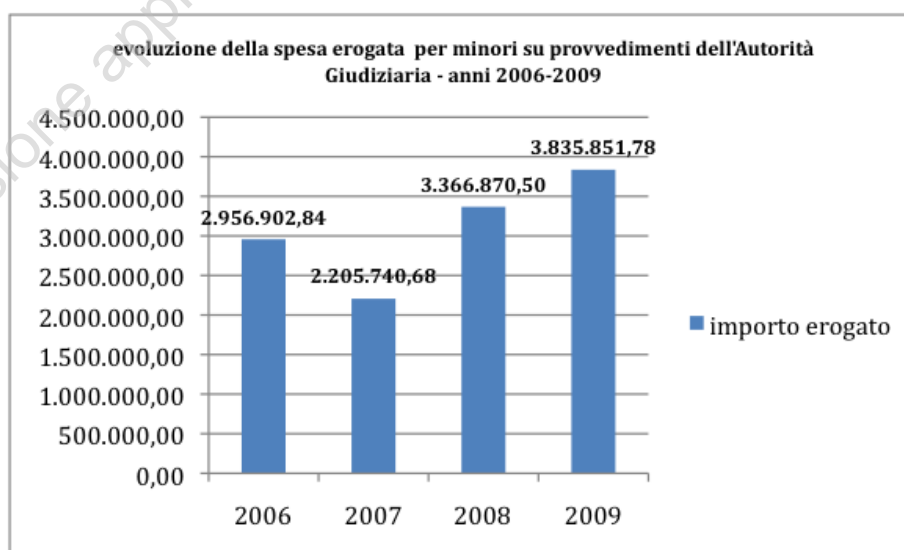
Una parte rilevante di risorse è destinata agli interventi a favore dei minori disposti dall'Autorità Giudiziaria; si tratta di una spesa importante che è coperta con risorse regionali.

Tab.28 Risorse impegnate per interventi a favore di minori disposti dall'autorità giudiziaria

Anno	Totale risorse impegnate in €
2005	1.400.160,84
2006	2.956.902,84
2007	2.205.740,68
2008	3.366.870,50
2009	3.835.851,78

Fonte: Regione Basilicata

Come è facile evincere dai dati, riportati anche nel grafico seguente, la spesa tende progressivamente ad aumentare, e per il 2010, al 31 ottobre, già si attesta sui 3,2 milioni di euro.



Contestualmente all'approvazione del Piano di azione regionale degli Obiettivi di Servizio (DGR 1278/2008), è aumentato il contributo finanziario ai comuni per la gestione e il funzionamento degli asili-nido e per la non autosufficienza.

Il Fondo Nazionale per la non autosufficienza è integrato con le risorse del Fondo speciale regionale, istituito dall'art. 4 della legge regionale 4/2007. Con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 588/2009 tali risorse sono state ripartite su singoli interventi e servizi, principalmente in favore dell'intervento *Assegno di cura*.

Il programma sperimentale di contrasto alla povertà 'Cittadinanza Solidale', negli anni 2006/2008 ha garantito inoltre il pagamento del contributo economico mensile erogato ai beneficiari per 26 mesi, con un impegno complessivo di circa 31 Ml di euro, con da tabella che segue:

Fonte finanziamento programma Cittadinanza Solidale

RISORSE FSE	26.201.223,44
FONDO REGIONALE	4.729.906,16
TOTALE	30.931.129,60

Fonte: Regione Basilicata

E' attualmente in fase di attuazione il "Programma regionale di contrasto delle condizioni di povertà e di esclusione sociale. Art. 24 L.R. n. 31 del 24 dicembre 2008" sulla base del Documento di indirizzo varato con DRG n. 371/2009.

LE RISORSE FINANZIARIE A SOSTEGNO DELLA PROGRAMMAZIONE

Le risorse statali e quelle regionali si integrano con risorse proprie specifiche dei Comuni, nella misura minima indicata dal presente Piano regionale, per la parte relativa alle funzioni socio-assistenziali, e con risorse delle Aziende Sanitarie, per l'area dell'integrazione sociosanitaria.

Concorrono altresì al finanziamento della rete integrata dei servizi di cittadinanza sociale le Province, per le funzioni di propria competenza, e gli altri Soggetti giuridici, pubblici e privati, in una logica di condivisione delle responsabilità e in osservanza del principio di sussidiarietà, al fine di favorire il protagonismo delle istituzioni locali e il sostegno alle capacità di iniziativa e di auto-organizzazione delle comunità locali.

Specifiche attività, servizi e/o progetti possono altresì essere finanziati, in tutto o in parte, con risorse derivanti da Fondi comunitari, sia nell'ambito delle iniziative oggetto della programmazione regionale a valere sui Fondi Strutturali, sia su autonoma iniziativa degli enti coinvolti nella programmazione locale.

Nel periodo 2011/2014 gli stanziamenti regionali a copertura del fabbisogno complessivo del sistema regionale di servizi di cittadinanza sociale, per la parte di competenza del settore sociale, saranno progressivamente adeguati alle esigenze di attuazione del presente piano, compatibilmente con il quadro di compatibilità generali di finanza regionale.

Alle risorse derivanti dai Fondi statali e regionali si aggiungono quelle proprie dei Comuni, che per il triennio 2011-2014 si determinano, per ciascuna annualità, nella misura minima – quale quota di co-finanziamento degli interventi programmati su scala locale – del valore di euro 10,00 per abitante residente, con riferimento ai dati ISTAT aggiornati al 1 gennaio 2010, per ciascuna delle annualità di attuazione del PISS. In ogni caso tale quota non potrà essere inferiore al valore complessivo della spesa storica dei Comuni, registrata in sede di bilancio consuntivo, con riferimento all'esercizio finanziario 2010, anche se superiore al valore di 10 euro ad abitante.

La rete dei servizi di cittadinanza sociale si finanzia anche con il concorso degli utenti alla copertura del costo delle prestazioni sociali, secondo modalità e criteri che verranno definiti con apposito regolamento regionale. Nelle more della definizione da parte della Regione Basilicata dei criteri per la compartecipazione da parte degli utenti i Comuni possono autonomamente definire criteri, in sede di definizione dei PISS, nel rispetto del principio di

gradualità della contribuzione in rapporto alle condizioni di bisogno, determinato secondo quanto previsto dal D.lgs. 31 marzo 1998 n. 109, come modificato dal D.Lgs. 3 maggio 2000, n. 130.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

I CRITERI DI RIPARTO

Per la definizione del riparto delle risorse si confermano i criteri già indicati nella programmazione regionale, così articolati:

- | | |
|--|-----|
| • popolazione residente | 15% |
| • popolazione ultra65enne residente | 30% |
| • popolazione 0-17 anni | 25% |
| • quota di spesa prevista a proprio carico | 30% |

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

LE FINALIZZAZIONI DELLE RISORSE

Uno degli obiettivi principali del nuovo ciclo della programmazione sociale e sociosanitaria regionale è quello di rendere omogenea sul territorio l'offerta di servizi, al fine di garantire a tutti i cittadini lucani uguali opportunità e diritti. Per tale ragione la Regione Basilicata finalizza una quota delle risorse trasferite agli Ambiti Socio-territoriali per alcune delle aree di intervento previste dalla legge regionale 4/2007.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

TITOLO 4 - I CONDIZIONALI

DEFINIZIONE DI CONDIZIONALE

Il condizionale è un supporto di informazione, di criteri, di idee, di modelli, di parametri, di riferimenti, di suggerimenti pratici, offerti a coloro che dovranno implementare il PSSR.

I “condizionali” sono l’espressione delle scelte strategiche di questo piano, degli orientamenti decisi a fronte di una prospettiva politica, per cui vanno letti ed interpretati come i loro “razionali pratici”. Essi non sono gli unici condizionali possibili ma sono quelli maggiormente coerenti con le scelte strategiche di questo PSSR.

I “condizionali” vanno letti dentro una logica costruttivista e non finalista. Essi sono le premesse da cui partono le decisioni e le scelte, quindi, non sono semplicemente degli obiettivi da raggiungere. Gli obiettivi sono impliciti nei condizionali esattamente come i mezzi devono essere impliciti negli scopi che si vogliono raggiungere. Essi, in pratica, rappresentano gli antecedenti, le condizioni iniziali, gli input, le basi di partenza, le determinazioni indispensabili, quindi i riferimenti, a partire dai quali si innescano processi di cambiamento .

I “condizionali” rappresentano per i programmatori un’offerta di soluzioni pratiche ma nel rispetto delle autonomie degli stessi programmatori. Il loro scopo non è restringere il campo delle possibilità ma allargarlo il più possibile, cioè incentivare i programmatori alla ricerca di maggiori possibilità facendo leva proprio sul valore dell’autonomia.

Tuttavia i “condizionali”, proprio perché sono dei riferimenti per i programmatori, hanno il fine, come qualsiasi riferimento, di mettere i programmatori “in relazione” con i problemi, le scelte, gli interventi necessari, i cambiamenti auspicati, anche per misurare la loro capacità decisionale, imprenditoriale, innovativa.

I “condizionali” intendono colmare il vuoto che spesso esiste tra le intenzioni ed i fatti, tra gli auspici e le prassi, offrendo un ponte tra politiche socio-sanitarie dichiarate e la realtà da ripensare e da cambiare.

SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA

In alcuni condizionali sono presenti delle schede sintetiche che individuano gli obiettivi, le azioni, i tempi e gli indicatori di risultato. Alcuni degli obiettivi presenti in queste schede costituiscono obiettivi strategici e valido strumento per valutare l'avanzamento del PSSR. Con apposito atto verranno adottati alcuni di questi obiettivi ai fini della valutazione per l'indennità di risultato annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

CA.1. ANALISI DI CONTESTO

Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (PRSS) si inserisce in un complesso scenario politico istituzionale, nazionale e regionale, caratterizzato da nuove opportunità e nuovi vincoli, dei quali la Regione Basilicata ha tenuto conto durante la stesura del Piano e con i quali dovrà confrontarsi nella realizzazione di quanto in esso previsto.

Partendo dall'analisi del contesto nazionale e facendo propri i principi essenziali e gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, e del PSN 2010 - 2012, la programmazione regionale individua obiettivi che scaturiscono anche dai mutati scenari e dai nuovi bisogni di salute della popolazione lucana.

Il contesto istituzionale e normativo nazionale

A livello nazionale, elementi di rilievo sono la modifica del titolo V/parte II della Costituzione con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e l'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con il DPCM del 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

Tali provvedimenti, infatti, hanno introdotto nuove logiche e principi di azione a livello nazionale e regionale, determinando, così, nuove attribuzioni e sfere di intervento.

A seguito delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione, allo Stato è attribuita la potestà esclusiva nella *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* e la definizione dei principi fondamentali che sono adottati con legge nazionale.

Alle Regioni è affidata, nell'ambito di una potestà legislativa concorrente che vede attribuite alla Regioni una competenza generale e allo Stato una competenza tassativa, *“tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario”*.

L'immediata conseguenza del dettato normativo è quella di ripartire le responsabilità in maniera diversa tra lo Stato e le Regioni; lo Stato formula i principi e gli obiettivi del Sistema Sanitario Nazionale, per garantire ai sensi dell'art. 32 la tutela della salute in modo paritario a tutti i cittadini ed individua le prestazioni inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), intesi non come livelli minimi di prestazioni da garantire (tipologia e volumi, aspetti tipici della pianificazione regionale), bensì come *“essenziali ed accettabili sul piano sociale, nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti”*. Le Regioni, a loro volta, sono responsabili

della realizzazione degli obiettivi di salute e delle risorse utilizzate per il loro raggiungimento.

È previsto, infatti, che il finanziamento delle funzioni sanitarie sia realizzato attraverso la compartecipazione al gettito fiscale anziché tramite i trasferimenti statali vincolati. Tale sistema determina, in relazione al gettito tributario, una differenza nelle entrate delle varie Regioni, pertanto è stato istituito un *fondo perequativo nazionale*, come elemento fondamentale di un sistema di federalismo fiscale e a tal fine ripreso dall'art. 9 della legge delega n. 42 del 2009.

Le Regioni possono garantire ai propri cittadini livelli di assistenza ulteriori, con oneri a proprio carico (art. 13 D.Lgs. 502/92 e s.m.i.) e coprire gli eventuali disavanzi della gestione sanitaria attraverso variazioni delle aliquote dei tributi propri o dell'addizionale Irpef o attraverso compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini.

Il federalismo fiscale determina un progressivo decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni, una forma di "devoluzione di poteri", che prevede l'autonoma determinazione da parte delle Regioni della combinazione ottimale dei livelli di assistenza negli ambiti dell'assistenza ospedaliera, distrettuale e sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, tenendo conto dei determinanti d'ambito demografici, epidemiologici, topologici, strutturali, storici, ecc. in un quadro di sostenibilità economica ed organizzativa.

Il modello che viene a delinarsi è ispirato al principio di sussidiarietà, che vede il livello decisionale collocato il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino ed alla comunità locale. Tale modello è definibile come intersettoriale a livello verticale, (Regione, Enti Locali ed Aziende Sanitarie) ed integrato a livello orizzontale (Aziende Sanitarie al proprio esterno con altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, Soggetti privati profit e no-profit ed al proprio interno Presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimenti). Concretamente, quindi, si realizza il cosiddetto federalismo sanitario, che, pur rimettendo alle Regioni il compito di realizzare equilibrio tra risorse disponibili e livelli delle prestazioni erogate, non può prescindere dai principi su cui si fonda il sistema sanitario nel suo complesso ossia l'universalità, l'equità e la garanzia per i cittadini della tutela della salute secondo i livelli assistenziali definiti dalla normativa nazionale.

I LEA, infatti, sono stati definiti in prima istanza con il DPCM del 29 novembre 2001 in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini. Il DPCM individua, oltre alle prestazioni erogabili, anche quelle escluse dai LEA e quelle parzialmente escluse in quanto erogabili solo secondo specifiche indicazioni cliniche o in particolari setting assistenziali.

Con la proposta di DPCM del 21 aprile 2008 si intende puntualizzare i LEA a seguito di un lungo periodo di elaborazione e di confronto a livello istituzionale, con l'intento di individuare il contenuto positivo di ogni macro area di assistenza. Questo schema di decreto, pur non essendo ancora efficace, costituisce un punto di riferimento, di orientamento culturale cui si ispirano alcune scelte del Piano. Infatti, l'evoluzione della domanda di prestazioni sanitarie ed i nuovi bisogni di salute hanno determinato, nel corso del tempo, la necessità di erogare assistenza tramite diverse modalità, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, in considerazione dell'allungamento della vita e dell'ampliamento dell'area dei soggetti svantaggiati.

Le scelte sono orientate anche sulla base delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Comunità Europea su sicurezza e qualità delle cure, oltre ai riferimenti relativi al Patto di stabilità e crescita dell'Unione Europea. Pertanto il Piano assume, inoltre, come riferimento, quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa tra Stato e Regioni del 3 dicembre 2009, con particolare attenzione alle indicazioni sul monitoraggio dei fattori di spesa, sulla razionalizzazione della rete ospedaliera ed incremento dell'appropriatezza, sulla necessità di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali a favore di soggetti non autosufficienti.

Il contesto istituzionale e normativo regionale

All'interno di un contesto nazionale così ampio, articolato, in continuo cambiamento, si inserisce l'esperienza della Regione Basilicata che ha, nel corso degli anni, puntato sulla riforma del proprio sistema socio-sanitario, dapprima prevedendo la ristrutturazione del sistema socio-assistenziale ed in un secondo momento alla riorganizzazione del sistema sanitario nel suo complesso.

Il percorso di attuazione della riforma delle politiche sociali

Il processo di riordino dei servizi sociali nella Regione Basilicata prende avvio con la L.R. 50/80 "Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali" che definisce le modalità di intervento, una gestione coordinata ed integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, un modello organizzativo e funzionale articolato nel territorio. Con la successiva L.R. 25/97 "Riordino del sistema socio-assistenziale" si individua un nuovo assetto organizzativo ed istituzionale ed uno strumento di governance per l'attuazione dei servizi e

degli interventi di natura sociale, il Piano socio-assistenziale. Il Piano Sociale Regionale 2000-2002 (adottato con DCR n° 1280 del 21/12/991) individua l'assetto territoriale per la pianificazione sociale attraverso la costituzione degli ambiti territoriali, introduce il principio della sussidiarietà verticale e della programmazione dal basso per la costruzione dei Piani Sociali di Zona territoriali, definisce la rete dei servizi essenziali e getta le basi per la costruzione di un sistema integrato a cominciare dai servizi sociosanitari.

La riforma, che prende avvio con l'approvazione della L.R. n. 4/07 del 14 Febbraio 2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale", oltre a guidare il processo di costruzione ed implementazione dei Piani di Zona, prevede il configurarsi di un nuovo assetto giuridico-istituzionale nell'organizzazione territoriale delle politiche sociali (gli ambiti sovracomunali, la programmazione e la gestione associata).

La legge prevede, in concreto, la realizzazione di una rete di servizi alla persona ed alle comunità attraverso la cooperazione tra Enti locali, Aziende sanitarie, Ambiti sociali e altre istituzioni territoriali. Nella logica della sussidiarietà e della cooperazione istituzionale, vengono definiti dalla legge regionale anche i ruoli e le modalità di governance della rete che fa capo alla Regione, agli Enti Locali, alle Aziende Sanitarie ed al terzo settore e che ha come scopo la lotta all'esclusione sociale e il perseguimento della tutela e della promozione mediante l'attivazione di servizi ed interventi improntati a principi di universalità, selettività, responsabilità ed equità.

Il processo di riordino del Sistema sanitario regionale

Il riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale viene proposto dalla legge regionale 01 luglio 2008, n. 12 che cerca di proporre un sistema sanitario regionale unitario ed integrato ed una configurazione di strutture organizzative a rete.

Il Servizio Sanitario Regionale si compone di due Aziende sanitarie, l'Azienda sanitaria locale di Potenza (ASP) e Matera (ASM), con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

L'Azienda Sanitaria della provincia di Potenza succede all' Azienda Sanitaria USL n. 1 di Venosa, all' Azienda Sanitaria USL n. 2 di Potenza ed all'Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro. L'Azienda Sanitaria di Matera succede all'Azienda Sanitaria USL n. 4 di Matera ed all'Azienda Sanitaria USL n. 5 di Montalbano Jonico. All'Azienda Ospedaliera Regionale "S.

Carlo" appartengono l'Ospedale "S. Carlo" di Potenza ed il Presidio Ospedaliero di Pescopagano.

Le due Aziende Sanitarie Locali adottano il modello funzionale dipartimentale e si articolano in distretti socio-sanitari con dimensioni coincidenti con le Comunità Locali, disciplinate dalla L.R. 14 febbraio 2007, n. 4. Un'altra scelta importante è quella di riorganizzare il sistema dei servizi territoriali attraverso la costruzione di un Distretto "forte" (Distretto della salute) che assuma in sé sia le funzioni di produzione che di tutela/committenza, con una particolare attenzione a queste ultime, e che sappia essere realmente il luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria (come, peraltro, affermato dalla normativa nazionale già con il PSN 1994-96 e ripreso con forza nel PSN 1998-2000 e successivi). I distretti sociosanitari, strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute, assicurano l'allocazione decentrata degli uffici e delle strutture, organizzate in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB), in modo da garantire la gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sul territorio di competenza. La scelta della Regione Basilicata è di ordinare il Sistema Sanitario Regionale secondo un modello a rete, che comprende ed integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

Gli strumenti abilitanti: indirizzi per l'innovazione organizzativa derivante dalla programmazione regionale

Il processo di innovazione del SSR viene accompagnato, oltre che dalla legge regionale di riordino, da una serie di direttive regionali di programmazione e di indirizzo. Le stesse individuano degli indirizzi per l'innovazione organizzativa derivante dalla programmazione, propedeutici alle scelte organizzative della legge e degli Atti Aziendali successivamente approvati.

Si riporta una griglia che sintetizza gli elementi salienti delle delibere di riferimento.

Direttive regionali	Contenuti
DGR n. 282 del 9 Febbraio 2005	Riprogrammazione della dotazione complessiva regionale dei posti letto per acuti, secondo una metodologia che fissa uno standard di dotazione per posti letto per acuti non superiore al 4 per mille abitanti
DGR n. 2192 del 4 Novembre 2005	Rimodulazione della dotazione organica dei posti letto per acuti nelle Aziende sanitarie, nell'Azienda ospedaliera San Carlo, nell'Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture, nelle strutture private accreditate, riconfermando all'1 per mille lo standard per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie e applicazione della stessa metodologia di cui alla DGR n. 282

	del 9.02.2005
DGR n. 513 del 16 Aprile 2007	Adeguare la dotazione di posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie allo standard di riferimento fissato all'uno per mille abitanti dalla normativa nazionale
DGR n. 99 del 29 Gennaio 2008	Rideterminazione dei posti letto per le discipline afferenti all'area regionale di Chirurgia Plastica Ricostruttiva e di Chirurgia Toracica Redistribuzione dei posti letto limitatamente all'AFO chirurgica, Area regionale
DGR n. 251 del 17 Febbraio 2009	Approvazione proposta di linee guida per la redazione del "Piano regionale della salute e dei servizi alla persona"
DGR n. 1537 del 31 Agosto 2009	Istituzione 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
DGR 1645 del 25 Settembre 2009	Definizione organizzazione e funzionamento del macrolivello territoriale. In concreto, il documento chiarisce cosa si intende per Distretto della Salute (o "Distretto Forte") e quali compiti siano ad esso attribuiti.
DGR n. 1694 del 6 Ottobre 2009	Ubicazione PSA presso gli ospedali di Melfi, Villa d'Agri ...

Direttive regionali	Contenuti
DGR n. 1190 del 22 Luglio 2008	Recepimento contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 28.2.2008 concernente modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità attraverso Accordi di Programma
DGR n. 1776 del 7 Novembre 2008	Approvazione Piano per la progressiva unificazione delle procedure ed istituti vincolante per i Direttori Generali e Commissari delle Aziende Sanitarie e per i Direttori Generali delle nuove Aziende Sanitarie ASP e ASM
DGR n. 795 del 5 Maggio 2009	Istituzione strumenti di raccordo e coordinamento tra Regione ed Aziende Sanitarie regionali. Per gli strumenti previsti è altresì prevista ed assicurata una programmazione semestrale degli obiettivi, delle attività e delle priorità ed una rendicontazione delle attività svolte, dei risultati raggiunti, delle criticità rilevate e delle proposte di miglioramento
DGR n. 1469 del 5 Agosto 2009	Approvazione progetto "Pre-URT - dall'adozione territoriale del sistema LUMIR nell'assistenza sanitaria alla creazione di un'unità di ricerca nel settore della sanità elettronica"
DGR n. 2018 del 19 Novembre 2009	Approvazione dei principi contabili per la redazione del bilancio d'esercizio delle Aziende Sanitarie Regionali e delle procedure di trasferimento di beni e rapporti giuridici non già disciplinati da precedenti provvedimenti

CA.2. QUADRO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

Profilo demografico

La regione Basilicata si estende su di una superficie di 9.992,24 km², il cui territorio è per il 46,8% montano, 45,2% collinare e solo l'8% è rappresentato da una morfologia pianeggiante. Al 31 dicembre 2009, la popolazione residente è di 588.879 abitanti con una densità media di 58,9 abitanti per km² che, a livello nazionale, rappresenta il valore più basso dopo la Valle d'Aosta ed il Molise. La tabella 1 descrive in valori assoluti la sintesi demografica relativa al bilancio dell'anno 2009.

Tabella 1. Bilancio demografico anno 2009

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1 Gennaio	289.275	301.326	590.601
Nati	2.441	2.288	4.729
Morti	2.985	2.686	5.671
Saldo Naturale	-544	-398	-942
Iscritti da altri comuni	3.036	3.020	6.056
Iscritti dall'estero	1.017	1.376	2.393
Altri iscritti	42	31	73
Cancellati per altri comuni	4.060	4.289	8.349
Cancellati per l'estero	341	305	646
Altri cancellati	151	156	307
Saldo Migratorio e per altri motivi	-457	-323	-780
Popolazione residente in famiglia	287.260	299.592	586.852
Popolazione residente in convivenza	1.014	1.013	2.027
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 Dicembre	288.274	300.605	588.879
Numero di Famiglie	228.728		
Numero di Convivenze	282		
Numero medio di componenti per famiglia	2,57		

Fonte: ISTAT

I centri più popolati sono Potenza con 68.556 residenti e Matera che ne conta 60.522. I centri di piccole dimensioni, ovvero con meno di 1.000 residenti, sono 23 a cui si aggiungono 75 con popolazione residente compresa fra 1.000 e 5.000 unità. La popolazione residente nella provincia di Potenza, che conta 100 comuni, è di 385.309 abitanti pari al 65,4% del totale regionale, mentre la popolazione residente nella provincia di Matera, che conta 31 comuni, è di 203.570 abitanti pari al 34,6% del totale regionale. Le tabelle seguenti illustrano l'andamento degli ultimi anni dei principali indicatori demografici suddivisi per provincia.

**Tabella 2 - Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità per provincia
Anni 2006-2009 (per 1.000 residenti)**

PROVINCE	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008**	2009*
Potenza	8,2	8,0	8,1	8,0	9,9	10,2	10,0	10,1	4,3	4,5	3,8	4,2
Matera	8,7	8,6	8,8	8,1	8,9	8,7	8,5	8,7	5,0	4,6	4,6	4,5
Basilicata	8,4	8,2	8,3	8,0	9,6	9,7	9,5	9,6	4,6	4,5	4,1	4,3

*Stima.

**Dato provvisorio

Fonte: ISTAT

Tabella 3 - Bilanci demografici per provincia - Anni 2006-2009 (per 1.000 residenti)

PROVINCE	Crescita Naturale				Saldo Migratorio Totale				Crescita Totale			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Potenza	-1,7	-2,1	-1,9	-2,1	-3,9	0,5	0,9	-1,8	-5,6	-1,6	-0,9	-3,9
Matera	-0,2	-0,1	0,3	-0,6	-2,3	1,5	-0,5	-0,4	-2,5	1,4	-0,2	-1,0
Basilicata	-1,2	-1,5	-1,1	-1,6	-3,3	0,8	0,4	-1,3	-4,5	-0,7	-0,7	-2,9

Fonte: ISTAT

La Basilicata ha una popolazione con una tendenza al forte declino demografico: dal 2000 al 2009 la popolazione residente è passata da 601.448 a 590.601 abitanti, con un decremento pari al - 1,8%. Secondo le ultime previsioni demografiche rilasciate dall'Istat, considerando uno scenario mediano, la popolazione residente della Basilicata nel 2020 sarà di 564.605, giungendo così ad un decremento del -4,4%.

Tabella 4 - Indicatori demografici

INDICATORI	2000	2009	2020*	Variazione % dal 2000 al 2009	Variazione % dal 2009 al 2020
Popolazione totale	601.448	590.601	564.605	-1,8	-4,4
Pop (0-14)	97.152	80.989	70.788	-16,6	-12,6
Pop (15-64)	397.181	390.875	361.265	-1,6	-7,6
Pop (65 e oltre)	107.115	118.737	132.552	10,9	11,6
Indice di vecchiaia	110,3	146,6	187,3	33,0	27,7
Indice di dipendenza	51,4	51,1	56,3	-0,6	10,2

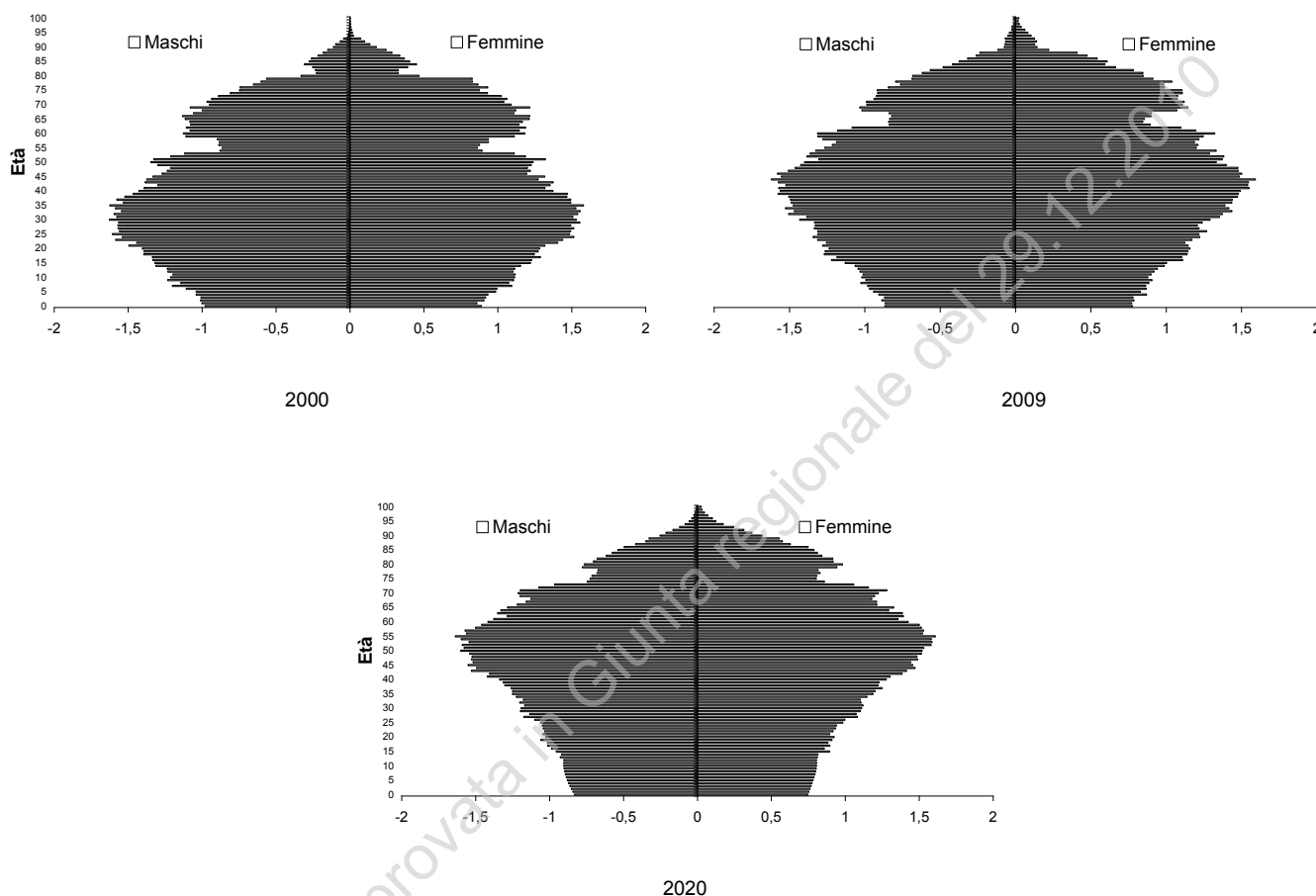
*Stima.

Fonte: ISTAT

Esaminando la piramide dell'età, ovvero la composizione per fasce d'età della popolazione residente in Basilicata, si può notare che le maggiori differenze di valori dall'anno 2000 al

2009 e successivamente al dato stimato del 2020 si trovano nelle fasce corrispondenti ai primi anni di vita e in quelle adulte.

Figura 1 – Piramide dell'età – anni 2000-2009-2020



Fonte: ISTAT

Si evince quindi un chiaro invecchiamento demografico ed in particolare un aumento degli ultra settantacinquenni, oltre ad una riduzione della popolazione da 0 a 14 anni. Le differenze maggiori riguardano il sesso femminile nella fascia di età 85 anni e più.

L'aumento (sia in termini assoluti che percentuali) della fascia anziana rispetto agli altri gruppi che compongono la popolazione ed al suo totale, ha come cause il processo dell'allungamento della vita media (longevità) e la riduzione delle nascite (denatalità). L'analisi degli indici di struttura, mostrata nella tabella successiva, ci permette di cogliere con maggiore chiarezza il progressivo invecchiamento, messo in evidenza dalla crescita dell'indice di vecchiaia (che misura quanti anziani ci sono ogni 100 giovanissimi) e

dell'indice di dipendenza (che misura quanti anziani e giovanissimi ci sono ogni 100 persone comprese nella fascia produttiva).

Tabella 5 - Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio - Anni 2007-2010

Territorio	2007				2008			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Basilicata	52	30	141	42	51	30	144	43
Mezzogiorno	50	26	113	41	50	27	116	41
ITALIA	52	30	142	43	52	30	143	43

Territorio	2009				2010*			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Basilicata	51	30	147	43	51	30	149	43
Mezzogiorno	49	27	118	41	49	27	120	42
ITALIA	52	31	143	43	52	31	144	43

*Stima.

Fonte: ISTAT

Appare evidente come il processo di invecchiamento si verificherà in maniera progressiva, giungendo nel 2020 a deformare la struttura per età della popolazione, con una quota di anziani (23,5% del totale della popolazione) quasi due volte la quota di giovani (solo il 12,5%).

Profilo epidemiologico

Speranza di vita, speranza di vita in buona salute e libera da disabilità, salute percepita

In Basilicata la speranza di vita alla nascita (stima 2009) è di 78,8 anni negli uomini (vs Italia 78,9) e di 84,5 nelle donne (vs Italia 84,1); la speranza di vita a 65 anni di 18,3 anni (vs Italia 18,1) e 22,0 (vs Italia 21,7) rispettivamente. Nella tabelle 7 e 8 si riporta la speranza di vita in buona salute e libera da disabilità della popolazione regionale alle diverse età - anno 2005.

Tabella 6 - Speranza di vita in buona salute alle diverse età (fonte: ISTAT)

Territorio	Speranza di vita in buona salute alle diverse età				
	a 0 anni	a 15 anni	a 45 anni	a 65 anni	a 75 anni
Maschi					
Basilicata	52,95	38,97	14,70	4,63	2,49
Italia	54,48	40,71	15,60	4,70	2,02
Femmine					
Basilicata	48,70	34,76	11,06	3,06	1,04
Italia	51,56	37,43	13,33	4,03	1,85

Tabella 7 – Speranza di vita libera da disabilità alle diverse età (fonte: ISTAT)

Territorio	Speranza di vita libera da disabilità alle diverse età			
	a 15 anni	a 45 anni	a 65 anni	a 75 anni
Maschi				
Basilicata	60,23	31,73	14,40	7,72
Italia	60,77	32,17	14,90	7,93
Femmine				
Basilicata	62,34	33,05	14,96	7,13
Italia	63,69	34,40	16,15	8,31

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

Morbosità

Si riportano, nella tabella a seguire, informazioni di confronto spaziale (Basilicata vs Italia) e temporale (anni 1999-2000 vs anni 2004-2005) che riguardano i dati di prevalenza delle principali malattie croniche, sia in termini assoluti che percentuali, desunti da stime Istat, dove le artrosi/artrite rappresentano le patologie più comuni, seguite da ipertensione e malattie allergiche incidenti per circa il 10%.

**Tabella 8 - Prevalenza di patologie secondo stime Istat (valori assoluti e percentuali)
Basilicata vs Italia - anni 1999-2000 vs anni 2004-2005**

Patologie	Anni 1999-2000			Anni 2004-2005		
	Numerosità Basilicata	Basilicata %	Italia %	Numerosità Basilicata	Basilicata %	Italia %
Artrosi/Artrite	130.320	21,7	18,4	109.848	18,4	18,7
Ipertensione a.	70.740	11,8	11,9	76.237	12,8	13,8
Malattie allergiche	56.280	9,4	9,9	52.178	8,7	10,9
Cefalea/Emicrania	59.520	9,9	9,0	47.044	7,9	7,9
Bronchite/Enfisema	32.500	5,4	4,4	34.506	5,8	4,6
Diabete	28.800	4,8	3,8	32.775	5,5	4,5
Osteoporosi	28.740	4,8	4,7	32.417	5,4	5,2
Mal. della tiroide	23.640	3,9	2,8	26.266	4,5	3,4
Depressione/Ansietà	n.r.	n.r.	n.r.	24.477	4,1	5,4
Asma bronchiale	19.500	3,3	3,1	19.940	3,3	3,5
Malattie della pelle	15.540	2,6	3,3	19.940	3,3	3,5
Calcolosi renale	12.240	2,0	1,5	18.567	3,1	2,3
Ulcera gastr/duod.	27.720	4,6	3,0	17.970	3,0	2,5
Cataratta	20.100	3,4	3,2	17.040	2,8	2,9
Altre mal. del cuore	20.880	3,5	3,4	16.059	2,7	3,2
Altro	17.400	2,9	3,8	12.537	2,1	3,5
Infarto miocardico	8.400	1,4	1,1	9.552	1,6	1,7
Altr. mal. s. nervoso	17.520	2,9	3,6	9.552	1,6	1,0
Ictus cerebrale	5.580	0,9	0,9	7.462	1,3	1,1
Demenze senili	n.r.	n.r.	n.r.	3.522	0,6	0,5
Angina pectoris	3.600	0,6	0,9	3.224	0,5	0,7
Parkinsonismo	5.400	0,9	1,1	3.224	0,5	0,3
Cirrosi epatica	840	0,1	0,2	2.209	0,4	0,3

Mortalità

Allo stato, per gli indicatori regionali di mortalità (tassi std per 10.000 residenti), i dati disponibili di fonte Istat 2007, evidenziano per la Basilicata un tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause pari a 87,63 *10.000 residenti vs Italia 88,18 e malattie del sistema circolatorio e tumori-tutti prima e seconda causa di morte. Nello specifico, la mortalità per malattie del sistema circolatorio registra il valore di 36,56*10.000 vs Italia 33,93, quella per tumori-tutti il valore di 22,61*10.000 vs Italia 27,29. Tra le evidenze la più bassa mortalità nella popolazione femminile per cancro della mammella (Basilicata: 2,67 per 10.000; Italia: 3,38), una mortalità per infarto del miocardio e disturbi circolatori dell'encefalo superiore alle corrispondenti medie nazionali (IMA - Basilicata: 5,63 per

10.000; Italia: 4,95; Disturbi circolatori dell'encefalo-Basilicata: 9,86 per 10.000; Italia: 9,27) ed una più alta mortalità per malattie non tumorali dell'apparato digerente (Basilicata: 4,44 per 10.000; Italia: 3,62) e per diabete mellito (Basilicata: 4,34 per 10.000; Italia:3,03). Con particolare riferimento alla mortalità per tumori maligni (cod. 140-208) e alle differenze di genere-stime 2005-2010 (tassi std*10.000 - std Italia 2001/fonte sito tumori.net) si osserva, per il sesso femminile, una mortalità tendenzialmente in calo (pur se in trend discensionale inferiore rispetto al complesso Italia) e costantemente inferiore alla media nazionale (anno 2005: Basilicata 14,8 vs Italia 17,0; anno 2010: Basilicata 14,5 vs Italia 16,0) e per il sesso maschile le seguenti variazioni: anno 2005 - Basilicata 25,5 vs Italia 25,9; anno 2010 - Basilicata 25,6 vs Italia 23,1). Inoltre, in Basilicata, come nel resto del Paese, risulta in calo la mortalità per cause accidentali e violente; registrando al 2007 un tasso std di 3,59 vs Italia 3,89*10.000. Da sottolineare, infine, che anche in Basilicata le principali cause di morte prematura sono nell'ordine tumori maligni e malattie del sistema circolatorio cui segue, nei maschi, l'incidentalità.

Nelle sottostanti tabelle si riportano i dati regionali relativi ai decessi e ai tassi standardizzati di mortalità - anno 2007 per cause di morte.

Tabella 9 - Regione Basilicata vs Italia - Decessi e tassi standardizzati

Anno 2007 (fonte: ISTAT) - Maschi

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	855	31,33	98.093	37,84
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	56	2,01	6.298	2,44
<i>Tumori maligni di colon, retto e ano</i>	79	2,89	9.826	3,81
<i>Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	176	6,50	25.707	9,69
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	-	-
Diabete mellito	98	3,65	8.252	3,34
Malattie del sistema nervoso	87	3,26	8.751	3,56
Malattie del sistema circolatorio	1.110	43,22	97.383	41,11
<i>Infarto del miocardio</i>	235	8,80	17.723	7,02
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	275	10,60	24.195	10,38
Malattie del sistema respiratorio	246	9,67	21.338	9,15
Malattie dell'apparato digerente	149	5,63	11.656	4,59
Cause accidentali e violente	134	4,92	14.593	5,60
Altre cause	228	8,80	21.048	8,73
Totale	2.908	110,49	281.114	113,91

Tabella 10 – Regione Basilicata - Decessi e tassi standardizzati – Anno 2007 (fonte: ISTAT) – Femmine

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	564	15,95	74.732	20,12
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	47	1,32	4.486	1,17
<i>Tumori maligni di colon, retto e ano</i>	62	1,73	8.601	2,26
<i>Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	26	0,74	7.521	2,09
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	91	2,67	12.052	3,38
Diabete mellito	186	4,73	11.529	2,76
Malattie del sistema nervoso	94	2,51	11.934	2,87
Malattie del sistema circolatorio	1.240	31,18	127.194	28,86
<i>Infarto del miocardio</i>	120	3,19	14.416	3,43
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	368	9,22	37.520	8,50
Malattie del sistema respiratorio	148	3,76	16.304	3,73
Malattie dell'apparato digerente	129	3,44	11.735	2,89
Cause accidentali e violente	89	2,39	9.714	2,41
Altre cause	222	5,88	28.737	6,73
Totale	2.672	69,85	291.879	70,37

Tabella 11 – Regione Basilicata - Decessi e tassi standardizzati – Anno 2007 (fonte: ISTAT) – Totale

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	1.419	22,61	172.825	27,29
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	102	1,60	10.784	1,70
<i>Tumori maligni di colon, retto e ano</i>	140	2,24	18.428	2,89
<i>Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	202	3,29	33.227	5,31
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	91	1,47	12.052	1,91
Diabete mellito	283	4,34	19.780	3,03
Malattie del sistema nervoso	181	2,83	20.685	3,15
Malattie del sistema circolatorio	2.351	36,56	224.577	33,93
<i>Infarto del miocardio</i>	355	5,63	32.140	4,95
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	643	9,86	61.714	9,27
Malattie del sistema respiratorio	394	6,07	37.642	5,67
Malattie dell'apparato digerente	279	4,44	23.391	3,62
Cause accidentali e violente	223	3,59	24.308	3,89
Altre cause	450	7,18	49.785	7,61
Totale	5.580	87,63	572.993	88,18

Le cause di *morte evitabili* afferiscono principalmente a tre grandi gruppi: tumori, patologie dell'apparato cardiocircolatorio e traumatismi. In Basilicata, la mortalità evitabile è mediamente più bassa della media nazionale per entrambi i sessi (maschi–Basilicata 21,5*10.000 vs Italia 22,9; femmine–Basilicata 9,5 vs Italia 10,4).

Come in tutt'Italia, anche in Basilicata il *tasso di mortalità infantile* (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi), si è progressivamente ridotto attestandosi attualmente a valori vicini alla media nazionale, sebbene sino al 2002 fosse più alto che nel resto del Paese, sia pure in diminuzione (triennio 1990-1992: 10,0; triennio 2000-2002: 5,3*1.000–vs Italia

4,2 - ; variazione % media annua; -5,5). Ciò sia per la riduzione della componente neonatale che per quella post-neonatale a causa di più condizioni favorevoli, una delle quali, non secondaria, legata ai progressi dell'assistenza sanitaria. Anche in Basilicata le cause più frequenti di morte alla nascita restano l' "Estrema immaturità del neonato, di peso 500-749 grammi" e la "Sindrome da distress respiratorio neonatale", e nel primo anno di vita le malformazioni congenite, quelle dell'apparato cardiovascolare in primis.

La mortalità infantile (morti a meno di un anno di vita per 1.000 nati vivi) registrata al 2006 in Basilicata è di 3,44 (vs Italia 3,43) - fonte Istat.

Malattie croniche rilevanti per morbi-mortalità

• Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è con il 28% la prima causa di morte in Italia, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. La mortalità regionale per tali patologie risulta superiore alla media nazionale nella popolazione generale (tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per 10.000 - anno 2007: Basilicata 36,56; Italia 33,93) ed in entrambi i sessi (tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per 10.000 - anno 2007 - Maschi: Basilicata 43,22; Italia 41,11 - Femmine: Basilicata 31,18; Italia 28,86), occorre, quindi, implementare iniziative di sorveglianza e prevenzione.

• Diabete

La malattia diabetica, che rappresenta la più diffusa malattia endocrina nei Paesi industrializzati, mostra una chiara tendenza all'aumento sia in termini di incidenza che di prevalenza. La crescita marcata riguarda soprattutto il diabete di tipo 2. In Italia, la prevalenza nell'ultimo trentennio si è pressoché raddoppiata passando dal 2,5% degli anni '70 all'attuale 5,5 - anno 2009. In base all'andamento della malattia nelle decadi appena trascorse, l'OMS prevede ancora un raddoppiamento della sua incidenza nei prossimi vent'anni e ciò sembra fortemente condizionato dai comportamenti dei singoli, quindi dagli stili di vita adottati (vita sedentaria ed alimentazione favorente sovrappeso ed obesità). Sulla base di stime di prevalenza, che sostengono in particolare un incremento del diabete mellito tipo 2, il 5% della popolazione di 20-79 anni ne è affetta mentre intorno all'1%, si attesta la prevalenza del diabete mellito tipo 1 (stimata in riferimento a tutti i gruppi di età). In Basilicata si stima (stima Istat 2009) che i pazienti

con diabete mellito rappresentino ben il 7,2% della popolazione.

Una quota di pazienti diabetici è soggetta, com'è noto, a complicanze o co-morbilità di natura cardiovascolare, con percentuali che vanno dal 4% per lo scompenso cardiaco al 34% per l'ipertensione arteriosa (il 20-25% di tutte le angioplastiche annualmente praticate su pazienti lucani riguarda per l'appunto diabetici). Tra le complicanze, la retinopatia è certamente la più diffusa e si attesta al 19% del totale medio nazionale (essa riguarda soltanto il 7% dei trentini ma ben il 28% dei sardi). Dai riscontri nazionali si evidenzia che di cardiopatie soffrono meno i diabetici della Basilicata (6% contro un dato nazionale del 13%), tuttavia tra i diabetici lucani è molto elevata la quota di ipertesi (Basilicata 65% vs Italia 54%). Inoltre, la popolazione diabetica con maggior percentuale di obesi è proprio quella della Basilicata (39%, sette punti sopra la media italiana). Altro dato negativo è legato al gap informativo: soltanto il 40% dei diabetici lucani comprende che cosa sia l'emoglobina glicata contro una media italiana del 67% ed, ancora, soltanto il 31% dei diabetici lucani effettua regolarmente i controlli dovuti (Studio Quadri). Infine, la mortalità regionale per diabete mellito supera il valore medio nazionale (tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito per 10.000 - anno 2007: Basilicata 4,34 vs Italia 3,34) in entrambi i sessi, con una maggiore mortalità tra le donne.

- **Tumori**

Il rapporto 2007 dei tumori in Italia, realizzato dalla Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), in collaborazione con il Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), riferisce che l'incidenza dei tumori è in crescita così come la sopravvivenza media del paziente oncologico.

Nelle tabelle a seguire si riportano i dati di incidenza relativi alle principali localizzazioni di tumore maligno

Tabella 12 - Tumore colon-retto. Tassi d'incidenza std. per 100.000 residenti per sesso

Anni	Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)			
	Maschi		Femmine	
	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia
1970	15,05	30,59	13,84	24,34
1980	24,97	40,77	19,46	30,70
1990	38,13	52,06	24,54	35,65
2000	53,47	62,63	28,73	37,72
2010	69,17	70,28	32,87	38,21

**Tabella 13 - Tumore polmone. Tassi d'incidenza std. per 100.000 residenti per sesso
Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)**

Anni	Maschi		Femmine	
	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia
1970	24,67	54,17	3,96	7,00
1980	40,94	83,95	4,91	9,68
1990	53,78	91,77	5,69	12,07
2000	56,18	78,66	6,09	13,63
2010	51,07	58,36	6,14	14,43

**Tabella 14 - Tumore stomaco . Tassi d'incidenza std. per 100.000 residenti per sesso
Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)**

Anni	Maschi		Femmine	
	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia
1970	27,88	46,26	14,26	23,65
1980	25,02	37,44	12,56	18,19
1990	22,83	29,44	10,89	14,03
2000	21,18	23,16	9,72	10,79
2010	20,03	18,80	9,43	8,32

**Tabella 15 - Tumore prostata . Tassi d'incidenza std. Per 100.000 residenti per sesso
Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)**

Anni	Maschi	
	Basilicata	Italia
1970	11,20	18,19
1980	14,28	23,05
1990	20,37	34,57
2000	32,38	61,30
2010	40,89	83,32

**Tabella 16 - Tumore mammella Tassi d'incidenza std. per 100.000 residenti per sesso
Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)**

Anni	Femmine	
	Basilicata	Italia
1970	22,79	42,57
1980	33,40	61,96
1990	47,15	86,29
2000	64,10	91,98
2010	83,96	92,52

Si evidenzia che:

- il rischio oncologico per tutti i tumori delle regioni del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello delle regioni del Nord, soprattutto per i maschi;
- i dati di mortalità per tutti i tumori negli ultimi anni sono costanti nel Sud e in riduzione nel

Centro-Nord sia per i maschi che per le femmine;

- i casi prevalenti in Italia sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470.000 nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007: costituiscono un gran numero di persone con passata storia oncologica che contribuisce all'aumento della domanda sanitaria e per le quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

I dati elaborati, ad oggi, dal Registro Tumori, mostrano incrementi dell'incidenza delle patologie neoplastiche in Basilicata.

Le figure dei trend 1970-2010, per incidenza, mortalità e prevalenza (Basilicata vs Italia), mostrano ancora per poco una Basilicata con tassi inferiori considerato che si sono persi i vantaggi derivanti dalla minore presenza di fattori di rischio quali soprattutto le abitudini di vita e nonostante le campagne di informazione per la prevenzione primaria e le attività di prevenzione secondaria.

Malattie neuro – degenerative

Si considera che oggi circa il 4% degli italiani di 65 anni e oltre sia affetto da demenza o da altre malattie neurodegenerative (valore corrispondente per la Basilicata a circa 5.000 unità di popolazione di 65+ anni, stima) la cui incidenza è destinata ad aumentare in considerazione dell'allungamento progressivo della vita media quindi dell'aumento del numero di anziani.

Tanto con particolare riferimento proprio alle demenze e, tra le demenze, alla malattia di Alzheimer, la più frequente (In Italia il 60% delle persone affette da demenza soffre di tale patologia).

Si riportano di seguito i dati regionali di ospedalizzazione per sesso per Alzheimer e Parkinson-dimissioni/periodo 2001/2005 in termini di tasso grezzo e tasso standardizzato per 100.000 e variazione % fra il valore del tasso standardizzato osservato nel periodo 2004-2005 e lo stesso valore registrato nel periodo 2001-2002, quali spia dell'impatto riveniente dalle due patologie come carico assistenziale e relativo trend, atteso che i dati relativi al primo ricovero-anno 2005 rivelano comunque un minor ricorso all'ospedalizzazione rispetto al 2003.

Tabella 17 – Regione Basilicata. Ospedalizzazione per Alzheimer e Parkinson

Genere	Ospedalizzazione		
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Variazione %
Malattia di Alzheimer			
Uomini	11,9	7,9	60,7
Donne	18,0	8,8	8,3
Morbo di Parkinson			
Uomini	27,0	20,8	3,3
Donne	20,4	12,5	15,3

Si aggiunge che le malattie nervose hanno una prevalenza del 10-15% nella popolazione lucana e di esse l'1% è da riferirsi a patologie degenerative. Nella nostra regione, la prevalenza delle demenze senili è pari allo 0,6% (Italia: 0,5%) e quella del Parkinson allo 0,5% (Italia: 0,3%)(anno 2004-2005) e che la prevalenza dei “disturbi nervosi”(anni 2006-2009) risulta superiore alla media nazionale ed in incremento maggiore (del 2% circa).

Le malattie infettive

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito, anche in Basilicata, come nel resto d'Italia, ad un'evidente diminuzione della morbi-mortalità per malattie infettive grazie al concorso di varie circostanze favorevoli, quali le migliorate condizioni igienico-sanitarie ambientali, la cura più attenta e puntuale della persona e delle sue condizioni di vita e di lavoro, la diffusa pratica vaccinale sia obbligatoria che raccomandata, l'introduzione di farmaci efficaci, l'assistenza sanitaria gratuita garantita a tutte le fasce della popolazione.

Morbi - mortalità per traumi

Il trauma in Italia, Basilicata inclusa, è tra le principali cause di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori; la prima causa di morbi/mortalità nella popolazione al di sotto dei 45 anni.

• Incidenti stradali

Gli incidenti stradali anche in Basilicata, dove si confermano, come nel resto del Paese, la prima causa di morte nella popolazione sotto i 40 anni, sono motivo del 60% dei ricoveri ospedalieri per traumatismi e del 30% degli arrivi in pronto soccorso coinvolgendo, nella maggior parte dei casi, soggetti di sesso maschile di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Da sottolineare che la Basilicata presenta un tasso di mortalità per incidenti stradali vicino al valore medio nazionale ma superiore a quello che si osserva nelle altre regioni meridionali. Essa è tra le regioni italiane a più alto indice di case-fatality (rapporto tra numero di morti e numero di feriti per incidenti stradali).

Di seguito si riportano i dati (valori assoluti) degli incidenti stradali, morti e feriti anni 2006/2008.

Tabella 18 – Incidenti stradali – Numero, morti e feriti (valori assoluti) anni 2006-2008

Territorio	2006			2007			2008		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Potenza	399	36	649	433	15	708	461	15	857
Matera	522	23	873	467	22	804	493	20	765
Basilicata	921	59	1.522	900	37	1.512	954	35	1.622
Italia	238.124	5.669	332.955	230.871	5.131	325.850	218.963	4.731	310.739

• Incidenti domestici

I numeri relativi agli incidenti domestici sono tali da rappresentare un fenomeno preoccupante del quale le politiche di sanità pubblica non possono non tener conto. Anche in Italia gli incidenti domestici, per frequenza e gravità degli esiti, hanno lentamente assunto dimensioni significative.

Dai dati di dettaglio forniti dal Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambienti di civile abitazione dell'Istituto Superiore di Sanità (Siniaca), relativi al biennio 2005-2006, risulta che ogni anno il 5% della popolazione italiana subisce un incidente domestico, con un tasso d'incidenza di 50 casi ogni 1.000 abitanti, 1.728.000 accessi in pronto soccorso e 130.000 ricoveri.

Un'indagine Istat, rivolta ad esaminare lo stato degli incidenti in ambiente domestico per ripartizione geografica (anno 2006) ha evidenziato il numero di eventi occorsi nell'ultimo trimestre dell'anno considerato, da cui deriva il dato regionale di 9,8 persone per mille che li hanno subiti (vs Mezzogiorno 9,8; vs Italia 13,7).

Infortunati sul lavoro

I numeri che in Italia rappresentano infortuni e morti sul lavoro sono tuttora significativi (novecentomila eventi circa e più di mille decessi/anno), pur se i dati più recenti (anni 2006-2007) ne attestano il trend in calo (anno 2006 -1,3% rispetto al 2005 vs -8,2% rispetto al periodo 2001-2005 a fronte di un aumento degli occupati del 4,4% nello stesso periodo), calo rilevato anche nella nostra regione che negli anni 1994-1997 registrava oltre 9.000 eventi/anno.

Infatti, nell'ultimo periodo analizzato, quadriennio 2004-2007 (aggiornamento al 30/04/2008) si sono avute in Basilicata 27.266 denunce d'infortunio (media: 6.816,5 all'anno), di cui 48 per infortunio mortale (media: 12 all'anno vs 20 - anni 1994-1997).

Di questi, n. 20.776 indennizzati al 30.04.2008 (media: 5.194 all'anno) pari al 76,2% del totale degli infortuni denunciati: il 92,3% per inabilità temporanea, il 7,5% per inabilità permanente e lo 0,2% per esito mortale. Nel comparto dell'Industria e Servizi si conferma la "Gestione" caratterizzata dal maggior numero di eventi.

Difatti a carico di essa si sono registrate il 77,8% delle denunce, l'80% circa delle denunce d'infortunio mortale e circa il 76% degli indennizzati.

Condizioni di specifico interesse sanitario e socio-sanitario

• Donne e maternità

Il 51% della nostra popolazione è costituito da donne, che prevalgono sugli uomini, e ciò in particolare dai 65 anni in poi, per la maggiore longevità.

Rispetto agli uomini, le donne lucane detengono una speranza di vita alla nascita maggiore (Donne: 84,5 anni; Uomini: 78,8 anni, stima 2009) ed una minore mortalità per tutte le cause (Basilicata: donne 69,85 vs uomini 110,49 per 10.000 - anno 2007), ma superiore per diabete mellito (Basilicata: donne 4,73 vs uomini 3,65 per 10.000 - anno 2007) e, allo stesso anno 2007, presentano anche una maggiore mortalità per diabete mellito e malattie del sistema circolatorio rispetto alle connazionali.

Dato che trova coerenza con la % di donne lucane che non hanno mai controllato glicemia (22,9% vs Italia 16,5%) e pressione arteriosa (19,3% vs Italia 13,7%).

Riguardo gli stili di vita, la donna lucana fuma e beve meno dell'uomo, ma si muove meno e contribuisce anch'essa al dato regionale di sovrappeso ed obesità superiore alla media nazionale.

Circa gli aspetti sociali, in Basilicata è ancora alto il tasso di disoccupazione femminile (2009: Basilicata:13,9%; Italia: 9,3%) se pure in miglioramento rispetto agli anni precedenti (anno 2000: 24,9%) e pari al 23,6% (vs Italia 31,9%) la percentuale di donne che al 2006 subivano violenza fisica o sessuale.

Relativamente al tema "maternità", scende il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza che passa da un tasso di 11,4 per 1.000 donne di 15-49 anni del 1994 al valore di 5,5 del 2008 (anno 2007: 4,9; anno 2009: 5,0) e tra esse è opportunamente diffusa la pratica dell'allattamento al seno.

Pur tuttavia aumentano, come nel resto del Paese, le straniere che praticano IVG (nel

2007 hanno rappresentato il 10% delle IVG regionali).

Circa gli aborti spontanei, se ne registra in Basilicata un andamento altalenante, da cui un rapporto standardizzato di abortività spontanea per 1.000 nati vivi che passa dal valore di 154,2 del 2000 (Italia: 125,1) al valore di 124,9 del 2005 (Italia: 120,9) ed al valore di 136,8 del 2007 (Italia: 124,2).

Si aggiunga che, nel corso degli anni, si è confermato in regione un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica; in media oltre il 45% dei parti è avvenuto con taglio cesareo per cui la Basilicata si è andata collocando tra le regioni italiane meno virtuose, avendo fatto registrare negli ultimi anni andamenti che, sebbene in netto calo rispetto al 2004 (parti cesarei pari al 50,3% del totale), rimangono una delle condizioni più critiche d'Italia, mai scesi complessivamente al di sotto del 45% (Basilicata - parto cesareo % - anno 2007: 46,82%; anno 2008: 46,34%; anno 2009: 46,91%; I° semestre 2010: 46,0%).

- **Infanzia, età evolutiva e giovani**

Il tasso attuale di natalità regionale è dell'8,0 per mille (vs Italia 9,5). Si è ridotto, per contro, la mortalità infantile che al 2006 registra il valore del 3,44 per mille (Italia 3,43).

Bassa anche per la Basilicata la mortalità della fascia di età 1-14 anni dove le prime cause di morte sono generalmente le cause esterne (traumatismi ed avvelenamenti) ed i tumori.

Buono, in generale, l'andamento regionale delle malattie infettive anche per quanto riguarda l'età evolutiva, in vero interessata da una politica vaccinale avanzata, caratterizzata da attività che hanno prodotto livelli di copertura della popolazione pediatrica d'eccellenza.

Di fatto le problematiche di salute più preoccupanti che riguardano i giovanissimi (la fascia adolescenziale) sono i comportamenti a rischio, vale a dire la larga diffusione in questa fascia di età dell'abitudine al fumo, dei consumi di alcool e dell'uso di sostanze illegali, volendo qui segnalare semplicemente che 12 anni è l'età media in cui si comincia a bere.

Altra problematica da non sottovalutare è la diffusione di cattive abitudini alimentari e sedentarietà, che trovano conferma nella percentuale di bambini lucani di 7-9 anni in sovrappeso/obesi pari al 26,4 e al 13,4% rispettivamente (fonte: Okkio alla Salute - Indagine 2008).

- **Disabilità e non autosufficienza**

Dalle stime dell'indagine Istat 2004-2005 sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari,

emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2 milioni 609 mila, pari al 4,8% circa della popolazione di 6+ anni che vive in famiglia. La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65+ anni la quota di popolazione italiana con disabilità è del 18,7% e raggiunge il 44,5% tra le persone di 80 anni ed oltre (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne). In Basilicata, dai dati della stessa indagine, emerge che la quota di popolazione con disabilità è pari al 5,8% e raggiunge il 22,5% tra le persone di 65+anni (17,0% tra gli uomini e 26,7% tra le donne).

- **Gli anziani non autosufficienti**

L'invecchiamento della popolazione (in incremento) è associato al progressivo deterioramento dello stato di salute che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla spesa sanitaria. E' verosimile che tra i bisogni sanitari degli anziani siano prevalenti le patologie di tipo cronico-degenerativo rispetto a patologie acute, più costose ma più limitate nel tempo. In più esiste tra gli anziani una categoria di bisogni specifici legati alla non autosufficienza che tende a comparire dopo una certa età. In Basilicata la percentuale di anziani (classe di età 65+ anni) non autosufficienti ammonterebbe al 2004 a 23.299 unità (variazione 2000-2004:+13,7% vs Italia +15,5%), al 2005 a 24.053 ed in proiezione statistica al 2010 a 26.544, al 2015 a 28.490, al 2020 a 30.932 e al 2025 a 33.862. Si aggiunge che in Basilicata quasi il 90% degli anziani lamenta almeno una malattia cronica, il 10% circa diabete, poco più del 40% ipertensione arteriosa, all'incirca il 70% artrosi/artrite, il 35% osteoporosi e l'8% disturbi nervosi.

- **Salute mentale e disabilità psichica**

In Basilicata, al 2004-2005, risulta che il 4,10% della popolazione (vs Italia 5,35%) soffre di depressione/ansietà con trend in incremento.

Come da progetto europeo Esemmed in Italia (Istituto Superiore di Sanità - ISS), una persona su 5 ha sofferto di disturbi mentali nella propria vita, ansia e depressione sono i disturbi più diffusi (e presentano una maggiore prevalenza nel Sud e nelle Isole), una persona su 10 ha sofferto di depressione maggiore nel corso della propria vita e il 6% di una fobia specifica.

Secondo l'ISS la schizofrenia colpisce il 3-4 per mille degli italiani; il disturbo bipolare l'1%; la depressione bipolare l'1,5% con rapporto donne/uomini di 2 a 1; i disturbi d'ansia il 2,2% (per lo più fobie specifiche), con una prevalenza quattro volte maggiore nelle donne; i disturbi del comportamento alimentare l'1,2% (0,4% anoressia; 0,3% bulimia) con un'incidenza dieci volte maggiore nel sesso femminile.

- **Dipendenze**

Sono state 1.454 le persone che nel 2007 hanno usufruito delle cure sanitarie e del supporto psicologico dei SerT lucani; tra i due generi la rappresentanza maschile è stata nettamente prevalente (oltre il 90 %) e i nuovi utenti sono stati il 20% circa del totale. La distribuzione per classi d'età ha visto tra i 25 e i 29 anni il gruppo più rappresentato tra i nuovi utenti relativamente ai maschi, per le femmine la classe 20 - 24 anni. Tra gli utenti già in carico prevale la fascia 30 - 34 anni per i maschi mentre per le femmine c'è una presenza più omogenea in tutte le classi d'età.

Tra gli stupefacenti di uso primario è l'eroina la sostanza maggiormente assunta; seguono i cannabinoidi e la cocaina; le percentuali si invertono nel caso di uso secondario dove sono i cannabinoidi a precedere, rispettivamente, la cocaina e l'alcol nelle quantità d'uso. L'eroina si mostra nelle stesse percentuali di allucinogeni e benzodiazepine. Nonostante gli interventi nella prevenzione e nella diagnosi precoce di alcune malattie infettive quali le infezioni da HIV e le epatiti da virus B e C rimane elevato il numero di quanti si sottraggono ai test sierologici per la individuazione di queste malattie. Ciò nonostante, l'andamento regionale delle più frequenti infezioni correlate alla tossicodipendenza (infezioni da HIV ed epatiti virali a trasmissione sistemica) rivela comunque il decremento della percentuale di positivi sia per HIV (1991: 22,1% - 2006: 5,9%) che per epatite da virus B (1991: 46,4% - 2006: 7,3%) ed epatite da virus C (1997: 70,0% - 2006: 57,4%). Inoltre la Basilicata registra, al 2007, la più bassa mortalità per cause droga correlate sia in termini assoluti che in termini di numero di decessi rapportato a 100.000 abitanti.

“Comunità fragili”

- **Famiglie povere**

In Basilicata la percentuale di famiglie in condizioni di povertà relativa è superiore alla media nazionale - 2007: 26,3%(vs Italia 11,1%); 2008: Basilicata 28,8% (vs Italia 11,3%), in apparente calo nel 2009 - Basilicata:25,1% vs Italia 10,8%), ed esse sono accomunate anche da problemi relativi alle zone meno abbienti in cui vivono (degrado) e alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

- **Immigrati ed esclusione sociale**

In Basilicata la presenza di immigrati è tuttora scarsamente rilevante e limitata nel tempo, pur se il numero degli stranieri residenti risulta in aumento (2002: 3.322; 2007: 6.726; 2008: 9.595; 2009: 11.526), rappresentando oggi l'1,5% della popolazione della

provincia di Potenza e il 2,6% della popolazione della provincia di Matera (con un'incidenza dell'1,9% sull'intera popolazione regionale vs Italia 6,4%). Di questa popolazione, il 55,2% è di sesso femminile ed il 21,7% rappresentato da minori (prevalentemente di sesso femminile - 58,3%).

- **Detenuti**

Al 01/03/2009 il carcere di Potenza denuncia un numero di presenze (217) superiore alla capienza tollerabile (130) ed il carcere di Melfi un numero di presenze inferiore (216 vs 245) ma una situazione difficile in funzione della percentuale considerevole (50%) di detenuti ad elevata pericolosità criminale.

Conclusioni

Da quanto esposto è evidente che la popolazione lucana è caratterizzata, in particolare, da un progressivo invecchiamento, da cui l'inevitabile incremento di malattie cronico-degenerative. Considerando, inoltre, l'allungamento della vita, l'investimento sulle politiche di prevenzione primaria e secondaria risulta fondamentale per la conservazione dello stato di salute in un tempo quanto più lungo possibile. Da qui rinviene la possibilità di contenimento, nel medio - lungo termine, della spesa sanitaria, con particolare riguardo a malattie cardiovascolari - tumori e fattori di rischio modificabili.

Particolare attenzione andrebbe riservata anche alle attività di sorveglianza e prevenzione dell'incidentalità a partire dall'implementazione delle iniziative di tutela della salute e della sicurezza del lavoro, atteso che il rischio d'infortunio sul lavoro in Basilicata appare più alto. Sebbene tali eventi siano in calo ed in Basilicata, come in tutt'Italia, resta importante il carico socio-sanitario ad essi correlato, in termini di perdita di vite umane, invalidità permanente residua, assistenza sanitaria, giornate di lavoro perse, mancata produzione.

Similmente, la diffusione dilagante di comportamenti a rischio (uso/abuso di alcool - tendenza preoccupante al binge drinking -, tabagismo, uso di sostanze illegali) richiede l'attivazione di iniziative miranti a limitare l'incidenza di tali fenomeni soprattutto tra gli adolescenti lucani. Con un ulteriore sguardo alla donna e alla maternità al fine di migliorare i trend d'interesse.

Si aggiunge, infine, la rilevazione del disagio sociale legato all'affermarsi, tra l'altro, delle condizioni di povertà relativa - che di per sé influenzano negativamente lo stato di salute - quindi l'opportunità di favorire in maniera efficace, in piani/programmi finalizzati, le così dette "popolazioni fragili" (fragili sotto il profilo economico, culturale e ambientale), essendo ormai riconosciuta la stretta relazione fra determinanti di salute ed indicatori di svantaggio.

CA.3. METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

Gli indicatori sono strumenti utilizzati per misurare fenomeni. In particolare, gli indicatori di esito in campo sanitario permettono di misurare gli effetti che trattamenti e procedure mediche hanno sulla salute di una popolazione o di un singolo paziente. Per questo motivo, sono uno strumento indispensabile per valutare l'efficacia dell'assistenza offerta ai cittadini. Gli indicatori di esito permettono di effettuare confronti tra le strutture sanitarie e misurare l'efficacia dei trattamenti e delle procedure.

Un buon indicatore di esito risponde a queste caratteristiche:

- **misurabile:** è facile da rilevare e da riprodurre agevolmente anche in contesti diversi;
- **importante:** è pertinente rispetto al fenomeno che si vuole misurare;
- **semplice:** è semplice e chiaro;
- **utilizzabile:** è accurato e completo (meglio se accompagnato da valori soglia o standard);
- **risolvibile:** è relativo a un problema che è possibile risolvere con le risorse a disposizione;
- **accettabile:** da parte di chi deve rilevarlo e applicarlo.

L'esito, o outcome, rappresenta ciò che il fruitore della prestazione ottiene per la sua salute.

Si possono distinguere tre principali tipologie di esiti:

3. esiti finali di salute (riduzione del malessere, della sofferenza, della disabilità funzionale; prolungamento della durata di vita; diminuzione dell'incidenza di malattie;
4. diminuzione delle complicazioni delle malattie e degli effetti collaterali delle terapie;
5. esiti intermedi (modificazioni biologiche; modificazioni comportamentali; modificazioni ambientali);soddisfazione dei fruitori verso la qualità complessiva o vari aspetti dell'assistenza: percezione dello stato salute rispetto agli esiti di salute raggiunti; qualità dei servizi.

Per il livello territoriale, ovvero nel contesto delle cure primarie, dove sono più evidenti gli svantaggi degli indicatori di esito, sembrano essere più applicabili ed affidabili indicatori di processo assistenziali anche nell'ottica di una sanità di iniziativa (medico che prende in carico proattivamente l'assistito) per creare, nell'ambito della cura delle cronicità, una interazione produttiva fra un team multidisciplinare preparato e proattivo ed un paziente informato ed attivo.

Sono utilizzabili gli indicatori di processo assistenziale definiti dal progetto MaCro dell'Agenda Regionale di Sanità Toscana.

Sistema di indicatori relativi ai livelli essenziali di assistenza sanitaria territoriale derivati da MaCro

Problematica	Indicatore
Prevalenza patologie	Tassi standardizzati prevalenza Ictus
	Tassi standardizzati prevalenza Insufficienza cardiaca
	Tassi standardizzati prevalenza Broncopneumopatia cronica ostruttiva
	Tassi standardizzati prevalenza Diabete mellito
Assistenza sanitaria territoriale	% pazienti con insufficienza cardiaca con follow up di laboratorio
	% pazienti con insufficienza cardiaca in terapia con Ace inibitori/inibitori angiotensina II
	% pazienti con diabete con almeno un test HbA1c negli ultimi 6 mesi
	% pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi
	% pazienti con ictus emorragico o TIA con determinazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
	% pazienti con ictus emorragico o TIA in terapia con antiaggregante piastrinico
	% pazienti con BPCO con almeno una determinazione spirometrica negli ultimi 12 mesi
	% pazienti con ipertensione arteriosa con monitoraggio della creatinina negli ultimi 12 mesi
	% pazienti con ipertensione arteriosa con monitoraggio del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi

CA.4. STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DEL BENESSERE PROCAPITE

Gli strumenti per la misurazione del benessere pro-capite richiedono a misurazione del prodotto interno lordo (PIL) che è un indicatore di carattere generale che esprime la capacità di un territorio di creare nuova ricchezza.

Il Pil su micro aree quali quelle definibili (es. su base distrettuale) in Basilicata è difficilmente calcolabile e potrebbe non esprimere correttamente il suo potenziale descrittivo.

Su base provinciale o su base distrettuale (con piccoli numeri di popolazione) si possono utilizzare altre misurazioni quali gli "indici di deprivazione".

Indici di deprivazione

Si utilizzano per indicare uno stato di svantaggio in relazione alle condizioni di vita della comunità a cui un individuo, una famiglia od un gruppo appartengono. In pratica, sintetizzano le caratteristiche socio-economiche di piccoli gruppi, confrontati con tecniche di analisi statistica con le condizioni della popolazione generale. L'ipotesi su cui si fondano è che l'appartenenza a classi sociali svantaggiate porti ad un maggiore rischio di morbilità e di mortalità (e quindi ad un maggiore ricorso ai servizi sanitari).

I più utilizzati sono:

1. indice di deprivazione di Carstairs

Una singola cifra viene scelta a rappresentare il grado di deprivazione di un certo numero di persone all'interno di una comunità.

Ogni singolo componente nell'indice di deprivazione di Carstairs ha lo stesso peso. I componenti vengono poi standardizzati attraverso un sistema di assegnazione di punteggi del tipo z (z-score) e l'indice altro non è che la somma dei punteggi standardizzati. Maggiore il valore dell'indice, maggiori le privazioni sofferte dalla comunità in esame.

2. indice di deprivazione di Jarman

Un singolo indicatore numerico rappresenta il grado di deprivazione all'interno di una comunità. L'indice consta di otto componenti.

L'indice di Jarman viene calcolato nel modo che segue: vengono dapprima calcolati i dati relativi agli otto elementi (ad esempio con censimenti). Quindi si calcola la radice quadrata di ogni numero e, in seguito, trigonometricamente, quello che viene definito l'arcoseno dei numeri ottenuti nella fase precedente. Si prendono poi gli z-score dei numeri ottenuti nella fase precedente e quelli ottenuti nella fase 3 e si applicano

quindi dei “pesi specifici” ai dati che emergono (il componente 1 ha un “peso” di 3,34; il 2 ha “peso” 2,88; 3 = 6,62; 4 = 3,01; 5 = 2,5; 6 = 4,64; 7 = 3,74 e 8 = 2,68). Infine si sommano le cifre così ottenute per ottenere un singolo numero indice che è poi l'indice di deprivazione di Jarman. Maggiore è il valore di tale indice, maggiore la deprivazione.

3. **indice di deprivazione di Townsend**

Il calcolo dell'indice di Townsend è il seguente. Prima di tutto si tiene conto delle componenti individuali (ad esempio utilizzando i dati di un censimento). Si calcola poi il logaritmo naturale delle componenti 1 e 2. Si calcola poi lo z-score del logaritmo naturale dei componenti 1 e 2 e lo z-score dei componenti 3 e 4. Si applicano quindi dei pesi specifici uguali ai dati così ottenuti ed infine si fa una somma dei valori per ottenere un unico numero indice: l'indice di deprivazione di Townsend. Maggiore il risultato dell'indice, maggiore lo stato di deprivazione della comunità.

CA.5. RIFERIMENTI PER LE MAPPE DI RISCHIO, PROFILI EPIDEMIOLOGICI, PIANI PER LA SALUTE

Le mappe geografiche

Gli indicatori statistici calcolati e distribuiti nel contesto dei flussi informativi regionali prodotti per descrivere gli andamenti della 'salute' permettono la costruzione di mappe geografiche che illustrano le differenze tra le province e fra distretti riguardanti la frequenza dei vari indicatori prodotti. Vengono presentate mappe relative al tasso standardizzato, al tasso grezzo e, qualora possibili, alla gravità. Mappe geografiche verranno anche costruite per analizzare le situazioni socialmente più rilevanti. Le mappe hanno gradazioni di colori che permettono di interpretare "a colpo d'occhio" la distribuzione del fenomeno e dovranno essere utilizzate le stesse scale di misura e le stesse suddivisioni in classi per permettere così anche un confronto tra settori differenti mediante l'affiancamento delle relative mappe.

Il Programma per la Salute

Il Programma per la Salute (PPS) è un "Programma poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria".

Per agire efficacemente sulla salute delle persone, non è sufficiente la semplice assistenza sanitaria, perché la salute dipende da molteplici fattori influenzati, a loro volta, dalle azioni di molti e diversi attori. Ogni intervento, quindi, deve essere gestito attraverso un sistema di alleanze, cioè attraverso accordi tra tutti coloro che possono incidere sullo stato di salute della comunità.

La novità dei Piani per la Salute è rappresentata proprio dal fatto che tutte le istituzioni che potenzialmente hanno un ruolo nella promozione della salute sono chiamate ad impegnarsi su un percorso comune e che, per questo, dovranno trovare strumenti, modalità e linguaggi condivisi. Si tratta per esempio di Enti Locali (Comuni e Provincia), organismi istituzionali (Istituti e Distretti scolastici, Provveditorato agli studi, Prefettura, Questura, Comando dei Vigili del Fuoco, I.N.A.I.L., I.N.P.S., ecc.) Aziende Sanitarie pubbliche e private, organizzazioni di volontariato, sindacali e del mondo produttivo, organismi di rappresentanza (Comitati Consultivi Misti), Agenzia Regionale Protezione Ambiente e singoli cittadini.

Il coordinamento del percorso che porta alla realizzazione del Programma è affidata agli Enti Locali riuniti in Conferenza Territoriale. Ciò permette agli Enti Locali, da un lato, di essere protagonisti nelle scelte, nella tutela e nella promozione della salute e, dall'altro,

favorisce la realizzazione di quella serie di azioni integrate necessarie al reale miglioramento dello stato di salute della comunità.

Un ruolo molto importante può essere giocato anche dai cittadini che hanno la possibilità di partecipare a questo percorso, sia come singoli che in forme associate: essi possono dare, infatti, un contributo essenziale nel mettere in luce i bisogni di salute della popolazione e nel rendere efficaci le soluzioni individuate attraverso la pubblicizzazione e l'adesione alle iniziative che verranno realizzate nei singoli territori e, non da ultimo, adottando comportamenti che tutelano la salute propria ed altrui.

Il Programma definisce le azioni in un arco temporale triennale perché, per ottenere risultati evidenziabili in materia di salute, occorre tempo e costanza e, anche se tiene conto della programmazione nazionale e regionale, deve essere concretizzato localmente tenendo presenti le specificità delle singole aree geografiche. Affinché il Programma risulti efficace occorre, infatti, che vengano identificati gli obiettivi di salute di uno specifico ambito territoriale nel quale sia possibile far lavorare insieme tutti gli attori coinvolti: l'area geografica di riferimento corrisponde ad un Distretto di una Azienda Sanitaria Locale.

Alla base del Programma c'è innanzitutto l'individuazione dei bisogni di salute della popolazione locale, con una particolare attenzione alla realtà distrettuale ed alla presenza di eventuali criticità: tali bisogni vengono espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano. Si analizzano poi i determinanti della salute (condizioni sociali ed economiche, fattori ambientali, stili di vita, accesso ai servizi) la cui modifica può incidere sulla risoluzione del bisogno individuato, e si descrive lo stato di salute della popolazione locale attraverso la definizione del Profilo di Salute. In questo modo il programma:

- prende in esame lo stato di salute della popolazione (profilo);
- individua i bisogni espressi dalla popolazione;
- esplicita gli obiettivi di salute da raggiungere ed i criteri con cui sono stati individuati;
- formalizza la natura degli impegni assunti dai diversi attori per modificare i determinanti di salute
- formalizza la natura delle relazioni tra essi (importanza del Patto come rete di azioni integrate);
- individua la modalità di verifica (durante ed al termine del percorso) del grado di raggiungimento degli obiettivi e quindi l'efficacia degli interventi, anche come modifica del profilo di salute della popolazione nel tempo.

CA.6. STRUMENTI INFORMATIVI PER FINI DI SALUTE

Gli strumenti che questo programma considera essenziali sono:

- i “report”, cioè relazioni informative inviate ai sindaci dei diversi comuni (già previsti dall’art 49 della legge 833);
- relazioni sullo stato di salute delle comunità;
- indicatori di salute per la costruzione dei report;
- registri riferiti sia a dati biostatistici che ambientali;
- libretto sanitario per ogni cittadino.

Vi è una stretta connessione fra i flussi informativi ed i sistemi informativi; essi sono legati dall’assoluta necessità di avere flussi informativi ben costruiti e definiti sui quali poggiare gli interventi di automazione e la necessità inversa e complementare di garantire che i sistemi informativi generino dati completi, attendibili, corretti.

L’uso estensivo dei database amministrativo è la base essenziale per la costruzione di un sistema informativo per il fine salute pur nella consapevolezza delle potenziali distorsioni derivanti dall’uso di dati correnti e della necessità che gli stessi si siano completati prima di poterli analizzare.

I flussi informativi del Servizio Sanitario Regionale costituiscono la base dati per costruire un magazzino dati formato da archivi collegabili mediante chiavi comuni relativi ai servizi sanitari, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, dati di contesto (strutture, servizi), economici (tariffe), di popolazione e sistemi di classificazione in vigore.

In particolare devono essere presenti:

- schede di dimissione degli Istituti di ricovero;
- schede di prestazioni ambulatoriali;
- schede di prescrizioni farmaceutiche;
- farmaci erogati direttamente;
- esenzioni per patologia o invalidità;
- registro di mortalità regionale;
- anagrafe degli assistiti;
- anagrafe degli assistiti storicizzata.

Tali dati costituiscono il debito informativo che le Aziende Sanitarie hanno nei confronti del Servizio Sanitario Regionale; non nascono per fornire informazioni di natura epidemiologica, tuttavia il loro utilizzo integrato è in grado di produrre dati che possono essere interpretati per produrre preziosi elementi di conoscenza.

Particolare attenzione deve essere posta, nel rispetto delle regole, per la formazione del dato nelle Aziende in modo da ridurre le differenze che possono riflettersi in disomogeneità nel momento dell'interpretazione dei dati. Le differenze sono sostanzialmente dovute alla completezza (schede mancanti o mancata compilazione dei campi facoltativi) ed alla qualità del dato.

Il registro tumori che unifica flussi informativi diversi (schede di dimissione ospedaliera, schede di morte, referti delle anatomie patologiche, anagrafe sanitaria, esenzioni per patologia ed invalidità) costituisce uno degli strumenti informativi per il fine salute già in essere. Esso è in grado di fornire, relativamente alla patologia tumorale, dati sulla incidenza (quanti nuovi casi in un anno), prevalenza (quante persone convivono con un tumore), sopravvivenza (quanto si sopravvive), mortalità (quanto si muore), trend (se i tumori aumentano o diminuiscono rispetto agli anni precedenti), confronti fra aree (se l'impatto della malattia è lo stesso in tutte le aree regionali).

Per le attività proprie del Registro Tumori è necessaria l'acquisizione dei dati relativi alle schede di morte (per la definizione di tassi di mortalità specifici e sopravvivenza); l'acquisizione, la codifica e l'analisi dei dati di mortalità provenienti dalle Aziende Sanitarie Locali può permettere inoltre di produrre statistiche su base regionale per tutte le cause in qualità di registro di mortalità regionale.

Il mantenimento costante dei flussi informativi necessari alle attività di registrazione, insieme al miglioramento della qualità complessiva e della completezza dei dati laddove si formano i flussi, consente al registro tumori di svolgere le proprie attività.

Le attività descritte consentono di valutare l'incidenza e la prevalenza delle patologie più importanti e sono necessarie per acquisire gli elementi su cui fondare la programmazione regionale degli interventi sanitari, nonché per le finalità di studio e di ricerca scientifica in campo medico, biomedico, epidemiologico e di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria sono disciplinate con regolamento e vengono svolte nel rispetto del DL 196/2003.

CA.7. CONTRATTO DI OSPITALITA'

E' un'intesa formale che intercorre tra i rappresentanti istituzionali della sanità ed i rappresentanti politico-sociali dei territori di riferimento.

Il suo scopo è creare condizioni di contesto sia dei cittadini che degli operatori e dei servizi. Definisce i diritti dei cittadini rispetto ai servizi sanitari ed i doveri che gli stessi dovranno ottemperare rispetto a delle organizzazioni e a delle relazioni. Allo stesso modo, definisce diritti e doveri degli operatori dei servizi rispetto alla relazione di ospitalità.

Il contratto, o patto, dovrà chiarire i modi organizzati attraverso i quali si instaura una relazione di ospitalità:

- l'ingresso nel servizio;
- l'accoglienza;
- la presa in carico;
- i percorsi assistenziali.

Il patto d'ospitalità dovrà definire le modalità, i tempi ed i referenti della partecipazione dell'assistito alle scelte ed alle decisioni che lo riguardano.

Di particolare rilievo è la ridefinizione del consenso informato che dovrà emanciparsi dal suo uso burocratico e proporsi come un'effettiva occasione di co-decisionalità.

La relazione, inoltre, dovrà essere sostenuta da precisi strumenti di informazione rivolti all'assistito-ospite che riguardano le necessità di servizio, la sua organizzazione, le sue modalità operative. Allo stesso modo, il patto dovrà prevedere strumenti che, usati dal malato, gli consentano di esprimere le sue opinioni, le sue esperienze, i suoi vissuti.

E' possibile, a questo proposito, inserire in cartella un'apposita scheda autogestita dal malato e dai suoi familiari o, addirittura, prevedere la possibilità di un "diario di trattamento" attraverso il quale il malato, sempre aiutato dai suoi familiari, annoterà le esperienze asseribili come la sua condizione di accoglienza, di degenza, di trattamento e che dovrà essere riferito al delegato della accoglienza.

Di grande importanza infine, vi sono delle problematiche che il patto di ospitalità dovrà affrontare:

- le modalità di comunicazione pre/post trattamento;
- i rapporti con i familiari.

Se il patto è un'intesa politico-sociale tra parti sociali e rappresentanti della sanità, il codice deontologico di servizio è lo strumento che trasformerà le sue indicazioni di massima in

regole, criteri, valori. Esso, riguardando il servizio (ospedale o territorio che sia) dovrà essere una specificazione dei:

- diritti/doveri del cittadino rispetto ad un certo servizio;
- diritti/doveri degli operatori rispetto a certi cittadini, cioè interpretando le caratteristiche dell'utenza (anziani, bambini, donne, malati cronici, malati acuti, malati gravi etc);
- delle relazioni possibili rispetto a precisi contesti di trattamento;
- le forme della partecipazione ammesse, rispetto alle caratteristiche della relazione tra servizio/utente;
- gli strumenti di informazione più adatti;
- l'informazione sulle caratteristiche organizzative nel servizio e sulle sue esigenze funzionali (modi, relazioni, contatti etc).

Codice Deontologico

Il Codice Deontologico di servizio è lo strumento operativo del patto di ospitalità sopra indicato e, come tale, sarà consegnato (un semplice documento) nel momento in cui il malato sarà accettato.

Nel documento dovrà essere compreso il testo del patto d'ospitalità sottoscritto dai vari rappresentanti sociali e sanitari.

Quindi, il codice deontologico di servizio, va considerato come la regola condivisa tra il cittadino e l'operatore.

Qui di seguito, a scopo esemplificativo, viene declinato il rapporto fra diritti e doveri inteso come "aspettative" degli operatori nei confronti del malato ospite ed il cittadino:

- che sia una buona persona-ospite;
- che voglia capirci;
- che ci chieda di chiamarlo per nome e provi ad imparare i nostri nomi;
- che non sopporti e taccia;
- che parli della propria malattia, racconti che cosa la malattia significa per lui/lei nella consapevolezza che quanto dirà rimarrà segreto;
- che ci dica chi vuole accanto a se e quando;
- che ci dica che ha paura, quando ha paura;
- che ci dica quando non si sente sicuro e come si sentirebbe più sicuro;
- che voglia conoscere il proprio stato di salute e/o di malattia e scegliere il

- comportamento conseguente più adatto a lui/lei;
- che cerchi di parlare con noi e con gli altri senza alzare la voce;
 - che ci dica che non ha capito quando non ha capito;
 - che firmi i consensi a lui/lei richiesti solo se si sente davvero informato sull'esame o cura a cui dovrebbe sottoporsi e ricevere perché la firma è solo una formalità quello che conta è che sia realmente informato;
 - che non consideri gli operatori come padroni e neanche come gli unici a sapere su di lui/lei e la sua malattia ;
 - che consideri le persone che vivono temporaneamente i suoi stessi luoghi e le stesse preoccupazioni come lui/lei
 - che rispetti una organizzazione il più possibile vicina alle sue esigenze, nella consapevolezza che in quel luogo vivono temporaneamente tante altre persone e dunque le esigenze possono essere tante e diverse;
 - che ci dica qual è il proprio confine tra la buona terapia e la terapia non più accettabile per lui/lei;
 - che ci dica le sue aspettative sul momento;
 - che ci dica quando secondo lui/lei stiamo sbagliando;
 - che ci suggerisca cosa sarebbe meglio fare per lui/lei.

Oltre alle aspettative nei confronti del malato ospite da parte degli operatori, vi sono quelle del malato ospite nei confronti degli operatori degli ospedali che qui di seguito elenchiamo:

- di essere accettato;
- di essere informato nei modo e nei tempi che lui/lei richiede nella consapevolezza di non essere l'unico/a ad avere quel bisogno;
- che parli con lui/lei con la consapevolezza e l'interesse necessario per dare un messaggio, riceverlo e restituirlo;
- di ricevere premura;
- che voglia e sappia ascoltare;
- che non abbia paura della diversità;
- che non abbia la necessità di giudicare o che almeno sia bravo/a a non manifestare il giudizio o il pregiudizio
- che sappia usare linguaggi semplici, chiari, a me comprensibili;
- che abbia la volontà di farsi capire e capire me;

- che mi incontri spesso;
- che abbia tempi, spazi e strumenti per parlarsi, ascoltarsi, raccogliere e produrre beni nati dalla relazione, dagli incontri da trascrivere perché servano da memoria per gli altri operatori che verranno.

La scrittura del codice deve avvenire attraverso:

- raccolta delle aspettative dell'Ospite al momento dell'incontro;
- valutazione dello scarto fra le aspettative immaginate dagli operatori e quelle dichiarate dall'ospite al momento dell'incontro.

La possibile negoziazione è conseguente all'apprendimento dello scarto che si determina mediante relazione discorsiva su ciò che è necessario mettere in atto per soddisfare le reali aspettative dell'ospite.

Canone di Ospitalità

Perché siano chiari i rapporti e le regole nell'ambito delle relazioni di servizio, è necessario adottare il Canone di Ospitalità. Per "canone" si intende quel pacchetto di regole e di criteri che sovrintende la funzionalità del servizio di accoglienza.

Esso è quindi simile ad una sorte di regolamento interno che regola le varie reti di relazioni.

Asseribilità

Il canone stabilisce le necessarie relazioni rispetto ad un caso o ad una situazione, ed è pertanto importante che il canone preveda gli strumenti per l'Asseribilità.

L'asseribilità è l'opinione del cittadino malato circa la sua condizione e la sua relazione con i servizi. In questo caso, essa costituisce un capitolo importante del canone in quanto attraverso le relazioni e l'esperienza del malato, è ammessa come conoscenza utile ai trattamenti ed alle decisioni assistenziali.

L'asseribilità si riferisce, quindi, a ciò che vive nel cittadino malato nella realtà.

Essa comprende:

1. ciò di cui il cittadino fa esperienza (trattamenti, organizzazioni, informazioni, relazioni etc);
2. colui, ovvero il cittadino che fa esperienza di una malattia e la racconta;
3. l'atto della esperienza di malattia e dei vari trattamenti che la riguardano.

Il senso profondo dell'asseribilità è concepire le conoscenze del malato non solo per evidenze (test ed esami diagnostici, esami di laboratorio) ma anche come rappresentazione da parte del malato delle proprie condizioni.

Essa si pone come uno dei principali presupposti dell'ospitalità: non esiste un servizio, un trattamento, un'accoglienza indipendenti dal soggetto malato; per di più, le qualità del servizio, dei trattamenti, debbono essere asseribili da parte del malato non solo da parte dell'operatore.

L'asseribilità si riferisce, quindi, a ciò che vive nel cittadino malato nella realtà.

I principali mezzi a supporto della asseribilità sono:

- la relazione con il malato;
- parti della cartella clinica da far gestire dal malato o dai suoi familiari;
- diari giornalieri che i malati possono tenere sulle loro esperienze dei servizi.

Al fine di organizzare al meglio le varie forme di asseribilità, si possono organizzare diversi sistemi di informazione e diverse modalità. Qui di seguito solo alcuni esempi riferiti alla accoglienza:

- processo di accoglienza riconosciuto e definito e sue migrazioni a livelli sempre più maturi attraverso l'utilizzo del Process Maturity Model (sistema informativo informatizzato);
- gestione della accoglienza attraverso i progetti: project management con filosofia che modifica la genesi dei progetti: i progetti nascono là dove esiste il bisogno di innovare, migliorare (filosofia Company Wide Project Management, CWPM);
- audit nelle sue varie forme;
- griglia di Helmann per la rilevazione dei modelli esplicativi della malattia e della salute;
- consulenze di comunità, consulenze di saperi non esperti;
- metodologia partecipata: relazione discorsiva, focus group, spazi di discussione, raccolta di narrazioni, tecniche di peer education, interviste libere e semi strutturate secondo Philips, check list di osservazione;
- metodologia dell'autoapprendimento come potenziamento, secondo le tre tappe: incontro-interazione-incontro;
- intese con la comunità e gli enti locali, convenzioni;
- percorsi facilitati;

- delegati dell'accoglienza, territoriali ed ospedalieri, formati secondo i processi che dovranno seguire;

Servizio per l'Accoglienza Ospitale

Perché si realizzi la piena operatività di quanto sin qui descritto, è necessario prevedere il servizio per l'accoglienza ospitale che è un'organizzazione funzionale pensata per aiutare i servizi ad avere relazioni di corresponsabilizzazione con i cittadini malati.

E' quindi un "servizio per i servizi" e deve, sostanzialmente, aiutare gli operatori a costruire tre livelli di relazioni:

- 1° livello: direttamente con il malato o il cittadino, dove si recuperano le funzioni classiche dell'accettazione integrandole con tutti gli obblighi dell'ospitalità (informazioni, assistenza nei percorsi, documentazione, etc);
- 2° livello: favorendo relazioni tra i servizi ed il malato, quindi tra tutti gli operatori che hanno rapporti diretti con il malato, soprattutto sostenendo i delegati della accoglienza;
- 3° livello: le relazioni previste dal patto d'ospitalità e che riguardano il lavoro di informazione e di sensibilizzazione rispetto alle comunità dei cittadini di riferimento.

Il servizio è materialmente costituito da un punto fisico di accoglienza del cittadino, ma soprattutto dalla rete di relazioni della quale si occupa.

I suoi riferimenti sono, rispetto ai livelli indicati:

- il cittadino;
- i familiari del cittadino;
- i delegati della accoglienza;
- i soggetti comunitari interessati;

Le figure portanti sono:

- il responsabile del servizio di accoglienza;
- l'infermiere coordinatore (o altra disciplina);
- i delegati dell'accoglienza;
- il mediatore interculturale.

Attraverso l'ospitalità ci si prefigge di ottenere i seguenti esiti:

1. Possibilità di esercitare la cultura del "dare" in dimensioni del "dire":

- ricevere disponibilità;
- restituire fiducia;
- ricevere apprendimento;
- restituire interventi di soddisfazione del bisogno concreti ed efficaci;
- superamento di servizi dedicati e avvio di servizi per tutti;
- incremento del capitale sociale;
- esercizio di un'economia evoluta capace di dare benefici e di continuare a evolversi.

2. Possibilità di beneficiare dei seguenti risultati, che a loro volta diventeranno la base, lo storico per la definizione di standard che tengano conto anche delle realtà relative:

- diminuzione degli accessi impropri;
- diminuzione delle dimissioni ritardate;
- diminuzione dei ricoveri ridondanti;
- diminuzione degli accessi tardivi;
- presenza di servizi fruibili per un target di popolazione che viceversa resta escluso dal servizio sanitario;
- incremento della cultura della donazione;
- rilevazione del bisogno anche quello non percepito;
- riconciliazione del rapporto servizi/società.

CA.8. RELAZIONE ANNUALE DI COMPETENZA DEL SINDACO

La relazione annuale sullo stato di salute assume il ruolo di un documento strategico per la sanità pubblica di una comunità. Da essa si ricavano gli spunti per fissare obiettivi di salute prioritari. Con essa si valutano i risultati raggiunti dalla società.

La relazione non è un documento solo per la sanità. Le politiche dell'occupazione, quelle della casa, quelle della città e della qualità della vita, quelle della scuola, della sicurezza, dell'assistenza e anche quelle della sanità, possono tutte avere effetti significativi sulla salute nella società. Effetti spesso tra di loro indipendenti.

La relazione annuale dei sindaci deve almeno prendere in considerazione i seguenti argomenti quali Prerequisiti per la salute nella popolazione di un comune:

- la casa: esiste una chiara evidenza che mostra un'associazione fra l'abitazione e la salute. Una buona qualità dell'abitazione porta al miglioramento delle condizioni fisiche e mentali. Un'abitazione scadente, soprattutto se caratterizzata da freddo ed umidità, porta a problemi respiratori ed a dolori di vario genere mentre, l'eccessivo affollamento dell'abitazione, genera problemi di ansia e depressione;
- l'istruzione: i livelli di istruzione producono significativi gradienti di rischio per la salute. I livelli di istruzione sono strettamente correlati a livelli di deprivazione causati dalle barriere economiche, culturali e sociali che impediscono un accesso equo all'istruzione. Ciò è più evidente, in particolare, per le donne e per altri gruppi che si trovano in posizioni di svantaggio;
- il cibo: la disponibilità di adeguate quantità di cibo di buona qualità costituisce un elemento centrale per promuovere la salute e il benessere. La scarsità di cibo e la mancanza di varietà causa la malnutrizione e malattie da deficienza, mentre l'eccesso di cibo contribuisce allo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche, di tumori, di obesità e di carie dentale;
- il reddito e la continuità delle risorse: la disoccupazione pone dei rischi significativi alla salute; è dimostrato che le persone disoccupate e le loro famiglie hanno maggiori probabilità di morte prematura. L'insicurezza del lavoro provoca un aumento dell'ansia e della depressione e di problemi cardiovascolari;
- la stabilità dell'ecosistema: un ecosistema è una unità ecologica fondamentale, formata da una comunità di organismi viventi in una determinata area e dal suo specifico ambiente fisico, con il quale gli organismi sono legati da complesse interazioni e scambi di energia e di materia. È fondamentale che gli ecosistemi tendano alla stabilità

cioè alla condizione in cui l'ecosistema è in grado di assorbire nel tempo le perturbazioni esterne (naturali o indotte dall'uomo) mantenendo integra la propria struttura. Un ecosistema alterato può ritornare alle condizioni precedenti con molta lentezza e in modo graduale;

- la giustizia e l'equità sociale: equità vuol dire giustizia. Equità nella salute significa che i bisogni della gente devono guidare la distribuzione delle opportunità per conseguire il benessere; ciò implica che ciascuno dovrebbe avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo potenziale di salute. Significa anche poter aver accesso a servizi sanitari di qualità in termini di uguale accesso ed utilizzo di essi a fronte di bisogni uguali.

CA.9 MODELLO DI DIPARTIMENTALITA': SISTEMI INTERCONNESSIONALI

La nozione di dipartimento fa la sua comparsa nel 1968. Sino ad ora è stata usata pur in diverse accezioni per indicare sostanzialmente insiemi di servizi giustapposti, contigui e complementari. La distinzione "dipartimento funzionale" e "dipartimento strutturale" condivide comunque la concezione di "insieme", limitandosi ad accentuare nel primo caso gli elementi funzionali e nel secondo caso quelli più strutturali. Ai fini di assicurare reali integrazioni tra servizi e operatori, tra gli ambiti sociali e sanitari, è possibile utilizzare l'espressione "dipartimento come sistema interconessionale".

Con questa espressione si vuole intendere: un'organizzazione del lavoro integrata, con risorse orientate ad obiettivi mirati.

Un dipartimento è un sistema interconnesso cioè un sistema coordinato e programmato di relazioni tra cittadini, operatori e servizi. Le sue finalità di fondo sono: ridurre quanto più possibile la divisione del lavoro; ricostruire quanto più è possibile il grado di complessità di un bisogno di salute e di cura, attraverso l'integrazione dei diversi punti di vista professionali, delle diverse conoscenze, delle diverse risorse sociali e sanitarie e dei servizi contigui; ridefinire la macrostruttura aziendale a sua volta come un macro sistema interconessionale quindi articolato per sottosistemi interconnessi; passare da una logica delle giustapposizioni ad una logica delle relazioni, quindi, ad una logica interconessionale; eliminare ripetizioni, sovrapposizioni, autarchie, autoreferenzialità; superare la segmentazione dei processi di cura di assistenza e di produzione della salute; favorire la corresponsabilizzazione e il coinvolgimento dei cittadini e dei malati; favorire la programmazione del lavoro; sviluppare un modello di governo, per quanto possibile, incentrato sulla coordinazione e sulla programmazione e sul management diffuso.

Un dipartimento quale sistema interconessionale può essere composto:

- da servizi con un comune obiettivo di salute;
- da servizi diversi ma comuni nelle loro funzioni o di base o specialistiche;
- da servizi dislocati a livelli diversi nella macrostruttura aziendale, ma orientati a comuni soggetti di salute;
- da operatori appartenenti a diversi sistemi interconnessi ma complementari rispetto a peculiari funzioni assistenziali;
- da operatori appartenenti a diversi sistemi interconnessi ma complementari rispetto all'assistenza da assicurare;
- da cittadini appartenenti ad una comunità con finalità di partecipazione, di

informazione, di salute.

Inoltre, i sistemi interconnessionali si possono costituire per raggruppamenti di diverse unità operative e sulla base di:

- necessità di integrare conoscenze e capacità;
- processi di lavoro;
- funzioni complesse;
- tempo di lavoro;
- output che si vogliono conseguire;
- caratteristiche dell'utenza e della comunità;
- caratteristiche territoriali e geografiche;
- interdipendenze proprie ad un flusso di lavoro;
- interdipendenze proprie ad un processo anche a termine;
- criteri di interdipendenze di scala;
- necessità di standardizzazione degli output.

Il senso di questo elenco non è quello di restringere le possibilità aggregative dei sistemi interconnessi, ma, al contrario, è quello di allargare le possibilità di integrazione di una macrostruttura aziendale secondo le necessità e secondo le situazioni in cui si trovano le aziende.

I presupposti per realizzare un sistema interconnesso sono:

- il budget;
- la pianificazione dell'attività per processi;
- la specificazione degli output attraverso la definizione dei tempi necessari per gli interventi, dei mezzi impiegati, dei metodi adottati;
- i piani operativi;
- il controllo di performance;
- la valutazione degli esiti.

Tipi possibili di dipartimenti interconnessionali

Sono da riconvertire nel senso del sistema interconnessionale:

- i vari dipartimenti in essere;
- il dipartimento per la salute mentale;

- i dipartimenti di prevenzione;
- le attività e i servizi che ruotano intorno alla salute della donna e del bambino;
- le attività riferite alle dipendenze;
- le varie attività ospedaliere con estensioni extra-ospedaliere costituite da hospice;
- day ospital, day surgery, residenze assistite, assistenza domiciliare, attività ambulatoriali, day service, aree ad alta intensità di cura e di assistenza, ecc;
- i progetti di educazione alla salute, di informazione, di interventi nelle comunità scolastiche, nei luoghi di lavoro, nella comunità;
- le varie organizzazioni a "rete".

CA.10. I PERCORSI ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali sono piani di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni basate sulle prove di efficacia, che identificano la sequenza di atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali da effettuare per raggiungere obiettivi di salute predefiniti, nel rispetto dei principi di appropriatezza, efficienza, equità e sicurezza.

Essi sono:

- piani interdisciplinari di cura per rispondere a specifici problemi clinici di diagnosi e terapia;
- strumenti di gestione clinica usati per definire la migliore sequenza di azioni, nei tempi considerati ottimali, per pazienti in determinate situazioni cliniche;
- strumenti di controllo critico della pratica clinica mirati a migliorarne la efficacia e la efficienza, mediante la riduzione dei ritardi e delle variazioni non necessarie nella erogazione delle prestazioni.

Per tutte queste caratteristiche, il percorso assistenziale:

- garantisce al paziente cure appropriate, quindi di qualità e tempestive in quanto basate sulle evidenze scientifiche applicate nel contesto locale;
- consente di realizzare la presa in carico del paziente in quanto è un modello che prevede la continuità assistenziale in forma coordinata ed integrata;
- è un atto di trasparenza nei confronti del cittadino in quanto definisce, in relazione ad un determinato bisogno di salute, gli operatori responsabili, i servizi sanitari coinvolti e le singole responsabilità. In tal modo, il cittadino informato e reso consapevole su “chi deve fare-che cosa” può assumere un ruolo attivo e responsabile nelle scelte riguardanti la propria salute, nel rispetto dei propri diritti e dei propri doveri.

Obiettivi generali e specifici

Obiettivo di un percorso assistenziale è quello di migliorare i processi assistenziali, identificando e riducendo sprechi ed elementi di variabilità ingiustificati, garantendo contemporaneamente la continuità assistenziale, per meglio rispondere alla complessità dei problemi di salute .

La progettazione dei percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie, al fine di migliorare la pratica clinica, le prestazioni, la

comunicazione fra i professionisti, il lavoro di gruppo, garantendo un migliore utilizzo delle risorse umane e materiali.

Obiettivi specifici di un percorso assistenziale sono:

- diffondere l'approccio alla medicina basata sull'evidenza come supporto decisionale;
- favorire l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e l'innovazione organizzativa;
- analizzare e ridurre la variabilità, elemento di maggiore criticità dell'agire sanitario e indicatore di performances inappropriate;
- promuovere la continuità assistenziale;
- favorire processi mirati di razionalizzazione della spesa;
- migliorare la qualità percepita dal paziente (efficacia, tempi, informazione, educazione).

Riferimenti:

- direttive nazionali, regionali e aziendali che supportano il PDTA;
- linee guida, letteratura scientifica ed altre fonti di evidenza clinica che supportano le raccomandazioni espresse nelle differenti fasi del PDTA;
- livello delle prove di efficacia e forza delle raccomandazioni.

Ove possibile, devono essere indicati il livello dell'evidenza scientifica e la forza delle raccomandazioni.

Si propone, quale sistema di classificazione, quello del Programma Nazionale Linee Guida.

Livello delle prove di efficacia

I	Più studi clinici controllati randomizzati e/o loro revisioni sistematiche
II	Un solo studio clinico randomizzato di disegno adeguato
III	Studi di coorte o loro metanalisi
IV	Studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Studi di "serie di casi", senza gruppo di controllo
VI	Opinioni di esperti, consensus conference, opinioni del gruppo di elaborazione della linea guida

Forza delle raccomandazioni

A	Procedura fortemente raccomandata
B	Procedura non sempre raccomandata ma da prendere in considerazione in ogni caso
C	Incertezza in favore o contro la raccomandazione ad eseguire la procedura
D	Procedura non raccomandata
E	Procedura sconsigliata

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

CA.11. METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, STRUMENTALI E AMBULATORIALI

In attuazione dell'art. 8 comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., degli articoli 2 e 3 del DPR 14/01/97 e dell'art. 8-ter del D.Lgs. n. 229/99, al fine di garantire agli utenti prestazioni appropriate, secondo livelli di efficacia, efficienza, qualità ed uniformità su tutto il territorio regionale, la LR 28/00 ha disciplinato i requisiti minimi strutturali, funzionali ed organizzativi delle strutture sanitarie pubbliche e private, il controllo e la vigilanza sulle medesime nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione, all'apertura ed all'esercizio dell'attività sanitaria.

L'art. 3, comma 2 della LR 28/00 e s.m.i. ha stabilito che, l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie è rilasciata dal sindaco territorialmente competente, previa verifica di compatibilità da parte della Regione Basilicata ai sensi dell'art. 8-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Relativamente a strutture da destinare ad attività che non richiedono l'utilizzo di posti letto sono stati individuati i seguenti criteri per la definizione dei fabbisogni di tali strutture:

- totale assenza o insufficiente presenza di strutture pubbliche o private eroganti quella tipologia di prestazioni nell'ambito distrettuale interessato, purché le prestazioni medesime rientrino nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- esistenza del relativo fabbisogno rilevato dall'Azienda Sanitaria interessata;
- assenza nel Piano Sanitario della previsione della realizzazione di analoghe strutture pubbliche o private eroganti quel particolare tipo di prestazioni.

L'attuazione di questi criteri, che di fatto affidano la rilevazione del fabbisogno alle Aziende Sanitarie interessate, su richiesta del Dipartimento a seguito dell'istanza di un privato, ha comportato un'impossibilità di definire, a livello regionale, una programmazione del fabbisogno e dei relativi tetti economici ed una scarsa trasparenza nei confronti delle strutture private che non potevano conoscere, a priori, la mappa dei fabbisogni regionali definita all'interno di una programmazione strategica regionale.

Per tale motivo, è stata sviluppata dal Dipartimento, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i., una metodologia per la determinazione dei fabbisogni e dei relativi tetti di spesa che consente di superare le criticità sopra riportate, garantendo il riequilibrio delle dinamiche legate alla domanda/offerta ed una più equa distribuzione territoriale dei servizi sanitari, nel rispetto dei fabbisogni espressi da ciascun territorio e dell'autonomia

gestionale e programmatica riconosciuta e garantita alle Aziende Sanitarie dalla normativa regionale.

I criteri per la determinazione del fabbisogno di strutture sanitarie per ambito territoriale, in particolare per distretto, utile alla verifica di compatibilità di cui sopra, sono stati definiti con la DGR 1907/2006. La metodologia adottata per il calcolo del fabbisogno, condivisa con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie con le Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate ricadenti nel territorio regionale, si basa sulla rilevazione:

- della domanda di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate ai cittadini lucani presso strutture pubbliche e private accreditate regionali ed extraregionali ed in regime libero professionale;
- dell'offerta delle strutture regionali pubbliche e private accreditate.

Nella domanda è stato introdotto un fattore correttivo rappresentato dai tempi di attesa delle prestazioni. La domanda di prestazioni sopra rilevata, al fine di poter essere utilmente confrontata con l'offerta, viene classificata sulla base delle Branche e delle Categorie introdotte nel Nomenclatore Tariffario Unico Regionale e sulla base della seguente classificazione delle strutture eroganti per Area Funzionale Omogenea (AFO):

Altre Banche Specialistiche	
APR (Pubblico e Privato)	APU (Pubblico)
Ortopedia e Traumatologia	Chirurgia (generale, plastica, vascolare e angiologia)
Oculistica	Neurochirurgia
Dermatologia	Odonstomatologia - chirurgia maxillo facciale
Diagnostica per immagini - Medicina Nucleare	Oncologia
Endocrinologia	Psichiatria
Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	Radioterapia
Neurologia	Anestesia
Otorinolaringoiatria	Nefrologia
Pneumologia	Urologia
Ostetricia e Ginecologia	Altre
Cardiologia	

RADIOLOGIA	LABORATORIO	FKT
Termografia Assiale Computerizzata - TAC	Laboratorio generale di base	Terapia fisica
Risonanza Magnetica Nucleare - RMN	Chimica clinica e/o tossicologica	Logopedia
Medicina nucleare e scintigrafie	Citoistopatologia	Rieducazione
Radiologia diagnostica	Ematologia	Visita e altro (training, valutazione, EMG)
Ecografie	Genetica medica	
Ecografia vascolare	Microbiologia e sieroimmunologia	
Altre prestazioni	Virologia	
	Altre prestazioni	

Il risultato della metodologia, che consente di individuare il grado di copertura della domanda/offerta di prestazioni, viene rappresentato graficamente su una mappa di compatibilità che assegna a ciascun distretto un colore identificativo del fabbisogno secondo la seguente corrispondenza:

ROSSO	Il fabbisogno distrettuale è interamente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL.
GIALLO	Il fabbisogno è parzialmente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL. Esiste un residuo di fabbisogno non sufficiente a far scattare una carenza. Il soddisfacimento di tale fabbisogno resta a carico della programmazione aziendale.
VERDE	Il fabbisogno è parzialmente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL. Esiste un residuo di fabbisogno non soddisfatto.

Tale mappa viene aggiornata e approvata annualmente con deliberazione della Giunta Regionale e pubblicata sul sito ufficiale della Regione Basilicata.

La verifica di compatibilità, di cui all'art. 3 della LR 28/00 e s.m.i., si effettua sulla base dell'attribuzione del fabbisogno residuo ai distretti aziendali. Il parere di compatibilità è positivo solo nel caso in cui il distretto, ove la struttura privata è ubicata o intende ubicarsi, risulti verde ed il fabbisogno residuo non sia già stato esaurito da precedenti richieste o da un potenziamento dell'offerta pubblica.

CA.12. L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'Health Technology Assessment (HTA) utilizza un approccio multi-disciplinare, multi professionale e multi-settoriale a supporto dei decisori; la valutazione delle tecnologie deve infatti considerare molteplici aspetti quali quelli:

- ingegneristici, legati alle caratteristiche tecniche dell'eventuale strumento utilizzato per il trattamento;
- economici, legati al rapporto costo-beneficio, costo-efficacia, costo-utilità di tale trattamento;
- clinici, legati alla valutazione del risultato del trattamento assistenziale;
- organizzativo-gestionali, connessi con l'ingegnerizzazione delle procedure che conducono il paziente dall'accesso al servizio, alla diagnosi, al trattamento e alla valutazione degli outcomes;
- statistici, per la valutazione della significatività delle informazioni raccolte.

I risultati degli studi HTA condotti dovranno essere condivisi e diffusi dagli specialisti di settore e pubblicati nella forma di report.

I report saranno redatti secondo le linee guida del consorzio europeo EUnetHTA e, pertanto, conterranno informazioni circa l'epidemiologia, l'impatto clinico, l'analisi economica e le eventuali analisi di impatto etico e legale.

Poiché la ricerca e l'elaborazione delle informazioni necessarie a condurre uno studio HTA comportano un enorme dispendio di risorse, la Regione Basilicata ha aderito all'iniziativa promossa e coordinata dall'Agenas per la creazione della Rete Italiana di Health Technology Assessment (RIHTA), cui la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito il compito di sostenere e supportare le Regioni nell'ambito dell'HTA (delibera n.73/CU del 20.09.2007), per la costituzione di network interregionali, con lo scopo di condividere banche dati e risultati di ricerche, per dare risposte in tempi più rapidi e per rispondere a specifiche esigenze di formazione.

Inoltre, particolare attenzione si dovrà continuare a porre nella valutazione delle tecnologie emergenti, mettendo in campo un sistema di allerta precoce e di valutazione conosciuto come Horizon Scanning; su tale tema già l'OPT regionale collabora con l'Agenas al progetto Centro di Osservazione delle Tecnologie Emergenti (COTE).

Le attività riguardanti i report HTA, in accordo con quanto previsto dalla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010, saranno condotte a livello regionale dall'Osservatorio Regionale dei prezzi, dei beni e delle tecnologie nel settore della sanità (OPT) che si avvale di specifiche

professionalità esperte nella valutazione delle tecnologie nonché di specialisti esterni che verranno nominati di volta in volta secondo le specifiche branche specialistiche oggetto di studio; in particolare, il gruppo tecnico multidisciplinare sarà composto da almeno le seguenti competenze:

- ingegnere clinico;
- economista sanitario;
- farmacista;
- epidemiologo;
- medico esperto in HTA;
- professionista esperto in HTA;
- esperto in revisioni sistematiche;
- esperto di amministrativo.

Il gruppo tecnico procederà alla valutazione delle tecnologie su specifiche esigenze di priorità e segnalate dalla Direzione Generale del Dipartimento Regionale.

L'istruttoria del gruppo tecnico si conclude con un report in cui vengono valutati gli aspetti di costo-efficacia della tecnologia, le strategie di introduzione nel Sistema sanitario regionale oltre agli impatti etici e legali connessi all'utilizzo della tecnologia in esame.

Il documento diventa vincolante per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali.

VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE A LIVELLO REGIONALE			
OBIETTIVO GENERALE	VALUTARE LE TECNOLOGIE UTILIZZANDO L'APPROCCIO HTA		
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Individuazione delle tecnologie emergenti e quelle di recente introduzione che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere intendono acquisire	Analisi schede di richieste di finanziamento per nuove tecnologie. Individuazione di tecnologie emergenti a potenziale rapida diffusione.	I° semestre di vigenza del Programma	Report riassuntivo degli interventi proposti e indicazione delle priorità di valutazione
	Prioritarizzazione delle tecnologie da valutare		

Analisi delle tecnologie emergenti e quelle di recente introduzione	Coinvolgimento della RIHTA nella valutazione delle tecnologie	II° semestre di vigenza del Programma	Predisposizione di specifici Report HTA e HS, candidatura di progetti per la valutazione delle tecnologie
	Partecipazione ai progetti intra ed extra-regionali per la valutazione delle tecnologie		
	Adesione a programmi nazionali ed internazionali di Horizon Scanning (HS) ed analisi delle tecnologie emergenti		

L'HTA a livello aziendale ed ospedaliero

A livello Aziendale ed Ospedaliero, il ruolo dell'HTA nella configurazione dell'Hospital-based HTA, consiste nel supportare i processi decisionali manageriali alla ricerca di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, di riduzione dell'elevata variabilità della pratica clinica e d'innovazione organizzativa a livello di processi, tecnologie ed infrastrutture, così come previsto dalla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010.

Anche a livello aziendale ed ospedaliero sarà utile individuare un team multidisciplinare con il compito di:

- individuare i bisogni che portano all'adozione di nuove tecnologie;
- programmare la sostituzione delle tecnologie in caso di guasto oppure di obsolescenza;
- valutare le proposte provenienti dalle unità operative;
- valutazioni dal punto di vista clinico, valutazione di overlapping con le tecnologie esistenti, necessità infrastrutturali ed organizzative delle nuove tecnologie;
- supporto per la individuazione e valutazione per l'acquisto delle nuove tecnologie e servizi sanitari.

Sarà costituito, quindi, presso la Direzione strategica Aziendale ed Ospedaliera, un nucleo tecnico di HTA in cui siano presenti almeno le seguenti professionalità:

- ingegnere clinico esperto in HTA;
- economista sanitario;
- farmacista;
- provveditore/economo;
- epidemiologo;
- esperto in qualità e risk management.

Il gruppo tecnico procederà alla valutazione delle tecnologie su specifiche esigenze di priorità e segnalate dalla Direzione Generale Aziendale. Inoltre, il gruppo dovrà rapportarsi con l'OPT regionale per le seguenti attività:

- segnalazione delle tecnologie individuate per cui il gruppo di HTA aziendale procederà alla valutazione;
- segnalazione delle tecnologie più complesse per cui si chiede un approfondimento al gruppo HTA regionale;
- invio al gruppo regionale dei report HTA aziendali;
- individuazione dei fabbisogni e delle specifiche minime inerenti gli approvvigionamenti sin accordo con le attività previste nell'ambito della Rete Regionale degli acquisti di cui alla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010.

Le professionalità individuate dovranno possedere specifiche competenze e formazione nel campo dell'HTA; pertanto il Dipartimento, in accordo con le Aziende Sanitarie, attiverà programmi di formazione utilizzando i canali di collaborazione con Agenas e le altre Regioni secondo le forme di collaborazione sottoscritte nell'ambito del progetto RIHTA.

VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE A LIVELLO AZIENDALE			
OBIETTIVO GENERALE	VALUTARE LE TECNOLOGIE UTILIZZANDO L'APPROCCIO HTA		
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Programmazione degli investimenti in tecnologie sanitarie	Predisposizione delle schede per le richieste di finanziamento per nuove tecnologie ed individuazione delle tecnologie da valutare	I° semestre di vigenza del Programma	Invio al Dipartimento Salute delle schede e di uno specifico report
Predisposizione dei capitolati tecnici	Nomina del gruppo tecnico	II° semestre di vigenza del Programma	Individuazione dei fabbisogni e predisposizione del Capitolato Tecnico
Contestualizzazione dei report HTA nazionali e regionali	Predisposizioni di analisi economiche (es. costo-efficacia, costo-utilità,...) rispetto al contesto aziendale	II° semestre di vigenza del Programma	Produzione di specifici report

CA.13. LA RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI

Analogamente ad altre Regioni italiane, anche in Basilicata sono stati avviati interventi finalizzati alla razionalizzazione del trend crescente di spesa. L'obiettivo di ridurre la spesa e l'esigenza di migliorare la qualità dei prodotti/servizi erogati nonché di stimolare la competitività e l'innovazione sui mercati di riferimento, stanno trovando una risposta concreta nell'introduzione di processi di acquisto e logistica centralizzati e nella creazione di portali di e-procurement a livello regionale, strettamente collegati con le politiche di acquisto on-line a livello nazionale.

La Regione Basilicata, attiva sul tema della centralizzazione degli acquisti sin dal 2002, ha avviato, nel 2008, una collaborazione strategica con Consip Spa per la definizione del modello di Rete Regionale degli Acquisti (RRA).

Tale attività di confronto e di co-progettazione rappresenta un'importante esperienza pilota nella direzione della realizzazione della rete nazionale delle centrali di acquisto prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 24 gennaio 2008: il modello derivante da tale collaborazione potrà, infatti, essere utilizzato in altre Regioni e nel contesto dei lavori della Conferenza Stato-Regioni.

Il modello di Rete Regionale degli Acquisti è stato approvato con D.G.R. n. 359/2008, in attuazione dell'art.26 della L.R. n. 28/2007. Con tale articolo si autorizzava la Giunta Regionale a disciplinare con propria direttiva l'espletamento di procedure unificate in materia di acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie tramite unioni di acquisto, ove non utilizzabili le convenzioni CONSIP ai sensi di legge, e a sperimentare la delega di funzioni di Centrale di Committenza.

Il modello di RRA e le procedure per il rilascio delle autorizzazioni da parte dell'OPT sono stati approvati dalla Giunta Regionale con D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010. Tale modello a rete vede coinvolte tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere (ASM, ASP, IRCCS CROB, AOR S. Carlo) e si esplica attraverso la formula delle Unioni Regionali d'Acquisto (URA) con la designazione di un'Azienda Capofila oppure tramite Centrale di Committenza.

I principali soggetti della rete sono:

1. il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata, con un ruolo di indirizzo, monitoraggio e sorveglianza tramite l'Osservatorio Prezzi Tecnologie e Servizi in Sanità (OPT) e, nei casi stabiliti dalla programmazione regionale degli acquisti del S.S.R., con un ruolo operativo e gestionale (ad esempio, acquisto di vaccini o di altre forniture di valenza generale del S.S.R.). Incardinato presso il Dipartimento, L'OPT, nell'ambito delle

- procedure di gara, rilascia le autorizzazioni preventive, accompagnate da eventuali osservazioni di carattere tecnico/economico;
2. le Aziende Sanitarie che, attraverso le UU.OO Provveditorato, i Nuclei Supporto Acquisti (NSA) e i Comitati Tecnici, rivestono un ruolo operativo e gestionale nelle procedure di gara, sia in Unione di Acquisto che in qualità di Centrale di Committenza;
 3. il Comitato Direttivo, composto dal Dirigente Generale del Dipartimento Salute e dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie; nell'ambito del piano attività gare aggregate concorda, oltre alle Unioni d'acquisto con designazione delle Aziende Capofila, anche i casi di esercizio della Centrale di Committenza. Gli indirizzi assunti dal Comitato Direttivo diventano vincolanti con l'adozione di appositi atti da parte della Giunta Regionale. Il Comitato Direttivo si avvale del supporto dell'OPT;
 4. i Nuclei Supporto Acquisti (NSA), istituiti stabilmente presso ogni singola Azienda Sanitaria, con funzione di programmazione e supporto specialistico alla partecipazione della stessa alla RRA, e costituiti da risorse con competenze in ingegneria clinica ed HTA, nei settori degli approvvigionamenti di beni e servizi ed ICT;
 5. il Responsabile del Procedimento, ossia colui che garantisce il collegamento tra le diverse funzioni aziendali e la Commissione di gara e costituisce, l'interfaccia verso l'esterno, verso l'OPT e gli operatori economici, relativamente agli adempimenti previsti dalla normativa;
 6. il Comitato Tecnico, nominato di volta in volta dall'Azienda Capofila, con funzioni di supporto al Responsabile del Procedimento che lo coordina, relativamente agli aspetti specifici di ciascuna procedura di gara, è composto da personale specialistico indicato dalle singole Aziende Sanitarie, eventualmente anche facente parte degli NSA.

Compiti della Regione

L'Accordo di collaborazione tra Regione Basilicata, MEF e Consip ha come obiettivo lo sviluppo di un sistema di procurement pubblico centralizzato per le Aziende Sanitarie lucane, con utilizzo di strumenti informatici (anche del Mercato Elettronico della PA - MEPA), nel quadro del più ampio Sistema a rete nazionale previsto dalla Legge Finanziaria 2007.

Nell'ambito della RRA la Regione, attraverso il supporto garantito dall'OPT, avrà il compito specifico di attivare e coordinare il tavolo del Comitato Direttivo al fine di indirizzare e individuare le strategie più opportune per la razionalizzazione degli acquisti, il

contenimento della spesa e la salvaguardia della qualità assistenziale. L'OPT regionale viene a configurarsi come un centro di competenza volto a fornire supporto alle Aziende. La Regione è a sua volta supportata da "expertise" di carattere metodologico, tecnico e legale altamente qualificate per l'individuazione puntuale delle procedure di acquisto di beni e servizi, anche innovative, adeguate all'iniziativa specifica.

Nell'ambito delle attività d'indirizzo, monitoraggio e sorveglianza che il Dipartimento, tramite l'Osservatorio Prezzi Tecnologie e Servizi in Sanità (OPT) dovrà garantire, si declinano le seguenti linee di intervento/collaborazione:

- analisi dei processi, dell'organizzazione e delle competenze;
- trasferimento del know-how metodologico e procedurale;
- adeguamento della normativa regionale e predisposizione standard documentazione di gara;
- diffusione del sistema di e-procurement;
- mercato elettronico della Pubblica Amministrazione;
- programma di comunicazione e formazione;
- sviluppo di iniziative di acquisto comuni.

Per ciascun ambito di intervento, si prevede un crono-programma con dettaglio delle attività da implementare, l'individuazione dei macro-profili professionali necessari al raggiungimento dell'obiettivo ed una breve descrizione dei risultati attesi in accordo con quanto previsto dalla D.G.R. n.139/2010.

Compiti delle Aziende

La Rete Regionale degli Acquisti (RRA) è costituita dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione; nel modello si prevede che i Direttori Generali:

- nell'ambito del Comitato Direttivo concordino le Unioni d'acquisto e designino le Aziende Capofila;
- nell'ambito delle rispettive Aziende procedano alla istituzione dei Nuclei Supporto Acquisti (NSA), costituiti da risorse con competenze in ingegneria clinica ed HTA, nei settori degli approvvigionamenti di beni e servizi ed ICT, con funzione di programmazione e supporto specialistico alla partecipazione delle stesse alla RRA;
- in ragione delle scelte della programmazione regionale e tenendo conto delle caratteristiche degli acquisti da effettuare adottino le seguenti procedure:
 - a) Procedure centralizzate:

a.1 Procedura in Unione d'acquisto. In questo caso l'Azienda Sanitaria che esercita il ruolo di "capofila" (individuata con delibera di Giunta Regionale su proposta del Comitato Direttivo) procede all'espletamento della procedura di gara fino all'individuazione delle ditte aggiudicatrici, nonché all'effettuazione di tutte le verifiche necessarie alla valutazione di eventuali contestazioni relativamente alla procedura di gara.

a.2 Procedura effettuata dalla Centrale di Committenza. In questo caso la Centrale di Committenza, le cui funzioni possono essere esercitate da un'Azienda Sanitaria o dalla Regione, secondo l'individuazione operata con delibera della Giunta Regionale su proposta del Comitato Direttivo, procede all'espletamento dell'intera procedura fino all'individuazione delle ditte aggiudicatrici ed alla stipula del contratto, nonché all'effettuazione di tutte le verifiche necessarie alla valutazione di eventuali contestazioni che possono portare alla risoluzione del contratto ed alla gestione del contratto sulla base degli ordinativi e delle comunicazioni effettuati dagli altri soggetti della RRA.

b) Procedura individuale, espletata direttamente dalla singola Azienda per le merceologie per le quali non si ritiene opportuno il ricorso alle ipotesi di cui al punto A).

Inoltre, i Direttori Generali, nell'ambito degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie di cui alla D.G.R. n. 329/2008, sono invitati a:

- collaborare alle attività di monitoraggio della spesa sanitaria in materia di acquisto di beni e servizi;
- utilizzare le convenzioni della Consip S.p.A. quando convenienti;
- promuovere ed eseguire unioni regionali di acquisto interaziendali (URA) o a partecipare alle procedure di acquisto da chiunque promosse "in modo che siano espletate tramite URA almeno il 35% delle procedure ed il 50% del valore degli approvvigionamenti per ciascun anno";
- consentire l'armonizzazione delle scadenze delle forniture di beni e servizi e a partecipare alle sperimentazioni della delega di funzioni di Centrale di Committenza.

CA.14 IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE

Mission ed obiettivo strategico

Il sistema sanitario pone tra i suoi obiettivi fondamentali quello di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Lo sviluppo di tale obiettivo presuppone un processo di

cambiamento, di trasformazione organizzativa e soprattutto comportamentale che coinvolge principalmente le risorse umane che compongono un'organizzazione sanitaria. In quest'ottica viene assegnato alla formazione un ruolo strategico all'interno del sistema.

L'aderenza delle caratteristiche personali e professionali delle risorse umane disponibili, in termini di conoscenze ed esperienze, ed il loro livello di adesione alle logiche sottostanti il processo di evoluzione del sistema in risposta alle mutate condizioni ambientali, rappresentano, infatti, fondamentali **determinanti** del livello di raggiungimento degli obiettivi di cambiamento definiti.

Pertanto, la programmazione e la realizzazione della **formazione di base, specialistica, manageriale, continua e specifica** costituisce un nodo centrale per lo sviluppo futuro del sistema sanitario.

In relazione, quindi, alla valenza strategica che assume la formazione nell'ambito del Sistema Sanitario, è interesse della Regione che ne venga garantita la continuità, la sua programmazione ed organizzazione, ai vari livelli di intervento:

1. formazione per l'accesso al Servizio Sanitario;
2. formazione manageriale;
3. formazione continua;
4. formazione specifica per il cambiamento dei sistemi complessi.

In quest'ottica, si ritiene di sviluppare programmi regionali di formazione di alto livello professionale finalizzati alla formazione di un nucleo di expertice ed al successivo trasferimento del know how acquisito. Si ritiene indispensabile, inoltre, che anche le Aziende Sanitarie programmino moduli formativi, contemplati nei piani formativi aziendali, per lo sviluppo delle capacità relazionali interpersonali nel proprio contesto lavorativo e nel rapporto con l'utenza per tutte le figure professionali aziendali.

La formazione per l'accesso al Servizio Sanitario

L'impegno regionale nell'ambito della formazione per l'accesso del personale laureato e non al Servizio Sanitario riguarderà la formazione di base, complementare, specialistica e interventi di riqualificazione professionale.

Dettagliatamente, nel triennio di vigenza del presente piano:

- a. la formazione delle professioni infermieristiche e di ostetricia, della riabilitazione, tecniche della prevenzione, attraverso l'attivazione dei relativi costi di laurea triennali da realizzarsi nell'ambito del S.S.R. con il concorso delle Università - Facoltà di medicina e chirurgia - a seguito di specifici protocolli d'intesa Regione/Università;

- b. la formazione post-lauream dei medici per l'acquisizione del diploma abilitante in medicina generale attraverso l'attivazione di corsi regionali disciplinati con D.Lgs. 368/99. La Regione Basilicata ha attivato tali corsi con l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza e Matera;
- c. la formazione post-lauream, dei laureati strutturati nel ruolo sanitario per l'acquisizione dei diplomi di specializzazione, da realizzarsi, a seguito di specifici protocolli d'intesa Regione/Università, anche tramite l'utilizzo di strutture e personale del S.S.R. nonché la sperimentazione, se possibile, di forme di collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia per la formazione pratica e di tirocinio degli specializzandi nell'ambito delle strutture del S.S.R. che presentano i necessari requisiti;
- d. la formazione dell'Operatore Socio-Sanitario, figura professionale che svolge attività di assistenza sia nel settore sanitario che in quello sociale e sociosanitario, attraverso l'attivazione presso le Aziende Sanitarie della Regione di specifici corsi di formazione base di 1000 ore. La Regione Basilicata con il regolamento di cui alla Delibera di G. R. n. 654/02 ha stabilito le modalità per l'acquisizione della relativa qualifica professionale di O.S.S. L'istituzione di tale figura permette alla Regione Basilicata di avviare un percorso formativo che riguarda la riqualificazione sia degli operatori con qualifica OTA presenti all'interno del servizio sanitario regionale che degli operatori sociali alle dipendenze delle cooperative che svolgono assistenza domiciliare ad anziani e a portatori di handicap;
- e. l'istituzione di moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria, di 400 ore, dedicati a chi è già Operatore Socio Sanitario e vuole ampliare le competenze professionali del proprio profilo in coerenza con quanto previsto, con l'Accordo siglato il 16 gennaio 2003 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Le sedi dove si svolgeranno i corsi, di Operatori Socio Sanitario e di Operatori Socio Sanitario con Formazione Complementare e la relativa assegnazione dei posti, sia per il personale dipendente che per i soggetti esterni, sono individuate come segue:
- Azienda Sanitaria Provinciale di Potenza;
 - Ospedale San Carlo Potenza;
 - Azienda Sanitaria Provinciale di Matera.

I rapporti tra Regione e Università

La vigente normativa inquadra i rapporti fra Università e Regione sotto forma di intesa di reciproca collaborazione, articolata nel campo della didattica, della ricerca e dell'assistenza.

La reciproca collaborazione fra Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario, è stata già resa operativa da alcuni anni mediante la stipula di specifici protocolli d'intesa fra Regione e Università e in maniera derivata tra Università e Aziende Sanitarie, sia per quanto attiene la formazione specialistica dei laureati strutturati nell'ambito del S.S.R. sprovvisti di specializzazione nella disciplina di appartenenza che per quanto concerne la formazione delle professioni infermieristiche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione attraverso l'attivazione di corsi di laurea triennali presso le sedi didattiche del S.S.R.

Relativamente all'apporto delle Facoltà Universitarie di medicina, alle attività assistenziali del S.S.R., si ribadisce quanto previsto dalla normativa vigente che ne prevede la possibile realizzazione attraverso convenzioni da stipularsi tra Aziende Sanitarie e Università, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali ed a seguito di apposita autorizzazione regionale.

Il presente piano, in coerenza con il percorso già avviato, intende non solo dare continuità e maggiore consistenza ai processi formativi in atto, ma anche promuovere tutte le iniziative dirette ad avviare ulteriori forme di collaborazione che vedano coinvolte con pari dignità e in maniera sinergica le Università più prestigiose con le strutture e i presidi del Servizio Sanitario Regionale.

La formazione manageriale

Il Piano intende riconoscere particolare importanza alla formazione manageriale sanitaria, che deve fornire ai dirigenti di vari profili professionali operanti nell'organizzazione, sia le competenze e le tecniche per gestire specifici ambiti e specifiche risorse (finanziarie, umane, tecnologiche, informative ecc.), che la capacità di operare una sintesi tra queste competenze e la capacità di relazione con altri professionisti, in una logica ed in un equilibrio che garantiscano risultati di salute a livello clinico, sociale e ambientale.

La formazione continua

Dalla consapevolezza che la formazione costituisca un potente strumento manageriale per il raggiungimento degli obiettivi politici e programmatici stabiliti e per incidere sull'efficacia, sull'appropriatezza, sulla sicurezza e sull'efficienza dell'assistenza prestata dalle organizzazioni sanitarie, che nascono in tutti i Paesi più rappresentativi ed avanzati del contesto internazionale, tra cui l'Italia, i programmi di Educazione Continua in Medicina

(E.C.M.) rivolti agli operatori sanitari. I tratta di progetti formativi finalizzati al governo, all'organizzazione ed al controllo di tutte quelle attività che vengono realizzate in campo sanitario con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.

Caratteristica specifica dell'E.C.M. è la valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che ciascun professionista sanitario possa essere garantito della qualità ed utilità degli stessi al fine del mantenimento continuo della propria professionalità che possa garantire, di riflesso, la tutela della salute dei cittadini.

L'introduzione del programma di Educazione continua nel contesto italiano, di alcuni decenni successivo rispetto a quanto avvenuto nel mondo anglosassone e in diversi paesi europei, avviene per effetto delle nuove norme contenute nel D.Lgs. 229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale" che sostanzialmente istituzionalizza l'E.C.M. e fornisce una traccia su come procedere in tutto il percorso dell'impostazione, attuazione e valutazione della formazione continua.

La Regione Basilicata ha istituito il Sistema Regionale ECM con Deliberazione di Giunta Regionale n. 100 del 2008

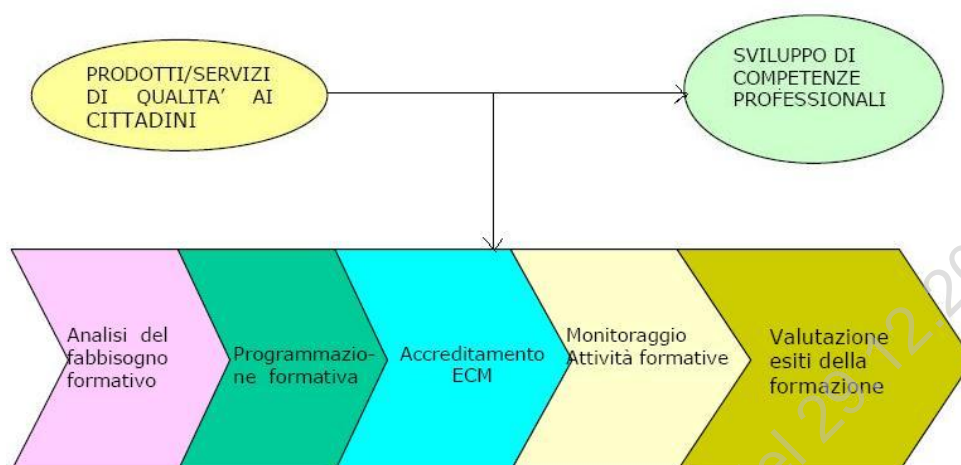
Il SERB, che ad oggi è in fase di implementazione, dovrà essere costituito da un insieme di procedure e non limitarsi al solo accreditamento delle attività formative ed alla relativa assegnazione dei crediti formativi regionali, ma divenire lo strumento operativo di rilevazione del fabbisogno e di pianificazione formativa, al fine di raggiungere gli obiettivi di salute regionali.

Il sistema informativo SERB, per poter raggiungere gli obiettivi strategici fissati dalla deliberazione regionale, deve nascere dalla collaborazione interdisciplinare tra le componenti istituzionali, metodologiche e tecnologiche che ruotano attorno al Sistema ECM.

Il Sistema Informativo SERB sarà il risultato di un flusso informativo complesso, riassumibile per semplicità nei passaggi della figura sottostante, ciascuno dei quali sarà supportato da procedura informatiche rapide, efficienti ed integrate tra loro a vario livello:

- analisi del fabbisogno formativo;
- programmazione formativa;
- procedure di accreditamento ECM;
- monitoraggio delle attività formative;
- valutazione degli esiti della formazione.

Il Sistema Informativo SERB



I soggetti coinvolti nell'ECM Regionale si distinguono in **soggetti beneficiari**: (Cittadini regionali, Operatori della sanità pubblica e privata regionale, Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Basilicata: ASP Potenza, ASP Matera, C.R.O.B. Rionero in Vulture, Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, Strutture sanitarie convenzionate C.E.A., altri stakeholders quali AIFA; COGEAPS ecc.); **soggetti partecipanti**: Software House di soluzioni informatiche specialistiche, Ufficio Formazione ed Aggiornamento e Politiche del Personale del Servizio Sanitario Regionale, CITSER, Consulta Regionale per la Formazione Continua, Provider Istituzionali, Associazioni di categoria del settore sanitario, Operatori sanitari del territorio (appartenenti alla sanità sia pubblica che privata), Altri stakeholders interessati allo sviluppo del progetto; **soggetti destinatari dell'obbligo dei crediti formativi ECM**: (Art. 16-quater c.1 - D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni); **strutture sanitarie pubbliche**: Azienda Ospedaliera San Carlo - Potenza, Centro di Riferimento Oncologico Regionale Aziende Sanitarie Locale ASP Potenza, Aziende Sanitarie Locale ASM Matera; **soggetti pubblici con personale sanitario dipendente o convenzionato; liberi professionisti., Provider privati accreditati.**

La Regione Basilicata per l'espletamento dei suoi compiti e funzioni si avvarrà:

- dell'Ufficio Formazione del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale opportunamente implementato con personale dedicato all'attività di formazione continua, una vera e propria cabina di regia, quale riferimento diretto per i soggetti istituzionali e non, con attività di coordinamento tra le varie articolazioni ed organismi preposti per il governo della formazione regionale e di segreteria avanzata;

- del CITSER l'organismo tecnico regionale di supporto all'Ufficio Formazione ed Aggiornamento e Politiche del Personale del Servizio Sanitario Regionale del Dipartimento Salute per la valutazione delle attività formative.

Le Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera e l'IRCCS-CROB ricoprono ugualmente un ruolo incisivo. Con DGR n.1213 del 19/07/2010 sono state individuate quali provider regionali provvisori, ricoprono compiti e funzioni di primo piano nel programma E.C.M. ed è pertanto necessario che si avvalgano di un'apposita struttura per le attività di formazione (Ufficio di formazione) con l'individuazione di un responsabile per la gestione di tutte le operazioni connesse alla formazione e all'aggiornamento aziendale compreso il programma E.C.M. Tale ufficio, collocato in staff alla Direzione Aziendale, dovrà essere dotato di adeguate risorse strutturali, tecnologiche ed umane, dovrà coordinare tutte le funzioni correlate alla formazione, in stretto collegamento con le strutture aziendali per la qualità.

Inoltre nel FERB confluiranno anche le risorse economiche provenienti dal pagamento dei canoni previsti per i seguenti servizi:

- canone per l'iscrizione all'Albo ECM Regionale;
- canone per l'accesso in modalità off-line da parte degli operatori;
- canone per l'inserimento di corsi ECM nazionali nella rete regionale, previa autorizzazione dell'Ufficio competente;
- pagamento dei crediti formativi regionali attribuiti ai corsi ECM accreditati.

Ulteriore quota per il finanziamento del FERB è quella derivante dall'1% del monte salari del personale delle Aziende Sanitarie nella misura del 15% dell'ammontare che verrà trattenuta in sede di riparto del FSR e assegnata al FERB.

L'Obiettivo generale del Modello ECM lucano è quello di 'utilizzare lo strumento ECM per migliorare ed uniformare la qualità dei servizi socio-sanitari - assistenziali erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, attive sul territorio regionale.' come testualmente riportato nella DGR n.100 del 29 Gennaio 2008 " Riordino del Sistema di Formazione Continua".

La Regione Basilicata, nell'ambito delle aree definite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nell'accordo del 5 novembre, in coerenza con la DGR Basilicata n° 606/2010, individua i seguenti obiettivi

formativi che prioritariamente devono essere evidenziati dai singoli provider regionali nei piani di formazione annuali:

- umanizzazione delle cure;
- qualità dei sistemi ed i processi clinico assistenziali;
- appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA, sistemi di valutazione, verifica miglioramento dell'efficienza ed efficacia;
- aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente), umanizzazione delle cure;
- innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici, technology assessment;
- conoscenze in tema di competenze specialistiche.

CO.1. LA RETE OSPEDALIERA

La strategia che si intende perseguire con il presente Piano pone particolare attenzione all'**integrazione**, concetto che traduce il concetto della continuità dell'assistenza intesa come processo clinico che vede la sinergica produzione di equipe specialistiche in strutture multiprofessionali operanti anche a distanza.

In questa logica, la rete ospedaliera in Regione Basilicata è così composta:

- **Azienda Ospedaliera San Carlo:** nel confermare le competenze attribuite alla AO San Carlo dal precedente PSR 97/99, con esclusione della gestione della Centrale Operativa del servizio di emergenza sanitaria regionale attribuita a Basilicata Soccorso con LR 21/99, la predetta Azienda è una struttura di elevata complessità e ad alta specializzazione, di rilievo nazionale, dove è attivo il dipartimento di II livello di emergenza (DEA) che comprende quanto previsto dal DEA di I livello, ed in più coordina l'intervento delle unità specialistiche presenti nella struttura ospedaliera e la consulenza psichiatrica. Inoltre, il San Carlo deve garantire il teleconsulto per il DEA di I livello ed i presidi ospedalieri per acuti sede di PSA etc, e gestire le discipline specialistiche a valenza regionale, il servizio immuno-trasfusionale. Garantisce, infine, le funzioni del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia e del Centro regionale per la fibrosi Cistica;
- **Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera:** confermando l'impianto del PSR 97/99, il Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera è un presidio ospedaliero di media-elevata complessità, sede di dipartimento di I livello di emergenza, con unità operative di chirurgia generale e medicina generale con orientamento specialistico diversificato. Il DEA di I livello deve garantire, oltre le funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatrica e neonatologica, un trauma center nonché osservazione breve, assistenza cardiologica, rianimatoria e prestazioni di laboratorio di analisi chimico clinico e microbiologiche, di diagnostica per immagini (TAC, RMN) ed immunoematologia. E' prevista la presenza di una "guardia attiva" per 24 ore in medicina generale, chirurgia generale ed anestesia e rianimazione, ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e servizio immuno trasfusionale. Garantisce, inoltre, le funzioni del CRT (Centro regionale Trapianti) Basilicata con L.R.T.T. (laboratorio regionale tipizzazione tissutale) con servizio H/24 ed il centro

regionale di genetica medica e di neuropsichiatria infantile. Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del ministero e del CNT (Centro nazionali Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali che viene attivata presso il SIT (servizio immuno trasfusionale), sede del CRT Basilicata, attraverso la definizione della attività di raccolta ed eventuale amplificazione delle cellule staminali da realizzare tra il CRT di Basilicata e le strutture afferenti in questo settore: U.O. di ematologia Ospedale San Carlo di Potenza, servizio di ematologia dell'ospedale Madonne delle grazie di Matera, U.O. di oncoematologia del CROB di Rionero. In queste strutture è praticabile: autotrapianto da midollo osseo c/o da cellule staminali periferiche, raccolta di cellule da cordone ombelicale in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia con l'invio del campione alla banca regionale per la conservazione;

- **IRCS-CROB Rionero Ospedale ad elevata specializzazione:** centro di riferimento oncologico della Basilicata, con sede nell'ospedale di Rionero in Vulture.

Nel confermare le competenze attribuite al CROB con il P.S.R. 97/99 e con la deliberazione di G.R.B. 1108/2003, l'assegnazione allo stesso del Registro Tumori della Basilicata e l'istituzione, prevista nel piano sangue vigente, del servizio immuno-trasfusionale, si fa obbligo al CROB di operare nel settore dell'oncologia secondo il modello dipartimentale interaziendale, in conformità alle direttive impartite dalla Giunta Regionale e di sviluppare la ricerca in campo oncologico;

- **Strutture ospedaliere per acuti sede di PSA** dove collocare, in ambito territoriale tutte le tecnologie e le risorse professionali adeguate ed atte a garantire il trattamento necessario, sia sul versante diagnostico che su quello terapeutico, relativo a tutte le specialità per acuti con esclusione di quelle a valenza regionale e/o provinciale attribuite specificatamente all'AO San Carlo e all'ospedale di Matera. In ciascun Presidio Ospedaliero di Azienda è presente il pronto soccorso attivo con le seguenti aree: emergenza-urgenza (pronto soccorso attivo, rianimazione, terapia intensiva), medicina generale, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, materno-infantile (ostetricia, nido, pediatria), servizi di diagnostica (radiologia almeno con TAC, laboratorio analisi) e centro trasfusionale. Deve essere presente la 'guardia attiva' per 24 ore giornaliere in medicina generale, chirurgia generale e anestesia e rianimazione, 'guardia attiva' o reperibilità per ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e centro trasfusionale. (**Lagonegro, Melfi, Policoro, Villa d'Agri**);

- **Ospedale distrettuale territoriale:** Gli Ospedali Distrettuali Territoriali di Azienda (ODT) sono delle strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale di residenzialità protetta che si caratterizzano per la presenza di posti letto di lungodegenza e/o di RSA (residenze sanitarie protette) nonché del PTS (punto territoriale di soccorso) e di attività poliambulatoriale specialistica (ivi compresa l'attività di radiologia e la laboristica di base). Nei **Presidi Sanitari Distrettuali** può essere svolta anche attività di chirurgia ambulatoriale e, ove sussistano i requisiti strutturali ed organizzativi sufficienti ed una adeguata domanda anche attività di Day Surgery (ASA 1) e Day Hospital, facente capo ai Dipartimenti medici e chirurgici dell'area di riferimento del presidio per acuti. Le strutture potranno ospitare posti letto per cure palliative (Hospice) nonché strutture dialitiche ove necessarie e sulla base del numero minimo di interventi previsti dal PSR 97/99. Sono allocabili in tali presidi, ove previsto, anche le attività di riabilitazione intensiva ed estensiva. Le attività sono di tipo territoriale e, pertanto, i relativi costi sono imputabili alla medicina territoriale. Tutta l'attività territoriale residenziale dei Presidi Sanitari Distrettuali è descritta nel paragrafo dedicato al "condizionale" sulle residenzialità.

CO.2. METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DEI POSTI LETTO

La metodologia si basa sui parametri di riferimento fissati dal nuovo patto della Salute 2010 - 2012 di cui all'Intesa Stato Regioni 3 dicembre 2009, che stabilisce un livello massimo, come dotazione media, di 3,3 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti residenti in regione. La procedura di calcolo si sviluppa in più fasi. In primo luogo, si effettua una stima del fabbisogno regionale di posti letto per Aree Funzionali Omogenee (AFO) e singole discipline a partire dalla domanda espressa in regione. Tale domanda è rappresentata dai ricoveri effettuati in Basilicata nel corso dell'anno 2009, uniformata sui ricoveri registrati in Italia nello stesso periodo, assumendo che il quadro epidemiologico, cioè il bisogno della popolazione regionale, non risulta differente da quello della popolazione italiana.

Nella metodologia di calcolo sono stati inoltre considerati come parametri di efficienza e qualità la degenza media per disciplina relativa alla situazione complessiva italiana e il tasso di utilizzazione medio del posto letto per acuto del 75%.

Successivamente si è determinato il fabbisogno dei posti letto delle discipline in Basilicata per tre livelli territoriali: specialità di base, specialità a carattere provinciale, specialità a carattere regionale.

Infine, nella procedura del calcolo finale del coefficiente di posti letto per 1.000 abitanti si è tenuto conto delle seguenti specificità:

Economie di scale (ad esempio le risorse umane assegnate non rappresentano un costo aggiuntivo, ecc.).

Livello di qualità (uno standard di numerosità di posti letto tale da garantire una migliore performance).

Recupero di mobilità (quota, aggiuntiva sulla base di una stima previsionale di recupero della mobilità extraregionale).

Metodo di calcolo

In primo luogo è stato stimato il fabbisogno dei posti letto per le nuove discipline, cioè le specialità attualmente non presenti in regione ma di cui si prevede l'attivazione. La stima si basa sulle giornate di degenza effettuate in Italia nell'anno per tutte le discipline previste con posti letto per acuti in Basilicata, cioè non sono state considerate le discipline delle quali non si prevede l'attivazione in regione (in quanto il bacino d'utenza minimo, stimato in letteratura, è esageratamente lontano dalla base di popolazione regionale), quelle che non riguardano gli acuti e quelle che non necessitano di posti letto.

Pertanto sono stati distribuiti 1.934 posti letto (equivalenti a circa 3,3 per 1.000 abitanti) nelle discipline in maniera proporzionale alle giornate di degenza prodotte in Italia e determinata una prima stima, cioè relativamente alla prima fase, dei posti letto per le nuove discipline di cui si prevede l'attivazione in regione.

Per la stima del fabbisogno dei posti letto attribuiti alle discipline già presenti in Basilicata, si considerano i ricoveri effettuati in regione nel 2009 (desunti dal Sistema Informativo Sanitario Regione Basilicata) in regime ordinario, con una degenza superiore ad un giorno escludendo i ricoveri ad alto rischio di inappropriately secondo la tabella seguente contenuta nell'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 (DRG al alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria), come ripresi dalla DGR n. 644 del 2/4/2009.

DRG	DESCRIZIONE
006	Decompressione del tunnel carpale
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc
025	Convulsioni e cefalea età > 17 senza cc
036	Interventi sulla retina
038	Interventi primari sull'iride
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 17
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età < 18
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino
047	Altre malattie dell'occhio età > 17 senza cc
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 17
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18
061	Miringotomia con inserzione di tubo età > 17
062	Miringotomia con inserzione di tubo età < 18
065	Alterazioni dell'equilibrio
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie età < 18
073	Altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età > 17
074	Altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età < 18
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	Legatura e stripping di vene
131	Malattie vascolari periferiche senza cc
133	Arteriosclerosi senza cc
134	Iperensione
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc
142	Sincope e collasso senza cc
158	Interventi su ano e stoma senza cc
160	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età > 17 senza cc

DRG	DESCRIZIONE
162	Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc
163	Interventi per ernia età < 18
168	Interventi sulla bocca con cc
169	Interventi sulla bocca senza cc
183	Esofagite gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età >17 senza cc
184	Esofagite gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età < 18
187	Estrazioni e riparazioni dentali
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente età > 17 senza cc
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatite alcolica senza cc
208	Malattie delle vie biliari senza cc
227	Interventi sui tessuti molli senza cc
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intra midollare eccetto anca e femore
232	Artroscopia
241	Malattie del tessuto connettivo senza cc
243	Affezioni mediche del dorso
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc
248	Tendinite miosite e borsite
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
251	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di avambraccio mano e piede età >17 senza cc
252	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di avambraccio mano e piede età <18
254	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di braccio gamba eccetto piede età >17 senza cc
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc
268	Chirurgia plastica della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella senza cc
276	Patologie non maligne della mammella
281	Traumi della pelle del tessuto sub-cutaneo e della mammella età >17 senza cc
282	Traumi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella età <18
283	Malattie minori della pelle con cc
284	Malattie minori della pelle senza cc
294	Diabete età > 35
295	Diabete età < 36
299	Difetti congeniti del metabolismo
301	Malattie endocrine senza cc
317	Ricovero per dialisi renale
323	Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	Calcolosi urinaria senza cc
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 senza cc
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età < 18
329	Stenosi uretrale età > 17 senza cc
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età > 17 senza cc
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età < 18
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età > 17
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età < 18
342	Circoncisione età > 17

DRG	DESCRIZIONE
343	Circoncisione età < 18
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
349	Ipertrofia prostatica benigna senza cc
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	Interventi su vagina cervice e vulva
362	Occlusione endoscopica delle tube
364	Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico
381	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia
384	Altre diagnosi pre-parto senza complicazioni mediche
395	Anomalie dei globuli rossi età > 17
396	Anomalie dei globuli rossi età < 18
399	Disturbi del sistema reticolo endoteliale e immunitario senza cc
404	Linfoma e leucemia non acuta senza cc
409	Radioterapia
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	Nevrosi depressive
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
429	Disturbi organici e ritardo mentale
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
490	H.I.V associato o non ad altre patologie correlate
503	Int. Su ginocchio senza dia. princ. di infezione

Dai ricoveri così definiti si escludono quelli che riguardano le discipline per le quali non sono previsti posto letto per acuti.

Sulla base della degenza media italiana per disciplina, sono state stimate le giornate di degenza producibili con il numero dei ricoveri considerati in ogni disciplina nella regione Basilicata. La formula adottata è la seguente:

$$BGD_i = BNR_i * IDM_i$$

dove:

- BGD_i sono i giorni di degenza producibili in Basilicata per la i-esima disciplina;
- BNR_i sono il numero di ricoveri considerati effettuati in Basilicata per la i-esima disciplina;
- IDM_i è la degenza media dell'Italia per la i-esima disciplina.

Pertanto sono stati distribuiti i rimanenti posti letto, non assegnati precedentemente, cioè quelli attribuiti alle nuove discipline, nelle specialità in maniera proporzionale alle giornate di degenza producibili in Basilicata.

Successivamente, si considera il tasso di utilizzazione del posto letto, tenendo in considerazione il valore soglia del tasso di ospedalizzazione pari a 160 per 1.000 abitanti (equivalente per la regione Basilicata a circa 94.500 ricoveri).

Per la scelta del tasso di utilizzazione ottimale, si considerano tre scenari, corrispondenti a tre diversi livelli di utilizzazione del posto letto, e cioè del 70%, 75% e 80%. Si stimano le giornate di degenza producibili con i posti letto precedentemente stabiliti per disciplina considerando la degenza media italiana. Si individua pertanto lo scenario che dà luogo ad un numero di ricoveri più elevato entro il valore soglia. Per la Basilicata, il tasso di utilizzazione ottimale è quello del 75%.

Le stime fin qui effettuate sono in eccesso in quanto la degenza media di riferimento è quella non trimmata, che escluderebbe dal calcolo tutti i ricoveri le cui degenze hanno valori superiori alla soglia.

Nella fase successiva, per le discipline previste con posti letto per acuti presenti ad oggi in Basilicata, viene calcolato il numero di posti letto che erano sufficienti nel 2008 in base ad un livello di utilizzazione del 75% del posto letto per acuti e l'ammontare di giornate di degenza prodotte calcolate a partire dal numero di dimissioni effettivamente realizzate nel 2008 in Basilicata e la degenza media italiana.

Ciò a partire dalla formula seguente:

$$BGD_i = BNR_i * IDM_i$$

Si considera il NPL (numero dei posti letto) dalla formula del TU (tasso di utilizzazione del posto letto):

$$TU = BGD_i / (365 * NPL)$$

da cui

$$NPL = BGD_i / (365 * TU)$$

Al totale dei posti letto così calcolati, viene aggiunta la quota, già quantificata a partire dai dati nazionali, relativa alle specialità di nuova istituzione.

Successivamente, per la stima del fabbisogno di posti letto che tiene in considerazione il recupero della mobilità, si considera il recupero potenziale di 15.000 ricoveri. Nel calcolo di tale fabbisogno si considera la degenza media italiana complessiva, cioè per tutte le specialità, e un tasso di utilizzazione del posto letto pari al 75%.

Infine viene effettuata una revisione quantitativa al fine di ottenere una numerosità con molteplicità 4 per ognuna delle discipline.

Risultati

I risultati sono riassunti nelle tabelle e grafici seguenti, dove vengono mostrati il numero dei posti letto per acuti assegnati per ciascuna disciplina distinti per livello regionale, provinciale e di base al 3,3 per mille abitanti. Nel computo delle assegnazione alle Aziende si è tenuto conto per i livelli provinciali e di base della popolazione residente che insiste sul territorio di competenza, senza tralasciare criteri per la garanzia dei livelli minimi di qualità dei reparti predisposti all'occorrenza.

Grafico 1 : Quote di posti letto valenza territoriale

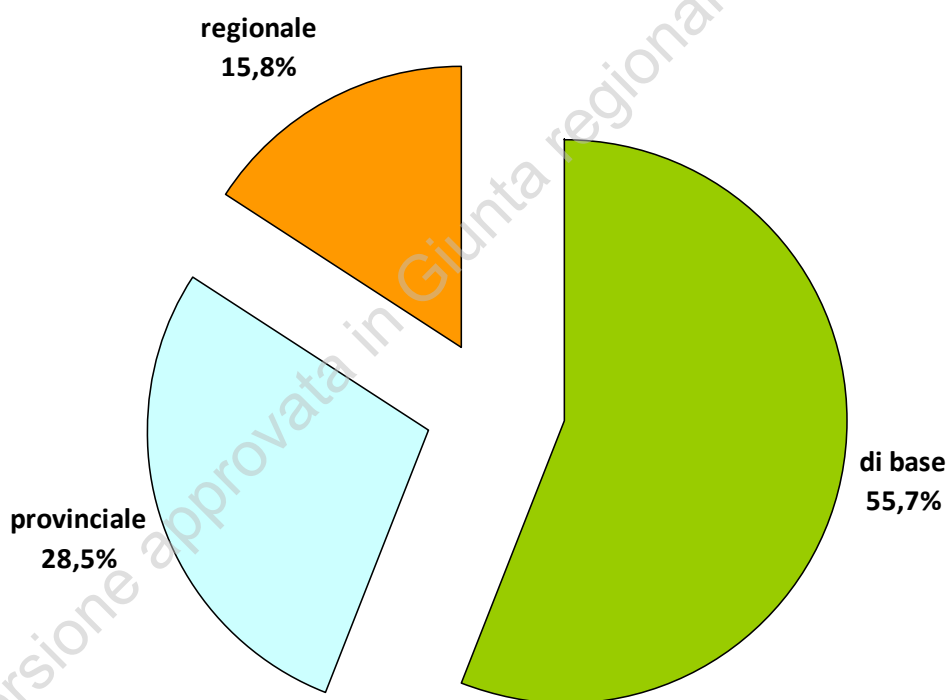


Tabella 1 : Riepilogo dell'assegnazione dei posti letto per acuti

Area	AFO	ASP	ASM	S.Carlo	CROB	Privato	Totale
R e g i o n a l e	chirurgica	0	6	64	60	0	130
	emergenza	0	0	32	0	0	32
	materno-infantile	0	8	0	0	0	8
	medica	0	12	74	52	0	138
	Totale	0	26	170	112	0	308
	%	0,0	8,4	55,2	36,4	0,0	100,0
P r o v i n c i a l e	chirurgica	24	52	64	0	0	140
	emergenza	0	0	0	0	0	0
	materno-infantile	12	10	8	0	0	30
	medica	80	120	180	4	0	384
	Totale	116	182	252	4	0	554
	%	20,9	32,9	45,5	0,7	0,0	100,0
d i b a s e	chirurgica	126	112	104	0	40	382
	emergenza	38	44	48	2	0	132
	materno-infantile	72	64	64	0	0	200
	medica	172	102	96	0	0	370
	Totale	408	322	312	2	40	1.084
	%	37,6	29,7	28,8	0,2	3,7	100,0
Totale	524	530	734	118	40	1.946	
%	26,9	27,2	37,7	6,1	2,1		

Tabella 2: Assegnazione dei posti letto per acuti (specialità per area regionale)

Area regionale						
Disciplina	ASP	ASM	S.Carlo	CROB	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CARDIOCHIRURGIA	0	0	18	0	0	18
CHIRURGIA ONCOLOGICA (CROB)	0	0	0	42	0	42
CHIRURGIA ORL E MAXILLO FACCIALE*	0	0	6	2	0	8
CHIRURGIA PLASTICA**	0	6	4	8	0	18
CHIRURGIA TORACICA*	0	0	4	8	0	12
NEUROCHIRURGIA	0	0	32	0	0	32
Totale	0	6	64	60	0	130
Area funzionale omogenea emergenza						
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	0	0	12	0	0	12
TERAPIA INTENSIVA CARDIO- CHIR.	0	0	8	0	0	8
TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGIA	0	0	4	0	0	4
UNITA' SPINALE	0	0	8	0	0	8
Totale	0	0	32	0	0	32
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	8	0	0	0	8
Totale	0	8	0	0	0	8
Area funzionale omogenea medica						
DERMATOLOGIA	0	0	4	0	0	4
EMATOLOGIA**	0	12	16	12	0	40
ONCOLOGIA	0	0	28	40	0	68
CARDIOLOGIA EMODINAMICA INTERV.	0	0	18	0	0	18
REUMATOLOGIA	0	0	8	0	0	8
Totale	0	12	74	52	0	138
Totale area	0	26	170	112	0	308
Quota percentuale	-	8,4	55,2	36,4	-	

*U.O.C. Unica interaziendale in ambito regionale

**U.O.C. Unica interaziendale in ambito provinciale

Tabella 3 : Riepilogo dell'assegnazione dei posti letto per acuti (specialità per area provinciale)

Area provinciale						
Disciplina	ASP	ASM	S.Carlo	CROB	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
OCULISTICA*	12	12	10	0	0	34
OTORINOLARINGOIATRIA	6	10	10	0	0	26
CHIRURGIA VASCOLARE	0	12	12	0	0	24
UROLOGIA	6**	18	32	0	0	56
Totale	24	52	64	0	0	140
Area funzionale omogenea emergenza						
Totale						
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEONATOLOGIA*	12	10	8	0	0	30
Totale	12	10	8	0	0	30
Area funzionale omogenea medica						
GASTROENTEROLOGIA	0	8	12	0	0	20
GERIATRIA*	24	28	32	0	0	84
MALAT. ENDOCRINE RICAM. E NUTRIZ.	8	10	18	0	0	36
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	0	24	28	0	0	52
MEDICINA NUCLEARE	0	2	2	4	0	8
NEFROLOGIA	6	12	14	0	0	32
NEUROLOGIA	6**	16	32	0	0	54
PNEUMOLOGIA	36	20	42	0	0	98
Totale	80	120	180	4	0	384
Totale area	116	182	252	4	0	554
Quota percentuale	20,9	32,9	45,5	0,7	-	

*U.O.C. Unica in ambito aziendale

**U.O.C. Non attivabile

Tabella 4: Riepilogo dell'assegnazione dei posti letto per acuti (specialità per area di base)

Area di base						
Disciplina	ASP	ASM	S.Carlo	CROB	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA GENERALE	78	70	56	0	0	204
CHIRURGIA GENERALE (Privato)	0	0	0	0	20	20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48	42	48	0	0	138
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (Privato)	0	0	0	0	20	20
Totale	126	112	104	0	40	382
Area funzionale omogenea emergenza						
ASTANTERIA/OBI (50%+50%)	14	12	12	0	0	38
TERAPIA INTENSIVA	12	16	18	2	0	48
UNITA' CORONARICA	12	16	18	0	0	46
Totale	38	44	48	2	0	132
Area funzionale omogenea materno-infantile						
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	48	44	40	0	0	132
PEDIATRIA	24	20	24	0	0	68
Totale	72	64	64	0	0	200
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA	42	32	40	0	0	114
MEDICINA GENERALE	96	58	56	0	0	210
PSICHIATRIA	34	12	0	0	0	46
Totale	172	102	96	0	0	370
Totale area	408	322	312	2	40	1.084
Quota percentuale	37,6	29,7	28,8	0,2	3,7	

Grafico 2 : Posti letto di area provinciale e di base distinti per confini amministrativi provinciali

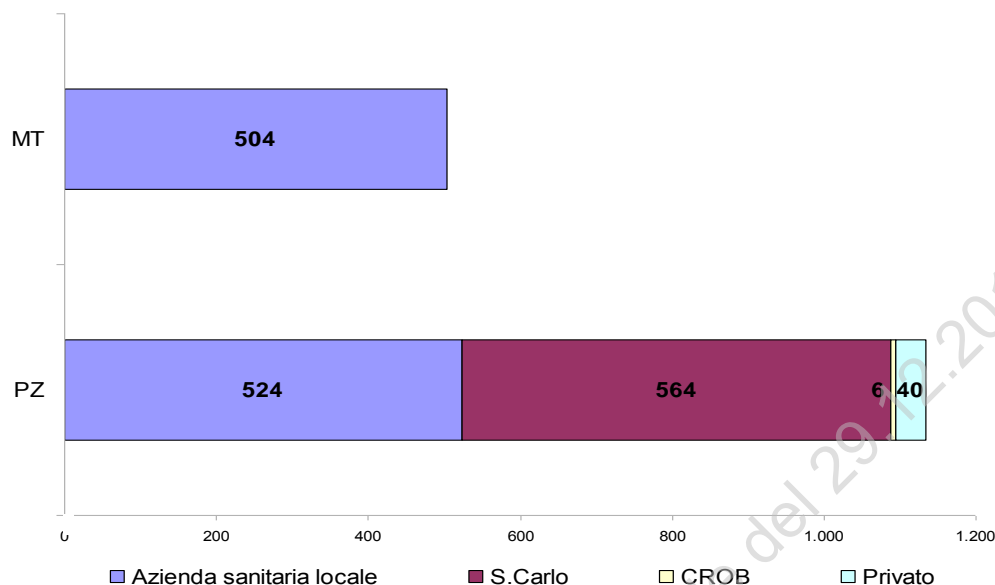


Tabella 5: Riepilogo discipline senza posti letto per P.O. per acuti.

Discipline	ASP	ASM	San Carlo	CROB	Totale
Anatomia Patologica e Citodiagnostica	0	1	1	1	3
Centro trapianti	0	1	0	0	1
Diabetologia	1	1	0	0	2
Direzione medica di presidio ospedaliero	3	2	1	1	7
Endoscopia Digestiva	0	0	1	1	2
Farmacia	1	1	1	1	4
Genetica medica	0	0	0	1	1
Servizio Immunotrasfusionale	1	1	1	0	3
Laboratorio Analisi	1	1	1	1	4
Medicina legale	1	1	1	0	3
Neuroradiologia	0	0	1	0	1
Radiologia	1	1	1	1	4
Radiologia interventistica	0	0	1	0	1
Radioterapia	0	0	0	1	1

Negli atti aziendali si provvederà ad individuare, per ciascun presidio, l'organizzazione ottimale.

Osservazioni

Le modalità sopra descritte per il calcolo dei posti letto per acuti utilizzano i codici disciplina riconosciuti a livello ministeriale ma il sistema di calcolo non introduce vincoli rigidi per le aziende sanitarie in merito alla flessibilità della produzione rapportata alle nuove necessità

ed ai fabbisogni. In concretezza i vincoli per le aziende sono:

- il numero totale dei posti letto assegnati per AFO (area funzionale omogenea) e suddivisi pertanto in regionali provinciali e di base, è invalicabile. Non possono essere istituite Unità Operative per la Chirurgia Generale e per la Medicina Generale con numerosità inferiore a 24 posti letto;
- i posti letto individuati al 3,28 per 1.000 abitanti comprendono i posti letto di day hospital che nel totale per area funzionale non possono essere inferiori al 10 % del totale assegnato;
- il numero di posti letto 3,28 per 1.000 abitanti deve essere adeguato dalle Aziende Sanitarie nell'arco massimo di 2 anni realizzando un piano di adeguamento di posti letto che riconosca come data ultima il 31.12.2012 per il conseguimento dell'obiettivo.

Negli atti che le aziende dovranno produrre per il riordino del sistema ospedaliero dovranno anche definire per le AFO Chirurgiche e Mediche entro il 31/12/2012 la realizzazione di una percentuale compresa tra 10%-15% dei posti letto indistinti come posti letto di area dipartimentale.

I posti letto per acuti così individuati devono insistere nella rete degli ospedali per acuti e precisamente distribuiti nei presidi sedi di PSA di dipartimento di 1° e 2° livello di emergenza ad eccezione del CROB che ha posti letto assegnati per specifiche finalità dell'IRCS oncologico e per il quale valgono tutti i limiti previsti nelle precedenti disposizioni regionali in merito alla tipologia e alla qualità della produzione in quanto finalizzati alla definizione del polo regionale oncologico.

CO.3. LO SVILUPPO DELLE RETI IN REGIONE

Fermo restando il modello descritto nel titolo 2, questo Programma intende istituire le reti interconnesse.

Tutte le reti dovranno ispirarsi ai condizionali dei percorsi e sulla continuità. In alcuni casi adotteranno il modello hub - spoke, in altri casi potrà essere adottato il modello delle reti cliniche integrate, che non prevedono livelli gerarchici.

Ogni rete sarà specificata con atto di indirizzo regionale.

Questo Programma indica prioritariamente le seguenti reti :

- rete dell’Emergenza – Urgenza (DIRES);
- rete cardiologica dell’infarto miocardico acuto (IMA);
- rete oncologica;
- rete dell’ictus;
- rete della neuropsichiatria infantile;
- rete della reumatologia;
- rete della obesità e disturbi nutrizionali;
- rete punti nascita;
- rete dello scompenso cardiaco;
- rete oftalmica;
- reti di patologia (es. diabetica e delle patologie endocrino-metaboliche).

La rete dell’emergenza/urgenza (DIRES)

La LR n°21 del 3.03.1999 ha regolamentato il sistema dell’emergenza-urgenza, strutturato su base regionale e fondato sull’integrazione funzionale tra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso, la rete di presidi ospedalieri dedicati all’emergenza-urgenza.

L’articolo 3 comma 5 della LR 12/2008 ha riorganizzato la rete regionale dell’emergenza-urgenza istituendo il Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria (DIRES), struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, transmurale e trasversale, istituita presso l’Azienda Sanitaria locale di Potenza.

Sulla base di quanto previsto dalla delibera n°1527 del 31 agosto 2009, la rete regionale dell’emergenza-urgenza, risulta così costituita:

- DIRES - Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria;
- DEA- Dipartimento di emergenza e accettazione;

- PSA- Pronto soccorso Attivo;
- PTS- Postazioni territoriali di soccorso;
- CO- Centrale operativa;

La funzioni del **DIRES** - Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria - sono:

- gestire la rete territoriale;
- coordinare il sistema dell'emergenza-urgenza regionale quale entità organizzativa complessa che integra funzionalmente le strutture sanitarie della provincia di Potenza e di Matera, finalizzata ad attuare interventi al verificarsi di urgenze ed emergenze sanitarie.

Il DIRES, con valenza interaziendale, è uno strumento organizzativo fondato sull'integrazione funzionale tra il sistema di allarme, il sistema territoriale di soccorso e la rete dei presidi ospedalieri.

Nel rispetto delle linee guida del DPR 27 marzo del 1992 si avvale di un'unica CO a suo governo.

Il DIRES persegue sull'intero territorio regionale i seguenti obiettivi:

- identici protocolli di intervento;
- identici modelli formativi e di addestramento di tutto il personale coinvolto;
- impiego di identici mezzi e ed attrezzature di soccorso;
- verifica dei dati relativi all'intera rete regionale per l'emergenza-urgenza;
- sviluppo di una cultura unitari del soccorso;
- impiego di criteri omogenei per l'accreditamento dell'intero sistema fondato sull'adozione di verifica e revisione delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Il DIRES gestisce la rete regionale dell'emergenza urgenza, come sancito dalla L.R. n.12/2008 e s.m.i. e come già previsto dalla L.R. n.21/1999, che al comma 2, art.1 definisce l'assetto regionale del sistema sanitario dell'emergenza/urgenza, "...fondato sull'integrazione funzionale tra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso, la rete di presidi ospedalieri dedicati all'emergenza/urgenza".

Il sistema sanitario dell'emergenza/urgenza mantiene, pertanto, la sua dimensione regionale attraverso il Dipartimento Interaziendale per l'emergenza-urgenza (Dires) quale dipartimento funzionale che, ai sensi del comma 11, art.29 della L.R. n.39/2001, è

aggregazione di strutture complesse operanti nel settore dell'emergenza e dell'urgenza finalizzate ad uno specifico obiettivo.

Il Direttore del DIRES è individuato tra i Direttori di tutte le Unità Operative Complesse delle aziende sanitarie regionali che, in modo trasversale e funzionale, convergono, secondo principi di affinità ed equipollenza, all'area dell'emergenza/urgenza.

Il **(DEA)** - Dipartimento di Emergenza/Urgenza e Accettazione rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative, che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa (art 10 LR 21/99). Presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera è attivo il DEA di I° livello e presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza è attivo il DEA di II° livello. Le funzioni e le competenze del DEA di 1° livello e 2° livello sono quelle previste dal D.P.R. 27 marzo 1992.

Le sedi di **PSA** (Pronto soccorso attivo) sono presso gli ospedali di Melfi, Villa D'Agri, Lagonegro e Policoro; vi sono inoltre un PSA presso il DEA di 1° livello di Matera e un PSA presso il DEA di II° livello Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.

L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, in base a quanto previsto dall'art. 7 del DPR 27/3/1992, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

Nel PSA deve essere costituito un OBI (osservazione breve intensiva), un'area "Emergency room", necessaria alla stabilizzazione del paziente critico, una possibile allocazione esterna di un'area per la funzione di triage e di decontaminazione in caso di maxi emergenze ed eventi dannosi.

Le Postazione Territoriali di Soccorso **(PTS)** costruiscono i presidi territoriali per l'emergenza-urgenza finalizzati alla prestazione delle prime cure, alla stabilizzazione dei pazienti ed al loro trasporto verso il presidio ospedaliero individuato dalla Centrale Operativa.

Nell'intento di garantire le prestazioni di primo soccorso in un tempo medio di 20 minuti su tutto l'ambito regionale, le PTS sono quelle individuate e distinte nell'allegato "B" della LR 21/99.

Le PTS operative nell'intero arco delle 24 ore sono presidiate da personale del DIRES e sono collegate tramite sistemi di telecomunicazione con la Centrale Operativa.

Le PTS sono gerarchicamente organizzate secondo un ordine di tipologia di prestazioni sanitarie da assicurare in un'ottica di progressività delle cure e precisamente si articolano in:

- PTS di 1° livello mobili con equipaggio composto da autista-soccorritore e da un infermiere professionale adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza-urgenza;
- PTS di 2° livello mobili, baricentricamente posizionati rispetto a due PTS di 1° livello limitrofe, con equipaggio composto da infermiere-autista e da un medico dell'emergenza del DIRES adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza-urgenza;
- PTS di 3° livello fisse presso gli ospedali distrettuali. Sono presidiate da medici ospedalieri dalle ore 8.00 alle ore 20.00 e da medici dell'emergenza del DIRES nelle ore residue;
- PTS di 4° livello mobili, dislocati di norma presso i PSA, con equipaggio composto da autista-soccorritore, infermiere professionale e medico dell'emergenza del DIRES adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza-urgenza;
- PTS AGGIUNTIVE a carattere stagionale o episodico, da assicurare tramite il ricorso di prestazioni aggiuntive straordinarie del personale afferente al DIRES.

I medici addetti all'emergenza territoriale (ex guardia medica "formata" ai sensi dell'art. 66 D.P.R. 484/96) svolgono i seguenti compiti previsti dalla LR 21/1999 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dagli accordi nazionali di categoria:

- interventi di soccorso sul territorio;
- attività assistenziale nell'ambito dei PTS di 3° livello, PSA e in caso di trasferimenti protetti interospedalieri;
- servizio di assistenza programmata in occasione di manifestazioni pubbliche;
- attività di formazione.

Il personale medico in oggetto dovrà svolgere 38 ore di attività settimanale. Le attività mediche trovano collocazione in tre sedi: la CO, il PTS e il PSA.

I mezzi di soccorso comprendono:

- auto medica di soccorso avanzato;
- ambulanze di soccorso;

- ambulanze di soccorso avanzato, da dislocare presso i PSA;
- elisoccorso, attrezzate per il volo notturno, con anestesisti- rianimatori ed infermieri professionali afferenti all'area dell'emergenza, messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie Regionali;
- mezzi operativi per la C.O.

La CO (Centrale operativa unica regionale assegnata all'ASP), costituisce la struttura sovraordinata di controllo e di governo di tutte le attività del Dires relative alla rete regionale per l'emergenza-urgenza del SSR.

La CO, con attività continua h24, è responsabile della gestione diretta degli interventi di carattere sanitario urgenti e non differibili.

In particolare svolge le seguenti funzioni:

- riceve le chiamate di soccorso inoltrate attraverso il numero telefonico unico per l'emergenza-urgenza sanitaria;
- valuta il grado di criticità, la sua priorità e il grado di complessità dell'evento;
- attiva e coordina tutti gli interventi effettuati dai mezzi di soccorso;
- allerta le strutture ospedaliere di destinazione;
- invia i mezzi di soccorso ed organizza il trasporto verso la struttura sanitaria idonea, precedentemente allertata che, in funzione delle competenze disponibili, deve garantire l'accettazione;
- predispone l'elaborazione di protocolli operativi interni per la fase del soccorso extraospedaliero e verifica la loro corretta applicazione;
- attiva e coordina la risposta sanitaria territoriale nelle maxi emergenze;
- deve proporre la dislocazione dei PTS sulla base del monitoraggio e delle necessità;
- partecipa all'attività connessa ai prelievi e ai trapianti d'organo.

La CO deve essere costantemente collegata con:

- tutte le PTS e i relativi mezzi di soccorso;
- le basi HEMS;
- le sedi di continuità assistenziali;
- le sedi di PSA;
- le sedi di DEA di 1° e 2° livello;

- con le CO delle regioni limitrofe e tutti gli enti e istituzioni preposti alle emergenze pubbliche.

La CO deve costantemente conoscere:

- la dislocazione e le tipologie dei mezzi disponibili in ogni momento;
- le postazioni della continuità assistenziale afferenti all'emergenza urgenza (PTS 3° livello);
- la disponibilità dei PL di terapia intensiva e di alta specialità disponibili in Regione.

La rete cardiologica per l'Infarto Miocardico Acuto (IMA)

Al fine di rendere efficace la gestione del percorso assistenziale dei pazienti con Infarto Miocardico Acuto (IMA) e ridurre il tempo di effettuazione della terapia, è necessario definire un **modello gestionale (RETE)** dei pazienti con infarto acuto del miocardio basato sulla stratificazione clinica del rischio, sul collegamento telematico tra i punti chiave del processo di cura (118, Pronto Soccorsi, UTIC, Laboratorio di Emodinamica e Cardiocirurgia) e sull'ottimizzazione del percorso organizzativo sia extra che intraospedaliero.

Gli obiettivi della rete saranno:

- realizzare un modello organizzativo "capillare" che permetta di fornire assistenza qualificata al paziente in fase acuta anche in sedi diverse da quella ospedaliera (territorio, ambulanza, PS) che operino in stretto contatto con gli specialisti dell'UTIC di riferimento;
- fornire un'adeguata stratificazione dei paziente garantendo un trattamento rapido ed efficace in relazione al quadro clinico.

La fase della **prevenzione** rappresenta una fase fondamentale nell'approccio assistenziale che può essere realizzato attraverso un'integrazione tra attività ospedaliera e territoriale.

In tale fase riveste un ruolo fondamentale il Medico di Medicina Generale che può stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare e proporre interventi mirati ed efficaci per i soggetti che presentano potenziali rischi.

Un ruolo importantissimo nella diffusione della cultura della prevenzione e promozione di corretti stili di vita nella popolazione è svolto dal Dipartimento di prevenzione che, di supporto al MMG, definisce campagne di informazione sulle patologie cardiovascolari e sulla prevenzione dei relativi fattori di rischio.

La prima fase del processo in **emergenza-urgenza** del paziente con sospetto di IMA inizia con la chiamata al 118 che già in questa fase deve eseguire un ECG completo nella sede dell'evento e somministrare il trattamento farmacologico appropriato.

L'ambulanza del 118 invia con sistema GSM, l'ECG a 12 derivazioni all'UTIC di riferimento e, attraverso un consulto telefonico tra il personale del 118 e il cardiologo, si stabilisce, sulla base di appositi protocolli assistenziali condivisi, il possibile iter diagnostico da seguire:

- trasferimento del paziente presso l'UTIC di riferimento, previa verifica della disponibilità del posto letto, e il contestuale avvio del trattamento fibrinolitico da effettuare durante il trasporto in UTIC;
- trasferimento presso UTIC con Emodinamica e quindi avvio del pretrattamento per PTCA primaria previo allertamento del laboratorio di Emodinamica.

Un altro passaggio importante per ridurre il tempo della fase pre-ospedaliera è l'accesso diretto all'UTIC o al Laboratorio di Emodinamica senza il passaggio al Pronto Soccorso.

La trasmissione dell'ECG a 12 derivazioni pre-ospedaliero, nell'ambito di una rete cardiologica integrata, consente:

- di formulare già a domicilio una corretta diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta (SCA) in pazienti con dolore toracico;
- di individuare l'UTIC della rete regionale adatta a garantire, in rapporto alle condizioni del paziente, la risposta assistenziale più efficace;
- di ridurre il ritardo intraospedaliero evitando il passaggio attraverso il Pronto Soccorso;

Nella fase **acuta** un team multidisciplinare prende in carico il paziente, definisce un **piano assistenziale individualizzato** e garantisce la continuità assistenziale attraverso il supporto di un **case manager** ospedaliero che, in stretta collaborazione con i case manager individuati dai servizi distrettuali, segue il paziente lungo tutto il percorso assistenziale post- dimissione.

Nella fase **post acuta**, si cerca di individuare il percorso assistenziale più idoneo alle necessità ed ai bisogni del paziente, assicurando un ritorno alla migliore qualità di vita possibile.

E' necessario definire percorsi riabilitativi garantendo integrazione e coordinamento tra ospedale e territorio che permettano l'attivazione di modalità di dimissione precoce e/o

protetta da sviluppare, in relazione al piano assistenziale personalizzato, nei diversi setting assistenziali (domiciliare, riabilitativa territoriale, residenziale).

Obiettivi della rete nel triennio:

- riduzione della mortalità pre-ospedaliera del 30% (a 3 anni);
- definizione e condivisione tra le strutture sanitarie coinvolte (UTIC, PSA, Laboratori di Emodinamica) e Basilicata Soccorso di specifici protocolli clinico-assistenziali per la gestione del paziente con dolore toracico;
- creazione di un sistema informatico che colleghi in rete 24/24h tutte le UTIC presenti sul territorio;
- definizione di un piano di comunicazione tra i vari attori che operano nella fase dell'emergenza-urgenza al fine di assicurare: *il rapido transito del paziente trasportato dal 118 verso l'UTIC di riferimento evitando così modalità di trasporto impropri, spesso verso strutture sanitarie inadeguate.*

Rete dell'IMA

	PREVENZIONE PRIMARIA	DIAGNOSI PRECOCE	EMERGENZ A URGENZA	FASE ACUTA	POST ACUZIE	Fase del recupero esiti
Attività	Promozione di corretti stili di vita nelle popolazioni a rischio	Applicazione della carta del rischio	Comunicazione 118-UTIC	Presa in carico del paziente Individuazione di un case manager Definizione di un Piano assistenziale individuale	Riabilitazione e intensiva; Definizione di un Piano riabilitativo individuale	Riabilitazione estensiva Definizione di un Piano riabilitativo individuale
Strutture	Ambulatori specialistici ospedalieri e Territoriali. Dipartimento di prevenzione	Ambulatori specialistici ospedalieri e Territoriali	Ospedale e 118	Ospedale	COD 56	Centri di riabilitazione residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale
Attori	Specialisti cardiologi, MMG	Specialisti cardiologi, MMG	Cardiologi e personale sanitario del 118	Personale sanitario che opera nella Stroke unit, fisiatra, logopedisti fisioterapisti etc Case manager	Fisiatra, cardiologi, tecnici della riabilitazione	Fisiatra, cardiologi tecnici della riabilitazione

La rete onco-ematologica

La rete oncoematologica si basa su due principi fondamentali:

1. la presa in carico globale del paziente con l'analisi dei suoi bisogni sia di natura sanitaria che sociosanitaria;
2. la continuità assistenziale che non è solo continuità nel processo di cura ma è anche continuità nella informazione e nella gestione del problema di salute.

La presa in carico del paziente inizia dall'ingresso nella rete ed è fondamentale per fornire una guida nel sistema delle cure. Tale fase si realizza nei **Centri di Accoglienza e**

Valutazione, per garantire una prima valutazione del bisogno ed un accesso più facile ai servizi/prestazioni.

Sono presenti in tutte le Aziende (ASP, ASM, SAN CARLO E IRCCS CROB), con il compito di guidare il paziente per l'inserimento in un percorso assistenziale.

I Centri di Accoglienza e Valutazione (CAV) sono così costituiti:

- front-office: fornisce accoglienza al paziente ed ai suoi familiari ed informazioni circa le prestazioni erogate, le modalità di accesso, le prenotazioni, ecc.;
- back-office: effettua la presa in carico del paziente nominando un case manager (figura sanitaria o sociosanitaria) che lo assisterà e guiderà lungo tutto il percorso di cura. Il Case Manager è una figura di supporto fondamentale nel percorso assistenziale del paziente onco-ematologico; può essere individuato in un professionista sanitario (infermiere) o sociosanitario (psicologo, assistente sociale), la cui funzione è sostenere il paziente e i suoi familiari, assumendo il ruolo di "facilitatore" durante le fasi del processo di cura del paziente.

Le altre funzioni del back office sono:

- attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) di riferimento;
- verifica costante della continuità assistenziale;
- prenotazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base dei percorsi diagnostici terapeutici (PDT) condivisi dal GIC;
- creazione ed aggiornamento della Cartella Oncologica del paziente, gestione della documentazione informatica;
- comunicazione ed integrazione costante con gli altri CAV della Rete.

L'inquadramento clinico del paziente onco-ematologico deve essere effettuato attraverso un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), istituito con DGR 143/08. Il Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) rappresenta una nuova modalità operativa che si realizza attraverso un lavoro interdisciplinare svolto da tutte le professionalità interessate al percorso diagnostico-terapeutico.

Il GIC, composto da specialisti appartenenti a differenti Unità operative delle varie Aziende (ASP, ASM, San Carlo e CROB), svolge le seguenti funzioni:

- definisce i PDT sulla base delle linee guida adottate dal Comitato regionale;

- studia il caso clinico ed assegna il PDT appropriato in base alle caratteristiche del singolo paziente;
- nomina un tutor clinico del paziente che lo seguirà per tutto il percorso di cura;
- monitora la compliance del paziente, insieme al case manager ed al tutor clinico, e definisce i controlli da effettuare;
- effettua audit clinici sui casi più complessi;
- definisce un protocollo di comunicazione e informazione al paziente ed ai suoi familiari, nel pieno rispetto del codice deontologico e lo condivide con il case manager.

Il “tutor clinico” è un medico specialista con la funzione di guidare il paziente durante il percorso diagnostico-terapeutico, valutando la compliance del paziente, garantendo continuità nella informazione e nella gestione del problema di salute.

Al fine di assicurare un modello assistenziale efficace e sostenere il paziente ed i suoi familiari nel percorso di cura, è necessario che ci sia una continua comunicazione ed integrazione tra il case manager ed il tutor clinico.

Un aspetto strategico di supporto al funzionamento della rete è lo sviluppo di strumenti informatici e telematici per garantire **un flusso integrato di informazioni** tra le varie strutture della rete (dalla cartella oncologica informatizzata che comprende la gestione delle terapie, la storia clinica del paziente, la diagnosi, le informazioni sulla stadiazione, la valutazione clinica e la refertazione, oltre ad informazioni che verranno integrate con dati provenienti da ospedale, ambulatorio, screening oncologici, Registro Tumori, prescrizioni farmaceutiche) e per garantire audit clinici a distanza.

In Basilicata la **Rete Oncologica Regionale** è stata istituita con la DGR 2104/05. Successivamente, con la DGR 143/08, la Regione ha preso atto del “Programma di azioni di coordinamento e integrazione funzionale, finalizzato alla realizzazione della Rete Oncologica Regionale”, approntato dal CROB di Rionero in Vulture, dall’AO San Carlo di Potenza e dall’ASL di Matera, demandate a tale compito dalla Regione stessa.

La Regione pertanto prevede l’istituzione di:

- Centri di Accoglienza e Valutazione presenti in ciascuna azienda;
- Gruppo Interdisciplinari di Cure definiti per ciascuna patologia neoplastica;
- Conferenza Permanente, costituita dai Direttori Generali delle Aziende facenti parte della rete e coordinata dall’Amministratore Unico del CROB, al fine di garantire il

funzionamento delle attività attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico;

- Comitato onco-ematologico di Coordinamento Aziendale, in ciascuna Azienda, con il compito di gestire l'integrazione funzionale della Rete Onco-ematologica, assicurare le fasi dell'accreditamento istituzionale e di adottare formalmente i PDT;
- Comitato Onco-ematologico Regionale, composto dai Coordinatori dei Comitati di Coordinamento Aziendale, con il compito di adottare linee guida EBM, monitorare l'applicazione dei PDT definiti dalle Aziende e relazionare annualmente all'Assessorato alla Salute.

Le prestazioni erogate dalla **rete specialistica di primo livello** (rete ospedaliera per acuti) comprendono:

- definizione del sospetto diagnostico sulla base di accertamenti clinici, strumentali e di Laboratorio;
- invio del paziente alla rete di 2° e 3° livello.

A supporto della rete di 1° livello vi sono laboratori di patologia clinica, la medicina trasfusionale i servizi di anatomia patologica e il Pronto Soccorso e i Reparti di degenza degli Ospedali.

Al **secondo e terzo livello** appartengono le strutture della Regione dove si effettua assistenza ematologica di elevata specializzazione.

A tali strutture sono deputate le seguenti funzioni:

- attivazione dei CAV e dei GIC;
- diagnosi e stadiazione della malattia;
- somministrazione di chemioterapia e di terapie di supporto;
- definizione dei relativi Follow-up;
- programmazione dell'assistenza post-dimissione del paziente e della fase riabilitativa;
- studio sulle malattie del sangue congenite;
- trattamento di pazienti con emopatie acute che richiedono il trapianto emopoietico e
- il ricovero in terapie intensive;
- attività di ricerca, formazione specialistica e di attuazione di protocolli sperimentali per le terapie avanzate.

A supporto alla rete ematologica, **il Comitato Oncoematologico regionale** ha le seguenti finalità:

- adottare linee guida con la migliore evidenza scientifica;
- monitorare l'applicazione dei PDT definiti dalle Aziende sanitarie sulla base delle linee guida adottate;
- proposizione di progetti per lo sviluppo della rete in modo da favorire l'interscambio informativo tra i diversi livelli della rete;
- attuare un collegamento in rete delle strutture in modo tale favorire lo scambio di informazioni tra i diversi livelli della rete;
- definire strumenti di integrazione con le altre reti onco-ematologiche del Mezzogiorno e d'Italia.

Il regolamento di organizzazione e funzionamento dei CAV, dei GIC e del Comitato di coordinamento aziendale deve essere adottato dalle aziende ed inviato al Dipartimento regionale competente ai sensi dell'art 44 della LR 39/2001 e successive modifiche ed integrazioni.

Obiettivi della rete nel triennio:

- formalizzazione dei **Centri di Accoglienza e Valutazione (CAV) delle tre aziende e definizione regolamento di funzionamento** (da parte delle Direzioni generali aziendali entro 3 mesi dall'approvazione del PSR);
- attivazione dei Gruppi Interdisciplinare di Cure (da parte delle Direzioni generali aziendali entro 6 mesi dall'approvazione del PSR);
- definizione dei PDT partendo dalle linee guida definite dal Comitato Onco-ematologico Regionale (GIC entro dieci mesi dalla pubblicazione del presente piano).

La rete dell'Ictus

Gli aspetti principali **dell'azione preventiva** sono rappresentati dall'individuazione e quantificazione del rischio di ictus e dalla correzione dei fattori di rischio individuati.

La prevenzione è un elemento di fondamentale importanza nell'approccio assistenziale all'ictus, che può essere realizzato soltanto attraverso una sintonia di percorsi assistenziali tra ospedale e attività territoriali, con particolare riferimento a quelle della medicina generale.

E' importante effettuare, in collaborazione con i MMG, una campagna di informazione sull'ictus e sui fattori di rischio (fumo, dislipidemia, diabete), identificando precocemente i soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di strumenti quali la **Carta del rischio**; quest'ultima permette di stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare conoscendo il valore dei fattori di rischio.

Nella fase dell'**emergenza-urgenza** è fondamentale il collegamento telematico tra le varie Stroke unit della Regione e il 118 al fine di:

- indirizzare il ricovero nel minor tempo possibile verso la stroke unit più idonea , in relazione alle caratteristiche del paziente ed alla disponibilità del posto letto;
- trasmissione di dati ed immagini dalle strutture più periferiche ed a minore complessità a quelle a maggior complessità organizzativa (neurochirurgia, neuroradiologia interventistica, etc);
- predisposizione di una scheda specifica che permetta di inserire i dati raccolti presso gli ospedali della rete.

Gli obiettivi della fase acuta sono :

- un'assistenza di tipo stroke care, caratterizzata dalla presenza di aree di degenza dedicate:
 - DEA di II livello (ospedale San Carlo Potenza) **Stroke unit 8 Pl**
 - DEA di I livello (Ospedale di Matera) **Stroke Unit 6 Pl**
 - Ospedali sedi di PSO (Policoro, Melfi, Lagonegro, Villa d'Agri) si dovrebbero attivare degli **stroke team** (devono assicurare la realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico dell'ictus condiviso da tutte le aziende secondo le migliori evidenze scientifiche o comunque trasferire i pazienti in con DEA di II livello in caso sia necessario il ricovero in stroke unit)
- presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare esperto che elaborerà un piano assistenziale individualizzato sulla base dei bisogni del paziente;
- inizio della fisioterapia e/o logopedia entro 24-48 ore dall'ammissione in reparto;
- garanzia di continuità assistenziale attraverso il supporto di un **case manager** ospedaliero che, in stretta collaborazione con i case manager individuati dai servizi distrettuali, segua il paziente lungo tutto il percorso assistenziale post- dimissione.

Nell'organizzare l'assistenza al paziente con ictus nella fase **post-ospedaliera**, occorre prestare particolare attenzione all'eterogeneità dei bisogni ed alla conseguente necessità di offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati. In tale fase la riabilitazione riveste un ruolo centrale nell'assistenza al paziente con ictus. (cod. 56)

L'obiettivo è fornire al paziente il percorso assistenziale più idoneo alle sue caratteristiche sia come persona malata sia come individuo, assicurando un ritorno alla migliore qualità di vita possibile.

Sarà pertanto necessario definire percorsi riabilitativi garantendo integrazione e coordinamento tra ospedale, centri riabilitativi, attività distrettuali territoriali e sociosanitarie che permettano l'attivazione di modalità di dimissione precoce e/o protetta da sviluppare, in relazione al piano assistenziale personalizzato, nei diversi setting assistenziali (domiciliare, riabilitativa territoriale, residenziale).

Obiettivi della rete nel triennio:

1. riduzione della frequenza degli ictus per anno nella popolazione di riferimento (territorio) non inferiore al 2% per anno;
2. riduzione della mortalità post ictus ad un anno (inferiore al 30% nel triennio);
3. riduzione delle disabilità di grado elevato per ictus (inferiore al 30% nel triennio).

Schema delle Strutture per Hub e Spoke

<p>Per stroke unit, (o Unità di Trattamento Neurovascolare: UTN) si deve intendere “una unità di 4-16 letti in cui i malati con ictus sono seguiti da un gruppo multidisciplinare di infermieri, di tecnici della riabilitazione e di medici competenti ed esclusivamente dedicati alle malattie cerebrovascolari (in grado di svolgere le funzioni fondamentali, sia di tipo diagnostico, sia di tipo terapeutico)</p>		
<p>CENTRO TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (CTN) (in P.O. DI 3° LIVELLO) CON <i>UTN</i> di tipo COMBINATO (ACUTO- RIABILITATIVO) (*)</p> <p>E' una struttura preposta ad assistere pazienti con <i>stroke</i> complicato, con emorragia intracerebrale o subaracnoidea e tutti quelli che necessitano di specifici interventi (ad es., chirurgia o procedure endovascolari).</p> <p>(*) Le <i>Stroke Unit (UTN)</i> possono essere anche di tipo “acuto”, ma nella Regione Basilicata al momento la scelta del modello combinato è ritenuta la soluzione più adatta a garanzia dell'integrazione e continuità ed assistenziale.</p>	<p><i>UTN</i> (di 2° livello**)</p> <p>inserita in un contesto con i seguenti requisiti minimi: Neurochirurgia, Chirurgia vascolare, Neuroradiologia interventistica e Servizi di Cardiologia</p> <p>** Il 1° o 2° livello della <i>UTN</i> è correlato alle potenzialità interne alla Stroke Unit o alle potenzialità complessive del Presidio ospedaliero (Istituto) nel quale è allocata la Stroke Unit.</p>	<p>HUB 3° LIVELLO Az. OS. San Carlo</p>
<p>UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (UTN): (in P.O. DI 2° LIVELLO) 1. di tipo COMBINATO (ACUTO-RIABILITATIVO)</p> <p>Ha personale, programmi, <i>expertise</i> ed infrastruttura per assistere pazienti con <i>stroke</i> non complicato. Utilizza terapie dell'acuzie (come rtPA endovenoso).</p>	<p><i>UTN</i> (di 1° livello)</p> <p>È auspicabile che in un ospedale di secondo livello gli esami di laboratorio e lo studio radiologico con TC e/o RM siano effettuati entro il tempo massimo di 60 minuti dal ricovero e siano possibili gli interventi terapeutici con trombolitici per via generale o locoregionale entro 3 ore dall'esordio dei sintomi. La consulenza del neurochirurgo deve essere disponibile nel tempo massimo di due ore.</p>	<p>HUB 2° LIVELLO, SPOKE DEL 3° LIVELLO</p> <p>Osp. Madonna delle Grazie Matera Az.Osp. San Carlo Potenza</p>

<p>SERVIZIO TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (STN) (in P.O. di 1° livello senza UTN)</p>	<p>Dotati di un gruppo dedicato (<i>Stroke Team</i>) ma non attrezzati per la terapia, si limitano alla diagnosi ed alla stabilizzazione (ove possibile, ricorso alla consulenza di telemedicina), con invio del paziente "non- gestibile" al 2° livello (cioè paziente severo o acuto entro le 3 ore dall'evento).</p> <p>GARANZIE MINIME per ogni struttura che riceve paziente con <i>stroke</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TC entro 24 ore • Valutazione immediata da parte di personale medico esperto nella gestione dello <i>stroke</i> • Valutazione da parte di personale paramedico (terapisti della riabilitazione) entro 24-48 h • TC e Laboratorio disponibile 24 h e con consulenze cardiologiche e neurologiche immediate + possibilità di studio dei vasi del collo ed intracranici e cavità cardiache <p>In ogni caso deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso del catetere vescicale solo se necessario, • Prevenzione delle lesioni cutanee e dei blocchi articolari, • Alimentazione-idratazione adeguate anche ai disfagici, • Trattamento dell'iperpiressia, • Prevenzione e trattamento delle complicanze infettive • Ricorso precoce alla mobilitazione, agli interventi riabilitativi motori e neuropsicologici. 	<p>SPOKE 1° LIVELLO CON STN</p> <p>Il <i>Team</i> ospedaliero indicato dalla letteratura consta, al minimo, di un medico ed un altro operatore h 24, che intervengono su chiamata nel tempo massimo di 15 minuti, con rapporti con il Dipartimento di Emergenza, che è parte integrante del CTN, e con il 118 (le ambulanze 118 ed i PS sono considerati centri <i>Spoke</i> del sistema)</p> <p>Il modello organizzativo "<i>stroke team</i>" che, utilizzando linee guida e protocolli, ha la funzione di diffondere anche in centri periferici la cultura dell'ictus, può trovare applicazione immediata dove già sono presenti competenze e risorse e disponibili e nelle situazioni geografiche particolarmente sfavorevoli.</p> <p>Ospedali per acuti sede di PSA</p>
---	---	--

La rete della Genetica Medica

La Regione Basilicata, con DGR n.1577 del 21/09/2010 ha recepito le linee guida nazionali sull'organizzazione dei servizi di genetica medica approvate in sede di accordo della conferenza Stato Regioni del 14 luglio 2004 nonché le linee guida per la diagnosi citogenetica "consensus 2007" elaborate dalla Società Italiana di Genetica Umana e dalla relazione redatta dalla "Commissione per la Genetica nel Servizio Sanitario Nazionale"(anno 2009) con l'obiettivo di realizzare in Basilicata, attraverso una serie di sviluppi progressivi, la rete regionale dei servizi di genetica medica, fornendo indirizzi alle Aziende Sanitarie per una riorganizzazione funzionale della rete medesima. Lo scopo è quello di implementare la rete dei servizi di genetica medica secondo il modello Hub and Spoke, come precedentemente descritto.

Allo stato dell'arte, nelle strutture ospedaliere regionali si curano aspetti di genetica medica, così come sul territorio esistono consultori e distretti di I° e II° livello, dove sono state promosse la prevenzione, lo studio e la diagnosi clinica e di laboratorio di alcune patologie genetiche.

Le strutture che si occupano di genetica nel contesto sanitario regionale sono:

- U.O.S.D. di Laboratorio di Citogenetica e Genetica Molecolare, afferente al Dipartimento dei Servizi diagnostici del P.O. "Madonna delle Grazie" di Matera. Il laboratorio partecipa al controllo esterno di qualità (C.E.Q.) indetto dall'Istituto Superiore di Sanità;
- Azienda San Carlo di Potenza, dove opera un laboratorio di citogenetica nella Unità Operativa Complessa di Anatomia Patologica, mentre gli esami di genetica molecolare vengono effettuati nei vari laboratori dell'Azienda (laboratorio di analisi, laboratorio di fisiopatologia della riproduzione, Unità Operativa di ematologia). Inoltre, vi è un servizio clinico per la diagnosi e cura della fibrosi cistica e, presso l'unità operativa di ematologia, vi è un servizio clinico di oncoematologia ed un laboratorio interdipartimentale di biologia molecolare dedicato allo studio dell'oncoematologia;
- IRCCS-CROB di Rionero, centro di riferimento oncologico, dove si attuano principalmente esami di biologia molecolare collegati all'oncoematologia e allo studio dei tumori solidi;
- ASM e ASP dove sono presenti, nell'ambito del "percorso nascita", i servizi di diagnosi e screening prenatale presso le U.O. di Ostetricia e Ginecologia. I liquidi amniotici prelevati in questi ospedali vengono inviati al laboratorio di citogenetica e genetica

molecolare del P.O. “Madonna delle Grazie” di Matera, dove viene eseguita la diagnosi prenatale citogenetica.

Inoltre, per quanto concerne lo studio delle malattie rare, la Regione Basilicata ha stabilito, con la D.G.R. n. 2601 del 11 dicembre 2001, di inserire, all'interno della rete nazionale per le malattie rare, i seguenti centri regionali di riferimento (CRR):

- Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza;
- Presidio Ospedaliero “Madonna delle Grazie” di Matera;
- Ospedale di Venosa per le patologie di interesse oculistico;
- Ospedale di Pescopagano per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Le varie strutture di genetica medica operanti sul territorio regionale sono inserite in una **“rete regionale” articolata in Centri funzionali interaziendali**, ciascuno dei quali deve prevedere l'utilizzo integrato dell'insieme delle strutture disponibili in campo genetico, sia clinico sia di laboratorio, nel proprio bacino di riferimento. La rete interaziendale dei servizi dovrà assicurare, nell'area interessata, l'intera offerta di prestazioni riconducibili al percorso assistenziale della patologia genetica o a percorsi di screening genetici, con l'obiettivo del progressivo miglioramento della qualità, dell'efficacia e della economicità del risultato.

A tal fine, è necessario che le strutture di genetica operanti sul territorio Lucano posseggano i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi (in termini di personale, attrezzature, spazi ed aggiornamento tecnologico) previsti dai DGR n.2753 del 30/12/2005 e n.1598 del 31/10/2006 e dalla normativa nazionale vigente.

Il modello Hub and spoke prevede, in Regione Basilicata, una rete di percorsi assistenziali definiti capace di assicurare la presa in carico dell'utente dal primo sospetto clinico fino alla diagnosi, attraverso la consulenza e le indagini di laboratorio secondo il seguente schema operativo:

- Primo livello: periferico, non strutturato, con funzioni di informazione e di indirizzo, rappresentato dagli operatori dei distretti, consultori familiari, dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali esterni, dalle varie Unità Operative presenti nei Presidi Ospedalieri della Regione, compresi i laboratori di analisi. Contribuisce alla individuazione dei singoli utenti, il loro

orientamento al Servizio di riferimento cooperando allo svolgimento dei programmi di educazione sanitaria;

- Secondo livello: comprende le attività dei Servizi Clinici di Genetica Medica (SCGM) e dei laboratori di Genetica Medica (LGM). Nella Regione Basilicata esso sarà composto da un Servizio di Genetica Clinica, da un Servizio/laboratorio di Genetica oncologica e da due laboratori di Genetica Medica. Tale organizzazione sarà articolata in Unità Operative affidate a personale sanitario, medici e biologi, specializzato e dedicato:
 - **La struttura clinica ambulatoriale** di riferimento per l'intera Regione, sarà composta da un'equipe multidisciplinare coordinata da uno specialista in genetica medica e da esperti nelle diverse branche specialistiche della medicina (con mansioni di inquadramento diagnostico, clinico e genetico, al termine del quale il paziente viene rimandato allo specialista di riferimento con una relazione conclusiva comprendente i risultati clinici, strumentali e di laboratorio); visita genetica; collegamento con i laboratori di genetica medica (regionali ed extra-regionali) per l'esecuzione di test genetici specifici per l'individuazione di una possibile patologia genetica; Follow-up clinici dei pazienti e delle famiglie;
 - **le strutture laboratoristiche** sono rappresentate da laboratorio di citogenetica pre e post-natale; laboratorio di biologia molecolare pre e post-natale.

Obiettivi della rete nel triennio:

Le strutture sanitarie regionali identificate quali Hub (Osp. Madonna delle Grazie Matera, A.O.R. San Carlo Potenza e IRCCS Crob Rionero) del network di Genetica Medica devono collaborare tra loro, pur conservando ciascuno le specifiche funzioni, al fine di rendere concreta e funzionale la rete integrata per la programmazione ed il monitoraggio delle attività di Genetica Medica. Inoltre, esse devono fungere da punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio regionale (Spoke) al fine di risolvere le problematiche inerenti la genetica medica.

Obiettivi per i Direttori Generali

Al fine di segnare un rapporto costi/benefici positivo deve essere assicurato il funzionamento ottimale di tale "struttura a rete integrata". Pertanto, devono essere incrementate le attività diagnostiche di laboratorio di genetica medica presso il P.O. "Madonna delle Grazie" di Matera, l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e presso il

CROB-IRCCS di Rionero in Vulture, in quanto in genetica medica le attività di prevenzione e di predittività sono indispensabili.

La rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche

La Rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche è stata istituita con L.R. n. 9 del 29.01.2010.

Il sistema regionale di prevenzione e cura del diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche persegue le seguenti finalità ed obiettivi:

- realizzazione di una Rete di servizi che permetta il trattamento in forma integrata Ospedale Territorio del Diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche in tutti i suoi aspetti senza soluzione della continuità terapeutica, secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke";
- prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica e delle malattie endocrino metaboliche;
- cura della malattia diabetica;
- cura e prevenzione delle complicanze;
- completa integrazione dei diabetici nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive, nonché reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche; a cura di un team multidisciplinare coordinato dal diabetologo;
- promozione della cultura della prevenzione delle malattie diabetiche e dell'educazione sanitaria dei diabetici e delle loro famiglie;
- preparazione e aggiornamento professionale del personale sanitario.

Al sistema regionale sono attribuite, secondo l'organizzazione di cui ai seguenti articoli, le attività relative a:

- prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;
- prevenzione delle sue complicanze;
- terapia in situazioni di particolare necessità clinica;
- consulenza diabetologica e delle malattie endocrino-metaboliche, in raccordo con il medico di base e le altre strutture, realizzando una integrazione fra le attività Ospedaliere e quelle sul Territorio;
- presa in carico dei pazienti da parte delle "unità operative ospedaliere" in occasione dei ricoveri dei cittadini diabetici e con malattie endocrino metaboliche secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici condivisi fra tutti gli operatori sanitari a vario titolo

interessati e restituzione del paziente, alla dimissione, al Territorio ed al Medico di Medicina Generale con un programma di follow-up certo e personalizzato;

- addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico e dei suoi familiari.

Il sistema regionale di prevenzione e cura del diabete mellito e delle malattie endocrino-metaboliche è organizzato su quattro livelli d'intervento:

1. **Livello di intervento diagnostico-terapeutico territoriale** (spoke). Il Medico di Medicina Generale è il "Case Manager". Al livello distrettuale o sub-distrettuale, i medici di base ed i pediatri specialistici costituiscono il primo momento di diagnosi, prevenzione e cura, con particolare attenzione all'informazione igienico-sanitaria ed all'educazione a fini prevenzionali;
2. **Unità Operative per interventi diagnostico-terapeutici di I livello specialistico, a valenza distrettuale** (nodo della rete Hab per il livello territoriali, spoke per il II livello), (almeno una U.O. per Distretto della Salute) con presenza di un ambulatorio di Diabetologia e delle malattie endocrino metaboliche per ogni articolazione sub-distrettuale (USIB). Tali Unità Operative devono essere dislocate in modo da coprire in maniera omogenea le aree territoriali dell'Azienda Sanitaria di Potenza e dell'Azienda Sanitaria di Matera. In ogni Azienda Sanitaria un'Unità Operativa deve trattare, in maniera dedicata il Diabete infanto-giovanile e un'Unità Operativa deve avere compiti assistenziali anche per il piede diabetico;
3. **Unità Operative per interventi diagnostico-terapeutici di II livello specialistico di diabetologia e delle Malattie Endocrino Metaboliche** (nodo della rete, Hab per il I livello e spoke per il III livello) con funzione di Centri di riferimento provinciale, il cui bacino di utenza ottimale è di circa 200.000 residenti (due nella Provincia di Potenza ed uno nella Provincia di Matera);
4. **Centro di riferimento Regionale per interventi diagnostico- terapeutici di III livello specialistico** (Hab) presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo che, oltre ai compiti di base previsti dalla programmazione aziendale, svolga anche funzione di ricerca e erogazione di prestazioni assistenziali di elevata complessità, non erogabili dagli altri due livelli.

Le **strutture di intervento** sono organizzate secondo le disposizioni della L.R. n.9/2010, in conformità alle linee di indirizzo della L.R. n. 12/2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale".

Le **Unità Operative per interventi di I Livello specialistico** di Diabetologia e delle malattie endocrine-metaboliche sono strutture d'intervento che devono assicurare direttamente lo screening, la diagnosi, la terapia e il follow up della malattia diabetica, coordinare l'intervento degli specialisti di altra disciplina in caso di complicanze e di gravidanza e, uno per ogni Azienda Sanitaria, svolgere il ruolo di assistenza diabetologica infantile-giovanile ed effettuare le prestazioni per la cura del piede diabetico, prendendo in carico i pazienti alla dimissione ospedaliera per il successivo follow-up in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Le unità operative sono collocate presso i Distretti e le articolazioni sub-distrettuali (USIB) delle Aziende Sanitarie di Potenza e di Matera in maniera da assicurare la completezza e la qualificazione delle prestazioni erogate ai pazienti; assicurano, oltre ai compiti di prevenzione, diagnosi precoce, cura, prevenzione delle complicanze, educazione dei pazienti e della popolazione, aggiornamento professionale, agevolazione nell'inserimento o reinserimento nel mondo scolastico, sportivo e lavorativo, con l'ausilio, ove possibile, del "tutor diabetico". L'unità operativa svolge di norma la propria attività mediante prestazioni ambulatoriali e day-service, per almeno cinque giorni la settimana avendo cura che l'orario di accesso dei pazienti includa anche le ore del pomeriggio.

Le **Unità Operative Diabetologiche ed Endocrine-metaboliche per interventi di II Livello specialistico**, a valenza provinciale, garantiscono e sviluppano, nel quadro degli indirizzi e delle prescrizioni della programmazione regionale, oltre ai compiti di prevenzione, diagnosi precoce, cura, prevenzione delle complicanze, educazione dei pazienti e della popolazione, aggiornamento professionale, agevolazione nell'inserimento o reinserimento nel mondo scolastico, sportivo e lavorativo, anche le seguenti prestazioni minime comportanti l'uso di tecnologie complesse: assistenza oculistica completa inclusi fluorangiografia e laserterapia; assistenza nefrologica completa inclusa la dialisi; diagnostica vascolare completa; assistenza neurologica completa; assistenza diabetologica pediatrica; assistenza diabetologica ostetrica e ginecologica per le gravidanze a rischio; assistenza neonatologica del neonato di madre diabetica; assistenza psicologica).

Il **Centro di Riferimento Regionale per interventi di III Livello specialistico**, istituito presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, deve assicurare, oltre ai compiti previsti dalla programmazione aziendale, la ricerca in ambito diabetologico ed endocrino metabolico e la diagnostica complessa di tipo genetico molecolare; l'applicazione e lo sviluppo di tecnologie avanzate per la terapia tendenti sia al miglioramento della malattia, sia alla cura ed al controllo delle complicanze ad esse connesse; l'assistenza in forma diretta qualora collegata

a particolari sperimentazioni, siano esse di tipo interventistico che terapeutico-farmacologico.

Al fine di consentire studi sulla diffusione della malattia diabetica e delle conseguenti implicazioni di politica sanitaria, è istituito presso il Dipartimento Salute, l'**Osservatorio regionale sul diabete (L.R. n. 9/2010 a cui si rimanda)**.

Con la stessa L.R., sono istituiti presso ogni Azienda Sanitaria Locale e presso l'Ospedale S. Carlo di Potenza i **Comitati Tecnici Aziendali** per la gestione della patologia diabetica ed endocrino-metabolica.

I **Comitati** Tecnici Aziendali, la cui composizione è declinata nella L.R. 9/2010, orientano tutti gli interventi, secondo il Modello a Rete Integrata e le indicazioni della Commissione Regionale.

Obiettivi della rete nel triennio:

- deospedalizzare l'assistenza ai pazienti affetti da diabete o malattie endocrino metaboliche privilegiando l'assistenza territoriale attraverso prestazioni ambulatoriali e di day service presso le Unità Operative Specialistiche di Diabetologia e Endocrinologia dei Distretti delle Aziende Sanitarie ASP ed ASM;
- affidare all'Azienda Ospedaliera San Carlo, quale Centro di Riferimento Regionale, compiti di eccellenza nell'ambito della prevenzione e cura delle patologie diabetiche e endocrino metaboliche.

La realizzazione della rete di servizi deve permettere il trattamento in forma integrata del diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche in tutti i suoi aspetti senza soluzione della continuità terapeutica, per realizzare gli obiettivi sopra declinati.

La rete della neuropsichiatria infantile

Ai servizi di Neuropsichiatria infantile dovrebbe afferire annualmente un'utenza pari al 5-7 % della popolazione tra 0 e 18 anni (utenza attesa) come risulta dai dati della Regione Piemonte (Nardocci 2002). Tra questi gli utenti cronici sono pari al 57% e i nuovi casi pari al 43 %.

Nella Regione Basilicata la popolazione 0-18 nel 2010 è di 105.826 unità (dato ISTAT). Si può pertanto calcolare un'utenza annuale attesa per i servizi di NPI tra i 5.000 e i 7.000 pazienti, di cui una quota consistente tra i 2.200 nuovi casi e i 4.200 costituita da utenti cronici.

In particolare Neuro-Psico-patologie, Anoressia, Bulimia, Alcolismo, Autismo, si delineano sempre di più quali patologie di comunità. Per la Neuropsichiatria infantile, lo 0,4% della popolazione in età evolutiva necessita di ricovero psichiatrico a fronte di un 8% che presenta patologia psichiatrica rilevante. Per i Disturbi Alimentari, c'è assoluta concordanza nella comunità scientifica internazionale sull'età di insorgenza dei "DCA" che si colloca tra i 12 e i 25 anni; in questo range di età., la popolazione femminile, censita in Basilicata nel 2001, è di 52.843 individui e i dati di prevalenza per la sola popolazione lucana femminile riferiscono valori per l'anoressia nervosa fino a n° 423 casi, per la bulimia fino a n° 792 casi, per i binge eating disorders fino a 528 casi e per i disturbi non altrimenti specificati, fino a n°3381 casi; con tassi d'incidenza (nuovi casi per anno) che per le solo anoressie e bulimie mostrano valori fino a n°60 nuovi casi/anno. Per i quadri clinici riferibili allo spettro dell'autismo, i dati epidemiologici più recenti stimano la prevalenza nello 0,5% della popolazione nella fascia d'età 0-14 anni e in considerazione degli 86.051 soggetti residenti nella Regione Basilicata nell'età di cui trattasi, queste patologie interessano oltre 400 tra bambini e ragazzini.

La Regione Basilicata con deliberazione di Giunta Regionale n. 1830 del 27/07/2004, avente ad oggetto "Direttiva vincolante per la realizzazione del Dipartimento interaziendale di Neuropsichiatria per l'età evolutiva (DINPEE)", promuoveva e vincolava tutte le Aziende Regionali all'istituzione e all'adesione al DINPEE, attribuendo alla soppressa ASL n. 4 di Matera la funzione di azienda capofila.

In data 12/07/2005 veniva sottoscritto il Regolamento del Dipartimento tra le sopresse AA.SS.LL.; successivamente veniva sottoscritto un Protocollo di Intenti tra la Regione Basilicata, la ex ASL 3 di Lagonegro, la ex ASL 4 di Matera, il DINPEE e la Fondazione IRCCS "Stella Maris" di Pisa con la quale si concordava una stretta collaborazione mirante alla realizzazione di una struttura a valenza regionale ed extra regionale: *...ognuno per le specifiche competenze, di concorrere alla realizzazione e all'attivazione, nell'ambito regionale, di servizi psichiatrici per bambini e adolescenti*".

Modello organizzativo della rete di neuropsichiatria infantile

La tendenza alla deospedalizzazione, alla integrazione tra varie competenze e all'umanizzazione, sottintende la necessità di un'organizzazione articolata su diversi livelli.

La prevenzione di forme di patologia neuropsichiatrica che si manifestano nell'età evolutiva riconosce nell'attività di promozione della salute svolta dai **servizi di I livello** (Consultorio Familiare, Pediatra di libera scelta, Distretto Sanitario di Base) un momento fondamentale, tenendo anche conto del ruolo che questi servizi hanno nel riconoscimento precoce delle forme stesse o delle situazioni di rischio verso le quali svolge le funzioni di presa in carico e di eventuale indirizzo verso le U.O. di diagnosi e cura.

La Neuropsichiatria infantile, mantenendo la sua specificità legata alla complessità degli interventi, si colloca strutturalmente a livello delle Aziende Sanitarie Locali ASP e ASM come area di attività del DSM.

Concorrono alla rete:

Il DINPEE che si farà carico del percorso assistenziale per i pazienti prima e dopo il ricovero, in particolare per quanto riguarda la diagnosi e la presa in carico, sulla base di protocolli clinici standardizzati. Più precisamente sono compiti del DINPEE:

- identificare e far applicare da ogni U.O. dipartimentale protocolli attinenti ai percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con approccio multidisciplinare;
- attivare protocolli per il raccordo tra le attività di N.P.I. territoriali e ospedaliere;
- garantire una reale collaborazione tra le U.U.O.O. di N.P.I. ed i P.L.S. attraverso incontri periodici e momenti di aggiornamento comuni;
- verificare il rispetto dei requisiti delle strutture dedicate ai soggetti con problemi di competenza NPI, con particolare attenzione alla identificazione delle aree di ricovero e ai rapporti con l'U.O.O. pediatrica;
- creare un sistema omogeneo di rilevazione dati in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale;
- costruire percorsi di supporto attivo all'adolescente con disagio familiare e/o scolastico;
- attivare programmi rivolti ai minori in stato di deprivazione affettiva, di abbandono, di disagio scolastico, abusati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc.
- contribuire alla programmazione regionale per l'integrazione operativa tra l'U.O. ospedaliera di riferimento regionale e le U.O. territoriali di NPI ed U.O. di fisiatria (rete dei Nuclei Operativi Integrati)

- favorire politiche regionali e locali di integrazione tra sanità, sociale, assistenziale, scuola, lavoro, con riferimento all'integrazione scolastica e lavorativa;
- attivare il registro regionale delle disabilità con riferimento alla valutazione funzionale dei soggetti disabili;
- ideare e realizzare per i soggetti non autonomi con più di 18 anni progetti di assistenza e recupero sociale integrati con la partecipazione di tutte le agenzie presenti sul territorio.

La Direzione del D.I.N.P.E.E. gestirà direttamente i progetti di prevenzione per la prima fascia d'età, le strutture e i centri di riferimento regionale e i programmi di formazione degli operatori afferenti alle UU.OO. di NPI

Il DINPEE si articola in U.O.T.-N.P.I. Distrettuali di II livello con riferimento territoriale coincidente con almeno due Distretti della Salute. presso il Distretto della Salute dovrà essere collocato un servizio di NPI, al fine di garantire l'assistenza neuropsichiatrica infantile di base omogenea su tutto il territorio, attraverso il lavoro multidisciplinare d'équipe. Esse sono dirette da un dirigente medico specialista in Neuropsichiatria Infantile e si avvalgono del lavoro in équipe di medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti, sociali educatori professionali tecnici della riabilitazione psichiatrica e personale dei ruoli amministrativi.

Le Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile svolgono le seguenti attività:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;

Compiti specifici di queste Unità sono:

- garantire prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce d'età.
- prendere in carico precocemente il bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborare con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative;

- prendere in carico l'adolescente affetto da patologia psichica;
- collaborare insieme agli operatori dei Consultori Familiari con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/92 e D.P.R. 24/2/94);
- collaborare con gli Enti Locali ed Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di handicap in età post-scolare;
- collaborare con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia (Tribunale dei Minori, Giudice Tutelare, ecc.) al fine di tutelare i minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc. ed inoltre collaborazione con le stesse Istituzioni nell'ambito delle attività di affidamento familiare e per le adozioni;
- progettare e attuare percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa.
- attivare il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica (in stretta collaborazione con il D.S.B. ed il D.P) sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione.
- collaborare con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minore, sulle possibilità di recupero e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono l'inserimento nella scuola, nella società e nelle attività lavorative in sinergia con le altre agenzie presenti nel territorio.

Il DINPEE comprende altresì l'Unità Operativa Ospedaliera di Neuropsichiatria Infantile (U.O.O.-N.P.I.), allocata presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e che consentirà indagini diagnostiche e trattamenti per i casi più complessi, anche in regime di degenza ove indispensabile.

Tale U.O. viene identificata come Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva, in virtù della sua collocazione nella struttura ospedaliera, che permette consulenze polispecialistiche tra i reparti e l'attuazione di interventi diagnostici e riabilitativi di particolare complessità.

L'orientamento generale per età evolutiva, e soprattutto in N.P.I., deve essere quello di ridurre al minimo indispensabile la degenza ordinaria, ampliando al massimo l'attività in D.H., oltre a quella ambulatoriale.

L'Unità Operativa Ospedaliera, intesa come Centro di riferimento per l'intera Regione, III livello, dovrà svolgere le seguenti attività:

- svolgere attività di degenza ordinaria e di D.H. per patologie che richiedono osservazione prolungata e/o diagnostica strumentale di medio livello (E.E.G., E.M.G., potenziali evocati, T.A.C., es. liquor, dosaggio farmaci, test di screening per aminoacidopatie), oppure terapie mediche e riabilitative effettuabili solo in DH o degenza;
- svolgere attività ambulatoriale diagnostico-terapeutico-riabilitativa in patologie di particolare complessità;
- in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la Riabilitazione delle Gravi Disabilità in età evolutiva mettere a punto e verificare i progetti riabilitativi per i soggetti affetti da disabilità gravi e complesse, attraverso percorsi integrati con gli altri reparti ospedalieri e fornire la consulenza alle strutture territoriali per l'attuazione di tali progetti;
- collaborare in rete con le U.O.T.-N.P.I. al il monitoraggio e alla rilevazione epidemiologica dei disturbi neuropsichiatrici infantili sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione.

Il fabbisogno di posti letto di ricovero dell'U.O. Ospedaliera di N.P.I. è identificato per tutta la Regione in n° 8 di cui 3 per soggetti con gravi disabilità in età evolutiva afferenti al Centro di riferimento regionale, 3 per bambini con problematiche neurologiche, e 2 per preadolescenti e adolescenti con problematiche psichiatriche acute,

I posti-letto di degenza ordinaria, 3 per bambini neurologici e 3 per i soggetti con gravi disabilità in età evolutiva si collocano nell'area funzionale omogenea di pediatria, con personale medico ed infermieristico in comune, mentre 2 posti letto per la fascia preadolescenziale ed adolescenziale con disturbi psichiatrici necessitano di spazi e personale dedicato dell'U.O.O. di N.P.I. Tutti i posti letto in DH sono gestiti dall'U.O.O di N.P.I. Il lavoro deve essere organizzato secondo il modello della presa in carico da parte di un'équipe multidisciplinare in numero sufficiente da garantire il funzionamento del reparto h24.

La Fondazione IRCCS Stella Maris di Calambrone (Pisa) che curerà la supervisione scientifica del progetto, in particolare gli aspetti di ricerca e sperimentazione riguardanti la

diagnosi precoce, i fattori biologici correlati ai disturbi dello spettro autistico e la validazione dell'efficacia degli interventi e trattamenti terapeutici; ciò sarà realizzato in particolare attraverso la piena integrazione delle attività svolte presso la sede della Basilicata nel programma di ricerca strategica recentemente finanziata dal Ministero, all'IRCCS Stella Maris.

L'attivazione del servizio appare dunque coerente non solo con quanto previsto dall'apposito gruppo nazionale di lavoro sulle problematiche dell'autismo, istituito dal Ministero della Salute ma anche con quanto stabilito dalla Regione Basilicata, la quale avendo autorizzato la proposta di sperimentazione gestionale di cui all'art. 18 della Legge Regionale n. 20/2008, demanda alle Aziende ASP e ASM l'adozione degli atti necessari per l'ulteriore qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile, avvalendosi dell'IRCCS Fondazione Stella Maris.

La Fondazione Stella Maris Mediterraneo Onlus, istituita con DRG n.920 del 10.05.2009 e riconosciuta giuridicamente dal 28/05/2010, si occupa, tra l'altro, dei nuovi servizi attivati presso il presidio ospedaliero di Chiaromonte e riconducibili al Centro per la Cura dei Disturbi Alimentari e del Peso, al Centro di Riabilitazione Alcoologica ed al Centro Residenziale per i Disturbi dello Spettro Autistico.

Sviluppi futuri della Rete

Con la proposta approvata con la D.G.R. n.920/2010 si rafforza la gestione integrata attraverso il DINPEE, con il contributo delle aziende sanitarie e di un soggetto privato qualificato e si incrementa l'offerta assistenziale in termini di residenzialità e di day hospital, in virtù della disponibilità degli spazi dedicati e già attivati.

Il governo clinico di tutti i fabbisogni di trattamento e cura delle problematiche neuropsichiatriche è realizzato dal DINPEE, con la supervisione scientifica dell'IRCCS Stella Maris nei percorsi assistenziali dedicati a pazienti affetti da autismo, ma anche nei percorsi di recupero e cura attivati nel Centro dei disturbi alimentari (riconosciuto Centro di riferimento regionale) e nel Centro di riabilitazione alcoologica, entrambi centri attivi presso il presidio ospedaliero di Chiaromonte, per qualificarne ulteriormente l'offerta e integrare questi nuovi servizi in una rete territoriale di assistenza

La rete della reumatologia

La Giunta Regionale, con deliberazione n. 1525 del 14.8.2002, approvava il “Protocollo d’intesa tra l’Azienda Sanitaria U.S.L. n° 4 di Matera e l’Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia”.

La riorganizzazione del SSR avvenuto a seguito della Legge Regionale n. 12 del 01 luglio 2008, con cui sono state istituite l’Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e l’Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), ha richiesto un ripensamento e una rimodulazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia, realizzato con la DGR n.1786 del 29.10.2010, che tenesse conto, da un lato del nuovo assetto territoriale del SSR e dall’altro, sia delle mutate esigenze dell’utenza sia della necessità di ampliare e potenziare maggiormente l’attività di ricerca eseguita.

La patologia reumatica rappresenta circa il 40% di tutta la patologia afferente agli ambulatori di Medicina Generale.

Il fabbisogno di posti letto/1000 abitanti per la Reumatologia, previsto dalla normativa regionale vigente, è pari allo 0,030%, per un totale di 8 posti letto.

In particolare le patologie afferenti al Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia possono essere stratificate per gravità e risposta assistenziale in 3 livelli di seguito specificati:

1. **PRESTAZIONI DI I LIVELLO:** la fibromialgia e l’artrosi sono patologie reumatiche molto frequenti che non richiedono particolari competenze specialistiche. La diagnosi e la terapia di tali affezioni sarà competenza del Medico di Medicina Generale.
2. **PRESTAZIONI DI II LIVELLO:**
 - artriti da microcristalli (gota, condrocalinosi, malattie da cristalli di idrossiapatite, malattia da cristalli di ossalato di calcio);
 - artriti settiche ed infettive;
 - malattie metaboliche dell’osso (osteoporosi, osteomalacia, malattia di Paget, algodistrofia simpatica riflessa, artropatie endocrinologiche);
 - reumatologia pediatrica;
 - reumatologia dell’età avanzata;
 - assistenza alle donne con malattie reumatiche durante la gravidanza;
 - terapia infiltrativa locale, sinoviectomia con acido osmico e radio isotopi.

3. **PRESTAZIONI DI III LIVELLO:** Prestazioni di carattere specialistico dirette anche a pazienti provenienti da altre Regioni. I pazienti afferenti a tale livello entreranno in protocolli multicentrici nazionali ed internazionali; in particolare i pazienti affetti da:

- spondiloartriti sieronegative (spondilite anchilosante, artrite psoriasica, sindrome di Reiter ed artrite reattiva, artriti associate alla colite ulcerosa ed alla malattia di Crohn, spondiloartriti indifferenziate);
- malattia di Behçet;
- polimialgia reumatica ed arterite giganto-cellulare;
- vasculiti sistemiche (porpora di Schonlein-Henoch, poliarterite nodosa, granulomatosi di Wegener, arterite di Takayasu, sindrome di Churg-Strauss, crioglobulinemia, vasculite da ipersensibilità);
- connettiviti (Lupus eritematoso sistemico, sclerosi sistemica, sindrome di Sjogren, poli-dermatomiosite, connettivite mista, connettivite indifferenziata, sindrome da anticorpi antifosfolipidi);
- artrite reumatoide.

Ulteriori prestazioni sono:

- gestione dei pazienti in trattamento con farmaci biologici;
- assistenza socio-sanitaria ai malati reumatici.

Il Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia si struttura su un modello organizzativo di tipo "Hub and Spokes" (mozzo e ruota).

Il "cerchio" della ruota assistenziale è costituito dai Medici di Assistenza Primaria e dagli Ambulatori delle strutture distrettuali. I primi, garantiscono la diagnosi ed il trattamento di quelle patologie reumatiche meno complesse ed al tempo stesso identificano i casi più complessi che richiedono l'intervento degli specialisti del Dipartimento, mentre gli ambulatori, attivi presso i Distretti del territorio e nei presidi ospedalieri, sono, invece deputati ad erogare interventi assistenziali più complessi a pazienti di provenienza regionale ed extra-regionale.

I "raggi" della ruota assistenziale sono costituiti, invece, da strutture ospedaliere dell'ASP e dell'ASM che erogano prestazioni in regime di day hospital e ambulatoriale finalizzati a garantire l'assistenza a pazienti che necessitano di prestazioni specialistiche di media complessità.

Il “mozzo” è invece costituito dall’Unità Operativa dell’Ospedale Regionale “San Carlo” di Potenza che, fornita di posti letto di degenza ordinaria e di day hospital, è in grado di garantire l’assistenza ai pazienti bisognosi di prestazioni specialistiche più complesse accessibili anche ai pazienti provenienti dalle altre Regioni.

Per quanto sopra, quindi, a regime il Dipartimento Interaziendale di Reumatologia risulterà composto dalle seguenti strutture:

- Unità Operativa Complessa di Reumatologia, con funzioni di Hub, con sede nell’Azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo” di Potenza con 8 posti letto di degenza ordinaria, 2 posti letto di Day Hospital e spazi destinati all’attività ambulatoriale per la erogazione di visite, esami strumentali (capillaroscopia, ecografia, mineralometria ossea, esame del liquido sinoviale, etc.) attività di expertise per gli altri reparti ed attività di ricerca;
- due UO semplici con funzioni di raggio della rete, a valenza dipartimentale, una con sede nell’Azienda Sanitaria Locale Materana presso l’Ospedale “Madonna delle Grazie” di Matera ed una nell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza in una sede individuata dall’Azienda. Le due strutture saranno entrambe dotate di posti letto di Day Hospital e spazi destinati all’attività ambulatoriale per la erogazione di visite, esami strumentali (capillaroscopia, ecografia, mineralometria ossea, esame del liquido sinoviale, etc.) attività di expertise per gli altri reparti;
- ambulatori reumatologici dell’Azienda Sanitaria Locale Materana e dell’Azienda Sanitaria Locale Potentina collocati prevalentemente in ambito distrettuale, secondo una mappa proposta dal Direttore del Dipartimento e approvata dal Comitato Sovraordinato di Coordinamento (C.S.C Le attività ambulatoriali di reumatologia negli ospedali o distretti saranno garantite di norma dal personale medico e paramedico dell’Azienda Sanitaria cui afferiscono. Tali strutture dovranno garantire prestazioni di I° livello, assistenza reumatologica e l’integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- i medici di assistenza primaria (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e Medici della Continuità Assistenziale), in quanto rappresentano il “primo contatto” con la patologia reumatica che costituisce circa il 40% di tutta la patologia afferente agli ambulatori di Medicina Generale.

Il Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia è articolato in strutture presenti nelle tre Aziende partecipanti che, a loro volta, costituiscono specifici centri di costo per ciascuna Azienda.

Gli obiettivi operativi su cui devono convergere le attività del Dipartimento sono i seguenti:

- integrazione ed ottimizzazione delle attività sanitarie volte alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie reumatiche;
- predisposizione del budget delle attività e risorse;
- razionalizzazione dell'approccio diagnostico e terapeutico;
- individuazione ed attuazione di modalità di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate;
- razionalizzazione dell'accesso alle Unità Operative del Dipartimento dei pazienti "urgenti" provenienti dalle Unità Operative di Pronto Soccorso;
- attivazione di settori organizzativi e funzionali, già individuati o da individuarsi all'interno delle strutture del Dipartimento;
- perseguimento di obiettivi di qualità mediante la stesura di protocolli operativi e procedure scritte per tutte le attività con particolare attenzione a quelle a rischio;
- individuazione di bisogni formativi e pianificazione di percorsi di formazione per tutti gli operatori;
- promozione di attività di ricerca;
- razionalizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di presidi e tecnologie ai fini di una maggiore uniformità;
- razionalizzazione dell'utilizzo di spazi, attrezzature, tecnologie, personale;
- contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione;
- partecipazione a sperimentazioni cliniche, con modalità definite da un apposito regolamento proposto dal Comitato di Dipartimento ed approvato dal C.S.C;
- sviluppo di attività di ricerca, presupposto essenziale per il raggiungimento dell'eccellenza nell'attività clinica.

CO.4. BED MANAGEMENT

La gestione del posto letto assume una valenza importante ai fini di assicurare il setting assistenziale più appropriato al paziente che necessita di ricovero ospedaliero, sia nella fase di acuzie che in quella di post-acuzie, in particolare nella fase attuale di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Azienda, che deve ottemperare a disposizioni regionali e nazionali che prevedono un'ulteriore riduzione del numero dei posti letto nelle strutture di degenza.

Il processo di Bed Management si basa sul modello organizzativo della rete integrata aziendale dell'assistenza ospedaliera e sul modello concettuale della erogazione delle prestazioni in base ai bisogni di salute attivi del paziente e il loro livello di complessità assistenziale.

In questo modello i posti letto sono funzionalmente raggruppati in "pool" distinti per aree specialistiche, il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell'assetto strutturale aziendale ma integrati, nel senso che un "pool" può diventare l'area di compensazione, per una durata limitata, di un altro "pool", della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un'area disciplinare diversa, all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Nel modello concettuale del Bed Management occorre superare la visione della Unità Operativa differenziata per disciplina specialistica, al fine di recuperare spazi funzionali ed operativi di integrazione e di coordinamento, definendo Strutture ed Aree con i criteri di intensità di cura, di complessità assistenziale, di durata della degenza e di regime di ricovero.

Una Struttura Organizzativa Professionale Specialistica così definita prescinde dal numero dei posti letto assegnati e dalla loro allocazione logistica ma assume un numero di posti letto "teorici", appropriato per il modello gestionale ed organizzativo; questo significa che i posti letto non sono rigidamente assegnati alle diverse specialità, anche se viene definito un numero di riferimento basato sugli indici storici di attività, e che viene garantita la piena flessibilità per fronteggiare eventuali picchi di domanda, mediante la disponibilità di posti letto nell'Area funzionale di afferenza.

L'Area funzionale specialistica ad attività integrata comprende tutte le Strutture Operative specialistiche omogenee per disciplina e per tipologie di cure prestate.

Il modello concettuale del Bed Management presuppone la differenziazione della linea delle funzioni gestionali da quella delle funzioni professionali. L'area funzionale specialistica integrata è il livello ottimale per l'esercizio del processo gestionale mentre a livello di

Struttura Organizzativa Professionale Specialistica si esercitano le funzioni professionali, sia cliniche che assistenziali.

Nella gestione efficiente dell'assegnazione del posto letto in rapporto alle esigenze dei bisogni espressi dal flusso dei pazienti in entrata le fasi critiche sono:

- l'ammissione;
- la durata della degenza;
- la dimissione.

Tutte le fasi devono essere presidiate dal personale che gestisce il processo di Bed Management.

In una struttura ospedaliera di degenza per acuti l'ammissione del paziente può avvenire attraverso due modalità:

- il sistema dell'emergenza;
- il sistema di elezione (ricovero programmato).

La entità del flusso dei pazienti nei due sistemi considerati varia in rapporto all'area disciplinare interessata e ai contesti specifici.

E' necessario definire criteri e procedure per la gestione del sistema dell'emergenza (appropriatezza del ricovero rispetto al problema clinico attivo, appropriatezza del tempo per la presa in carico e per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero) e del sistema della elezione (gestione della lista di attesa per il ricovero in base a priorità cronologiche o di complessità clinico-assistenziale).

La durata della degenza condiziona in maniera significativa la disponibilità del posto letto per il flusso dei pazienti in entrata; è necessario, pertanto, mettere in atto tutte quelle procedure che possono essere utili a rendere appropriata la durata del ricovero, in particolare quelle finalizzate a:

- ridurre i tempi della diagnosi;
- ridurre i tempi per il trattamento.

I due obiettivi si ottengono mediante la definizione e l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie, epidemiologicamente più significative, trattate nello specifico contesto di ricovero.

Ritardare la dimissione del paziente per cause non inerenti la sua condizione clinica attuale

mette a rischio la sicurezza delle cure, oltre ad essere un ostacolo per una efficace gestione del posto letto.

E' necessario, pertanto, gestire il processo della dimissione prevedendola e programmandola con adeguato anticipo, procedura relativamente semplice se basata su percorsi clinico-assistenziali, soprattutto nel sistema della elezione, e attivando nei tempi appropriati la dimissione protetta e la continuità assistenziale, ove richieste dalla condizione clinica del paziente.

La gestione del Bed Management prevede una serie di fasi sequenziali e di attività, interdipendenti l'una dall'altra, di seguito rappresentate.

La gestione efficace del processo del Bed Management richiede il coinvolgimento di personale dedicato organizzato in team, con ruolo e responsabilità definite, integrato nei processi gestionali delle strutture aziendali di degenza.

Pertanto viene istituita, presso ogni Presidio Ospedaliero per acuti, una Unità di Bed Management formata preferenzialmente da operatori afferenti al Servizio delle Professioni. Il gruppo può essere integrato, in base alle specificità del contesto o in particolari situazioni, da altro personale con competenze specifiche.

L'Unità di Bed Management, in quanto funzionale al processo del Governo Clinico, è supportato dalla funzione di staff dedicata a questo processo, con la quale opera in stretta connessione.

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sede della degenza assume il ruolo e la responsabilità di integrare le diverse fasi del processo, gestito dalla Unità di Bed Management, con i percorsi e le attività delle strutture ospedaliere coinvolte.

CO.5. LISTE DI ATTESA E CLASSI DI PRIORITA'

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Programma Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici ed univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli di tutela del cittadino, sia quelli eroganti le prestazioni, finalizzata ad una concreta presa in carico dei pazienti dal processo di definizione fino all'approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

La Regione Basilicata è consapevole che la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione ma, per la sua sostenibilità, vada integrata con strategie di governo della domanda che tengano conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

In tal senso la Regione ha introdotto strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che prevede il coinvolgimento diretto di tutti gli attori del sistema: medici prescrittori, erogatori e cittadini.

In particolare, il governo della domanda comprende tutte quelle iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni.

Occorre, pertanto, che tutti i medici prescrittori aderiscano a criteri di evidenza clinica facendo ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

A tale proposito, risulta di importanza strategica, a livello di ciascuna delle due Aziende Sanitarie Regionali (ASP e ASM),:

- uniformare i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali

ambulatoriali;

- applicare protocolli diagnostico-terapeutici definiti tra gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

In tale contesto è opportuno, nel rispetto di quanto previsto dagli accordi con i MMG e PLS:

- avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- individuare linee guida per una appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita.
- prevedere la partecipazione dei MMG e PLS a processi assistenziali riguardanti patologie a forte impatto sociale (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumo-patie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.), secondo linee guida e protocolli assistenziali che definiscano le competenze del MMG e del PLS e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie;

Oltre alle azioni a valenza generale sopra riportare, tutte le Aziende del SSR, nell'ambito del governo della domanda e relativamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio, garantiscono nelle procedure di prenotazione l'uso sistematico:

- dell'indicazione prima visita o controllo;
- dell'indicazione "scelta dell'utente" nel caso di rifiuto della prima disponibilità fornita dal CUP;
- del quesito diagnostico e delle classi di priorità, definite come di seguito:

classe	descrizione	tempi attesa max
U	Urgente	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B	Breve	da eseguire entro 10 giorni;
D	Differibile	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P(*)	Programmata	ovvero senza priorità.

(*) la prescrizione può prevedere l'indicazione dell'arco temporale in cui deve essere erogata la prestazione in coerenza con il bisogno di salute espresso.

Relativamente alla differenziazione della domanda per livelli di urgenza, la Regione Basilicata con la DGR 907/2006 ha ritenuto opportuno, ai fini di una uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, individuare per l'attività ambulatoriale le Classi di Priorità così come definite in sede di accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e riportate nella tabella sottostante:

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

Classe di priorità	Corrispondenza casella "priorità delle prestazioni" su ricetta	Indicazione
Classe A	"B"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve tempo del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
Classe B	"D"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, la disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
Classe C	"P"	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

L'applicazione di tali percorsi garantisce la differenziazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescrittori ed erogatori.

Ai fini di uniformare la modalità di prenotazione per gravità clinica con la D.G.R. n. 1896 del 28 dicembre 2007, si è istituito il manuale delle "Classi di priorità" nel quale sono riportate:

- le prestazioni specialistiche e strumentali per le quali devono essere attivate le Classi di priorità;
- le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso alle tre classi di priorità;
- le modalità di accesso alle prenotazioni per Classi di priorità attraverso il CUP regionale sia che si utilizzi il Call center regionale che le singole postazioni CUP territoriali (Ospedali, Distretti Sanitari, Farmacie, MMG/PLS, Comuni etc...);
- il sistema di monitoraggio e valutazione della congruità da parte degli erogatori della prescrizione per Classi di priorità (appropriatezza prescrittiva) da parte dei prescrittori, così da garantire la individuazione di quelli che utilizzano il sistema di prenotazione per Classi di Priorità, le modalità di comunicazione agli utenti.

CO.6. PERCORSO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE-DAY SERVICE

Il problema delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali richiede l'attivazione di strategie diverse rivolte al governo della domanda e della offerta.

Una efficace azione di governo della domanda ha ricadute positive sul governo dell'offerta, in quanto riduce i tempi di attesa, migliora i percorsi per la erogazione delle prestazioni, facilita l'accesso alle stesse da parte del paziente.

Questi risultati sono ulteriormente migliorabili ottimizzando le procedure burocratiche di accesso e migliorando, nei tempi e nei luoghi, l'utilizzo delle risorse professionali e tecnologiche nella erogazione delle prestazioni, obiettivi raggiungibili attraverso la "presa in carico" del paziente e l'adozione di nuovi modelli organizzativi nella erogazione delle prestazioni.

Nella risoluzione di un problema clinico, diagnostico o terapeutico, è sempre più frequente il ricorso a prestazioni di tipo ambulatoriale "di secondo livello", che rientrano nell'ambito della competenza specialistica sia per la indicazione che per la esecuzione delle stesse. La organizzazione di un Day Service Ambulatoriale offre allo specialista la possibilità di valutare la indicazione della indagine, programmarla nei tempi più opportuni ed eseguirla molto spesso nell'ambito della stessa attività specialistica, con evidente miglioramento degli esiti di efficienza ed efficacia.

Destinatari

Operatori coinvolti a diverso titolo nel percorso di assistenza specialistica ambulatoriale:

- MMG;
- PLS;
- specialista ambulatoriale;
- infermieri;
- altri professionisti sanitari;
- operatori che svolgono attività organizzative di supporto ai percorsi (Accettazione, Cassa, CUP, ecc.);
- utenti.

Obiettivo

L'obiettivo prioritario è la semplificazione del percorso assistenziale che riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Occorre evitare che il paziente ritorni al proprio medico curante per la richiesta di prestazioni aggiuntive suggerite dallo specialista ai fini

dell'inquadramento diagnostico e terapeutico e riprenda l'iter della prenotazione della prestazione.

Questo percorso consente inoltre di:

- garantire al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un numero limitato di accessi;
- offrire al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o in una struttura territoriale polispecialistica per formulare in tempi brevi diagnosi o effettuare terapie in cui non è necessario sottoporre il paziente ad una osservazione clinica in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital (D.H);
- aumentare l'appropriatezza prescrittiva inerente il problema clinico trattato;
- supportare l'Azienda Sanitaria nello sforzo di ridurre il tasso di ospedalizzazione impropria, trasferendo attività assistenziali dal ricovero ordinario/ D.H. al DSA;
- ridurre il frazionamento delle prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali ed il conseguente sovraccarico gestionale per l'Azienda Sanitaria e per il singolo paziente;
- migliorare in maniera significativa la qualità dell'assistenza ambulatoriale, sia quella gestionale che quella percepita.

Modello operativo

I processi organizzativi proposti rispecchiano il modello del Day Service Ambulatoriale, un modello organizzativo e operativo, attuato in ambito ospedaliero o territoriale, per la erogazione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche integrate e/o complesse, pluridisciplinari, anche invasive, che non richiedono una osservazione prolungata medica e/o infermieristica per la valutazione del decorso clinico, tipica del regime di ricovero, ordinario o in D.H. In alcuni casi può essere, infatti, un modo di organizzare l'assistenza all'interno delle strutture ambulatoriali ospedaliere o territoriali alternativo al ricovero, ordinario o in D.H. e in grado, pertanto, di migliorare l'appropriatezza di entrambi.

Questo modello organizzativo permette la "presa in carico" della persona con specifici bisogni sanitari, di tipo diagnostico o terapeutico, al fine di ottimizzare (semplificare e migliorare) i tempi della risposta del Servizio Sanitario a problemi clinici complessi, coordinando in un numero limitato di accessi le prestazioni ambulatoriali, quali visite specialistiche, esami diagnostici, prestazioni terapeutiche.

Le attività specialistiche ambulatoriali sono inquadrare in percorsi assistenziali o protocolli diagnostico-terapeutici espliciti, individuati e predefiniti in base al problema clinico specifico e concordati con tutte le figure professionali coinvolte nel percorso clinico-assistenziale.

Questo modello organizzativo è reso possibile dalla presenza contemporanea nella stessa struttura di più specialisti o di attività diagnostiche e terapeutiche diverse ma rientranti nell'ambito della stessa specializzazione, per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente. Lo stesso permette la esecuzione di attività di diagnosi e terapia più o meno complesse, appartenenti alla stessa o a diverse discipline specialistiche, con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che si occupa del caso clinico. Tutto questo permette la formulazione tempestiva della diagnosi o la esecuzione di una terapia con un numero limitato di accessi da parte del paziente.

Gestione operativa

La gestione operativa del Percorso è caratterizzata dalle seguenti fasi:

1. Accesso

Il paziente accede al percorso Assistenza ambulatoriale/Day Service con la richiesta del medico curante e secondo le classi di priorità definite, previa prenotazione al CUP, alla struttura ambulatoriale ospedaliera o territoriale.

La valutazione del problema clinico da parte del medico specialista può determinare tre possibili tipologie di percorso assistenziale, in base alla complessità del bisogno di salute espresso:

1. erogazione della sola prestazione richiesta;
2. erogazione di prestazione aggiuntiva nello stesso accesso;
3. erogazione di prestazioni aggiuntive in accessi differenziati

I percorsi assistenziali 2 e 3 costituiscono il Day Service ambulatoriale.

La decisione di accedere al percorso Day Service presuppone la valutazione del problema di salute da parte dello specialista, e può avvenire anche attraverso una prestazione assistenziale specialistica richiesta per un paziente in regime di ricovero e/o di pre-ricovero o di una prestazione erogata dal medico specialista in attività intramoenia.

Ogni Unità Operativa predefinisce i problemi di salute relativi alla propria specialità per i quali è appropriata l'attivazione del percorso del Day Service, e ne definisce le

prestazioni assistenziali, da erogare con il modello organizzativo più efficiente rispetto al proprio contesto.

2. Erogazione della prestazione richiesta

Il medico specialista esegue la prestazione, ritenuta sufficiente per rispondere al bisogno espresso dal paziente in base al problema clinico presentato, e fornisce la relativa refertazione, concludendo così il percorso.

3. Erogazione di prestazione aggiuntiva nello stesso accesso

Il medico specialista esegue la prestazione richiesta e, se lo ritiene opportuno in base al problema clinico presentato dal paziente, nel rispetto dei criteri di accesso al percorso assistenziale predefinito, esegue le prestazioni aggiuntive ritenute necessarie. Al termine fornisce la relativa refertazione.

Le prestazioni aggiuntive erogate vengono prescritte dallo specialista sul ricettario regionale e il paziente È tenuto al pagamento del ticket, secondo la normativa vigente.

4. Erogazione di prestazioni aggiuntive in accessi differenziati

Il medico specialista esegue la prestazione richiesta e, se lo ritiene opportuno, in base al problema clinico presentato dal paziente, nel rispetto dei criteri di accesso al percorso assistenziale predefinito, richiede e programma le prestazioni aggiuntive ritenute necessarie, mediante prenotazione diretta. Programma e prenota la visita di controllo finale del percorso.

Il paziente esegue le prestazioni aggiuntive richieste e programmate.

Al termine dell'intero percorso, la cui durata è determinata dalla classe di priorità in cui ricade il problema di salute oggetto del percorso assistenziale, lo specialista fornisce al paziente la relativa refertazione.

Le prestazioni aggiuntive erogate vengono prescritte dallo specialista sul ricettario regionale e il paziente È tenuto al pagamento del ticket, secondo la normativa vigente.

5. Documentazione

La documentazione relativa al percorso ambulatoriale (scheda ambulatoriale, informazioni per il paziente, referti delle singole prestazioni, referto finale) viene compilata e registrata mediante il sistema informatico della documentazione clinica in uso presso l'Azienda, in grado di generare il documento cartaceo relativo.

6. Procedure amministrative

In attesa della definizione dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), inteso quale insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate appropriate per la gestione dello stesso problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico, l'utente è tenuto

all'adempimento delle procedure amministrative previste dal percorso assistenziale (ticket), secondo la normativa vigente.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

CO.7. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI NURSING A GESTIONE INFERMIERISTICA

La necessità di rimodulare la rete ospedaliera impone un'offerta assistenziale diversificata in ambito ospedaliero ed extraospedaliero secondo forme diversificate in base alle caratteristiche dei pazienti: acuti, post-acuti, lungodegenti, in situazione di temporanea non autosufficienza, con necessità di riabilitazione o con necessità prevalentemente socioassistenziale, rendendo necessaria una miglior definizione dei modelli organizzativi e gestionali correlati.

Tale definizione va quindi posta in base alla complessità assistenziale, differenziando tra assistenza con intenti clinico-riabilitativi con elevata specificità professionale da quelli prevalentemente alberghiero-residenziali con prevalente assistenza tutelare della persona .

La riorganizzazione della professioni sanitaria infermieristica ha favorito lo svolgere di attività in piena autonomia professionale dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale, oltre che in ambito residenziale e territoriale, anche in ambito ospedaliero.

Se in ambito territoriale (ADI, infermiere di comunità o di distretto) e residenziale (RSA,RSSA) i compiti ed i ruoli dell'infermiere sono ben codificati, rimangono da stabilire compiti e ruoli nelle strutture ospedaliere di lungodegenza post-acuzie e U.O. a basso intensità di cure; entrambe queste strutture possono essere dislocate anche in Ospedali non per acuti .

Il Modello Assistenziale

Dal punto di vista strettamente organizzativo, la funzione di assistenza ospedaliera si articola in due grandi settori di attività , cui deve corrispondere una chiara separazione strutturale:

1. Assistenza per Acuti , destinata alle U.O. degli ospedali sedi P.S.A.
2. Assistenza per Lungodegenti post-acuzie(LUPA) e U.O. a basso intensità di cure (UBIC).

I pazienti ricoverati in LUPA/UBIC si caratterizzano per :

- un inquadramento diagnostico già esaurito;
- un programma terapeutico definito, anche se non interamente completato;
- un quadro clinico relativamente stabilizzato.

Modalità Organizzative e Responsabilità gestionali

Le modalità organizzative e le responsabilità gestionali sono così schematizzabili:

- elevata intensità di assistenza infermieristica (24 ore su 24) a fronte di bassa intensità di assistenza medica;
- la responsabilità organizzativa e gestionale di norma affidata al personale infermieristico;
- responsabilità clinica in capo ai singoli medici responsabili dei degenti;
- strutturalmente distinte e spazialmente separate;
- equipe infermieristica dedicata e autonoma.

Le unità LUPA/UBIC sono caratterizzate da elevata assistenza infermieristica (H/24), a fronte di una limitata assistenza medica; la responsabilità organizzativa e gestionale deve di norma essere affidata al personale infermieristico, fermo restando la supervisione e responsabilità clinica dei singoli medici responsabili dei degenti, individuati a seconda del reparto di provenienza, in questo modo viene assegnata la responsabilità clinica dell'assistenza dalla fase acuta a quella post-acuta con maggior tutela della salute del paziente e garanzie di continuità assistenziale.

La responsabilità clinica, compresa la decisione sulla dimissione del paziente, è a carico dei medici dell'Unità Operativa inviante che ha classificato il paziente sulla base della natura e della intensità dell'assistenziale.

La responsabilità dell'assistenza è conferita al personale infermieristico con **funzioni di coordinamento** che organizza il Programma assistenziale e la sua gestione, permettendo di perseguire una migliore efficienza operativa e di gestione con un aumento della qualità delle prestazioni assistenziali.

Queste ultime, per tale tipologia di pazienti, sono prevalenti rispetto alle cure mediche e richiedono una elevata complessità di assistenziale: procedure terapeutiche (terapie farmacologiche con intervalli inferiori alle 3-4 ore, medicazioni, sostituzioni sonde, drenaggi, cannule, alimentazione enterale o parenterale, etc.) e di monitoraggio (controllo monitor, misurazioni parametri vitali ripetuti nelle 24 ore con intervalli inferiori alle 4 ore, prelievi).

Rilevante è l'assistenza infermieristica a supporto delle funzioni di base per la perdita della autosufficienza del paziente, che può essere erogata dall'infermiere con l'aiuto di altri operatori per questa tipologia di pazienti.

Infine, fondamentale risulta la componente del nursing finalizzato alla comunicazione con il paziente, i familiari, le équipe territoriali e il Medico di Medicina Generale

CD.1. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

I Dipartimenti aziendali di Prevenzione: stato dell'arte

Il Dipartimento di Prevenzione è una articolazione organizzativa complessa dell'Azienda alla quale compete la funzione di coordinamento e direzione delle attività di prevenzione primaria.

Nell'ambito del Dipartimento operano differenti aree con diverse competenze ed attività, in particolare:

1. afferenti al Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana.

- igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- prevenzione, protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro.

2. afferente al Dipartimento di prevenzione della sanità e del benessere animale.

- sanità e Benessere Animale (Area A);
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B);
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C).

Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana (competenze per unità operativa)

Compiti e funzioni del servizio di igiene, epidemiologia e sanità pubblica:

- indagini epidemiologiche;
- mappatura dei fattori di rischio per le popolazioni;
- educazione sanitaria relativa a tematiche di igiene e sanità pubblica;
- profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- pianificazione annuale degli interventi routinari di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione e progettazione di quelli da attivare nelle emergenze infettivologiche, nonché relativa vigilanza;
- visite mediche fiscali;
- attività che la normativa vigente in materia di polizia mortuaria e di vigilanza cimiteriale attribuisce alla competenza dell'Azienda Sanitaria;

- accertamenti preventivi di idoneità: per l'iscrizione nelle liste di collocamento, per la cessione del quinto dello stipendio, per il rilascio porto d'armi, rilascio patente autoveicoli normale, speciale e patente nautica, per il riconoscimento causa di servizio, per il personale della scuola, per la conduzione delle caldaie generatori di vapore, per parrucchieri, barbieri, estetiste e visagiste, per impiego di gas tossici e di quant'altro previsto da leggi e regolamenti relativi all'idoneità psicofisica;
- accertamenti di igienicità, agibilità ed abitabilità degli edifici o di parti di essi;
- accertamenti sulle condizioni igieniche dell'abitato urbano e rurale;
- pareri igienico-sanitario richiesti da autorità ed amministrazioni pubbliche;
- pareri relativi ai regolamenti comunali di igiene;
- pareri preventivi di carattere igienico-sanitario relativi a: progetti di costruzione ad uso pubblico di scuole, ospedali, locali di pubblico spettacolo, carceri, cimiteri, mattatoi, impianti sportivi, etc., progetti di costruzione di insediamenti produttivi e progetti di costruzioni ad uso abitativo;
- parere di idoneità sui locali ai fini dell'autorizzazione sanitaria di cui all'art. 2 della legge 30 aprile 1962 n. 283;
- pareri per il rilascio dell'autorizzazione al commercio e vendita di presidi sanitari nonché all'istituzione e gestione di depositi e locali per il commercio e la vendita dei presidi sanitari;
- parere per il rilascio da parte del Sindaco dell'autorizzazione alla produzione, detenzione e commercio di detergenti sintetici e relativa vigilanza;
- parere per il rilascio dell'autorizzazione all'uso di apparecchiature di risonanza magnetica;
- parere per l'esenzione della cintura di sicurezza;
- attuazione di piani e programmi nazionali e/o regionali di vigilanza e controllo sulle acque di balneazione;
- attuazione dei piani regionali di controllo sul commercio ed impiego dei prodotti fitosanitari, relativa vigilanza e tenuta dei registri delle autorizzazioni, dei nulla osta, dei provvedimenti adottati per trasgressioni dei dati di vendita di tali prodotti;
- attività di protezione dai rischi dell'amianto di spettanza delle aziende UU.SS.LL. ai sensi della Legge 27 marzo 1992 n. 257 e relativa normativa di attuazione;

- partecipazione, ove prevista dalla normativa regionale, alla conferenza regionale di servizio per l'approvazione dei progetti di impianti di smaltimento e recupero dei rifiuti;
- controlli sulla gestione dei rifiuti per conto della provincia, nei limiti previsti dall'eventuale convenzione stipulata ai sensi dell'art. 20, comma 2 e 3 del decreto legislativo 5 febbraio 1997 n. 22;
- controllo sulla produzione, commercio ed impiego di prodotti cosmetici;
- controllo sull'idoneità di locali ed attrezzature per commercio deposito ed utilizzo di sostanze radioattive ed apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti, fatte salve le competenze assegnate ad altre amministrazioni;
- controlli sulla produzione, deposito, vendita e trasporto di sostanze e preparati pericolosi;
- controlli sulla produzione, detenzione; commercio ed impiego dei gas tossici;
- vigilanza igienico-sanitario nelle scuole e negli altri ambienti comunitari;
- vigilanza igienico-sanitario nelle strutture sanitarie private e negli stabilimenti termali;
- vigilanza e controllo sulle piscine;
- vigilanza sulle condizioni igienico-sanitario delle carceri e case mandamentali;
- vigilanza sulle professioni ed arti sanitarie compresa la pubblicità sanitaria;
- vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste;
- certificati di abilitazione alla vendita ed all'uso di presidi sanitari e riconoscimento dei danni alla salute derivanti dall'uso degli stessi;
- certificati per la sosta riservata ai portatori di handicap.

Compiti e funzioni del servizio igiene degli alimenti e della nutrizione

- verifica preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande e rilascio relativo parere;
- vigilanza e controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande;

- controllo ufficiale sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia;
- sorveglianza per gli specifici aspetti di competenza sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare e relative indagini epidemiologiche;
- rilascio pareri relativi ai mezzi di trasporto terrestre degli alimenti di origine non animale;
- tutela e controlli di competenza delle acque destinate al consumo umano (minerali, potabili e termali);
- parere di idoneità, ai fini del rilascio dell'autorizzazione regionale di cui all'art. 5 del D.Lgs. 105/92, subordinato agli accertamenti previsti all'art. 6 della medesima norma;
- attuazione dei piani regionali di controllo degli OGM negli alimenti;
- vigilanza e controlli di competenza sui materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti;
- attuazione dei piani regionali di controllo dei residui antiparassitari negli alimenti;
- prevenzione delle intossicazioni da funghi, vigilanza e ispezione sulla raccolta e commercializzazione di funghi epigei freschi e conservati;
- censimento delle attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio dei prodotti alimentari di competenza e delle bevande;
- informazione e educazione sanitaria abbinata all'igiene degli alimenti e delle preparazioni alimentari;
- sorveglianza nutrizionale, raccolta di dati epidemiologici, consumi ed abitudini alimentari etc.;
- interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti;
- interventi per la ristorazione collettiva: predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale di pasti forniti e consulenza sui capitolati per i servizi di ristorazione;
- consulenza per l'aggiornamento, in tema nutrizionale, per il personale delle strutture di ristorazione collettiva: scuole, mense aziendali, ospedali etc.;
- collaborazione e consulenza con strutture specialistiche e medici di medicina generale.

Compiti e funzioni del servizio medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro

- indagini di epidemiologia occupazionale;
- mappatura dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori esposti;
- monitoraggio degli ambienti di lavoro e monitoraggio biologico dei lavoratori esposti;
- prescrizione di protocolli sanitari mirati;
- vigilanza e controllo, per quanto di competenza del servizio sanitario regionale, sull'applicazione della normativa vigente in materia di igiene del lavoro e di prevenzione delle malattie professionali ivi compresa la normativa sulla protezione sanitaria dei lavoratori dai rischi da radiazioni ionizzanti;
- vigilanza, a titolo di funzione delegata dalla Regione, sull'applicazione della legislazione in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro per il settore delle industrie estrattive di seconda categoria e per quello delle acque minerali;
- istituzione e gestione del registro degli esposti ai rischi indicati alla precedente lettera ;
- valutazione sanitaria delle notifiche, dei piani di lavoro e di ogni altra comunicazione inviata, dalle ditte o da altri soggetti interessati al servizio, ai sensi della normativa vigente;
- controllo sulla regolare applicazione da parte dei datori di lavoro della normativa vigente in materia;
- controllo sulla qualità degli accertamenti sanitari, l'idoneità dei protocolli adottati e l'adempimento agli obblighi di legge da parte del medico competente;
- esame delle richieste di deroga alla frequenza o esenzione degli accertamenti sanitari periodici;
- giudizi di idoneità alle mansioni su richiesta del lavoratore che ricorre avverso il giudizio espresso dal medico competente;
- esecuzione di accertamenti sanitari preventivi e periodici previsti dalla normativa vigente a tutela dei lavoratori minori e degli apprendisti;
- controlli di carattere sanitario previsti dalla normativa per la tutela delle lavoratrici madri;
- accertamenti ed inchieste, di propria iniziativa o su richiesta dell'autorità giudiziaria, concernenti casi di malattie professionali e di infortuni;

- pareri preventivi richiesti dai comuni su progetti relativi ad attività produttive al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori;
- vigilanza e controllo sull'applicazione della normativa tecnica vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- ricerca e registrazione delle notizie relative agli infortuni diversi dalle malattie professionali.

Compiti e funzioni del servizio prevenzione, protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro

- verifiche di impianti ed apparecchi (ascensori e montacarichi, impianti per la protezione contro le scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, apparecchi di sollevamento, recipienti a pressione, generatori di vapore, impianti di riscaldamento e frigoriferi ed altri impianti) sottoposti a verifica secondo la normativa statale vigente;
- rilievi fotometrici di vibrazioni e radiazioni ionizzanti;
- vidimazione registri infortuni;
- rilascio libretti di tirocinio per esami di abilitazione alla conduzione di generatori di vapore;
- pareri preventivi richiesti dai Comuni su progetti relativi ad attività produttive, al fine di verificare la compatibilità dei medesimi con le esigenze di sicurezza dei lavoratori.

Dipartimento di prevenzione della sanità e benessere animale

Nel quadro della prevenzione sanitaria a tutela della salute umana la Sanità Pubblica Veterinaria opera garantendo la salute, il benessere e la corretta alimentazione degli animali produttori di alimenti, la sicurezza degli alimenti di origine animale e favorendo il rapporto di convivenza tra animali e uomo; al pari, il Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione opera garantendo la sicurezza degli alimenti di origine vegetale e delle acque destinate al consumo umano oltre a favorire corretti stili di vita ed educazione al rapporto con il cibo.

Inoltre, l'attivazione di una banca dati delle attività produttive del settore alimentare, condivisa con il SIAN, per cui le attività di audit, di ispezione e di campionamento saranno pianificate sulla base dell'analisi del rischio e saranno coinvolti nel progetto le principali componenti interessate alla sicurezza alimentare (agricoltura, associazioni di produttori e consumatori).

Compiti e funzioni del Servizio Sanità Animale (Area A)

- attuazione di piani e programmi nazionali e regionali di profilassi e di risanamento degli allevamenti;
- attuazione di piani e programmi di bonifica sanitaria per l'eradicazione di determinate malattie, infettive e parassitarie, anche di esclusivo interesse regionale;
- vigilanza e controllo sull'importazione, esportazione e movimentazione degli animali e rilascio della relativa certificazione;
- vigilanza e controllo degli allevamenti animali, delle stalle di sosta, dei mercati, delle fiere, dei circhi, delle esposizioni animali e dei concentramenti degli animali in genere;
- anagrafe del bestiame;
- attività di vigilanza e coordinamento dei piani sanitari svolti nel campo della sanità animale da associazioni e/o privati;
- attività di vigilanza veterinaria permanente.

Compiti e funzioni del servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B):

- verifica possesso requisiti per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie relative agli autoveicoli o contenitori adibiti al trasporto di materiali o carcasse di animali ad alto o basso rischio;
- parere per il rilascio di autorizzazioni sanitarie relative ad impianti di macellazione, sezionamento, trasformazione, deposito e conservazione, distribuzione e vendita delle carni e degli altri alimenti di origine animale nonché dei loro derivati;
- vigilanza e controllo sugli impianti indicati nei precedenti punti ;
- ispezione, controllo e vigilanza sulle carni nelle diverse fasi della macellazione, sezionamento, trasformazione, deposito e conservazione, distribuzione e vendita e rilascio della relativa certificazione;
- controllo e vigilanza veterinaria sulla produzione, trasformazione, deposito e conservazione, trasporto, distribuzione e vendita delle uova, del pesce, del miele e rilascio della relativa certificazione;
- attuazione del piano nazionale per la ricerca della radioattività negli alimenti di origine animale;
- parere per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie relative al trasporto delle carni, del pesce e dei prodotti di origine animale;

- parere per il riconoscimento CEE dei locali di macellazione, sezionamento, deposito e trasformazione delle carni, del pesce e dei prodotti derivati, compresi quelli a base di carne;
- parere per il riconoscimento dei locali destinati al trattamento ed alla trasformazione del latte;
- controllo e vigilanza sui movimenti intra e extra comunitari delle carni e di tutti i prodotti e gli alimenti di origine animale e rilascio relativa certificazione;
- ispezione, controllo e vigilanza sulla selvaggina abbattuta, compresa quella allevata e rilascio relativa certificazione.

Compiti e funzioni del servizio igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area c):

- controllo e vigilanza sulla distribuzione e sul corretto impiego del farmaco veterinario;
- pareri per il rilascio di autorizzazioni al deposito e detenzione del farmaco veterinario;
- controllo e vigilanza sulla produzione e commercio degli alimenti destinati agli animali da reddito e da affezione e sulla nutrizione animale;
- controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
- tutela degli allevamenti dai rischi di natura ambientale e relativa rilevanza epidemiologica;
- controllo sull'igienicità delle strutture di allevamento, delle tecniche di allevamento e delle produzioni zootecniche, anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale;
- controllo sul benessere degli animali da reddito, da affezione e di quelli destinati alla sperimentazione animale con particolare riferimento ai ricoveri nei luoghi di cura, ai metodi di allevamento ed al trasporto;
- attuazione della normativa statale e regionale sul randagismo;
- tenuta dell'anagrafe dei cani, gatti e furetti;
- controllo e vigilanza sull'impiego degli animali nella sperimentazione;
- studio, prevenzione ed eliminazione degli effetti negativi sull'igiene urbana e rurale derivanti da attività zootecniche o da altre attività produttive soggette a vigilanza veterinaria e comunque da presenza di animali, compresi gli esotici, i selvatici ed i sinantropi;

- controllo e vigilanza igienica sulla qualità del latte relativamente alla fase di produzione e allevamento;
- controllo e vigilanza sulla trasformazione ed immissione sul mercato di rifiuti di origine animale con esclusione dei trattamenti (trasformazione, incenerimento, infossamento) presso opifici o siti operativi di competenza dei servizi di cui alle tabelle nn. 5 e 6 della L.R. 3/99;
- farmacovigilanza e farmacovigilanza;
- pet-therapy;
- pareri preliminari alla formazione dei pareri preventivi in materia di concessione edilizia.

Competenze delle Aziende Sanitarie Regionali

È fatto obbligo alle Aziende Sanitarie emanare, attraverso il regolamento di funzionamento del Dipartimento di Prevenzione, le modalità di lavoro interdipartimentale e le procedure mirando alla semplificazione amministrativa e alla facilitazione per l'utenza, nel rispetto degli obiettivi, generali e specifici, delle azioni, degli strumenti e della tempistica declinati nel presente Piano (schematizzati nelle schede che seguono).

In particolare, in materia di Prevenzione collettiva, la Regione, attraverso il presente Piano, individua alcuni obiettivi generali, le Aree di attività, la declinazione in obiettivi specifici, le azioni, gli strumenti, i documenti di verifica dell'attuazione, i tempi entro i quali si ritiene debbano essere raggiunti gli obiettivi. La scheda obiettivo che segue, individua nel dettaglio le azioni da mettere in campo ed i tempi di realizzazione (1° semestre di vigenza del Piano).

Si individua come obiettivo generale la *“razionalizzare ed omogeneizzare dei livelli di assistenza della prevenzione in tutte le Aziende sanitarie regionali”*.

Come obiettivi specifici, per l'Area Dipartimento di Prevenzione, vengono declinati:

- la *“razionalizzazione dei livelli di assistenza della prevenzione a livello regionale”* e la *“individuazione delle funzioni riconducibili al macrolivello di prevenzione”*;
- la *“garanzia dell'uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione”*;
- la *“introduzione di misure di salvaguardia sanitaria che coprano l'intera catena alimentare”* e la *“garanzia di un sistema di allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti – bevande e mangimi”*(sicurezza alimentare);
- il *“miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e la riduzione della prevalenza di zoonosi specifiche (sicurezza nei rapporti uomo-animale)”*;

- il “miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie infettive e parassitarie degli animali”;
- la definizione di un modello organizzativo, che tenga presente la necessità del rispetto della singola professionalità nell’ottica del team multidisciplinare ed afferente ai due dipartimenti.

Altro obiettivo generale identificato: “Potenziamento e Riquilibratura dei settori critici della prevenzione”, attraverso:

- per l’area informativa: “l’informatizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione Salute Umana e Animale”;
- per l’area salute e sicurezza sul lavoro: “l’analisi dell’andamento infortunistico in ambito lavorativo e la individuazione di patologie correlate con l’esposizione a fattori di rischio presenti in ambiente lavorativo nonché le dovute attività di promozione”;
- per l’area epidemiologia: “la diffusione dell’uso di metodologie di analisi dei problemi per la progettazione e la valutazione degli interventi”; “lo sviluppo ed il consolidamento della una rete epidemiologica regionale”;
- per l’area prevenzione nutrizionale: l’attivazione/il potenziamento delle attività di igiene della nutrizione e la categorizzazione del rischio degli opifici e l’attivazione delle verifiche mediante procedure di audit;
- per l’area protezione ambientale: la costruzione di un sistema informativo basato sui dati attualmente presenti nei vari enti; l’individuazione di aree geografiche e tematiche di intervento su cui procedere ad accordi di programma; lo sviluppo di programmi con le singole realtà territoriali dipartimentali;
- per l’area sanità animale: raggiungimento qualifiche sanitarie degli allevamenti;
- per l’area igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati: la categorizzazione del rischio degli opifici e l’attivazione delle verifiche mediante procedure di audit;
- per l’area igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche: sterilizzazione cani randagi e valorizzazione pet-therapy.

Ulteriore obiettivo generale identificato è il “*miglioramento della qualità*”, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

- sviluppare la funzione di informazione, educazione e comunicazione per la salute agli utenti e alla popolazione;
- orientare le attività di educazione alla salute all'EBPH;
- orientare i Servizi del Dipartimento al Miglioramento Continuo della Qualità;
- orientare le attività all'EBPH.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana					
OBIETTIVO GENERALE	RAZIONALIZZARE ED OMOGENEIZZARE I LIVELLI DI ASSISTENZA DELLA PREVENZIONE IN TUTTE LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI				
AREA	OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Razionalizzare il livello di assistenza della prevenzione a livello regionale	Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello regionale	I° semestre di vigenza del Piano	Atti formali di attuazione del riordino del Dipartimento di prevenzione	
		Individuazione di un unico riferimento tecnico-organizzativo per le attività di prevenzione realizzato funzionalmente tramite un coordinamento tecnico trasversale			
	Individuazione delle funzioni riconducibili al macrolivello di prevenzione	Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello territoriale (UU.OO. Consultoriali e screening, HPV)	I° semestre di vigenza del Piano	Atti formali di attuazione del riordino del Dipartimento di prevenzione	
LEA	Garantire uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione	Attuazione della normativa e dei piani mirati per il settore veterinario	I° semestre di vigenza del Piano	Piano attuativo mirato del settore	
		Formulazione dei piani aziendali di emergenza veterinaria			
		Sviluppo del Sistema Informativo Veterinario Regione Basilicata			
			Consolidamento per tutte le vaccinazioni degli obiettivi di copertura previsti dalla normativa nazionale e regionale	I° semestre di vigenza del Piano	95% di copertura per DTPa/IPV/HB/Hib/MPR nei bambini di età <=24 mesi;
			Estensione delle coperture vaccinali in età pediatrica nelle donne in età fertile previste dalla normativa nazionale regionale	I° semestre di vigenza del Piano	95% di copertura per almeno una dose di MPR nei bambini tra 3 e 15 anni
			Estensione delle coperture vaccinali negli anziani	I° semestre di vigenza del Piano	≥75% di copertura per antinfluenzale e incremento della copertura per antipneumococcica negli anziani ≥ 65 anni
			Effettuazione di campagne informative	I° semestre di vigenza Piano	Diffusione di opuscoli informativi
			Introduzione dell'obbligo di informare i pazienti ricoverati	II° semestre di vigenza del	Distribuzione della scheda informativa

		≥65enni e donne in età fertile sulla possibilità della vaccinazione (rispettivamente antinfluenzale e anti pneumococcica e antirosolia)	Piano	
		Gestione dell'anagrafe vaccinale informatizzata	II° semestre vigenza Piano	Gestione del programma di invito alla vaccinazione
SICUREZZA ALIMENTARE	Introdurre misure complete di salvaguardia sanitaria che coprano l'intera catena alimentare, compresi i mangimi	Revisione del sistema informativo ed epidemiologico con implementazione della raccolta dei dati	I° semestre di vigenza del Piano	Report
		Analisi dei dati raccolti e programmazione della sorveglianza sanitaria basata su dati reali	II° semestre di vigenza del Piano	Relazione
		Registrazione delle attività (Reg.852/2004) e controllo negli stabilimenti riconosciuti CE (Reg.853/2004) e nelle strutture della filiera alimentare	1 anno di vigenza del Piano	Formalizzazione delle procedure
		Classificazione delle attività alimentari in base al rischio, al fine di stabilire la frequenza dei controlli	1 anno di vigenza del Piano	Report
		Attuazione dei programmi per la ricerca di residui e di sostanze non consentite negli alimenti e nei mangimi	Rilevazione semestrale	Atto programmatico
		Attuazione delle procedure di sorveglianza e controllo di prodotti alimentari e mangimi previste dal PNAA	II° semestre di vigenza del Piano	Documento
	Garantire un sistema di allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti e di mangimi	Attuazione di procedure che garantiscano una efficace e rapida azione in caso di allerta alimentare	Secondo i tempi di legge	Formalizzazione delle procedure
		Attuazione procedure di emergenza		Atto di indirizzo
		Dare piena applicazione al Reg.CE 183/2004	Rilevazione Annuale	Relazione
		Studio di sistemi di comunicazione del rischio di dimensione interattiva caratterizzati da un dialogo e da un feed back con tutti gli interessati	1 anno di vigenza del Piano	Relazione

SICUREZZA NEI RAPPORTI UOMO/ANIMALE	Migliorare il sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e ridurre la prevalenza di zoonosi specifiche	Revisione del sistema informativo	Rilevazione Semestrale	Report omogenei
		Inserimento dati nel SIVReB * per il monitoraggio delle malattie infettive degli animali a maggior rilevanza epidemiologica e del benessere animale	Rilevazione Trimestrale	Relazione
		Piena attuazione dei piani di eradicazione (100%) delle malattie degli animali (brucellosi, tubercolosi, ecc)	Rilevazione Trimestrale	Documento
		Attuazione dei Piani di emergenza di sanità pubblica veterinaria	Rilevazione Annuale	Atto di indirizzo

*SIVReB : Sistema Informativo Veterinaria Regione Basilicata

Area A - SERVIZIO SANITA' ANIMALE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali	Verifica della registrazione delle movimentazioni animali Certificazioni	Azione in corso	Report informativi annuali
Sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura di registrazione delle aziende zootecniche • Gestione e aggiornamento dell'anagrafe informatizzata delle aziende zootecniche e degli animali da reddito, divise per specie animali • Geo-referenziazione delle aziende • Implementazioni anagrafiche • Certificazioni • Controlli in azienda 	Azione in corso	Report informativi annuali
Profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuazione dei piani di profilassi regionali e nazionali • Valutazione epidemiologica dei dati ai fini della programmazione dell'attività Sorveglianza sanitaria • Certificazioni 	Tempistica nazionale	Report informativi annuali
Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione di segnalazione di malattia infettiva di animali, anche sospetta, e/o di focolaio epidemico • Notifica di caso di malattia infettiva e/o di focolaio epidemico • Produzione di report periodici per la sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive animali • Sorveglianza epidemiologica 	Azione in corso	Report informativi annuali
Controllo delle popolazioni sinantropiche Controllo episodi di morsicatura di cani	Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> • Eventi patologici popolazioni animali in ambito urbano • Eventi sentinella • Diffusione di situazioni di rischio • Anagrafica delle morsicature da cani • Interventi di profilassi e di 	Entro 6 mesi	report annuale di profilassi e controllo

	controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione		
Prevenzione e controllo delle zoonosi	<p>Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione • Eradicazione • Eventi sentinella su popolazioni animali • Valutazione di situazioni di rischio Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione • Sistema sorveglianza per flussi dati adeguati 	Azione in corso	report annuale di profilassi e controllo

**Area B - SERVIZIO DI IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE,
CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI**

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Sorveglianza sugli impianti di macellazione bovini , suini, ovini, equini, pollame, lagomorfi	Attività di controllo sugli animali macellati come da regolamento 854/04 CE e sulla selvaggina destinata al consumo umano Ispezioni	In corso	Report ispezioni Report informativi annuali
Sorveglianza sulle produzioni lattiero-casearie, sulla produzione di miele e uova	Controllo delle aziende di trasformazione ai sensi del regolamento 852/04 e 854/04 CE controlli periodici	In corso	report controlli periodici Report informativi annuali
Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04	<ul style="list-style-type: none"> • Audit; • Ispezioni; • Monitoraggio; • Sorveglianza; • Interventi correttivi, in forma di provvedimenti giudiziari, • sanzionatori, amministrativi, indirizzi tecnici, prescrizioni • Controlli periodici • Campionamenti • Prescrizioni • Certificazioni 	In corso	Report controlli periodici Report informativi annuali
Sorveglianza su stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. 853/04 e 854/04 CE di carni, prodotti ittici, molluschi, uova	Come da Regolamento CE 882/04 e 854/04: <ul style="list-style-type: none"> • audit; • ispezioni; • monitoraggio; • sorveglianza; • provvedimenti giudiziari, sanzionatori, amministrativi, indirizzi tecnici, prescrizioni 	In corso	Report controlli programmati Report informativi annuali
Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano	Come da Reg 178/02 CE <ul style="list-style-type: none"> • attivazione • sorveglianza; • provvedimenti giudiziari/sanzionatori/ amministrativi/indirizzi tecnici/prescrizioni 	In corso	Report Vigilanza Report informativi annuali

Area C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Riproduzione animale	Controllo periodico sulla riproduzione animale Rilascio o rinnovo autorizzazioni sanitarie Rilascio del parere per autorizzazione sanitaria Certificazioni	6 mesi	Controlli periodici Report informativi annuali
Vigilanza sul benessere degli animali da reddito	Controllo periodico degli allevamenti e degli animali da reddito Informazione degli operatori zootecnici Controllo sulle condizioni di trasporto Controllo sulla protezione degli animali durante la macellazione Corsi di formazione	6 mesi	Report di controllo Report Corsi di formazione
Sorveglianza sull'impiego del farmaco veterinario	Piani di sorveglianza sul farmaco veterinario Controllo del corretto utilizzo del farmaco veterinario: Registri carico/scarico, registri trattamenti e prescrizioni medico-veterinarie in azienda Autorizzazione delle scorte Autorizzazione alla detenzione e distribuzione Registrazione transazioni e prescrizioni medico-veterinarie Rilascio pareri ed autorizzazioni	6 mesi	Controlli periodici Report informativi annuali
Controllo del benessere degli animali d'affezione	Controllo benessere animale nei canili	1 anno dalla vigenza del Piano	Report informativi annuali
Sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	Sorveglianza e controllo periodico delle strutture Sorveglianza e Piano Nazionale Alimentazione animale Certificazioni	1 anno dalla vigenza del Piano	Controlli periodici Report informativi annuali
Vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione	Costruzione e aggiornamento dell'anagrafe delle aziende autorizzate Attività di vigilanza periodica Controlli ispettivi Creazione di un'anagrafe aggiornata	1 anno dalla vigenza del Piano	Pubblicazione di un'anagrafe aggiornata Report di attività
Sorveglianza sulla produzione di latte	Controllo degli allevamenti ai sensi del regolamento 852/04 e 854/04 CE	In corso dalla vigenza del Piano	Controlli periodici Report informativi annuali

Sorveglianza sanitaria delle zone di produzione e o allevamento di molluschi bivalvi	Attività di monitoraggio effettuata sulle zone di produzione e/o di allevamento riconosciute dalla Regione Valutazione dei dati ed emissione di pareri sulle zone di pesca e su proposte di divieti Controllo delle acque destinate alla molluschi coltura Controlli periodici Rilascio pareri	2 anni dalla vigenza del Piano	
Lotta al randagismo	Realizzazione ed aggiornamento dell'anagrafe canina e censimento delle colonie feline. Sterilizzazione dei cani randagi e dei gatti delle colonie Prevenzione dell'abbandono ed informazione per l'adozione consapevole Creazione di un'anagrafe aggiornata ed implementazione dell'anagrafe nazionale campagne di sterilizzazione.	2 anni dalla vigenza del Piano	Pubblicazione anagrafe aggiornata Report sugli eventi ed attività informativa annuale
Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantropiche	Gestione di sistemi di sorveglianza relativi ai seguenti ambiti: <ul style="list-style-type: none"> • Eventi patologici popolazioni animali in ambito urbano • Eventi sentinella • Diffusione di situazioni di rischio • Interventi di profilassi e di controllo • sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione 	1 anno dalla vigenza del Piano	Rapporto annuale sulla attività di profilassi e controllo
Pet-Therapy	Censimento dei Centri che utilizzano la Pet-Therapy Supporto allo sviluppo della Pet-Therapy nell'ambito delle terapie gestite da Centri pubblici, privati, accreditati e volontariato	1 anno	Report di attività
Gestione stati di allerta alimenti per animali	Come da Reg 178/02 CE <ul style="list-style-type: none"> • attivazione • sorveglianza; • provvedimenti giudiziari/sanzionatori/ amministrativi/indirizzi tecnici/prescrizioni • Vigilanza Prescrizioni 		Report informativi annuali

CD.2. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La situazione attuale della Basilicata contempla 5 DSM per ogni ex ASL, una dotazione organica disomogenea e carente rispetto alle indicazioni del PON “Tutela della salute mentale 1998/2000” (che prevede 1 operatore ogni 1500 abitanti) e del D.M. 24 maggio 1995 “requisiti minimi strutturali, tecnologici, e organizzativi per le attività di tutela della salute mentale” (che specifica anche le figure professionali : 1 medico psichiatra ogni 10.000 abitanti, 1 psicologo ogni 30.000 abitanti, 1 assistente sociale ogni 50.000 abitanti, 1 infermiere professionale ogni 2.500 abitanti, 1 educatore professionale ogni 25.000 abitanti, 2 amministrativi ed altre figure professionali secondo le specifiche necessità. Altra esigenza è legata alla necessità di riorganizzazione l’assetto organizzativo, mancando l’articolazione in strutture complesse (solo in alcuni DSM sono presenti le strutture complesse CSM ed SPDC).

Il presente Piano prevede che in ogni Azienda sanitaria sia costituito un Dipartimento di Salute Mentale (di seguito DSM), struttura operativa deputata all’organizzazione ed alla produzione di attività finalizzate alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l’intero arco della vita. Assicura tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l’età evolutiva e adulta. Assicura ai Distretti la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative.

Ai fini dell’erogazione delle proprie prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse e/o semplici attinenti le principali funzioni e compiti attribuiti:

- Centro Salute Mentale (uno per ogni Distretto della Salute) e Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura (6 SPDC ospedalieri: Melfi, Potenza, Villa d’Agri, Lagonegro, Policoro, Matera);
- area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale (Ospedale Madonna delle Grazie di Matera) – (una per l’ASM);
- area di neuropsichiatria infantile servizi territoriali (una per Azienda);
- area di assistenza di psicologia clinica (una per Azienda);
- area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali (una per Azienda). In essa vanno, inoltre, declinate delle specifiche unità dedicate ai disturbi del comportamento alimentare (DCA);

Il Direttore del Dipartimento è responsabile dal punto di vista tecnico professionale e gestionale dell’intera attività del Dipartimento e supporta la Direzione Sanitaria nella funzione di governo clinico. È responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle

risorse ad esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza H 24 in ogni giorno dell'anno, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo nei limiti delle risorse destinate dall'azienda (Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000").

Presso la direzione del Dipartimento sono attivi i seguenti organi di staff:

- ufficio di contabilità analitica e per centri di costo, di coordinamento delle attività di segreteria e rapporti con l'amministrazione;
- ufficio sistema informativo;
- nucleo di valutazione e miglioramento continuo della qualità;
- nucleo formazione ed aggiornamento;
- Comitato tecnico di Coordinamento del Dipartimento. E' l'organo consuntivo e propositivo del DSM, costituito dal direttore e dai responsabili delle strutture complesse del DSM.

Il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il **Centro di Salute Mentale** è l'unità operativa complessa coincidente territorialmente con il Distretto della Salute. Esercita tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico. Il CSM rimane centrale nella organizzazione del DSM in quanto sede di accesso ordinaria dell'utenza, luogo in cui si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico, principale garante della continuità della assistenza e della collaborazione di più articolazioni o soggetti. L'accesso, che prevede anche l'intervento a domicilio, può avvenire direttamente, attraverso il MMG, le cure primarie, attraverso lo sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari (sportelli distrettuali delle USIB) È attivo almeno per 12 ore al giorno, 6 giorni su 7

A livello distrettuale:

- partecipa alla pianificazione e programmazione delle attività territoriali nel "Piano attuativo distrettuale" per la parte sanitaria e sociosanitaria ed alla rete regionale integrata attraverso il PISS mediante accordo di programma;
- promuove e partecipa allo sviluppo di programmi ed iniziative di prevenzione insieme al Dipartimento di Prevenzione (esordi psicotici, DCA, dipendenze patologiche ed alcool);

- partecipa alla definizione ed attuazione di percorsi assistenziali integrati con il sistema delle Cure Primarie (“collaborative-care” per la depressione “, “paziente geriatrico”, “disabilità psicofisica”, etc); collabora con il sistema delle Cure Primarie sia per la individuazione di nuovi casi che per gli interventi sulle patologie croniche. Per garantire la continuità assistenziale, fornisce la consulenza ai team professionali integrati per l’assistenza a domicilio per i pazienti con patologia complessa tra cui psichiatrica, collaborando alla Unità di Valutazione Integrata (UVI) Questa infatti prevede il Medico specialista di riferimento ed altre figure professionali dell’area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona per produrre il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali (piano di assistenza personalizzato);
- collabora con il sistema delle cure domiciliari, area assistenza domiciliare integrata ed assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario, anche come sostegno psicologico ai care-givers.

A livello ospedaliero, nei presidi ospedalieri senza SPDC, fornisce la consulenza psichiatrica e psicologica ai reparti ed al Pronto Soccorso.

Rispetto al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, allo stato attuale ci sono in Basilicata 6 SPDC, con personale, nella maggior parte dei casi, in organico unico con il CSM. Il personale che opera all’interno dell’SPDC è unico all’interno del DSM con rotazione anche sul CSM, al fine di evitare inopportuni fenomeni di delega e di interruzione della continuità assistenziale.

Tutti gli ospedali in cui sono ubicati dispongono di Rianimazione ed UTIC. La dotazione di posti letto è al momento carente (dimezzata rispetto a quanto previsto dal PON che individua la dotazione di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti che per la Basilicata si sostanzierebbero in complessivamente 60 pl). Il presente Piano si adegua a quanto previsto dal contesto nazionale, portando i posti letti a 60 (Melfi 8 pl, Potenza 16 pl, Villa d’Agri 8 pl, Lagonegro 8 pl, Policoro 8 pl, Matera 12 pl). Comunque, il numero complessivo di p.l. per ogni SPDC non potrà mai essere inferiore alle 8 unità. Nel caso di impossibilità al raggiungimento di tale dotazione, l’SPDC va accorpato alla sede di Pronto Soccorso Attiva più vicina territorialmente, nell’ambito della stessa Azienda.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta l’Unità Operativa Semplice del CSM ed assume un ruolo specifico nella gestione dell’acuzie e dell’emergenza/urgenza psichiatrica. Rappresenta il luogo contenitivo della crisi per una prima risposta all’acuzie. In questo senso, esso ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell’impostazione

delle terapie farmacologiche e nello sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali.

Inoltre, in accordo con i programmi di cura del DSM e delle strutture territoriali, il ruolo del SPDC è rilevante per il recupero funzionale cognitivo dell'utente ricoverato, per l'attenzione agli aspetti riabilitativi e di reintegrazione sociale e per l'informazione agli utenti e ai familiari.

Il SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici.

L'utenza dei SPDC si caratterizza per una significativa variabilità riguardo alla diagnosi, all'età e soprattutto riguardo ai bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. In un SPDC sono ricoverati al contempo soggetti in trattamento sanitario obbligatorio (nei confronti dei quali, indipendentemente dalla diagnosi, il reparto ha una funzione e una responsabilità di custodia), soggetti con aspetti di ritiro sociale e autismo, soggetti con comportamenti aggressivi ed anche soggetti affetti da disturbi depressivi.

Il DSM ha il compito di programmare annualmente e di monitorare le attività degli SPDC e della gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica in ospedale attraverso protocolli specifici e nell'ambito di modelli organizzativi che prevedano il coordinamento con il territorio e quindi con l'abito distrettuale.

Le tematiche d'intervento prioritario sono così individuate :

- definire procedure e protocolli operativi per il trattamento in fase acuta e di ricovero dei soggetti affetti dai diversi disturbi psichici che prevedano la collaborazione e la valorizzazione di tutte le figure professionali;
- definire protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera in collaborazione con il Nucleo di Valutazione e Miglioramento della Qualità (NdV) del DSM, curando in particolare le procedure interne di ammissione, trattamento e dimissione e la valutazione della soddisfazione degli utenti.

La psichiatria penitenziaria e l'OPG

Il riordino della Sanità Penitenziaria (DL 22/6/1999 e DPCM 1/4/2008) trasferisce al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie precedentemente gestite dal Ministero della Giustizia.

E' quindi necessario che il DSM attivi un programma sistematico di interventi:

- attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni;

- garantire presso ogni istituto penale per minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscano di misure di trattamento all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il personale del DSM responsabile degli interventi all'interno di un istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio territoriale di residenza del detenuto con patologia mentale, ai fini della continuità terapeutica;
- attivare programmi specifici mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- curare la formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto, compreso quello penitenziario;
- favorire ed implementare la cooperazione tra area sanitaria ed area di trattamento sin dai nuovi giunti. In particolare tali prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità.

Area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale Ospedale Madonna delle Grazie di Matera

L'Unità Operativa Complessa Area ospedaliera di Neuropsichiatria infantile di riferimento regionale, Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, effettua attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni. Affronta un ampio range di patologie molto differenziate tra loro, acute, subacute, croniche, rare, progressive ecc, spesso ad elevata comorbidità, una quota significativa delle quali ha bisogni multipli e complessi che perdureranno per tutta la vita e, quindi, ad elevato impatto sociale.

La UOC ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale e le UO di neuropsichiatria infantile servizi territoriali, fanno parte dei DSM delle rispettive Aziende Sanitarie. Tuttavia, a garanzia dell'integrazione ospedale-territorio e dei percorsi assistenziali dedicati alla neuropsichiatria dell'età evolutiva, è istituito il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile (DINI) quale espressione della rete integrata neuropsichiatrica della Regione Basilicata. La rete neuropsichiatrica è declinata nell'ambito del capitolo sulle reti .

Area di neuropsichiatria infantile servizi territoriali

Le area di attività delle U.O.T. sono:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;

Le U.O.T.- N.P.I. sono dirette da un Dirigente Medico Specialista in Neuropsichiatria Infantile. I Compiti di queste U.O.T.-N.P.I. sono già stati esplicitati nel paragrafo della rete di Neuropsichiatria Infantile.

Al fine di ridurre il ricorso ai ricoveri ordinari ed in DH, in ambito distrettuale si dovranno implementare attività di Day Service per i pazienti residenti, con l'offerta di pacchetti di prestazioni multidisciplinari per patologie complesse, che non necessitino di particolare impegno strumentale.

Compito della direzione del DINPEE sarà di concordare a livello regionale percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie complesse e partendo del modello dei DRG dei DH ospedalieri definire un tariffario regionale per tali Day Service.

Le U.O.T., pur avendo valenza aziendale, devono articolarsi in U.O.T.-N.P.I. distrettuali con riferimento territoriale coincidente con i Distretti della Salute.

Presso ogni Distretto della Salute dovrà essere collocato un servizio di NPI dotato di strutture idonee e personale adeguato al fine di garantire l'assistenza neuropsichiatrica infantile di base omogenea su tutto il territorio, attraverso il lavoro multidisciplinare d'équipe.

Area di assistenza di Psicologia Clinica

E' l'Unità Operativa Complessa a valenza aziendale che all'interno del DSM garantisce:

- il riconoscimento della esperienza personale e della soggettività del paziente;
- la valutazione del paziente e del suo trattamento;
- la presa in carico psicologica, vale a dire una comprensione del paziente a partire dalla sua storia ed un intervento che si prefigga di favorirne lo sviluppo, senza ridurre il trattamento ad una sola "cancellazione dei sintomi";
- una valutazione psicodiagnostica e trattamenti psicologici e psicoterapici di riconosciuta efficacia per minori ed adulti, all'interno del piano di trattamento complessivo, e quindi in un'ottica multidisciplinare, mirante a promuovere le migliori opportunità di sviluppo ed equilibrio della persona.

- Le competenze della Psicologia clinica si integrano con quelle di Psicologia di comunità in modo da garantire che le risposte date dal sistema DSM tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale attraverso gli strumenti dei trattamenti integrati e degli interventi di rete.

Area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali

E' una struttura complessa a valenza aziendale che coordina tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

Considerata la necessità di potenziare le strutture di offerta necessarie a soddisfare le prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche, si ritiene, con il presente Piano, di stimare la previsione del fabbisogno prendendo in comparazione la dotazione residenziale prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2x10.000 ab.) che tende a potenziare le forme "leggere" di assistenza tutelare. Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extra-ospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM.

Per la Regione Basilicata, considerando la popolazione totale (588.879 all' 1/1/2010), si ritiene di dover valutare la quota di posti letto necessari in 230 (3,9x10.000 ab.).

Per la Regione Basilicata, si prevedono le seguenti tipologie di strutture:

- Residenze riabilitative per la post-acuzie (RP1.1)
- Case famiglia (RP1.2.1 - RP1.2.2)
- Gruppi appartamento di convivenza (RP2)
- Residenze protette (RP2)

Le dotazioni di posti letto residenziali per ASL sono riportate nelle tabelle che seguono.

Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche	230	152	78

Coefficiente	Residenze riabilitative	Casa famiglia	Gruppi appartamento	Residenze protette	TOTALE
	1,2/10.000	1/10.000	0,7/10.000	1,1/10.000	3,9/10.000
ASP	46	40	28	42	152
ASM	24	20	14	22	78
Tot	70	60	42	64	230

Il Piano declina le prestazioni residenziali in due macro tipologie:

1. **Prestazioni terapeutico-riabilitative (codice RP1)** erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi:

- **intensivi (codice RP1.1)**, La durata massima della degenza, fissata dal progetto terapeutico, non è comunque superiore a 18 mesi. Le **strutture di erogazione** sono **Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie (8-12 PL)**
- **estensive (codice RP1.2)**, sono prestazioni che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Le **strutture di erogazione** sono **Casa Famiglia (massimo 8 PL)**.

Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

- personale sociosanitario presente 24 ore (codice RP1.2.1). La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
- personale sociosanitario presente 12 ore (codice RP1.2.2). La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

2. **Prestazioni socio-riabilitative (RP2)** erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti: personale sociosanitario presente 24 ore (codice RP2.1), personale sociosanitario presente 12 ore (RP2.2). Le **strutture di erogazione** sono **Gruppi appartamento di convivenza (4-6 PL) e Residenze Protette (8-10 PL)**

3. **Prestazioni semiresidenziali (SRP)** erogate in strutture che accolgono i pazienti

durante le ore diurne, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali. Le **strutture di erogazione** sono **Centri Diurni**

Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità.

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche (scheda sinottica)	
Bisogno da soddisfare:	prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM.
Tipologia di utenza	<p>Prestazioni terapeutico-riabilitative: pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.</p> <p>Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive. pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale.</p>
Tipologia di struttura	Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie
Tipologia di utenza	<p>Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive. pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo.</p>
Tipologia di struttura	<p>Casa Famiglia Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti: RP1.2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga. RP1.2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.</p>
Tipologia di utenza	<p>RP2 Prestazioni socio-riabilitative. soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità. RP2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. RP2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore.</p>
Tipologia di struttura	Gruppi Appartamento di convivenza (4/6 PL) e Residenze Protette (8/10 PL)
Tipologia di utenza	<p>SRP Prestazioni semiresidenziali pazienti che richiedono interventi durante le ore diurne. Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità.</p>
Tipologia di struttura	Centri Diurni. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Modalità di accesso
Valutazione da parte dell'UVI
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno
La previsione del fabbisogno tende ad avvicinare la dotazione residenziale a quella prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2x10.000 ab.), potenziando fortemente le forme "leggere" di assistenza tutelare. 3,9 X 10.000 abitanti (pari a 230 posti letto complessivi).

Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare: trattamento riabilitativo successivo alla ospedalizzazione o riacutizzazione di sintomi
Tipologia di utenza
Pazienti in fase subacuta (ad es. che hanno subito un ricovero in SPDC o una riacutizzazione dei sintomi) con conseguente perdita temporanea e parziale della propria autonomia o con specifiche patologie psichiatriche che non possono essere trattati a domicilio o in una struttura a più intensità assistenziale
Tipologia di struttura
Struttura riabilitativa di tipo comunitario (8-12 PL)
Modalità di accesso
Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
Durata di degenza
Durata tendenziale di 4-6 mesi, con possibilità di prolungamento fino ad un massimo di 12 previa valutazione da parte del CSM
Standard di struttura
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Standard di personale
Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere, Assistenti Sociali, OTA/OSS, Operatori e maestri d'arte. Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione.
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Costo a carico del SSR: 140 - 190 €; Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno
1.2 x 10.000 ab.

Casa Famiglia (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare: pazienti che richiedono trattamento riabilitativo di media intensità
Tipologia di utenza
Pazienti che richiedono trattamento riabilitativo di media intensità sulle 24 ore, con programmi riabilitativi di recupero prolungati
Tipologia di struttura

Struttura riabilitativa di tipo familiare con intenzione abitativa e di socializzazione (massimo 8 PL)
Modalità di accesso
Valutazione da parte del CSM attraverso progetti individuali
Durata di degenza
Durata massima 24 mesi, con periodica valutazione da parte del CSM
Standard di struttura
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Standard minimi di personale
Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere, Assistenti Sociali, OTA/OSS, - Operatori e maestri d'arte; Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Costo a carico del SSR: 110 - 130 €; Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
Fabbisogno
1 x 10.000 ab.

Gruppi Appartamento di convivenza (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare: pazienti con bassa necessità di Trattamento Sanitario
Tipologia di utenza
Pazienti con bassa necessità di Trattamento Sanitario che necessitano di prestazioni socio-sanitarie
Tipologia di struttura
Struttura di tipo abitativo (4/6 PL)
Modalità di accesso
Valutazione da parte del CSM con un Progetto Individualizzato Territoriale Integrato (ASL-Ambito Sociale)
Durata di degenza
Durata illimitata flessibile, con periodica verifica da parte del CSM-Ambito Sociale
Standard di struttura
DPR 29 novembre 2001 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Standard minimo di personale
Deve essere garantita la presenza per alcune ore al giorno secondo programma del CSM-ambito sociale delle seguenti figure professionali: OTA-OSA anche dei Servizi Sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, psicologo. Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva a carico del SSR: 20-40 € e con integrazione di risorse sociali e familiari a modello budget di salute. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
Fabbisogno
0.7 x 10.000 ab.

Residenze Protette (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare: pazienti con bassi livelli stabilizzati di autonomia
Tipologia di utenza
Pazienti con bassi livelli stabilizzati di autonomia, non totalmente in grado di provvedere a se stessi e temporaneamente impossibilitati a rientrare in famiglia, che necessitano di semplici programmi riabilitativi di mantenimento ad alta intensità, anche in conseguenza a precedenti lunghi periodi di istituzionalizzazione e/o precedenti internamenti in Ospedali Psichiatrici Giudiziari.
Tipologia di struttura
Struttura riabilitativa di tipo comunitario (8/10 PL) ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo . ad alta intenzionalità terapeutica con sostegno continuativo .
Modalità di accesso
Progetto Individualizzato Territoriale (CSM-Ambito Sociale)
Durata di degenza
Durata flessibile, con periodica verifica da parte della ASL-Ambito Sociale
Standard di struttura
DPCM 29 novembre 2001 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Standard di personale*
Deve essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali: Psichiatra, Psicologi, Psicoterapeuti, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Infermiere , Assistenti Sociali, OTA/OSS, - Operatori e maestri d'arte Gli standard minimi di personale verranno definiti nel manuale di autorizzazione
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Orientativamente la tariffa si dovrebbe collocare all'interno dei seguenti range: Tariffa complessiva a carico del SSR: 80-100 €; Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale
Fabbisogno
1.1 x 10.000 ab.

La Partecipazione

Il DSM, servizio di comunità, promuove meccanismi di partecipazione democratica degli utenti, dei familiari e delle associazioni che li rappresentano, nonché delle associazioni di volontariato che li sostengono. La partecipazione e l'ascolto degli utenti e dei cittadini, oltre ad essere istanze riconosciute e bisogni rispettati, devono diventare mezzi e fini della buona gestione del DSM, come delle organizzazioni sanitarie in generale. Infatti, la partecipazione è pre-condizione per promuovere l'empowerment delle organizzazioni e delle comunità locali.

La partecipazione sviluppa:

- appartenenza;
- percezione di influenzare e controllare gli eventi del contesto;
- possibilità di concorrere alle decisioni;
- impegno e contribuzione allo sviluppo della comunità (community development).

La partecipazione determina in maniera non marginale i risultati dei sistemi sanitari a livello di relazione terapeutica, di comportamenti collaborativi nell'utilizzo dei servizi, di aderenza alla missione istituzionale.

Il DSM promuove la istituzione con atto del Direttore Generale dell'Azienda Asl, del Comitato di partecipazione Utenti e Familiari- Salute Mentale del quale fanno parte rappresentanti di utenti e di associazioni di utenti, rappresentanti di associazioni di familiari, il Direttore del DSM, almeno un operatore per ogni area dipartimentale, rappresentanti di tutte le Associazioni presenti sul territorio che perseguano per statuto nelle loro finalità la salute mentale.

Il DSM partecipa e promuove la partecipazione degli utenti alla **Consulta Regionale per la Salute Mentale**

Accountability e rendicontazione sociale

Il DSM garantisce almeno una **conferenza annuale di servizio** in cui rendiconta alla comunità tecnico-scientifica e locale delle proprie iniziative, progetti, attività di ricerca, etc; espone i risultati della valutazione e le azioni di programmazione

SALUTE MENTALE			
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Potenziamento dei CSM e delle attività dei CSM	Istituzione di un CSM per DISTRETTO	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali
	Apertura dei CSM 6 giorni su 7 per 12 ore al giorno	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali
	Produzione di "profili di assistenza" da parte delle équipe multidisciplinari in integrazione con il Distretto, l'area ospedaliera ed il sistema sociale. Tale profilo deve prevedere il programma terapeutico riabilitativo personalizzato con il coinvolgimento del paziente	Attivazione di non meno di tre profili entro il primo anno di piano	Report di approvazione dei profili assistenziali (direttive Linee guida - audit clinico)
	Dotazione di un sistema di rilevazione ed analisi della propria attività (come da indicazioni del sistema informativo regionale)	Entro il primo anno di piano	Report
Adeguamento e riordino degli SPDC	Adeguamento della dotazione di p.l. a 60 ripartiti nel 6 SPDC regionali	Entro il primo anno di piano	Atto aziendale

	Definizione di Linee-guida per ridurre le pratiche di contenzione fisica negli SPDC	Entro il primo anno di piano	Protocolli approvati
	Predisposizione di un sistema di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri	Entro il primo semestre di piano	Protocollo approvato
Continuità assistenziale territorio-SPDC	Continuità assistenziale: protocolli di integrazione CSM/SPDC	Entro il primo semestre di piano	Protocolli approvati
Risposta alla emergenza-urgenza	Formulazione di un piano delle emergenze-urgenze sia per l'adulto che per la fascia dell'infanzia-adolescenza, con valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione. Adeguamento delle procedure ASO e TSO alle ultime disposizioni della commissione interregionale sulla salute mentale	Entro un anno di piano	Protocollo approvato
Residenzialità: sviluppo e verifica della qualità dell'assistenza	Valutazione da parte della commissione tecnica regionale della aderenza delle strutture residenziali esistenti ai requisiti disposti da questo PSR	Entro un anno di piano	Report
	Omogeneizzazione sul territorio delle strutture residenziali psichiatriche secondo i requisiti previsti da questo piano	Entro il secondo anno di Piano	Report
	Sviluppo e sperimentazione degli strumenti di valutazione della qualità della assistenza riabilitativa	Entro il primo anno di piano	Report
Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale	Costituzione di un Centro Diurno per CSM	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Istituzione di una U.O.C. di NPI per ciascuna Azienda Sanitaria	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali
Area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento	Istituzione della U.O.C. di NPI Ospedaliera c/o l'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali

regionale - ospedale Madonna delle Grazie di Matera			
Potenziamento delle attività per l'autismo infantile e per gli altri disturbi generalizzati dello sviluppo	Realizzazione del "Centro regionale di riferimento per l'autismo infantile"	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali
	Sviluppo di un Centro Diurno per l'autismo per ogni Asl	Entro il secondo anno di piano	Adozione di atti formali e report
Costituzione della rete regionale per i Disturbi del Comportamento alimentare	Istituzione di un servizio territoriale per i DCA per ogni Asl	Entro il secondo anno di piano	Adozione di atti formali e report
	Istituzione di un servizio residenziale terapeutico- riabilitativo a valenza interregionale per i DCA	Entro il secondo anno di piano	Adozione di atti formali e report
Psicologia clinica	Istituzione di una U.O.C. di Psicologia Clinica per ciascuna Azienda Sanitaria	Entro il primo anno di piano	Adozione di atti formali aziendali
Integrazione socio- sanitaria	Realizzazione di un percorso di formazione al lavoro e costituzione di una cooperativa sociale B per ogni territorio provinciale	Entro il primo anno di piano	Report ed adozione di atti formali
Prevenzione	Potenziamento degli interventi di prevenzione primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza	Entro il primo anno di piano	Report
	promozione di campagne di informazione ed orientamento dell'opinione pubblica volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone con "disagio" e verso quelle affette da disturbi mentali	Entro il primo anno di Piano	Report
Realizzazione del "Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale"	Creazione del gruppo di lavoro regionale per la realizzazione del Progetto Obiettivo per la Salute Mentale	Entro il primo anno di Piano	Delibera regionale
	Stesura del Progetto Obiettivo	Entro il primo anno di Piano	Progetto Obiettivo
	Attuazione del Progetto Obiettivo	A partire dal dodicesimo mese	Report annuali

CD.3. IL DISTRETTO DI COMUNITA'

Il Distretto viene a configurarsi come:

- **un ambito territoriale** (aree omogenee, secondo l'art. 4 della L.R. 12 DEL 2008) della Azienda sanitaria locale, coincidente con gli ambiti socio-territoriali; una coincidenza che favorisce la programmazione e la gestione integrata dei servizi (anche tramite la costituzione di organismi paritetici) e la condivisione dei progetti di cura e di assistenza da parte degli operatori (integrazione istituzionale, gestionale e professionale). Salvo diversa disposizione della Regione, i Distretti della Salute dovranno coincidere con gli ambiti territoriali ed amministrativi delle Comunità Locali, così come definite dalla stessa Regione. Sino all'individuazione definitiva degli ambiti territoriali delle Comunità Locali, i territori dei distretti socio-sanitari coincidono con le aree delle soppresse Aziende Sanitarie;
- **una macro-organizzazione complessa dell'azienda sanitaria**, assimilabile a quella dipartimentale, ed in particolare ad un Dipartimento funzionale, al quale va riconosciuto, non solo formalmente, un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali (dipartimento di prevenzione e presidi ospedalieri);
- **un luogo di governo della domanda , di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti.** In quest'ambito il Distretto opera in un ruolo di governance, adottando progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina e adotta strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità (governo clinico).

In questo senso, non si intende articolare il Distretto in dipartimenti, ma considerarlo come **un macro-dipartimento** che ogni Direttore di Distretto potrà delineare sul territorio tenendo conto delle specificità e delle risorse della comunità locale, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi delineati dal presente Piano e dalle ulteriori direttive regionali. L'esigenza di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la gestione delle acuzie, comporta un'irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali verso la reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Le funzioni

Pianificazione e programmazione delle attività territoriali che si esplicita attraverso l'adozione del Piano attuativo sanitario distrettuale pluriennale a scorrimento annuale

(PASD) per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale, ivi compresa quella ad elevata integrazione sanitaria). Esso si affianca al Piano intercomunale dei servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria (PISS) ed è redatto dal Direttore del Distretto che definisce anche la dotazione strutturale delle risorse (strumentali, tecnologiche, umane) necessarie alla sua elaborazione.

Il Distretto, in raccordo con l'ufficio per il piano sociale e sociosanitario, esercita compiti di pianificazione e gestione integrata dei servizi sanitari e sanitari a rilevanza sociale sul territorio di riferimento e formula le conseguenti proposte per la programmazione aziendale.

Il Distretto provvede in particolare a:

- curare l'analisi della domanda e il governo dell' offerta in relazione ai bisogni di salute e di benessere delle persone, delle famiglie e delle comunità locali;
- assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici e l'equità e continuità nell'erogazione delle prestazioni, promuovendo l'integrazione assistenziale delle attività della medicina territoriale con quelle delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere;
- concorrere alla realizzazione della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale di cui alla L.R. 14 febbraio 2007 n. 4;
- attuare i programmi di integrazione sociosanitaria in collaborazione con i Comuni associati negli Ambiti socio-territoriali;
- istituire unità di servizi e sportelli distrettuali per l'erogazione della globalità dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali (USIB);
- curare l'integrazione funzionale ed il coordinamento dei suoi interventi con le attività territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale;
- stabilire relazioni permanenti di collaborazione con le amministrazioni comunali;
- promuovere e garantire la partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli interessi sociali.

L'organizzazione del Distretto

Assume un ruolo di decisiva importanza il direttore di distretto responsabile unico della direzione complessiva della macro-articolazione, mediante il coordinamento delle strutture complesse distrettuali, in logica dipartimentale, e la direzione delle attività territoriali poste alla sua diretta dipendenza. È altresì componente del Collegio di Direzione dell'Azienda

Sanitaria, e si avvale di una struttura amministrativa di distretto per la gestione della contabilità analitica relativa al distretto, in raccordo con la contabilità generale, la gestione del budget e l'istruttoria amministrativa dei provvedimenti propri o delegati dal Direttore Generale. È individuato dal Direttore Generale, a seguito di regolare avviso pubblico conforme ad indirizzi appositamente emanati dalla Regione, tra soggetti in possesso dei requisiti ivi previsti, ed è nominato con atto deliberativo motivato per un periodo non superiore a cinque anni, con posizione giuridica equiparata e trattamento economico comparato e comunque non superiore a quello dei direttori sanitari ed amministrativi delle Aziende.

Il Direttore di Distretto deve possedere gli stessi requisiti che sono richiesti dalla normativa vigente per la candidatura al ruolo di Direttore Sanitario o Amministrativo. È responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. In particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strutturali economiche e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Al Direttore spetta il compito di perseguire gli obiettivi di risultato, di attività e di risorse organizzative concordati ed assegnati al distretto, in sede di contrattazione budgetaria con la Direzione Aziendale e conseguente contrattazione con la medesima metodologia con le strutture afferenti al distretto.

Il Direttore di Distretto si avvale di un **Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali**, composto da:

- direttori delle strutture complesse distrettuali;
- responsabili delle strutture semplici poste alla diretta dipendenza del direttore di distretto;
- rappresentanti dei MMG, dei PLS e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.
- responsabili degli eventuali gruppi di progetto costituiti in ambito distrettuale.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è in staff al Direttore di distretto, con funzioni consultive e propositive in tema di:

- distribuzione delle risorse umane tra le diverse articolazioni organizzative distrettuali coerente ai fabbisogni e compatibile con la dotazione organica complessiva del distretto;
- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione /interrelazione di

- MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali convenzionati;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale;
- predisposizione del PASD;
- qualsiasi altra materia in Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre.

Infine, deve raccordarsi con il coordinatore del Piano intercomunale.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate con appositi regolamenti. Le modalità di funzionamento dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali sono disciplinate con Atto Aziendale.

Nello svolgimento delle funzioni direzionali a livello gestionale ed operativo, il Direttore di Distretto opera in stretta collaborazione con i dirigenti Responsabili delle strutture afferenti al Distretto, ai quali è attribuita la responsabilità tecnico-funzionale delle stesse.

Gli strumenti di programmazione ed il ruolo del livello locale

Il **Piano attuativo sanitario distrettuale (PASD)**, per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale), viene proposto dal direttore di Distretto, sentito il Coordinatore dell'Ufficio del piano sociale, e adottato dal Direttore generale dell'azienda.

Per garantire l'attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata il PASD è affiancato dal "**Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari (PISS)**", che è adottato per ciascun Ambito Socio-Territoriale dai Comuni associati, coincidente con gli ambiti amministrativi del Distretto della Salute, mediante accordo di programma, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, sottoscritto dai Sindaci e dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, nonché dagli altri soggetti pubblici eventualmente coinvolti.

Il Piano intercomunale, definito dall'art. 16 della L.R. 4 del 2007, unifica e sostituisce a tutti gli effetti il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3, comma 3, del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229, per la parte sociosanitaria, e il Piano Sociale di Zona di cui all'art. 19 della legge 8 novembre 2000 n. 328.

Il Piano intercomunale, per la parte sociosanitaria, ovvero sociale a rilevanza sanitaria, dovrà essere predisposto dal coordinatore dell'Ufficio del piano sociale unitamente al Direttore di Distretto che lo sottoscrive. La **Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale** istituisce l'Ufficio di Piano presso il Distretto. L'ufficio non sarà più l'Ufficio di Piano Sociale, ma dovrà essere **l'Ufficio del Piano sociale e sociosanitario** e dovrà

integrarsi nella componente sanitaria e sociale. La sua realizzazione e la sua composizione saranno successivamente determinata con apposite direttive regionali (art. 15 della L.R. 4 del 2007).

La **Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale** composta, per ciascun Ambito, dai Sindaci dei comuni associati e partecipata, a titolo consultivo, dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria competente per territorio o suo delegato, dal Direttore del Distretto e da un amministratore della Provincia o suo delegato, nonché per la trattazione delle questioni afferenti alle persone sottoposte a provvedimenti giudiziari di detenzione o a misure di pena alternative, dal Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria o suo delegato (art.12, comma 3, L.R. 4/07), ha funzione di indirizzo e di controllo per la realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata erogati in ciascun territorio attraverso i servizi del **Distretto della Salute** e dell'**Ambito Socio-Territoriale**.

Le attività dell'Ufficio di Piano sono definite dal Coordinatore dell'Ufficio del piano sociale, sentito il Direttore di distretto.

Il Piano intercomunale definisce:

- gli obiettivi di politica di promozione e protezione sociale connessi con le caratteristiche sociali, economiche, e morfologiche del territorio e coordinati con gli indirizzi della programmazione regionale;
- l'organizzazione locale dei servizi sociali integrati e le modalità di erogazione dei medesimi per garantire i livelli essenziali di assistenza, la presa in carico delle persone, la continuità assistenziale;
- l'attivazione ed il funzionamento dei servizi e delle strutture definite al comma 3 dell'art. 3 della LR n. 4 del 2007;
- i fabbisogni dei servizi e delle strutture da attivare a gestione diretta o autorizzata;
- l'introduzione di eventuali articolazioni organizzative sub distrettuali;
- l'individuazione di eventuali aree integrative di intervento;
- le forme ed i contenuti dell'integrazione dei servizi sociali con quelli sociosanitari e sanitari di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale, oltre che i servizi educativi e sociali delle altre istituzioni pubbliche;
- le modalità organizzative dei servizi e degli interventi;
- la dotazione di risorse professionali necessarie alla realizzazione delle attività programmate a livello territoriale;

- la ripartizione degli impegni finanziari e la destinazione delle risorse finanziarie disponibili;
- i termini della compartecipazione degli utenti alla copertura del costo dei servizi e le condizioni per il rilascio dei titoli di esenzione totale o parziale;
- i criteri generali per l'erogazione di titoli di acquisto dei servizi e di buoni sociali comunali;
- gli strumenti di valutazione e monitoraggio dell'attuazione del piano.

I Piani intercomunali si raccordano con gli altri strumenti programmatici di sviluppo, di crescita e di qualificazione del territorio, in una visione unitaria delle politiche di potenziamento dei beni e servizi per la comunità.

L'art. 4 della L.R. 12/08 prevede la costituzione di **Unità dei servizi integrati di base (USIB)**, centri operativi sub distrettuali che assicurano unitarietà di organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (area della cronicità, area della fragilità, etc.), che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse. Le USIB diventano, in concreto, degli ambiti sub distrettuali che assicurano unitarietà di organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (area della cronicità, area della fragilità, etc.), che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse.

Il responsabile dell'USIB, nello svolgimento di tale funzione:

- è posto in staff al Direttore di Distretto;
- ha la responsabilità complessiva dei percorsi assistenziali sanitari e sociosanitari;
- deve rendere possibili momenti di interazione con lo "Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari", strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell'accesso unificato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Le USIB devono occuparsi, quindi, della vera e propria integrazione sociosanitaria attraverso l'analisi del territorio, il monitoraggio dei servizi e l'organizzazione unitaria dell'offerta dei servizi in risposta ai bisogni assistenziali.

La programmazione aziendale individua le sedi degli Sportelli distrettuali delle UU.SS.I B, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di copertura dei costi legati al suo funzionamento.

Il modello distrettuale

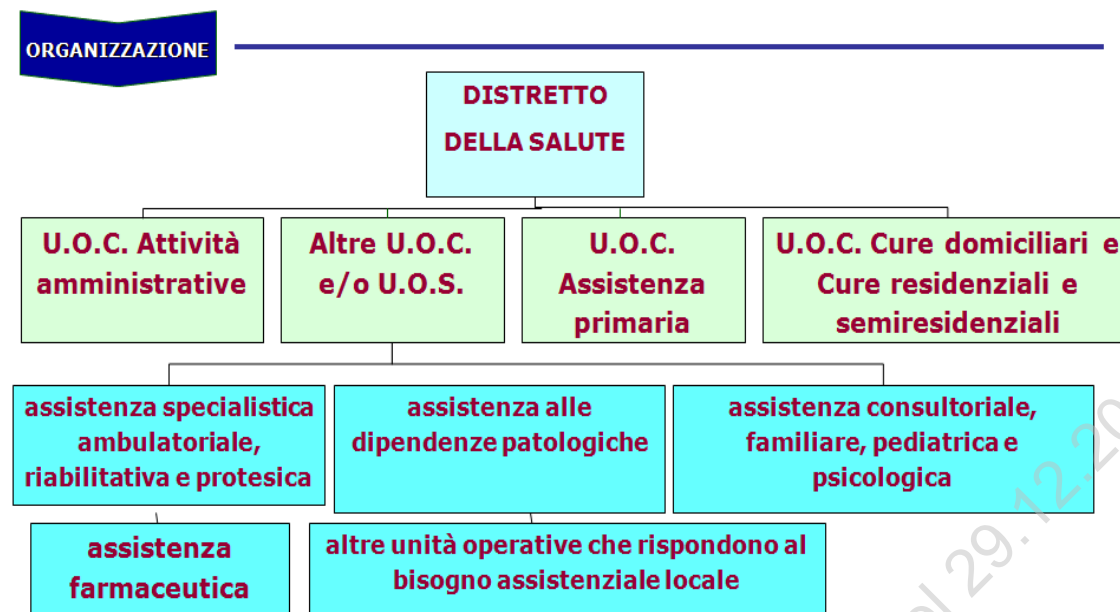
Rientrano nel livello di assistenza distrettuale, le seguenti attività assistenziali:

- primaria;
- farmaceutica;
- domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- specialistica ambulatoriale e protesica;
- riabilitativa;
- consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- sociosanitaria;
- dipendenze patologiche;
- residenziale e semiresidenziale territoriale;

Sono esclusi dalle competenze distrettuali gli ospedali per acuti sedi di Pronto Soccorso Attivo-PSA, così come individuati dalla programmazione sanitaria regionale, in quanto appartenenti all'area ospedaliera aziendale, con essi il Distretto individua specifici protocolli per la continuità assistenziale.

Oltre alle attività sopra menzionate, il **Distretto della Salute** organizza le proprie funzioni amministrative attraverso l'istituzione di una Unità Operativa Complessa che svolge le seguenti attività:

- amministrative rivolte al proprio interno con valenza anche rispetto ad altri servizi centralizzati dell'Azienda U.L.S.S.(contabilità direzionale distrettuale);
- amministrative rivolte all'utenza (rilascio tessere sanitarie, attestati di esenzione, centro di prenotazione prestazioni specialistiche, ecc);
- di coordinamento e di raccordo con le altre macro-strutture aziendali per le funzioni amministrative (dipartimento di prevenzione e presidi ospedalieri).



In ogni Distretto due unità organizzative sono complesse:

- la UOC Assistenza Primaria che comprende l'assistenza primaria, l'assistenza sociosanitaria, la continuità assistenziale e l'assistenza infermieristica;
- la UOC Cure domiciliari e Cure residenziali e semiresidenziali che comprende l'assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone e l'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

Inoltre, per garantire i livelli assistenziali di competenze del Distretto, la ASL, in ragione della specificità del bisogno assistenziale locale e dell'esistenza di servizi e/o unità organizzative di assistenza territoriale preesistenti, che risultano funzionalmente adattabili al modello distrettuale disegnato dal Piano, deve costituire altre unità organizzative configurate come complesse e/o semplici. L'atto aziendale le declina come unità organizzative complesse o semplici. Qualora siano previste come unità organizzative complesse esse hanno valore **interdistrettuale** e pertanto una sola UOC per un massimo di 2 distretti.

In ogni Distretto le unità organizzative complesse e/o semplici sono:

- l'assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitativa e protesica;
- l'assistenza alle dipendenze patologiche;
- l'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- l'assistenza farmaceutica;
- altre unità operative che rispondono al bisogno assistenziale locale.

Spetta al Direttore generale della ASL, tramite l'atto aziendale, definire il modello organizzativo del Distretto e le relative unità operative, tenuto conto di quanto su indicato ai sensi della legge n. 12 del 2008.

Nell'atto aziendale sono anche definiti i momenti di integrazione con:

- i Dipartimenti Ospedalieri al fine della definizione di percorsi assistenziali;
- il Dipartimento Salute Mentale per programmi ed iniziative di prevenzione, definizione di percorsi assistenziali al fine della continuità assistenziale e presa in carico attraverso la valutazione integrata;
- il Dipartimento di Prevenzione per i programmi e le iniziative di prevenzione primarie;
- l'ambito socio-territoriale per l'elaborazione del Piano intercomunale dei servizi sociali ed assistenziali;
- le politiche aziendali che governino i rapporti con la medicina generale, la pediatria di famiglia, la specialistica, l'integrazione sociosanitaria, le cure domiciliari.

Con appositi regolamenti di organizzazione saranno disciplinate le modalità di funzionamento dei Distretti della Salute.

Vengono altresì costituiti i **Comitati Misti aziendali e di distretto** per il controllo di qualità dei servizi. I Comitati sono composti da esperti di valutazione. È compito dei Comitati Consultivi Misti:

- promuovere l'utilizzo di indicatori di qualità e l'esecuzione di controlli di qualità, specie con riferimento ai percorsi d'accesso ai servizi ed alle liste di attesa;
- concorrere all'azione di vigilanza per il raggiungimento e la tenuta degli standard di sicurezza delle strutture sanitarie e distrettuali;
- sperimentare modalità efficaci di raccolta e di analisi delle segnalazioni dei disservizi; redigere una relazione trimestrale delle azioni svolte e dei risultati raggiunti da trasmettere all'Azienda ed al Dipartimento regionale.

Il Comitato dura in carica cinque anni. L'Atto Aziendale ne regola la composizione ed il funzionamento e ne disciplina le relazioni con gli organi e le strutture aziendali.

DISTRETTO			
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Articolazione Organizzativa	Ridefinizione del numero dei distretti come previsto dal PSR 2010-2013	A regime entro primo semestre di vigenza del piano	Adozione Atti Aziendali
	Attivazione Unità Operative secondo quanto previsto dal PSR 2010-2013	A regime entro 2011	Adozione Atti Aziendali
Sportello unico d'accesso (PUA)	Sperimentazione di uno Sportello Unico d'Accesso (SUA) in ognuna delle 2 ASL	Fine sperimentazione 2011;	Report di Sperimentazione
	Attivazione di un SUA in ognuno dei distretti	A regime entro I sem. 2012	Adozione atti formali aziendali
	Attivazione del Centro unico di accesso alla disabilità (CAUD) presso ogni SUA	A regime entro I sem. 2012	Adozione atti formali aziendali
Potenziamento della UVI (Unità Di Valutazione Integrata)	Adozione degli strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale secondo quanto previsto dal PSR 2010-2013	Entro I semestre 2011	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	UVI come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali		Adozione specifici Atti formali Aziendali
Forme sperimentali di assistenza primaria	Sperimentazione di forme innovative di assistenza primaria (ambulatorio per la gestione dei camici bianchi, punti di primo intervento, presidio ambulatoriale distrettuale, assistenza territoriale integrata, ambulatorio territoriale integrato)	Fine sperimentazione 2011;	Report di Sperimentazione
Coordinamento Funzioni territoriali	Istituzione del Comitati Misti Aziendali e di Distretto	I semestre 2011	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	Attivazione dell'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali)	I semestre 2011	Adozione specifici Atti formali Aziendali

CD.4. L'ASSISTENZA CONSULTORIALE

Per inquadrare le competenze, l'organizzazione, i requisiti e gli *standard* relativi ai Consulteri Familiari è necessario fare riferimento alla normativa nazionale e regionale sul tema.

Le competenze delle strutture consultoriali, definite all'art. 1 della L.R. n. 7/77 di istituzione dei Consulteri Familiari, sono sostanzialmente riprese dalla Legge istitutiva nazionale n. 405/75, cui si rinvia.

Con D.G.R. n. 214 del 9 febbraio 2010, la Giunta Regionale ha approvato le Linee-guida regionali per i Consulteri Familiari allo scopo di fornire alle Aziende Sanitarie Locali indirizzi per la organizzazione della rete dei Consulteri Familiari e criteri generali per gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute delle persone in età evolutiva e adolescenziale, e delle relazioni di coppia e familiari.

I contenuti esposti di seguito hanno come riferimento tali linee-guida trasponendole per le finalità del presente Piano.

La rete dei servizi consultoriali e l'integrazione sociosanitaria

Dalle indicazioni contenute nel POMI, si possono identificare i compiti che devono assolvere i vari livelli assistenziali nell'area materno-infantile:

- primo livello: la prevenzione, la presa incarico, la promozione della salute, rappresentato prevalentemente dai Consulteri Familiari;
- secondo livello: l'attività di diagnosi e cura, rappresentato prevalentemente dagli ambulatori specialistici territoriali;
- terzo livello: l'attività di diagnosi e cura, rappresentato dagli ospedali.

I Consulteri, nell'esercizio delle proprie funzioni, esplicano attività di primo e secondo livello ed agiscono in sinergia con il terzo livello.

L'attività di diagnosi e cura (secondo livello) all'interno dei Consulteri deve comunque limitarsi ad assumere una competenza di «prima istanza» riservata in particolare alla presa in carico (garantendo ove necessario percorsi preferenziali per l'accesso alle strutture) dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione o segnalati dalla pediatria di libera scelta, dalla scuola, dai servizi sociali, ecc.

L'attività consultoriale si esplica in:

- servizi all'utenza spontanea (informazione e consulenza psico-sociale e sanitaria, presa in carico);
- programmi di prevenzione mirati (gruppi spontanei o preventivamente definiti o gruppi a rischio) realizzati all'interno dei consultori e/o all'esterno (per es. scuole di vario grado);
- attività territoriale integrata (in collaborazione con i Comuni e altre istituzioni pubbliche e private, le organizzazioni del terzo settore, altre aree e servizi dell'Azienda Sanitaria, le associazioni, il volontariato, le parrocchie);
- attività di documentazione, formazione, ricerca e pubblicazione;
- attività di programmazione, verifica e monitoraggio.

I percorsi di salute e la loro costruzione.

Gli obiettivi di salute dovranno essere implementati in azioni ed interventi organizzati in **aree o percorsi di salute**.

Poiché i fattori di rischio sono per lo più distribuiti in modo non uniforme sul territorio e poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

Le fasi della programmazione delle attività e della costruzione dei percorsi di salute sono le seguenti:

1. Ricognizione dei bisogni;
2. Selezione delle priorità;
3. Individuazione delle risorse umane ed economiche interne ed esterne;
4. Individuazione dei sistemi e degli indicatori di valutazione (di processo, di risultato e di esito);
5. Progettazione dei percorsi;

Per ogni percorso devono essere individuati:

- target: Popolazione bersaglio;
- obiettivi: Finalità delle attività;
- azioni: Cosa si propone;
- modalità: Come vengono espletate;
- risorse: chi, con chi (rete, operatori coinvolti), costi/risorse economiche;

- indicatori: verifica e valutazione (di processo, di risultato e di esito);
6. Formazione/autoformazione: la formazione è un elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi. Essa è garantita con aggiornamento individuale o di gruppo, con esperti esterni o con operatori interni che hanno specifiche competenze;
 7. Modalità di espletamento delle attività: l'attività deve essere garantita su tutto il territorio in modo sinergico e coordinato, privilegiando le modalità di offerta attiva;
 8. Monitoraggio delle attività: il monitoraggio delle attività (verifica e valutazione di processo), oltre che un'azione di controllo gestionale, è un momento produttivo che garantisce un aumento di partecipazione e collaborazione, senso di appartenenza, di responsabilità e capacità di autogestione;
 9. Monitoraggio degli obiettivi: il monitoraggio degli obiettivi (verifica e valutazione di risultato e di esito), oltre che valutare l'incidenza delle azioni realizzate sugli eventi o sulle condizioni che si vogliono prevenire, garantisce un necessario supporto per la riprogettazione delle attività.

Il modello organizzativo

Per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica, è necessario prevedere l'organizzazione di tutti i fattori produttivi utili alla migliore realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona secondo un modello organizzativo a rete, così come indicato nella Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Potenza (ASP) e di Matera (ASM) per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale.

L'organizzazione a rete dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute.

Compito dell'organizzazione a rete dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica è di attivare azioni mirate al soddisfacimento dei bisogni della popolazione dell'area materno-infantile del territorio di appartenenza proponendo, altresì, la distribuzione delle risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Il Consultorio Familiare, nel rispetto delle prerogative sue proprie, istituzionali ed operative, si integra nell'organizzazione dell'assistenza distrettuale.

I Consultori Familiari, coordinati tra loro e con gli altri servizi coinvolti, mettono a punto gli aspetti operativi e realizzano le strategie di intervento operativo.

Per garantire i livelli assistenziali di competenze del Distretto, la ASL, in ragione della specificità del bisogno assistenziale locale e dell'esistenza di servizi e/o unità organizzative di assistenza territoriale preesistenti, che risultano funzionalmente adattabili al modello distrettuale disegnato dal Piano, deve costituire altre unità organizzative configurate come complesse e/o semplici. L'atto aziendale le declina come unità organizzative complesse o semplici. Qualora siano previste come unità organizzative complesse esse hanno valore interdistrettuale e pertanto una sola UOC per un massimo di 2 distretti.

Il bisogno di offrire continuità assistenziale e di dare risposta ad una complessità di funzioni che richiedono competenze specialistiche ed elevato livello di integrazione, in un'articolazione di servizi che coinvolge strutture e competenze distrettuali, sovra distrettuali ed interdistrettuali, rende necessario un modello organizzativo che permetta di coniugare l'unitarietà di programmazione e l'omogeneità di attività con il decentramento territoriale e la forte integrazione socio sanitaria.

In coerenza con la D.G.R. 1645/2009, in ogni Distretto della Salute va costituita un'Unità Operativa dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica affidata ad un Responsabile da identificare, di norma, tra il personale dirigente del ruolo sanitario e/o tecnico che dovrà essere assegnatario di un budget, gestire il personale, coordinare l'attività, monitorizzare il conseguimento degli obiettivi dei Consultori, far parte dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, fungere da garante nei confronti del Distretto della Salute.

Il raccordo, il coordinamento ed il monitoraggio delle attività consultoriali è affidato al responsabile dell'unità operativa. L'integrazione si concretizza nella costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, espressione dei vari profili professionali operanti nei CC.FF. Tale gruppo dovrà svolgere funzioni di supporto alle seguenti attività:

- programmazione delle attività relative all'area materno - infantile, per il territorio di competenza, in coerenza con gli indirizzi dettati dalla programmazione aziendale;
- coordinamento delle attività;
- elaborazione di linee guida e protocolli attuativi;
- programmazione della attività di documentazione, formazione, ricerca e pubblicazione;
- controllo e verifica delle attività.

Dovendosi integrare con le funzioni distrettuali, il Consultorio Familiare dovrà almeno servire lo stesso bacino o un sottobacino d'utenza dell'Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB) in cui opera.

Tutti i Consultori dovranno essere messi in rete per garantire l'omogeneità degli interventi e l'uniformità delle azioni.

La programmazione.

Il processo di programmazione dovrà partire dal livello regionale (costituzione di un Gruppo permanente di Coordinamento Regionale dei Consultori Familiari, che opererà con i metodi della socializzazione delle esperienze, dell'integrazione e della formazione, con compiti di programmazione e individuazione di indirizzi e linee guida). Ne dovranno far parte un rappresentante per ogni figura professionale presente nei Consultori della Regione ed i Responsabili delle U.O. distrettuali dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica), per transitare attraverso quello aziendale e distrettuale (così come definito nella Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Potenza e di Matera per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale), fino al livello di servizio dove potranno essere costituiti gruppi/tavoli di lavoro misti/integrati (consultoriali, distrettuali, interdipartimentali, interistituzionali), che avranno il compito di progettare ed implementare le attività e di garantire, in forma costante, all'interno dei programmi formativi aziendali:

- la formazione/autoformazione, elemento essenziale per il raggiungimento degli obiettivi, garantita con l'aggiornamento individuale o di gruppo, con esperti esterni o con operatori interni che hanno specifiche competenze;
- la modalità di espletamento delle attività, che devono essere assicurate su tutto il territorio in modo sinergico e coordinato, seguendo le modalità stabilite nei vari percorsi o progetti, che dovranno privilegiare le modalità dell'offerta attiva.
- Gli operatori devono garantire un effettivo raccordo tra i singoli Consultori, il Distretto, gli Enti Locali, le Agenzie Educative, per la parte di competenza gli Ospedali per acuti ecc., anche attraverso tavoli di lavoro congiunti.

Nel promuovere tavoli di lavoro integrati, finalizzati alla definizione di tali strumenti, gli operatori devono tener presente che, oltre ai contenuti delle attività oggetto della programmazione comune, devono essere esplicitati:

- i livelli di responsabilità istituzionale delle varie componenti (chi è referente per l'Azienda, per il Comune, per l'Associazione, ecc.);
- i livelli di responsabilità operativo/gestionale (chi è responsabile della fase, del percorso o dell'azione);
- le risorse umane, economiche, strumentali, tecnologiche, ecc.

All'inizio dell'anno, gli operatori, riuniti in équipe, sono tenuti a stilare la programmazione annuale consultoriale che dovrà garantire il conseguimento degli obiettivi prioritari consultoriali e territoriali dell'Azienda. Dopo aver individuato le azioni comuni, gli interventi, le metodologie ecc., ogni Consultorio dovrà redigere un Piano di lavoro che garantisca, le risorse, le collaborazioni, gli interventi prioritari e l'attuabilità, sul territorio di competenza

A fine anno, ogni Consultorio è tenuto alla compilazione della **Scheda Regionale Annuale per la Rilevazione delle Attività e dell'Organizzazione dei Consulenti Familiari**. Sarà cura dei Responsabili delle U.O. distrettuali dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica di ogni Azienda provvedere all'accorpamento, in un'unica scheda, dei dati riportati nella Schede Regionali dalle singole strutture e all'invio della stessa alla Regione, nonché all'alimentazione del flusso dati Ministeriale. Tali strumenti, non serviranno solo alla valutazione e alla verifica delle attività svolte, ma anche alla nuova riprogettazione.

Per garantire la circolarità delle informazioni, la dovuta integrazione e favorire la partecipazione, il responsabile dell'U.O. distrettuale dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica, organizza, in modo sistematico, incontri periodici per la programmazione degli interventi, la progettazione delle attività e la verifica.

Per lo svolgimento delle sue funzioni il Consultorio si avvale delle figure professionali mediche, laureati non medici, personale infermieristico e di assistenza sociale di cui all'art. 3 della legge n. 405 del 1975. Devono essere previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali, presenti nella A.S.L. a disposizione dei singoli Consulenti, quali: il Legale, il Mediatore Linguistico-Culturale, il Mediatore Familiare, il Neuropsichiatra Infantile, l'Andrologo; il Genetista.

CD.5. IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Obiettivi e funzioni dell'assistenza domiciliare

Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare possono essere così riassunti:

- garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni di salute e di benessere dell'utente;
- migliorare la qualità della vita dell'utente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- mantenere per quanto possibile l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione;
- evitare o ridurre i rischi di isolamento o di emarginazione sociale;
- favorire la deospedalizzazione evitando i ricoveri non necessari o troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per l'utente che per i propri familiari;
- assicurare continuità terapeutica ed assistenziale nel momento critico della dimissione ospedaliera.

Le funzioni assistenziali domiciliari sono:

- assistenza domiciliare programmata (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario;
- assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sociale ;
- assistenza domiciliare rivolta al malati in fase critica.

I livelli di intensità assistenziale

Le cure domiciliari, in base alle complessità correlate, come dettagliatamente articolato nelle linee guida approvate con la D.G.R. n.862/2008, vengono suddivise in:

- Cure Domiciliari Prestazionali, prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Le Cure Domiciliari Prestazionali prevedono un ruolo di centralità del MMG che assume la responsabilità del processo di cura a domicilio del paziente e sono autorizzate dal Responsabile del Servizio di Cure Domiciliari;
- Cure Domiciliari di I e II livello, assenza di criticità specifiche ma bisogno di continuità assistenziale e di interventi programmati che si articolano su più giorni settimanali (I livello massimo 5 giorni, II livello massimo 6 giorni);

- Per cure domiciliari integrate di I e II livello si intendono gli interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie che prevedono la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del MMG nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione integrata. Il MMG assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.
- Cure Domiciliari integrate di III livello e Cure domiciliari palliative a malati terminali, presenza di criticità specifiche e bisogno di continuità assistenziale e d'interventi con un elevato livello di complessità che si articolano anche sui 7 giorni della settimana (assorbono "l'Assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale", "l'Ospedalizzazione Domiciliare" e "l'Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative").

Le cure domiciliari di III livello e le cure palliative sono interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche.

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

La legge n.38 del 15 marzo 2010 impone ancor più una programmazione attenta al bisogno assistenziale nella fase finale della vita e nei casi di malattie ad andamento evolutivo, per:

- sensibilizzare ad una cultura del controllo del dolore e della sofferenza globale;
- tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- completare l'offerta di servizi in modo sempre più aderente alle reali esigenze cliniche dei pazienti.

Organizzazione dei servizi sanitari domiciliari

Il modello organizzativo delle cure domiciliari, come definito nelle linee-guida di cui alle DD.GG.RR. n.1655/2001 e n.862/2008, è stato confermato anche a seguito della riforma sanitaria regionale, L.R. n.12/2008 e della direttiva vincolante per l'organizzazione e il

funzionamento del Macrolivello territoriale (D.G.R. n.1646/2009). Il Centro di coordinamento delle cure domiciliari e palliative ha conservato la propria funzione ed ha al momento sede distrettuale, coincidente con l'ambito geografico delle sopresse aziende sanitarie.

Il governo della rete dei servizi sanitari domiciliari è a tutt'oggi assicurato dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative che è integrato nell'Unità operativa Assistenza domiciliare e residenzialità.

Il Centro di Coordinamento rappresenta il punto di riferimento degli operatori per la rilevazione e la valutazione dei bisogni, l'informazione, la comunicazione ed il coordinamento delle attività domiciliari. È punto di riferimento e di collaborazione con i servizi esistenti, sia sanitari sia sociali ed opera a tre livelli: ospedaliero, territoriale e nelle strutture comunitarie, protette e non, in collaborazione con il medico curante.

Esso rappresenta la sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari, momento di raccordo tra i servizi delle UU.SS.I.B. e quelli erogati dagli Ambiti Socio Territoriali.

Le competenze del Centro di coordinamento sono:

- coordinamento generale con i servizi Socio assistenziali erogati dall'Ambito Socio Territoriale;
- attivazione dell'UVI distrettuale per la valutazione e la eventuale presa in carico;
- valutazione tecnico-professionale per la qualità del servizio ed organizzazione (elaborazione di protocolli, del prontuario terapeutico, della relazione annuale);
- valutazione gestionale (coordinamento interdistrettuale per un'omogenea realizzazione del programma ADI, elaborazione di modulistica unica...), in collaborazione con i direttori di distretto e con il coordinatore dell'Ambito Socio Territoriale;
- formazione periodica multidisciplinare (elaborazione di programmi di aggiornamento per équipe ADI): la formazione può essere attivata in forma congiunta con i Comuni, anche per le figure sociali, previo accordo tra le parti;
- attivazione di specifici protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato;
- verifica e controllo delle attività domiciliari comprese quelle eventualmente delegate al terzo settore.

La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, la pianificazione organica delle unità di offerta, la valutazione multidimensionale, la globalità ed intensività

dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sociali e sanitari, la valutazione dei costi nelle decisioni, la valutazione evolutiva degli esiti e, sulla scorta di questi principi, dovrà presentare ogni anno il **piano annuale delle attività**.

Esso definisce le modalità con cui saranno raggiunti gli obiettivi assegnati nel rispetto dei principi di qualità più avanti precisati e su cui andranno prodotti specifici indicatori per ogni singolo obiettivo. Tale Piano rientra nel Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari come stabilito dall'art. 16 della L.R. n. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Al Centro di Coordinamento sono indirizzate le segnalazioni di assistenza domiciliare che poi provvederà ad indirizzarle alla UVI distrettuale perché venga promossa la valutazione del caso.

Ogni UVI, composta dal medico curante, infermiere professionale, terapeuta della riabilitazione ed assistente sociale aziendale e/o dell'operatore dei servizi sociali dell'Ambito, integrata da eventuali altre figure professionali (specialista, psicologo, ecc) sulla base dei bisogni segnalati individua, al proprio interno, un membro che funge da "Case Manager" o coordinatore del caso che, una volta ricevuta la richiesta o la segnalazione di intervento, effettua la valutazione multidimensionale (VMD) presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della dimissione. Il "case manager" è figura professionale addestrata alla somministrazione dei test utili alla VMD, ha il compito specifico di seguire l'assistito in tutte le fasi del piano di assistenza personalizzato e di facilitare i rapporti e i collegamenti tra i vari servizi che devono interagire con l'assistito.

I presupposti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG.

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio integrato di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, Lo strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla regione Basilicata è il VAOR-ADI;

- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene, inoltre, individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

L'Unità di Terapia del Dolore e Cure Palliative è il supporto organizzativo alle attività di assistenza domiciliare ai malati in fase critica.

Gli obiettivi primari sono:

- consulenza per i malati ricoverati nei reparti ospedalieri;
- consulenza per i medici di medicina generale nei casi di particolare impegno e complessità di ammalati assistibili a domicilio;
- controllo e monitoraggio del dolore ed altri sintomi con tecniche specifiche;
- accesso preferenziale dei malati terminali per ricoveri brevi indirizzati a trattamenti non eseguibili a domicilio, per predisporre un adeguato piano di cura (titolazione di farmaci, diagnostica strumentale complessa, dispositivi impiantabili, tecniche neurolesive, alimentazione);
- effettuazione di interventi di sostegno (confezionamento di gastrostomia per endoscopica, digiunostomia, colostomia, nefrostomia, protesi digestive) e fornire un sollievo temporaneo dal carico assistenziale alla famiglia se inserita in un piano di assistenza domiciliare;
- relazione con i diversi servizi ospedalieri per il passaggio del paziente dalla fase di trattamento a quella palliativa;
- integrazione e completamento dell'attività della rete domiciliare di assistenza laddove sia assente o indisponibile il nucleo familiare del malato terminale o sia inadeguato o assente il domicilio dello stesso.

Il modello assistenziale prevede, infatti, la possibilità di ospedalizzazioni "mirate" al controllo sintomatico di momenti di malattia non gestibili a livello domiciliare.

Questa articolazione funzionale, in rete con gli altri nodi del sistema che fa capo alla UOC Cure domiciliari e Cure residenziali e semiresidenziali, può favorire la continuità

terapeutica, assistenziale ed organizzativa. I nodi della rete costituiscono i punti di sintesi e di svincolo fra cure palliative e cure primarie.

Procedure per l'attivazione delle cure domiciliari

Le procedure per l'attivazione della valutazione integrata per l'ammissione alle Cure Domiciliari possono essere promosse da:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero all'atto della dimissione;
- medico della residenza (Casa di Riposo/RSA);
- servizi sociali;
- organismi della cittadinanza attiva,
- familiari dell'assistito.

La segnalazione, redatta su apposita scheda, deve essere compilata in maniera dettagliata. Deve pervenire al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e Palliative ove il Responsabile del Centro dispone la valutazione integrata che sarà effettuata dal "case manager", scelto tra i componenti dell'UVI, che si recherà al domicilio del paziente, comunicando preventivamente, al medico curante e al paziente il giorno della visita. L'UVI e il MMG concorderanno il trattamento ed il piano di assistenza personalizzato.

Cartella Domiciliare Integrata

Al domicilio dell'utente sarà conservata una cartella integrata, ad uso di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari, al fine di:

- assicurare la continuità dell'assistenza e l'integrazione multiprofessionale;
- garantire e facilitare l'accesso alle informazioni indispensabili all'assistenza e cura del utente.

Parte integrante e sostanziale della Cartella, che riporta tutti gli accessi e gli interventi, le prescrizioni ed i referti, è il piano di assistenza personalizzato che rappresenta il mezzo attraverso il quale vengono descritti e condivisi gli obiettivi di assistenza ed i risultati attesi. La definizione del modello di Cartella Domiciliare Integrata da adottare nel Sistema della Cure Domiciliari è da ricondurre al percorso "Innovazione delle Cure Domiciliari", di cui al paragrafo successivo.

Scheda di Rilevazione Assistenziale Domiciliare (RAD)

Si introduce, quale derivazione della scheda di valutazione multidimensionale VAOR-ADI, la RAD Scheda di Rilevazione Assistenza Domiciliare, che al pari della SDO per il macrolivello ospedaliero, rileva le prestazioni erogate nel contesto del programma di assistenza domiciliare e favorisce la condivisione di un modello di raccolta, analisi e lettura dei dati.

La RAD rappresenta lo strumento di base per implementare ed alimentare il flusso informativo regionale, che dovrà essere messo a punto anche secondo le indicazioni ed esigenze del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), istituito con D.M. 17 dicembre 2008, "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", e dovrà contenere informazioni di carattere organizzativo, sulla tipologia dell'assistenza erogata e di costo.

La compilazione della RAD deve essere completata al termine dell'episodio di cura, contestualmente alla chiusura della Cartella Domiciliare Integrata.

Sistema di monitoraggio delle cure domiciliari e palliative

E' associato ai seguenti indicatori:

- indicatori del flusso informativo ministeriale di cui al paragrafo precedente;
- indicatori desunti dalla scheda di valutazione VAOR-ADI e di rilevazione RAD;
- n.34 indicatori di cui alle linee guida approvate con la D.G.R. n.862/2008;
- il coefficiente di intensità assistenziale (CIA) legato alla complessità del caso e alla durata media del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per caratterizzare i profili di cura di cui alle linee guida approvate con la D.G.R. n.862/2008 e di seguito dettagliato:

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 del servizio;

il coefficiente CIA è il risultato del rapporto GEA/GDC

La valutazione di questi indicatori è propedeutica al conseguimento degli obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata.

I Direttori Generali provvedono, pertanto, alla piena attuazione delle Linee-guida, nel rispetto degli standard di qualità e impegnano i Centri di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, afferenti agli ambiti territoriali di competenza, a predisporre la relazione annuale di attività, con particolare riferimento al set degli indicatori sopraelencati. Per l'anno 2011 il numero di soggetti di età > 65 anni, trattati in Cure Domiciliari, è >= 5% della popolazione con età > 65 anni.

Sono confermati gli obiettivi declinati nella L. n.38/2010.

Il futuro delle Cure Domiciliari: l'innovazione

Il percorso futuro delle cure domiciliari non può che evolvere verso l'innovazione, anche grazie ad un contesto regionale maturo in termini di informatizzazione ed evoluto per l'adozione di soluzioni tecnologicamente innovative. La Regione Basilicata presenta un avanzato assetto di sanità elettronica. Strumenti come l'infrastruttura di rete, l'interconnessione a larga banda il sistema LUMIR, hanno consentito di potenziare l'efficacia delle numerose applicazioni dedicate a specifici flussi/processi informativi quali ad esempio l'Anagrafe Sanitaria degli Assistiti/Assistibili e delle Strutture Sanitarie, AIRO, il CUP, i vari sistemi a supporto dell'ADI, le applicazioni per la gestione delle attività dei medici generali/pediatri (BASMed, Infanzia, Millewin, Perseo, etc.); il progetto ICAR, il progetto TeleMedBas.. Si è, pertanto, realizzata una infrastruttura di servizi in rete che integra gli strumenti informativi utilizzati dagli operatori sanitari nel Sistema Sanitario Regionale lucano, al fine di supportare la gestione integrata delle cure e la condivisione delle informazioni sugli assistiti nell'assistenza territoriale, il cui prodotto finale è il fascicolo sanitario in rete che permette la raccolta della documentazione sanitaria sul singolo assistito e la sua condivisione fra operatori sanitari autorizzati alla consultazione. Per quanto esposto, conseguire l'obiettivo di innovazione nelle cure domiciliari significa: collegamento al Fascicolo Sanitario Elettronico – FSE, di tipo bidirezionale, per accedere alla storia clinica del paziente telematicamente, a prescindere dalla locazione fisica e per versare nel fascicolo stesso i dati relativi alle prestazioni rese a domicilio.

Il risultato atteso dei processi innovativi è una più efficace governance clinica dei processi, con un innalzamento della qualità dell'assistenza e di livelli di prestazioni più elevati, a garanzia dell'appropriatezza delle cure.

Il futuro delle Cure Domiciliari: la qualità e l'efficienza

Le linee guida di cui alla D.G.R. n.862/2010, includono una sezione dedicata alla qualità ed all'efficienza delle cure domiciliari, finalizzata ad attuare un modello flessibile per le risorse attivate ma, altresì, il più possibile omogeneo per l'organizzazione, necessariamente ispirata ai principi dell'integrazione e del coordinamento.

Il modello di qualità si ispira alle Norme ISO 9000, in particolare alla Norma ISO UNI EN 9004-1

Lo sviluppo della qualità delle Cure Domiciliari richiede, inoltre, la definizione di obiettivi di qualità (che cosa fare) e delle modalità di raggiungimento degli obiettivi operando secondo principi di qualità. Lo sviluppo della qualità in AD richiede la definizione del sistema qualità, inteso come l'insieme di:

- organizzazione;
- risorse;
- procedure necessarie per garantire una buona assistenza.

Il sistema qualità deve rispondere ai bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti non autosufficienti secondo i criteri di eleggibilità fissati. Nel caso in cui le risorse umane e materiali a disposizione non possano far fronte alla domanda, devono essere individuati criteri di priorità per la presa in carico quali:

- pazienti in fase terminale;
- dimissioni protette;
- elevato grado di non autosufficienza;
- condizioni economiche disagiate.

CD.6. IL SETTORE DELLE DIPENDENZE

Gli obiettivi operativi che la Regione intende sviluppare nel prossimo triennio, vanno declinati in:

- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, socio sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, favorendo gli inserimenti lavorativi, in quanto fortemente correlati alla cura e al reinserimento sociale;
- favorire l'integrazione tra i Dipartimenti di salute Mentale ed i servizi per le tossicodipendenze, ai fini di una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- attuare programmi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno;
- coordinamento con i Comuni ed altri enti del privato sociale titolari di progetti ed interventi di tipo socio-educativo, finalizzati a contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, che spesso attuano interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- attuare interventi di sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali ed illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento;
- promozione della salute con programmi mirati all'età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni pubbliche e private che quotidianamente operano in favore dei giovani;
- adeguamento del Sistema informativo alle indicazioni nazionali per gli aspetti delle dipendenze;
- formazione, riqualificazione professionale e sviluppo della ricerca nel settore.

Al fine di monitorare lo sviluppo degli obiettivi sopra declinati, la Regione promuove l'attivazione di un'apposita sezione "dipendenze patologiche" nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale. Con apposito regolamento regionale verranno definite le modalità di composizione e funzionamento della sezione.

Inoltre, nell'ambito della sistematizzazione delle attività e dei servizi per il contrasto delle dipendenze patologiche, si curerà l'individuazione dei requisiti necessari per

l'autorizzazione e l'accreditamento ,al fine di garantire il cittadino della necessaria qualità dei livelli di assistenza.

L'attuale distribuzione dei Ser.T nella regione, risente di un'eccessiva tendenza alla centralizzazione dell'offerta e soddisfa solo parzialmente l'esigenza di territorializzazione. Le Aziende Sanitarie devono, quindi, prevedere la costituzione dei Ser.T in ogni Distretto. Si tratta di Servizi offerti da una équipe multiprofessionale che opera sia presso la Struttura Distrettuale e Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB) che presso le altre strutture sanitarie, sociali o socio/sanitarie del Distretto (scuole, strutture penitenziarie, Enti Locali, DSM, Medicina Generale Ospedale), al fine di fornire assistenza a bisogni particolari (alcolismo, tabagismo, abuso/dipendenza in adolescenza, cocainomani).

I Ser.T mantengono il profilo multidisciplinare del personale assicurando trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo, medico-farmacologico e preventivo, estendendo i loro interventi nell'ambito relativo alle sostanze d'abuso legali ed a quelli delle dipendenze comportamentali.

Ogni Azienda sanitaria dovrà definire un programma di formazione ed aggiornamento annuale sui temi delle dipendenze che preveda momenti di formazione per il personale dei Ser.T e delle Comunità terapeutiche, secondo gli indirizzi che saranno indicati dalla Regione. E' importante che i servizi del Privato Sociale e degli Enti Accreditati vengano compresi nella rete locale e che si relazionino con i Ser.T. Le Aziende Sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi del Terzo Settore, nell'ambito della prevenzione, cura e reinserimento sociale per le persone con problemi di dipendenza, costituiscono il coordinamento per le dipendenze, quale supporto alla programmazione territoriale composto di:

- responsabili dei ser.T;
- rappresentanti degli Enti Accreditati;
- rappresentanti del Privato Sociale;
- rappresentanti degli Enti Locali;
- soggetti rappresentativi delle realtà locali (Forze dell'Ordine, Amministrazione; Penitenziaria, Istituzioni Scolastiche, Prefetture).

Obiettivo	Azione	Tempi	Soggetto attuatore	Verifica attuazione
Sezione regionale sulle Dipendenze nell'Ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale	Costituzione Composizione Modalità di funzionamento	1°anno	Regione	Adozione Atti
Requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi pubblici e privati	Indicazioni operative nell'Ambito del manuale regionale per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie	1°anno	Regione	Adozione Atti
Adeguamento del Sistema informativo alle indicazioni nazionali per gli aspetti delle dipendenze	Completamento Procedure	1° anno	Regione	Implementazione Dati
Formazione/Aggiornamento Personale pubblico e privato accreditato	Nell'ambito dei Piani Formativi Aziendali Annuali - indicazioni per gli aspetti delle dipendenze patologiche	1° anno	Regione	Adozione Atti
Promozione di iniziative sul contrasto alle dipendenze nell'ambito dei Piani attuativi, Piano attuativo sanitario distrettuale - PASD e Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari - PISS, (declinati al paragrafo 4.3)	Linee di Indirizzo per una politica sulle Dipendenze in Basilicata	1° - 3° anno	Regione e Aziende Sanitarie	Adozione Atti e Programmi di intervento
Potenziamento Ser.T	Definizione Pianta Organica	1°anno	Azienda Sanitaria	Adozione Atti
Formazione Operatori Servizi Pubblici e privato accreditato	Programma formativo: individuazione temi specifici	2° anno	Azienda Sanitaria	Report
Integrazione Socio/Sanitaria	Organizzazione "rete" dei Ser.T Territoriali/Distrettuali	2° anno	Azienda Sanitaria	Adozione Atti
Integrazione a livello territoriale di tutti i soggetti che hanno competenza nel campo della prevenzione	Costituzione di gruppi di lavoro su obiettivi prioritari per il coordinamento territoriale e azioni integrate di Prevenzione	2° anno	Azienda Sanitaria	Numero di programmi coordinati di prevenzioni territoriale attivati
Assistenza persone in situazioni multiproblematiche: • tossicodipendenti • disturbi psichici	Coordinamento (Ser.T - SM - MMG)	1° - 3° anno	Azienda Sanitaria	Protocolli Operativi
Interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro	Definizione progetto regionale di Prevenzione nei luoghi di lavoro	1°anno	Azienda Sanitaria	Adozione Atti
Riduzione di rischi di salute	Linee Guida Sulla	1°anno	Regione	Stesura Linee

per le persone tossicodipendenti	Riduzione Del Danno			Guida: Adozione Atti e Divulgazione
Assistenza Sanitaria: detenuti, tossicodipendenti e alcol dipendenti	Collaborazione Provveditore Regionale Amministrazione Penitenziaria/Regione	1° -3° anni	Regione e Aziende sanitarie	Protocollo D'Intesa: Indirizzi Operativi per gli interventi
Obiettivo: sensibilizzare le figure adulte significative (genitori, insegnanti, animatori) sulle tematiche dell'uso ed abuso delle sostanze stupefacenti	Attivazione Campagna Informativa	1°anno	Regione Aziende Sanitarie	Approvazione Atti Valutazione Di Impatto Alla Campagna

CD.7. LA RESIDENZIALITA'**Fabbisogno di prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani.**

Si è cercato di stimare il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali, calcolato sulla base dei seguenti parametri:

- percentuale anziani dipendenti stimata intorno al 30% della popolazione > 65 anni, pari a circa 118.000 abitanti (studi di settore, anno 2004);
- tasso di copertura della popolazione anziana non-autosufficiente con la residenzialità e semiresidenzialità del 7%. Il restante 23% della popolazione anziana non-autosufficiente viene coperta con le diverse forme di Assistenza Domiciliare integrata, per evitare le forme di segregazione sociale.

Considerata la necessità di potenziare il sistema di offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, si è pensato di elevare a 826 i posti letto, ripartiti tra le diverse tipologie di strutture, secondo il dettaglio esplicitato nelle tabelle di seguito riportate.

Tabella - Fabbisogno di posti letto per residenziale e semiresidenziale

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 aa	Fabbisogno di PL
RSA anziani R1 R2 R3	5,6	660
Semiresidenzialità anziani SR	1,4	165
RSA demenze senile R2D: Demenza senile Nuclei Alzheimer	2,0	236
Semiresidenzialità demenze SRD	1,0	118

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 anni
RSA anziani (R1 R2 R3)	5,6
R1	0,56
R2	1,68
R3	3,36

I coefficienti si riferiscono all'intera popolazione anziana e costituiscono una proiezione simulata e semplificata del fabbisogno di intensità di cura sulla base di calcoli inferenziali e di studi pilota epidemiologici e di utilizzo di parametri quali l'indice di Katz e di ADL (Activities of Daily Living) per la valorizzazione della dipendenza.

Il quadro del fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali per anziani, suddiviso per Azienda sanitaria è, invece, riportato nelle tabelle che seguono, suddivise per tipologie di struttura.

Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
RSA anziani R1 R2 R3	660	440	220
R1	66	44	22
R2	198	132	66
R3	396	264	132
Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
Semiresidenzialità anziani SR	165	110	55

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di **“cure intensive o estensive”** ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad **“assistenza e terapie di mantenimento”**, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Gli standard qualificanti sono riassunti nelle indicazioni della Tabella che segue.

Prestazioni	Standard qualificanti
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min.
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare:
Complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie
Tipologia di utenza
Soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione.
Tipologia di struttura
Residenze Sanitarie Assistenziali anziani R1 R2 R3 Strutture di Semiresidenzialità anziani SR
Modalità di accesso
Valutazione da parte dell' Unità di Valutazione Integrata (UVI)
Durata di degenza
Senza limite predefinito, ma sottoposti a rivalutazione, da parte dell'UVI, ogni 90 gg per verifica possibilità di reinserimento a domicilio e conferma appropriatezza livello di assistenza
Standard di struttura
DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno
5,6 posti letto per 1.000 > 65 anni in RSA anziani R1 R2 R3 1,4 posti letto per 1.000 > 65 anni in strutture di Semiresidenzialità anziani SR
Sistema di classificazione del paziente
RUG

Allo stesso modo, è stata stimata la popolazione anziana > 65 con problemi di demenza senile nelle diverse espressioni che ammonta a circa 10.000, di cui 6.000 casi di demenza senile e disturbi del comportamento e 4.000 diverse forme e grado di Alzheimer. Il 30% di questa popolazione richiede prestazioni di tipo residenziale per la necessaria sorveglianza a prevalente assistenza sanitaria. Si rivela, quindi, il presente fabbisogno assistenziale 236 e 118.

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 aa	Fabbisogno PL	ASP	ASM
RSA demenze senile R2D di cui:	2,0	236	157	79
• Demenza senile	1,3	153	102	51
• Nuclei Alzheimer	0,7	83	55	28
Semiresidenzialità demenze SRD	1,0	118	79	39

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani con demenza senile (scheda sinottica)	
Bisogno da soddisfare:	Demenza senile
Tipologia di utenza	Pazienti affetti da demenza senile, non assistibili a domicilio, nella fase centrale della malattia in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico"
Tipologia di struttura	Residenze Sanitarie Assistenziali demenza senile R2D Strutture per Semiresidenzialità demenze SRD
Modalità di accesso	Valutazione da parte dell'UVI
Durata di degenza	Per la durata della fase centrale della malattia, con periodica valutazione da parte dell'UVI
Standard di struttura	DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento + controllo ambientale e giardino Alzheimer
Tariffa	Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno	2 posti letto per 1.000 > 65 anni in RSA demenze senile R2D: 1 posti letto per 1.000 > 65 anni in strutture di Semiresidenzialità demenze SRD
Sistema di classificazione del paziente	RUG

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Disabili.

Il Sistema della residenzialità e semiresidenzialità per disabilità in Basilicata è, altresì, un sistema in cui le strutture di offerta meritano un potenziamento. Secondo dati ISTAT (*ISTAT - L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto/Anno 2003*), infatti, emerge che in Italia, al 31 dicembre 2003, 27.675 adulti disabili sono ospitati nei presidi socio assistenziali presenti sul suolo nazionale (17.000, pari al 64,2%, in strutture collocate nel Nord Italia; 4.554, pari al 16,5%, nel Centro; 5.346, quasi il 20%, nel Sud. La media nazionale è di circa 0,5 posti letto per mille abitanti, contro lo 0,1 della Basilicata.

Ospiti presenti nei presidi socio assistenziali al 31 dicembre 2003			
	PL occupati	Popolazione	PL x 1000
Basilicata	62	596.821	0,10
Italia	27.675	57.320.759	0,48

Il quadro dell'offerta attuale extra-ospedaliera per la Riabilitazione e Disabilità è riportata nella tabella che segue:

Tabella Posti letto residenziali (internato) e semiresidenziali (seminternato) accreditati Istituti riabilitazione ex art. 26

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	POSTI LETTO			
	Padri Trinitari	AIAS - Melfi	AIAS - Matera	TOTALE
Residenziale	140	38	0	178
Semiresidenziale	30	50	60	140
TOTALE	170	88	60	318

Stimando la popolazione disabile nell'ordine dell'1% della popolazione totale, si ritiene di dover valutare il fabbisogno di posti letto necessari nell'ordine del 2,5% della popolazione disabile, corrispondenti ad un tasso complessivo di posti letto per le diverse tipologie dello 0,35 x 1.000 abitanti (pari a 220 posti letto complessivi). Si registra, quindi, un'offerta di prestazioni residenziali e semiresidenziali (pari a 318 posti letto) superiore al fabbisogno. Numerosi ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali vengono da altre Regioni. Pertanto, pur riconoscendo i 318 posti letto complessivi per l'assistenza ai residenti di Basilicata, sono contrattualizzabili solo 220 posti letto residenziali e semiresidenziali

Tabella - Posti letto residenziali (internato) e semiresidenziali (seminternato) contrattualizzabili per i residenti in Basilicata Istituti riabilitazione ex art. 26

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	POSTI LETTO		
	Prov. Potenza	Prov. Matera	TOTALE
Residenziale	100	0	100
Semiresidenziale	79	41	120
TOTALE	179	41	220

In relazione alle diverse tipologie di utenti, declinate nelle Linee Guida sulla riabilitazione del 7 maggio 1998, verranno di seguito indicate le strutture preposte alla erogazione delle prestazioni:

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale. Ad esse è collegato il codice di attività **RD1**.

Strutture di erogazione: Residenze di Riabilitazione Estensiva (strutture ex art. 26) internato

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico. Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate, in nuclei specializzati, a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche. Ad esse è collegato il codice di attività **RD2**.

Strutture di erogazione: Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva; Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva;

- prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per: disabili gravi (codice di attività **RD3**).

Strutture di erogazione: Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti gravi o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL);

- disabili privi di sostegno familiare (codice di attività **RD4**).

Strutture di erogazione: Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL).

Legenda:

- il livello collegato al codice di attività **RD1** risulta riferita alle persone disabili inserite in programmi riabilitativi intensivi o estensivi, ovvero con necessità di assistenza essenziale per il supporto vitale;
- il livello collegato al codice di attività **RD2** risulta riferita a tutte le prestazioni residenziali (anche di mantenimento) erogate a minori con patologie neuropsichiatriche;
- il livello collegato ai codici di attività **RD3** e **RD4** risulta riferita a prestazioni di mantenimento, anche di diversa intensità erogate a disabili gravi o disabili privi di sostegno familiare

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Disabili (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare:
attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
Tipologia di utenza
prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale. Ad esse è collegato il codice di attività RD1 .
Tipologia di struttura
Residenze di Riabilitazione Estensiva (strutture ex art. 26) – internato
Tipologia di utenza
attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche. Ad esse è collegato il codice di attività RD2 .
Tipologia di struttura
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva; Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva
Tipologia di utenza
prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per: disabili gravi (codice di attività RD3)
Tipologia di struttura
Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti gravi o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL) disabili privi di sostegno familiare (codice di attività RD4) Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL)
Modalità di accesso Valutazione da parte dell'UVI
Standard di struttura DPR 14 gennaio 1997 + leggi e atti regionali autorizzazione accreditamento
Tariffa Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno 0,30 x 1.000 abitanti (pari a 180 posti letto complessivi).

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

Considerata la necessità di potenziare le strutture di offerta necessarie a soddisfare le prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche si ritiene, con il presente Piano, di stimare la previsione del fabbisogno prendendo in comparazione la dotazione residenziale prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2x10.000 ab.), che tende a potenziare le forme “leggere” di assistenza tutelare. Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell’ambito del sistema di offerta del DSM.

Per la Regione Basilicata, considerando la popolazione totale (588.879 all’ 1/1/2010), si ritiene di dover valutare la quota di posti letto necessari in 230 (3,9x10.000 ab.).

Per la Regione Basilicata, quindi, si prevedono le seguenti tipologie di strutture:

- residenze riabilitative per la post-acuzie (RP1.1);
- case famiglia (RP1.2.1 - RP1.2.2);
- gruppi appartamento di convivenza (RP2);
- residenze protette (RP2).

Le dotazioni di posti letto residenziali per ASL sono riportate nelle tabelle che seguono.

Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche	230	152	78

Coefficiente	Residenze riabilitative	Case famiglia	Gruppi appartamento	Residenze protette	TOTALE
	1,2/10.000	1/10.000	0,7/10.000	1,1/10.000	3,9/10.000
ASP	46	40	28	42	152
ASM	24	20	14	22	78
Tot	70	60	42	64	230

Il Piano declina le prestazioni residenziali in tre macro tipologie:

1. **Prestazioni terapeutico-riabilitative (codice RP1)** erogate in strutture per pazienti

che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi:

- **intensivi (codice RP1.1)**, Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza, fissata dal progetto terapeutico, non è comunque superiore a 18 mesi. Le **strutture di erogazione** sono *Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie* (8-12 PL)
- **estensive (codice RP1.2)**, sono prestazioni che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Le **strutture di erogazione** sono *Casa Famiglia* (massimo 8 PL)

Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

- personale sociosanitario presente 24 ore (codice RP1.2.1). La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga;
 - personale sociosanitario presente 12 ore (codice RP1.2.2). La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
2. **Prestazioni socio-riabilitative (RP2)**, erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti: personale sociosanitario presente 24 ore (codice RP2.1), personale sociosanitario presente 12 ore (RP2.2). Le **strutture di erogazione** sono *Gruppi appartamento di convivenza* (4-6 PL) e *Residenze Protette* (8-10 PL)
 3. **Prestazioni semiresidenziali (SRP)** erogate in strutture che accolgono i pazienti durante le ore diurne, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali. Le **strutture di erogazione** sono Centri Diurni

Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità.

Vengono individuati i seguenti standard qualificanti di servizio.

Prestazioni	Standard qualificanti
RP1	Assistenza medica > h 4 Infermiere h 24 Psicologo > 30 min. / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 210 min./pz/die
RP2	Infermiere h 24 Attività socio-riabilitative > 90 min./pz/die
SRP	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo ASS. sociale, Animatore

Gli indicatori di verifica vengono sviluppati con criteri simili a quelli adottati per gli anziani.

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare:
prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM.
Tipologia di utenza
Prestazioni terapeutico-riabilitative: pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici. Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive. pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale.
Tipologia di struttura
Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie
Tipologia di utenza
Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive. pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo.
Tipologia di struttura
Casa Famiglia Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti: RP1.2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga. RP1.2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
Tipologia di utenza
RP2 Prestazioni socio-riabilitative. soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità. RP2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. RP2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore.

Tipologia di struttura
Gruppi Appartamento di convivenza (4/6 PL) e Residenze Protette (8/10 PL)
Tipologia di utenza
SRP Prestazioni semiresidenziali pazienti che richiedono interventi durante le ore diurne. Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità.
Tipologia di struttura
Centri Diurni. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.
Modalità di accesso
Valutazione da parte dell'UVI
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno
La previsione del fabbisogno tende ad avvicinare la dotazione residenziale a quella prevista dal PON Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2x10.000 ab.), potenziando fortemente le forme "leggere" di assistenza tutelare. 3,9 X 10.000 abitanti (pari a 230 posti letto complessivi).

Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice

Le cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative/Hospice. L'Hospice fa parte della rete sanitaria, costituisce il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed opera in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari.

I programmi regionali per la realizzazione dei Centri residenziali di cure palliative/Hospice, attengono alle D.G.R. n.2077 del 25.09.2000 e D.G.R. n.658 del 15.04.2002 per complessivi **45 posti letto**, così distribuiti:

Tipologia di struttura	Totale PL	AO San Carlo	Azienda Matera	IRCCS CROB Rionero	Azienda Potenza	Azienda M. Jonico
Centri Residenziali di Cure palliative/Hospice	45	12	10	8	8	7

Alla sopradescritta programmazione regionale sono da aggiungere n.4 posti letto della tipologia Hospice, attivati presso il presidio ospedaliero di Lauria - Azienda U.S.L. n.3, Lagonegro.

Ad oggi, sono attivi n. 12 posti letto dell'AO San Carlo, n.8 posti letto di Stigliano, n. 4 di Lauria. Sono ultimati, ma non attivi, i posti letto del CROB. Quelli di Villa d'Agri sono in via di ultimazione. A Lauria sono attivi e in funzione.

Le tabelle che seguono riportano la programmazione di posti letto del presente Piano comparata ad una seconda tabella, che riporta il fabbisogno stimato degli stessi.

Tabella - Posti letto programmati per Hospice/Cure palliative

Tipologia di struttura	Totale PL	ASP	ASM	IRCCS CROB Rionero	A.O. S. Carlo
Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice	49	12	17	8	12

**Tabella - Fabbisogno ed assegnazione definitiva
posti letto per Hospice/Cure palliative**

Tipologia di struttura	Totale PL	ASP	ASM	IRCS CROB Rionero	A.O. S. Carlo
Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice	54	16	18	8	12

Vengono individuati gli standard qualificanti di servizio riportati nella tabella che segue.

Qualità	Complessità
<p>Presenza di:</p> <p>1. Specifici Protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.</p> <p>2. Programmi formalizzati: per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia; l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto; per l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe; per la formazione continua del personale.</p> <p>3. Criteri per la valutazione periodica del personale.</p> <p>4. Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.</p>	<p><i>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, sette giorni su sette composta almeno da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • medico; • infermiere; • operatore tecnico dell'assistenza; • fisioterapista; • psicologo; • assistente sociale.

Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative / Hospice (scheda sinottica)
Bisogno da soddisfare:
complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative/Hospice.
Tipologia di utenza
Le prestazioni in Hospice fanno parte integrante della Medicina palliativa, assistenza sanitaria per le persone affette da una malattia attiva, progressiva e in fase avanzata, con una prognosi limitata, e hanno quale obiettivo principale la qualità della vita.
Tipologia di struttura
Centri residenziali di cure palliative/Hospice
Modalità di accesso
Valutazione da parte dell'UVI
Tariffa
Da definire sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali. Le tariffe verranno determinate con apposito provvedimento regionale.
Fabbisogno
54 posti letto totali

Sistemi di monitoraggio

La Regione Basilicata metterà a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"), le informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o per malati cronici stabilizzati secondo le modalità in esso stabilite.

Gli indicatori da includere nel sistema regionale di monitoraggio sono riportati nella tabella che segue e sono indicatori di struttura e indicatori di qualità.

INDICATORI DI STRUTTURA
N. di Posti Letto accreditati per le diverse tipologie su popolazione Tasso di occupazione medio dei posti letto accreditati N. di nuove ammissioni annue su popolazione N. Giornate di Degenza su popolazione Durata media della degenza % di ospiti provenienti dall'Ospedale % di ospiti provenienti da struttura di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) % di ospiti provenienti da altra struttura residenziale % di ospiti provenienti dal Domicilio % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio
INDICATORI DI QUALITA'
% di infezioni nosocomiali % di piaghe da decubito % di cadute

CD.8. IL SISTEMA DELLA RIABILITAZIONE E IL RECUPERO DELLE DISABILITA'

Il sistema della riabilitazione e il recupero delle disabilità: offerta di prestazioni e fabbisogno

Il quadro dell'**offerta** attuale extraospedaliera **per la Riabilitazione e Disabilità** risulta così articolato:

Strutture sanitarie di Riabilitazione
Ospedaliere:
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA SPECIALITA' - Presidi di III livello:</i> Unità Spinali Unipolari Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici Unità per le disabilità gravi in età evolutiva Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA - Presidi di II livello:</i> U.O. Medicina Riabilitativa (Recupero e Rieducazione Funzionale) U.O. Recupero e Riabilitazione Cardiologica U.O. Recupero e Riabilitazione Respiratoria
<i>RIABILITAZIONE ESTENSIVA - Presidi di I livello:</i> Sezione di Lungodegenza riabilitativa Sezione/U.O. di Lungodegenza medica Sezione/U.O. di Lungodegenza ad alta intensività assistenziale Centri ambulatoriali di riabilitazione Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale
Extra-ospedaliere
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA - Presidi di II livello:</i> U.O. Medicina Riabilitativa (Recupero e Rieducazione Funzionale)
<i>RIABILITAZIONE ESTENSIVA - Presidi di I livello:</i> Sezione di Lungodegenza riabilitativa Presidi territoriali di riabilitazione (a ciclo diurno e/o continuativo) Centri ambulatoriali di riabilitazione Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale
Strutture socio-sanitarie a prevalente rilievo sanitario con presenza di attività riabilitative
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) Centro socio-riabilitativo diurno

Centro socio-riabilitativo residenziale
Strutture socio-riabilitative
Residenze protette Comunità alloggio Case-famiglia
Centri di formazione professionale e collocamento agevolato al lavoro Servizio socio-culturali e di socializzazione

Gli **interventi sanitari di riabilitazione**, in relazione al momento dello sviluppo della disabilità, all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione, nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite, si distinguono in:

- **attività di riabilitazione estensiva o intermedia:** caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere;
- **attività di riabilitazione intensiva:** dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione).

Nell'ambito delle attività di **I livello** si ritiene opportuno specificare la distinzione tra:

- disabilità transitorie e/o minimali, il cui trattamento richiede un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe" e successive modifiche ed integrazioni;
- disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine, richiedenti un "progetto riabilitativo".

Le **strutture sanitarie di I livello che erogano le attività sanitarie di riabilitazione estensiva** o intermedia sono:

- sezioni di Lungodegenza riabilitativa,
- presidi territoriali di riabilitazione (a ciclo diurno e/o continuativo);

- centri ambulatoriali di riabilitazione;
- presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale.

Le attività sanitarie di riabilitazione di **I livello** erogate da tali strutture, a bassa complessità organizzativa, sono finalizzate a promuovere e a mantenere il più alto grado di autosufficienza possibile del paziente affetto da disabilità gravi, persistenti e/o evolutive e ad affrontare le menomazioni e disabilità transitorie, di minore gravità ed orientate ad un maggior numero di utenti.

Tali interventi possono essere erogati, oltre che presso le strutture di cui sopra, anche presso il domicilio dell'utente, le RSA, le lungodegenze post-acuzie medica e ad alta intensività assistenziale, le strutture residenziali e semiresidenziali, i presidi territoriali e/o ospedalieri.

I servizi collocati all'interno dell'Ospedale hanno il compito di assistere nel recupero funzionale gli individui di tutte le età ricoverati nelle diverse Unità Operative degli ospedali per acuti. Nei confronti dei pazienti in carico alle diverse Unità Operative per Acuti svolgono attività di prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità in attesa del trasferimento presso le Unità Operative di Medicina Riabilitativa. I servizi ospedalieri e territoriali svolgono altresì attività ambulatoriale nei confronti dei soggetti esterni.

I Presidi di Riabilitazione extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e/o in o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile).

	Presidi	Progetto Riabilitativo di Struttura	Progetto Riabilitativo di Persona Riabilitazione Estensiva
Strutture sanitarie di Riabilitazione Estensiva I Livello	Unità di Lungodegenza riabilitativa	SI	SI
	Unità di Lungodegenza medica	SI	
	Unità di Lungodegenza ad alta intensività assistenziale	SI	
	Presidi territoriali di riabilitazione (a ciclo diurno e/o continuativo)	SI	SI
	Centri ambulatoriali di riabilitazione	SI	SI
	Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale	SI	SI

Le **strutture sanitarie di II livello che erogano le attività sanitarie di riabilitazione intensiva** (oppure i servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva), possono essere allocati in presidi ospedalieri, specialistici e monospecialistici, ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale, o in presidi extraospedalieri che erogano prestazioni di ricovero, a ciclo diurno e/o continuativo, in possesso dei requisiti di cui al DPR 14 luglio 1997. Si tratta di presidi in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e di limitazioni funzionali recuperabili il cui trattamento è indifferibile.

Le attività sanitarie di riabilitazione di **II livello** erogate da tali strutture sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico, ad indirizzo riabilitativo, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero).

Dal punto di vista organizzativo, le U. O. di Medicina Riabilitativa, di **II livello**:

- assolvono anche ad attività di degenza riabilitativa di I livello (sezioni di lungodegenza riabilitativa) per soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continua nelle 24 ore, per i quali è da prevedersi un progetto riabilitativo individuale;
- possono prevedere al loro interno Sezioni di riabilitazione intensiva a orientamento specialistico dedicate alla riabilitazione cardiologica e respiratoria;
- possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e / o una o più discipline e / o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile);
- nei Presidi sede di DEA sono individuate Unità Operative di riabilitazione intensiva a orientamento specialistico dedicate alla riabilitazione cardiologica e respiratoria, comunque intese come strutture del Dipartimento di Riabilitazione o come strutture interdipartimentali tra i Dipartimenti di Riabilitazione e i Dipartimenti di Specialità d'organo corrispondente.

	Presidi	Progetto Riabilitativo di Struttura	Progetto Riabilitativo di Persona; Riabilitazione Intensiva
Strutture sanitarie di Riabilitazione Intensiva II Livello	U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale Neurolesi e Motulesi	SI	SI
	U.O. Recupero e Riabilitazione Cardiologica	SI	SI
	U.O. Recupero e Riabilitazione Respiratoria	SI	SI

Per la determinazione del **fabbisogno** occorre precisare che la necessità di uno sviluppo qualitativo della Riabilitazione ospedaliera richiede la costituzione di alcuni Centri di maggiore dimensioni che garantiscono:

- casistica;
- approfondimento culturale scientifico della disciplina;
- risorse finanziarie mirate ad investimenti per lo sviluppo della qualità delle prestazioni.

Pertanto si individuano:

- U. O. ospedaliere di Medicina Fisica e Riabilitazione a doppio modulo;
- U. O. ospedaliere di Medicina Fisica e Riabilitazione a singolo modulo.

Il doppio modulo viene assegnato alle strutture ospedaliere aventi bacino di utenza maggiore e posti letto per acuti più elevati. Per la realizzazione a Maratea del polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa individuato va assegnata una numerosità di **posti letto di codice 56 e 60 riabilitativo, non inferiore a 80**, da accreditare gradualmente, al fine di garantirne il ruolo regionale ed interregionale indicato.

Le **strutture sanitarie di III livello che erogano attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione** sono strutture rivolte al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di un'adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzatura particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche. Tali attività sono erogate presso presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal DM 29 gennaio 1992.

Le strutture di Medicina Riabilitativa di III livello svolgono le seguenti funzioni:

- ricovero dei soggetti affetti dalle gravi disabilità di competenza sulla base dei specifici mandati e di collegamento con i servizi di I e II livello del territorio dove vive il

paziente;

- ricovero per rivalutazione o per interventi terapeutici di breve durata e di alta specialità su richiesta dei servizi di secondo e primo livello;
- consulenze e valutazioni per predisporre, adattare, modificare il Progetto riabilitativo su richiesta dei servizi di I e II livello.

Esse comprendono:

- Unità Spinali Unipolari: sono destinate all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione.
- Costituiscono un punto di riferimento permanente sia per le persone con lesione midollare, sia per i presidi sanitari che erogano assistenza riabilitativa intensiva ed estensiva o intermedia, sia per i servizi socio-assistenziali e formativi, gestiti da Enti Locali o da altri Istituti, al fine di promuovere il pieno reinserimento sociale e lavorativo della persona medullolesa. A tal fine, coordinano il proprio intervento con i servizi territoriali o regionali, per garantire l'integrazione delle attività di prevenzione, assistenza di base e specialistica di primo livello e delle attività finalizzate all'inserimento e reinserimento sociale e lavorativo, anche attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato sociale e delle associazioni degli utenti.
- L'Unità Spinale partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.
- Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici: è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) e/o caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva (sono pertanto esclusi gli esiti di stroke ischemici e di cerebropatie degenerative). Coordina il proprio intervento con i servizi di riabilitazione estensiva o intermedia ed intensiva con i quali dovrà raccordarsi per il ritorno in tempi adeguati dei disabili nel proprio territorio, garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

- L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e Gravi Traumi Cranio-encefalici partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.
- Unità per le disabilità gravi in età evolutiva: è destinata ad affrontare i complessi e gravi problemi diagnostici, valutativi e rieducativi degli esiti di patologie motorie e cognitive congenite od acquisite, internistiche, dell'età evolutiva.

L'Unità si caratterizza prevalentemente per un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- approfondimento diagnostico relativo alle gravi menomazioni e disabilità dell'infanzia;
- formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo sulla sua realizzazione;
- progettazione e validazione di presidi protesici e ortesici e sperimentazione di materiale innovativo;
- attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;
- osservazione dei dati epidemiologici.

L'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva è strettamente inserita nella rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione dell'età evolutiva di diverso livello organizzativo ed assistenziale con i quali dovrà raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo supporto e supervisione del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.

- **Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite:** è destinata ad affrontare le più complesse problematiche diagnostiche, valutative e rieducative relative a menomazioni e disabilità cognitive e delle funzioni corticali superiori secondarie a lesioni cerebrali.

L'Unità si caratterizza prevalentemente con un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:

- approfondimento diagnostico relativo a menomazioni e disabilità neuropsicologiche rare o complesse;
- formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo sulla sua realizzazione;

- progettazione, validazione, individuazione di presidi per la comunicazione e il compenso di turbe neuropsicologiche;
- attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore;
- osservazione dei dati epidemiologici.

L'Unità è inserita nella rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione dell'età evolutiva di diverso livello organizzativo ed assistenziale con i quali dovrà raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo supporto e supervisione del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

Partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione, non è dotata di posti letto, utilizzando, in caso di necessità, quelli dell'area medica, della neurologia, dei reparti di medicina fisica e riabilitazione.

	Presidi	Progetto Riabilitativo di Struttura	Progetto Riabilitativo di Persona; Riabilitazione Intensiva
Strutture sanitarie di Riabilitazione Intensiva ad alta specializzazione III Livello	Unità Spinale	SI	SI
	Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e Gravi Traumi Cranio-encefalici	SI	SI
	Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva	SI	SI
	Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite	SI	SI

Per la determinazione del **fabbisogno**, si assume come popolazione di riferimento, per il III livello, la popolazione della Regione Basilicata maggiorata di una quota riferita a quella delle aree limitrofe extraregionali per un totale pari a circa 1 milione di abitanti, pertanto:

- Unità Spinali: posti letto 5;
- Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e Gravi Traumi Cranio-encefalici: posti letto 5;
- Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva: posti letto 3;
- Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite non è dotata di posti letto.

I posti letto, per il III livello sono, quindi, complessivamente, **13** e la loro ubicazione è presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Carlo", struttura di Pescopagano in quanto ospedale di rilievo nazionale.

AZIENDE SANITARIE E MODELLI OPERATIVI

Aziende	Codice 75/28 (III livello)	Codice 56 (II livello)		Codice 60 (I livello)		Totale (I e II livello)
		Cardiorespiratoria	Neuromotoria	Riabilitativo	Lungodegenza	
San Carlo	10	12	24	14	14	64
ASP	0	0	144	56	24	224
ASM	0	12	48	16	48	124
Totale	10	24	216	86	86	412
Tasso per mille residenti (590.601)		0,04	0,37	0,15	0,15	0,70

*il codice 75/28 è a parte e non concorre al calcolo dello 0,7 per la riabilitazione

CD. 9. LE ATTIVITA' DI LUNGODEGENZA MEDICA POST-ACUZIE

La necessità di sviluppare un'assistenza ospedaliera di lungodegenza post-acuzie rappresenta, non solo un obbligo derivante da indicazioni programmatiche nazionali e regionali, ma anche una necessità emergente dell'evoluzione dell'organizzazione della rete ospedaliera, la cui rimodulazione prevede una stratificazione dell'offerta d'assistenza residenziale in ambito ospedaliero ed un numero di posti letto specificatamente destinato alla **lungodegenza medica post-acuzie** e alla **lungodegenza post-acuzie ad alta intensità d'assistenza**.

I pazienti affetti da disabilità importanti con scarso potenziale di recupero o con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, saranno avviati rispettivamente nella lungodegenza a valenza riabilitativa, quando la presa in carico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa, e nella lungodegenza medica, quando è necessario un forte impegno assistenziale con supporto riabilitativo.

Afferiscono alla lungodegenza medica i pazienti con inquadramento diagnostico completato e con quadro clinico stabilizzato o in fase di stabilizzazione, con le seguenti caratteristiche:

- pazienti con inquadramento diagnostico già esaurito, ma con quadro clinico non completamente stabilizzato;
- pazienti con quadro clinico stabilizzato e programma terapeutico definito, quando non interamente completato, che necessitano ancora di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica non erogabile in altra forma;
- pazienti reduci da malattie acute con scarsa autonomia funzionale e stato psicofisico debilitato che necessitano di trattamento terapeutico di mantenimento;
- pazienti con sindrome ipocinetica e da immobilizzazione protratta secondaria a patologie croniche a lenta risoluzione che necessitano di supporto nutrizionale e terapia antalgica;
- anziani ultra sessantacinquenni bisognosi di trattamenti protratti di mantenimento e conservazione delle funzioni neuromotorie e vegetative;
- pazienti con patologie ad andamento cronico-degenerative suscettibili di riacutizzazioni recidivanti ben definite sul piano diagnostico che necessitano di valutazione clinica, accertamenti di I livello e trattamenti terapeutici periodici non eseguibili in altro regime assistenziale, per il controllo periodico della malattia;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza;

- pazienti terminali che per le loro particolari condizioni cliniche non possono essere assistiti a domicilio;
- Valutazioni cliniche e trattamenti terapeutici periodici in regime di ricovero programmato ed elettivo (di concerto con il medico di assistenza primaria).

La degenza di norma non supera i 60 giorni.

La dotazione organica del personale di lungodegenza post-acuzie è costituita da:

- personale medico;
- personale infermieristico;
- fisioterapisti rapporto 1 a 12;
- OTA;
- personale addetto alle attività di socializzazione e di supporto (psicologo, assistenti sociali etc.)

Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC) – Codice 60

La lungodegenza post-acuzie medica ad alta intensità di cura si caratterizza per il ricovero di pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato provenienti, di norma, dalle rianimazioni e/o dalle terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali, sia per quanto attiene la prevenzione di eventuali super infezioni che per quanto attiene il blocco del turn - over dei ricoveri, con gravi ricadute sull'assistenza e sui costi, ma allo stesso tempo risultano compromessi da un punto di vista emodinamico e respiratorio in quanto versano nelle seguenti condizioni:

1. Pazienti in respiro spontaneo, ma tracheostomizzati che necessitano di un supporto di ossigenoterapia nel lungo termine con cannula tracheale in situ, che necessitano di periodica bronco aspirazione, che possono beneficiare di supporto riabilitativo prevalentemente indirizzato alla componente respiratori e motoria per la prevenzione di un ulteriore degrado funzionale;
2. Pazienti tracheostomizzati, non del tutto autonomi da un punto di vista respiratorio che necessitano occasionalmente di ventilazione assistita, con broncoaspirazione frequente;
3. Pazienti in ventilazione meccanica assistita dopo un periodo di almeno 40 giorni di permanenza in ambiente intensivo rianimatorio, con scarse o nulle possibilità di svezzamento dal ventilatore.

Per quanto attiene ai posti letto di LAIC, come standard di personale infermieristico ed OSS è necessario prevedere per ogni turno di servizio almeno un infermiere e 1,5 OSS ogni quattro posti letto, oltre la necessaria sorveglianza medica. Per questa categoria assistenziale è auspicabile e necessario prevedere una consulenza anestesiologicala almeno due volte la settimana.

Obiettivo specifico del presente Piano è di fornire alle aziende sanitarie ed ospedaliere gli strumenti necessari per rispondere alle diverse tipologie di patologie attraverso una diversificazione della risposta assistenziale sia nell'ambito della stessa lungodegenza post-acuzie, sia in generale nell'organizzazione e programmazione aziendale delle attività assistenziali, al fine di graduare le possibili risposte assistenziali in sede ospedaliera ed extraospedaliera. Allo stesso modo, le aziende sanitarie ed ospedaliere dovranno prevedere, nella formulazione dell'atto aziendale, così come previsto dall'art. 3 comma 1 bis del D. Leg.vo n. 229, la tipologia di struttura dedicata all'assistenza post-acuzie. Agli appositi accordi contrattuali (come previsto dal D. Leg.vo n. 229 art. 8 sexies) sono demandati la determinazione del finanziamento delle strutture e delle tariffe delle prestazioni, in base alla tipologia ed alla quantità di prestazioni erogate. Le aziende dovranno, a loro volta, predisporre idonei strumenti per la valutazione del processo, attraverso l'identificazione di specifici centri di costo e di responsabilità.

CD.10. GLI STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA SOCIOSANITARIA

Saranno attivate delle Unità di Valutazione Integrata (UVI), individuate come il luogo in cui avviene la presa in carico integrata dell'utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa. In esso si effettua la Valutazione Multidimensionale da cui discende un piano personalizzato integrato, sottoscritto dall'assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela. La valutazione deve consentire l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale, costruito su un sistema di pesi, e deve essere ripetuta periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

L'Unità di Valutazione integrata (UVI), attivata all'interno del Distretto con la partecipazione di un referente dei servizi sociali territoriali, definisce gli obiettivi di cura e predispose il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali. Individua, in genere, tra gli stessi componenti dell'équipe, il responsabile del percorso assistenziale che, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi e verifica l'andamento del piano assistenziale. Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono:

- il Medico di distretto (responsabile dell'UU.SS.II.BB. territorialmente interessata);
- il MMG e il PLS che ha in carico l'utente;
- l'infermiere;
- il Medico specialista di riferimento per il caso;
- l'assistente sociale;
- il terapeuta della riabilitazione;
- altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.

Il piano individuale di assistenza definisce, in base alle risultanze della valutazione integrata, le azioni e gli interventi da mettere in campo (assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale, altro), i risultati attesi, i tempi di verifica delle attività e degli outcome previsti. Lo scopo è quello di superare una logica di lavoro prestazionale coinvolgendo tutti gli attori su progetti di cura individualizzati e organizzati sui bisogni della persona.

La "presa in carico" è sicuramente l'elemento qualificante del percorso assistenziale integrato. In tale ottica, la "presa in carico" può essere definita come "una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso". Richiede lo sviluppo di un sistema di "front-office" che garantisca accoglienza e

prima risposta al cittadino e che apra le porte ad un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi con fiducia. Richiede, poi, lo sviluppo di un sistema di “back office”, che comprenda l’insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce. Il responsabile del percorso assistenziale che segue tutte le fasi attuative del progetto di assistenza, in termini di qualità e di efficacia, valuta la risposta del contesto familiare e supporta i care givers (siano essi familiari o della rete informale) prende il nome di case manager.

Il “case manager”, o responsabile del Caso, è un professionista che opera come riferimento e “facilitatore” per la persona che ha bisogni complessi sociosanitari. Questa funzione viene svolta nell’ambito di un approccio metodologico ed organizzativo definito “case management” che mira a definire una modalità di gestione complessiva, clinica ed organizzativa, focalizzata sul caso specifico spesso ad elevata complessità. Integra il lavoro della UVI, con diversi professionisti che intervengono al momento più opportuno, applicando il metodo di lavoro di team con compiti e responsabilità assegnate, come nella gestione di un progetto.

Lo “Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari”, di seguito Sportello unico, è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. È costruito sui bisogni della persona, e mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere. È uno dei luoghi dell’integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali, partendo da una programmazione concordata.

I destinatari dello Sportello unico sono tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute. Tuttavia, si ritiene che i destinatari principali siano le persone più fragili, ossia coloro che presentano maggiori difficoltà nell’accesso ai servizi.

Lo Sportello unico rappresenta uno strumento utile per facilitare e migliorare l’accessibilità ai servizi e la presa in carico della persona, principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, come desumibile dall’art. 1 della legge n. 833/78 ed in seguito esplicitato dall’art. 1, comma 2, del D.lgs. 229/99. Analogo principio è affermato dalla legge n. 328/2000 “Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali” e dal Piano Sociale Nazionale 2001-2003, nonché dall’art. 13, comma 4, della legge regionale n.4/2007 che affermano la necessità di garantire a persone e famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in

condizioni di maggiore fragilità l'accesso ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

La mission ricomprende alcuni importanti obiettivi di realizzazione che concorrono a definire le finalità di funzionamento di questa modalità organizzativa tra cui:

- ridurre il disorientamento da parte dei soggetti portatori della domanda assistenziale;
- promuovere le capacità di scelta individuale attraverso l'accrescimento dell'empowerment dell'individuo nel fare scelte correttamente informate rispetto alle risorse territoriali disponibili;
- supportare una corretta ed informata capacità decisionale da parte del cittadino, attraverso strumenti organizzativi di elevata visibilità e fiducia, offrendo lo spettro di risorse e informazioni di offerta socio-assistenziale attraverso 4 strategie:
 1. facilitazione di accesso a informazioni su servizi e prestazioni territoriali;
 2. costruzione di partnership strategiche e reti organizzative per realizzare percorsi di assistenza in ambito progettuale tramite la collaborazione attiva del cittadino/cliente;
 3. costruzione e messa in opera di modelli organizzativi territoriali coerenti e rispondenti a finalità proprie dal sistema di accesso integrato sul territorio;
 4. realizzazione di percorsi territoriali che permettono un ribilanciamento delle risorse assistenziali attraverso la promozione del livello assistenziale domiciliare rispetto a quello residenziale, dimostrandone sia la fattibilità che il valore di efficienza.
- incrementare l'efficienza di funzionamento del sistema di assistenza territoriale;

Il sistema integrato di accesso alle cure territoriali persegue principalmente gli obiettivi di:

- facilitare e attrarre la domanda espressa di salute, risultando visibile, facilmente fruibile e idoneo all'accoglienza della domanda da parte di tutta la popolazione che necessita di assistenza sul territorio;
- semplificare i passaggi burocratici;
- rispondere alla domanda di salute facilitando l'accesso alle fasce di popolazione svantaggiate che non possiedono adeguata conoscenza del sistema e garantendo un servizio rivolto anche alla popolazione straniera attraverso attività di mediazione culturale;
- offrire informazioni di assistenza appropriate e oggettive sulla base del bisogno di salute promuovendo l'accesso e la tutela dell'individuo;

- identificare gruppi di popolazione a rischio, facilitando il contatto con i servizi sociosanitari di assistenza;
- promuovere, in prospettiva, un monitoraggio dei bisogni della persona anche per costruire percorsi di mantenimento delle autonomie possibili e di prevenzione della disabilità;
- promuovere il principio di empowerment legato al mantenimento delle risorse personali delle capacità di scelta individuale e dell'individuazione del setting assistenziale che favorisce l'autonomia della persona in relazione alle sue condizioni sociali di vita e di salute.

Lo Sportello Unico costituisce, pertanto, il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni ed ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi.

L'attivazione dello stesso è elemento importante per l'incremento e la misurazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'intero sistema dei servizi territoriali e prima di tutto per le cure domiciliari.

Lo Sportello unico è ubicato in ambito distrettuale e può avvalersi, al fine di garantire la facile fruibilità e raggiungibilità da parte degli utenti, di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali delle USIB". Ogni sede deve possedere requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale, organizzativo e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

CD.11. LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI INTERCOMUNALI DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI

Il Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio- Sanitari è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute e di benessere della popolazione.

Il PISS definisce:

- gli obiettivi di politica di promozione e protezione sociale connessi con le caratteristiche sociali, economiche, epidemiologiche e morfologiche del territorio e coordinati con gli indirizzi della programmazione regionale;
- l'organizzazione locale dei servizi sociali integrati e le modalità di erogazione dei medesimi per garantire i livelli essenziali di assistenza, la presa in carico delle persone, la continuità assistenziale;
- l'attivazione ed il funzionamento dei servizi e delle strutture di cui all'art. 3 comma 3 della L.R. 4/2007;
- i fabbisogni dei servizi e delle strutture da attivare a gestione diretta o autorizzata;
- l'introduzione di eventuali articolazioni organizzative sub distrettuali, ove necessarie;
- l'individuazione di eventuali aree integrative di intervento rispetto a quelle enumerate all' art. 3 comma 2 della suddetta legge regionale;
- le forme ed i contenuti dell'integrazione dei servizi sociali con quelli sociosanitari e sanitari di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale, oltre che i servizi educativi e sociali delle altre istituzioni pubbliche;
- le modalità organizzative dei servizi ed interventi di cui all'art. 4, L.R. 4/2007;
- la dotazione di risorse professionali necessarie alla realizzazione delle attività programmate a livello territoriale;
- la ripartizione degli impegni finanziari e la destinazione delle risorse finanziarie disponibili;
- i termini della compartecipazione degli utenti alla copertura del costo dei servizi e le condizioni per il rilascio dei titoli di esenzione totale o parziale;
- i criteri generali per l'erogazione di titoli di acquisto dei servizi e di buoni sociali comunali;
- gli strumenti di valutazione e monitoraggio dell'attuazione del piano.

Il PISS deve contenere un programma di comunicazione sociale, concernente l'attivazione di idonei strumenti e modalità per la più ampia informazione dei cittadini e il modello di bilancio sociale da adottare, ai fini della gestione e della rendicontazione alle istituzioni e alle comunità locali.

Il PISS costituisce la modalità di operare sia dell'Ambito Socio-Territoriale che del Distretto della Salute, intesi come dimensione organizzativa e livello politico e gestionale, nonché come livello integrato di governo dei servizi.

Al fine di definire in modo organico gli obiettivi specifici del sistema locale dei servizi per l'area sociale e per l'area sanitaria, nonché l'articolazione degli interventi in materia di integrazione sociosanitaria, il PISS si articola in programmi attuativi annuali fortemente integrati tra loro: il Programma attuativo distrettuale (PAD) per la parte sanitaria e sociosanitaria di competenza sanitaria, proposto e adottato dal Direttore del Distretto, previa intesa con Coordinatore dell'Ambito Socio-Territoriale, con le modalità definite nella prima parte del presente Piano regionale, ed il Programma attuativo di ambito (PAA), per la parte sociale e sociosanitaria di competenza sociale, proposto dall'Ufficio del Piano Sociale d'intesa con il Direttore di Distretto e adottato dai Comuni associati tra loro (dalle Comunità Locali), in sede di Conferenza Istituzionale, con le modalità di seguito indicate.

Il PISS ha natura programmatoria e durata triennale. I Programmi attuativi declinano, su base annuale, gli obiettivi indicati con il PISS e la relativa programmazione finanziaria.

In sede di elaborazione del PISS si procede alla definizione dei contenuti specifici dei Programmi di attuazione distrettuale e di ambito (PAD e PAA) relativi alla prima annualità di realizzazione del PISS. La Regione procederà successivamente, con atto dirigenziale del Direttore del Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, a definire i tempi per la elaborazione dei Piani attuativi per le annualità successive.

Il percorso per la costruzione del PISS

La realizzazione del PISS implica il compimento di una serie di fasi successive:

- fase dell'iniziativa;
- fase costitutiva: definizione delle azioni progettuali, programmi attuativi progetti operativi;
- fase integrativa dell'efficacia: approvazione del documento e trasmissione alla Regione;
- fase attuativa: attuazione e gestione degli interventi previsti dalle azioni progettuali;
- fase di valutazione dei risultati.

Il percorso per la costruzione del PISS

L' iniziativa

Entro 60 giorni dalla costituzione del nuovo Ambito i Distretti della Salute e gli stessi Ambiti Socio-Territoriali attivano procedure per la predisposizione dei documenti di programmazione, seguendo le diverse fasi di processo qui descritte:

- comunicazione formale dell'avvio del procedimento a tutti gli Enti pubblici interessati e coinvolti nel percorso di programmazione;
- attivazione della rete dei soggetti chiamati alla partecipazione.

Per quanto riguarda l'avvio delle procedure relative alla elaborazione del PISS spetta al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, di concerto con il Sindaco del Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale (ovvero il Presidente della Conferenza Istituzionale), l'iniziativa di attivare il percorso di concertazione istituzionale e territoriale, attraverso la convocazione di una specifica Conferenza di Servizi nella quale vengono definiti i tempi, le modalità e i criteri generali per l'elaborazione dei Piani, nel rispetto degli indirizzi regionali.

Per la parte di competenza sociale del PISS il Sindaco del Comune Capofila (il Presidente della Comunità Locale) procede convocando la Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale, che ha il compito di presidiare tutte le fasi del processo sul piano istituzionale e politico, garantendo le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo. La Conferenza Istituzionale procede all'avvio formale del percorso di concertazione territoriale, convocando il tavolo della concertazione secondo le modalità indicate nel presente Piano regionale e fornendo all'Uffici del Piano indirizzi specifici per la gestione del percorso di elaborazione del documento programmatico.

Con particolare riferimento agli aspetti dell'integrazione socio-sanitaria il percorso di definizione, redazione e attuazione del PISS dovrà prevedere il coinvolgimento anche dei MMG, dei PLS, dei Medici Specialisti e degli altri Centri di Responsabilità della Azienda Sanitaria competente per territorio; nonché degli Enti locali, dei soggetti erogatori, dei rappresentanti del Terzo Settore e degli altri attori, che a diverso titolo, detengono un ruolo all'interno della rete.

All'Ufficio del Piano (UdP) spetta il compito di regia operativa, attraverso il coordinamento tecnico ed operativo delle diverse fasi del processo. L'UdP presiede gli incontri del tavolo

della concertazione, ne elabora le indicazioni, fornisce il supporto tecnico specialistico, elabora i contenuti del Piano e la proposta da presentare in sede di Conferenza Istituzionale. La Conferenza Istituzionale approva il documento e lo trasmette al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria.

La fase costitutiva

La costruzione del PISS si sviluppa nelle seguenti fasi logico-temporali:

- Individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità;
- Scelta delle priorità;
- Definizione delle azioni;
- Stesura dei progetti.

Individuazione dei problemi

La prima fase, individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità che caratterizzano il territorio e la popolazione dell'Ambito/Distretto, riveste una funzione essenziale e strategica rispetto all'efficacia dell'intero processo di realizzazione del PISS.

L'obiettivo di questa fase è la costruzione di una identità di welfare del territorio riconosciuta dalla comunità.

Il prodotto di questa prima fase, che diventerà parte integrante e sostanziale del PISS è rappresentato dal Profilo di Salute del Distretto e dalla Relazione Sociale dell'Ambito Socio-Territoriale.

Scelta delle priorità

La successiva fase di scelta delle priorità ha una valenza tecnica e politica e, in quanto tale, richiede la partecipazione sia dei soggetti istituzionali che degli organismi tecnici.

Le priorità individuate a partire dall'analisi dei problemi e dalle indicazioni prioritarie regionali dovranno essere tradotte in obiettivi di salute e di benessere della persona e della comunità.

Inoltre, per poter dare attuazione alle priorità individuate dovranno essere valutate:

- la fattibilità tecnica dell'intervento (anche in termini di professionalità e competenze necessarie per la sua realizzazione);
- la fattibilità economica dell'intervento;
- la misurabilità dei risultati attesi;
- la dimensione temporale degli effetti previsti dell'intervento;

- gli effetti sistemici dell'intervento;
- le conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale.

Definizione delle azioni

La decisione relativa alle specifiche azioni da programmare e attivare sul territorio di riferimento rientra nelle competenze dei soggetti istituzionali e, quindi, del livello politico.

Ogni azione presuppone la definizione di **programmi attuativi** a loro volta articolati in specifici progetti operativi.

La stesura dei programmi attuativi (**PAD e PAA**) e dei singoli progetti operativi è compito degli organismi tecnici coordinati dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore Tecnico dell'ambito dell'Ufficio di Piano

I programmi attuativi, nell'ambito dei necessari equilibri di bilancio, sono orientati a coordinare l'insieme delle risorse disponibili per la realizzazione del PISS, secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute e di benessere della persona e della comunità.

Stesura dei progetti

I progetti operativi sono orientati alla realizzazione degli interventi necessari a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.

Ciascun progetto operativo individua:

- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;
- le risorse tecnologiche umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale i risultati attesi, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- soggetti responsabili di eventuali atti amministrativi necessari al superamento di fase;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali, delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

La fase conclusiva

Una volta definiti i contenuti complessivi prende avvio la fase conclusiva del percorso, finalizzata all'integrazione dei documenti di parte sociale e di parte sanitaria, e

all'approvazione del PISS con Accordo di programma, ai sensi dell'art. 16 della legge regionale 4/2007.

L'Accordo di programma è sottoscritto dagli Enti pubblici che hanno partecipato al percorso di elaborazione del PISS, ne condividono i contenuti, ne assumono i relativi impegni, anche di carattere finanziario, in modo vincolante, anche nei confronti di terzi. All'accordo di programma possono aderire tutti i soggetti che ne condividono i contenuti, le finalità, gli obiettivi e le linee di intervento in esso indicate, assumendo così l'impegno di contribuire alla sua realizzazione.

L'accordo è parte integrante del PISS e impegna le strutture gestionali dei singoli soggetti firmatari ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PISS ed i relativi oneri.

Il PISS viene quindi trasmesso, entro quindici giorni dalla sua adozione, al Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale per la verifica della sua conformità e congruità con gli indirizzi della programmazione regionale.

In assenza di atti regionali espressi entro i successivi trenta giorni, la conformità del Piano si intende accertata.

La fase attuativa

La fase attuativa del PISS segue la sua approvazione da parte delle Istituzioni competenti .

L'attuazione del PISS richiede che gli obiettivi di salute e di benessere vengano articolati in programmi e progetti operativi e che tali attività vengano realizzate e gestite sulla base di specifici accordi istituzionali definiti attraverso protocolli operativi.

L'attuazione del PISS rappresenta l'occasione per realizzare forme di integrazione operativa intersettoriale e forme di partenariato pubblico-privato.

La conclusione di tale fase prevede la redazione di un report che, per ciascuna azione progettata, indichi:

- gli interventi realizzati, o il grado di realizzazione, e per quelli non realizzati i motivi;
- la valutazione del grado di integrazione della operatività;
- il consuntivo economico;
- i fattori che hanno ostacolato la realizzazione degli interventi;
- i fattori che hanno favorito la realizzazione degli interventi.

La valutazione dei risultati

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi generali del PISS.

La responsabilità dell'attività di valutazione rientra nelle competenze del Coordinatore tecnico e del Direttore di Distretto.

La valutazione in senso proprio compete, invece, alla Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio Territoriale.

Detta valutazione si fonda sia sulla percezione che i soggetti istituzionali hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del PISS sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

Tale processo si sviluppa attraverso momenti di:

- analisi tecnica dei risultati e delle modalità realizzative del PISS;
- informazione e comunicazione con la popolazione.

Le occasioni di comunicazione riguardano innanzitutto il ruolo dei soggetti che hanno contribuito alla costruzione e alla attuazione del PISS.

Il processo di valutazione produce due documenti complementari:

- un report tecnico, che ha la funzione di migliorare, attraverso il confronto intersettoriale, l'approccio tecnico alla programmazione integrata di Ambito/Distretto;
- un report di valenza politico-istituzionale, o "Relazione sugli esiti del PISS", elaborata dal Coordinatore Tecnico dell'Ufficio di Piano e dal Direttore del Distretto della Salute, approvato dalla Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio Territoriale, che varrà anche come valutazione dell'operato degli stessi.

La "Relazione sugli esiti del PISS", una volta approvata, viene inviata alla Regione, ai Comuni, alla ASL, ed agli altri soggetti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del PISS.

Allegato: Schema di indice del Piano Intercomunale di interventi e servizi sociali (PISS)**Premessa**

- la costruzione del sistema locale di cittadinanza sociale;
- il percorso di concertazione istituzionale e di programmazione partecipata.

Prima parte**1.1 La relazione sociale dell'Ambito Socio-Territoriale**

- 1.1.1 Le caratteristiche strutturali della popolazione
- 1.1.2 La lettura dei bisogni sociali del territorio
- 1.1.3 L'offerta dei servizi esistente
- 1.1.4 La spesa sociale dell'ultimo triennio dei Comuni dell'Ambito

1.2 Le priorità d'intervento

- 1.2.1 Gli obiettivi strategici della programmazione sociale
- 1.2.2 Il sistema locale dei servizi della cittadinanza sociale
- 1.2.3 La rete dei livelli essenziali di assistenza

1.3 Le azioni di sistema

- 1.3.1 L'integrazione sociosanitaria
- 1.3.2 L'integrazione con le altre politiche d'intervento
- 1.3.3 Il piano di comunicazione sociale e il modello di bilancio sociale
- 1.3.4 Il sistema di monitoraggio e valutazione

1.4 La governance del sistema

- 1.4.1 Il coordinamento istituzionale
- 1.4.2 L'Ufficio del Piano
- 1.4.3 Ruolo e funzioni del privato sociale
- 1.4.4 Le forme di gestione dei servizi

1.5 La programmazione finanziaria

1.5.1 Le risorse finanziarie disponibili per il triennio

1.5.2 Il co-finanziamento comunale

1.5.3 La compartecipazione degli utenti al costo dei servizi

1.5.4 La ripartizione delle risorse per aree di interventi

Seconda parte

2 Il Programma attuativo distrettuale (PAD)

3 Il Programma attuativo di ambito (PAA)

Allegati al PAA

- Regolamento di funzionamento dell'Ufficio del Piano
- Regolamento unico per l'affidamento dei servizi
- Regolamento unico per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi

CS.1. ANALISI DI CONTESTO**Le strutture ed i servizi socio-assistenziali**

Nel corso del 2010 è stata realizzata una rilevazione sulle strutture socio-assistenziali regionali, ricavandone indicazioni in ordine alle caratteristiche del sistema di offerta dei servizi lucano.

La rilevazione sulle strutture socio-assistenziali ha censito 63 unità di offerta sull'intero territorio regionale, di cui il 63,5 % nella provincia di Potenza e il 36,5 % in provincia di Matera. Per ciascuna delle due città capoluogo di provincia sono state censite otto strutture socio-assistenziali.

Tab. 1: strutture socio assistenziali per Comune

	v.a.	%
Acerenza (Potenza)	1	1,6
Avigliano (Potenza)	1	1,6
Balvano (Potenza)	1	1,6
Bella (Potenza)	1	1,6
Bernalda (Matera)	2	3,2
Baragiano Scalo	1	1,6
Castelgrande (Potenza)	1	1,6
Cirigliano (Matera)	1	1,6
Corleto Perticara (Potenza)	1	1,6
Francavilla in Sinni (Potenza)	2	3,2
Gallicchio (Potenza)	2	3,2
Genzano di Lucania (Potenza)	1	1,6
Grumento Nova (Potenza)	1	1,6
Lagonegro (Potenza)	1	1,6
Lauria (Potenza)	3	4,8
Maratea (Potenza)	1	1,6
Matera (Matera)	8	12,7
Melfi (Potenza)	1	1,6
Montalbano (Matera)	3	4,8
Muro Lucano (Potenza)	2	3,2
Noepoli (Potenza)	1	1,6
Pietragalla (Potenza)	1	1,6
Pignola (Potenza)	1	1,6
Pisticci (frazione Marconia) (Matera)	1	1,6
Policoro (Matera)	3	4,8
Potenza (Potenza)	8	12,7
Rionero in Vulture (Potenza)	2	3,2
Salandra (Matera)	1	1,6
San Chirico Nuovo (Potenza)	1	1,6
San Fele (Potenza)	1	1,6
San Giorgio Lucano (Matera)	1	1,6
Stigliano (Matera)	1	1,6
Trecchina (Potenza)	1	1,6
Tricarico (Matera)	2	3,2
Venosa (Potenza)	2	3,2
Vietri di Potenza (Potenza)	1	1,6
Totale	63	100,0

Fonte: indagini Formez - Sinergia - 2010

Si tratta in gran parte di strutture relativamente recenti. Oltre la metà di esse ha avviato la propria attività nel corso dell'ultimo decennio, ovvero nel periodo successivo all'approvazione del vigente piano socio assistenziale.

Tab. 2: Classificazione delle strutture per anno di inizio attività

	v.a.	%
Dal 1891 al 1949	9	14,3
Dal 1950 al 1979	4	6,3
Dal 1980 al 1999	16	25,4
Dal 2000 al 2010	34	54,0
Totale	63	100,0

Fonte: indagine Formez - Sinergia - 2010

Per quanto riguarda le strutture residenziali l'indagine ha rilevato che oltre il 90% ha natura privata, a gestione diretta o indiretta, mentre solo sei sono a titolarità pubblica, gestite direttamente o affidate in gestione al privato sociale.

Tab. 3 Classificazione delle strutture per tipologia di gestione e titolarità

	v.a.	%
Servizio pubblico a gestione diretta	1	1,6%
Servizio privato a gestione diretta	54	85,7%
Servizio pubblico a gestione indiretta privata	5	7,9%
Servizio privato a gestione indiretta privata	3	4,8%
Totale	63	100,0%

Fonte: indagine Formez - Synergia - 2010

Il 92,1 % sono strutture di tipo comunitario, mentre il 7,9 % appartengono alla tipologia "familiare". Nel caso dei servizi per i minori, che rappresentano il 41,3% dell'universo censito, le strutture di tipo familiare sono 4, sul totale di 26. La dotazione complessiva è di 230 posti letto.

Tab. 4 Classificazione delle strutture per Target di utenza

	v.a.	%
Minori	26	41,3
Disabili	3	4,8
Anziani	31	49,2
Salute mentale	2	3,2
Multiutenza	1	1,6
Totale	63	100,0

Fonte: indagine Formez - Synergia - 2010

Oltre all'accoglienza, le strutture erogano un'ampia gamma di prestazioni (tab. 5).

Tab. 5: unità di offerta per prestazioni erogate

Servizio	v.a	%
Attività laboratoriali	13	50,0
Attività formative, orientamento e inserimento lavorativo	15	57,7
Attività di socializzazione	23	88,5
Attività ludico-ricreativo	25	96,2
Attività educative	26	100,0
Counselling psicologico	19	73,1
Prestazioni fisioterapiche	1	3,8
Logopedia	2	7,7
Terapia psicologica	5	19,2
Psicomotricità	1	3,8
Terapia occupazionale	4	15,4
Musicoterapia/arte terapia	4	15,4
Attività assistenziali per l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane	17	65,4
Somministrazione dei pasti	26	100,0
Prestazioni infermieristiche	2	7,7
Assistenza medica generica	9	34,6
Somministrazione dei farmaci	6	23,1
Prestazioni mediche specialistiche	1	3,8
Assistenza/sostegno scolastico	26	100
Attività di facilitazione alla comunicazione	15	57,7
Idroterapia, pet-terapy	1	3,8
Attività di segretariato sociale	6	23,1

Fonte: indagine Formez - Synergia - 2010

I minori ospiti delle strutture censite al 31 dicembre 2009 risultavano 194, di cui 43 stranieri.

Tab. 6: minori ospiti di strutture al 31.12.2009

Età	Maschi	Femmine	Totale	Di cui disabili
Meno di 3 anni	8	5	13	0
3-5 anni	5	5	10	0
6-10 anni	26	22	48	3
11-14 anni	25	19	44	1
15-17 anni	48	31	79	3
TOTALE	112	82	194	7

Fonte: indagine Formez - Synergia - 2010

Nel corso di focus organizzati con i coordinatori degli Ambiti sociali di zona, a commento dei dati relativi ai servizi per i minori, sono state segnalate alcune criticità, che di seguito si riportano:

- il servizio di assistenza domiciliare di tipo educativo si è diffuso, non senza resistenze, sul territorio regionale, tuttavia è emerso che esso dispone di risorse finanziarie limitate ed insufficienti a coprire tutte le richieste: L'intervento viene spesso

parcellizzato e suddiviso tra i vari utenti, perdendo di incisività e non riuscendo a conseguire risultati efficaci;

- i centri diurni per minori, intesi come spazi di socializzazione sono relativamente pochi e attivati, per la maggior parte nei comuni più grandi. Riescono a servire solo parte dei comuni dell'Ambito, a causa delle distanze tra i paesi e l'assenza di un adeguato sistema di trasporti;
- il servizio di ludoteca/punto ludico, pur presente, risulta a volte poco funzionale, in termini di presenza costante degli utenti a causa dell'insufficienza delle risorse finanziarie disponibili.

Per l'area anziani la rilevazione del Formez ha censito 31 strutture residenziali per anziani, di tipo comunitario, che sviluppano complessivamente un'offerta di 1.128 posti letto disponibili. Al 31.12.2009 gli utenti ospiti delle strutture censite risultavano essere 1.060.

I focus con gli operatori dei servizi territoriali hanno evidenziato la necessità di potenziare i servizi di tipo comunitario, oggi quasi del tutto assenti, fatta eccezione per i Laboratori di Comunità, previsti dal PSA 2000-2002, che sono diffusi sul territorio regionale ma in modo del tutto insufficiente rispetto al bisogno, per sostenere la domiciliarità anche per persone non autosufficienti. Si tratta di una tipologia di servizio che incontra il favore della popolazione anziana ma che per l'entità delle risorse finanziarie attribuite non hanno lo sviluppo necessario.

Altro elemento di criticità evidenziato è, inoltre, l'assenza di servizi di sollievo alla famiglia legati alla domiciliarità di persone affette da demenza senile e dall'Alzheimer. Ciò è confermato dall'esperienza riportata dalle Unità di Valutazione dell'Alzheimer, attivata presso l'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza e presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera.

Va evidenziato che è in fase di sperimentazione il programma denominato "assegno di cura", che è mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali. Avendo posto limiti di reddito, la platea potenziale è di circa 8.000 unità.

I dati di cui si dispone sono i seguenti:

- persone con indennità di accompagnamento in Regione (anno 2008): 24.951;
- domande presentate: 6.726, di cui accoglibili 6141;
- beneficiari 937.

In riferimento all'area della disabilità, la rilevazione Istat del 2005 evidenzia per la Basilicata il numero di 33.000 unità circa, l'1,26% circa della popolazione disabile complessiva del Paese.

La gran parte della popolazione disabile lucana è composta da persone in fascia di età superiore ai 65 anni, mentre 20.000 persone (il 60% del totale) ha una età superiore ai 75 anni.

La spesa pro-capite per interventi e servizi dell'area disabili in Basilicata è di 563,4 euro, uno dei valori più bassi del Paese. (Fonte: Istat – Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – 2008).

Uno dei servizi più diffusi nell'area di intervento relativa alle persone disabili è il SAP, servizio di aiuto alla persona. Dai dati di una indagine realizzata nel corso del 2008 da parte della Regione Basilicata presso i Comuni capoparea "Anziani" ed "Handicap" è emerso che il SAP è stato offerto a circa 250 utenti. Il servizio non è diffuso in modo omogeneo sul territorio regionale, nei comuni più piccoli esso rappresenta, spesso, l'unica possibilità di alleviare il carico di cura delle famiglie, fornisce il sostegno scolastico, favorisce e promuove momenti di socializzazione fuori dal contesto familiare. La domanda è superiore alle risorse disponibili, per cui il servizio spesso si parcellizza, perdendo la possibilità di intervenire in maniera più incisiva ed efficace.

L'assistenza domiciliare copre vari aspetti di socializzazione, di aiuto nella cura della persona, di aiuto nella gestione della casa. Negli anni a questi bisogni si è andato ad aggiungere quello dell'intervento educativo rivolto ai minori disabili. In questa tipologia di servizio, in alcuni ambiti, viene fatta rientrare anche l'assistenza specialistica scolastica, quando richiesta dai Dirigenti Scolastici.

Scarsamente diffusi sono i servizi residenziali e semiresidenziali. Il censimento del Formez ha censito solo tre strutture residenziali, di cui una a carattere familiare e due a carattere comunitario, per un totale di 40 posti letto disponibili. Quasi del tutto assenti i servizi per il "Dopo di noi".

Conseguenza della carenza di servizi e strutture adeguate è sovente la lunga permanenza degli utenti nei centri di riabilitazione psico-motoria, con notevole dispendio di risorse finanziarie e soprattutto senza alcuna prospettiva di miglioramento della qualità della vita della persona disabile.

E' stato, inoltre, istituito apposito fondo regionale che trasferisce ai Comuni risorse dedicate allo sviluppo di centri socio-educativi diurni, ad oggi pari complessivamente a 12. Tuttavia i centri socio-educativi, istituiti per accogliere i disabili con notevole compromissione

dell'autonomia nelle funzioni elementari, necessiterebbero di una differenziazione per tipologia e livello di disabilità per rispondere più efficacemente alle esigenze. Attualmente accolgono anche soggetti affetti da autismo, pur non riuscendo a mettere in campo interventi mirati ed incisivi.

Non esiste, inoltre, una strutturata programmazione di percorsi di inserimento lavorativo e apprendistato per gli utenti disabili.

Nelle altre aree sono raggruppati i servizi destinati alle problematiche giovanili e tossicodipendenze, immigrazione, salute mentale, donne in difficoltà, contrasto alla povertà ed ex detenuti e coprono circa il 19% di tutti i servizi esistenti nel 2008 in Basilicata riportati nelle schede di monitoraggio. Per tali aree la programmazione fatta negli Ambiti Territoriali è molto eterogenea.

Si segnala infine l'attivazione di 21 sportelli informativi per immigrati.

Nel corso degli anni il fenomeno della tossicodipendenza è notevolmente cambiato: sono cambiate le sostanze tossiche (cocaina, allucinogeni, droghe sintetiche); è notevolmente aumentato il numero di consumatori e si è abbassata l'età media di avvicinamento alle sostanze psicoattive. Non essendoci altri servizi, i Ser.T hanno dovuto accogliere e gestire, anche altre forme di dipendenza patologica, quelle da alcol, da tabagismo, da gioco d'azzardo, da tecnologia digitale. I servizi, pur conservando l'originaria organizzazione, cercano di far fronte e di dare delle risposte a questa nuova domanda, con le stesse figure professionali e con un organico notevolmente inferiore a quello previsto dalla normativa.

Emerge inoltre la necessità di cambiare il modo di approcciare il fenomeno delle dipendenze, rispetto al passato. L'abuso di sostanze non sembra più solo legato a situazioni di disagio/sofferenza, ma soprattutto a particolari stili di vita, che si vanno diffondendo. Ciò comporta la necessità di analizzare e studiare questi cambiamenti culturali, capire i significati che assumono le sostanze per le nuove generazioni, per poter progettare gli interventi più adeguati per limitare e contrastare il diffondersi di questo tipo di consumo.

L'ultima Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia relativa all'anno 2009, riferisce che i soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte della popolazione complessiva che fa uso di sostanze.

Nell'anno 2009, sulla base dei dati rilevati dal Ministero della Salute, risultano attivi 533 Ser.T sul territorio nazionale. Il rapporto tra utenti in carico e personale attivo, ovvero il carico di lavoro medio, assume a livello nazionale un valore complessivo di 24 soggetti in cura per operatore.

A livello nazionale, il rapporto tra il personale impegnato e la popolazione a rischio (15-64 anni) è pari a 1,77 operatori per 10.000 abitanti. Il valore della Basilicata è 1,79, lievemente superiore alla media nazionale.

In Basilicata sono presenti 13 strutture socio-riabilitative, di cui 7 residenziali, 1 semiresidenziale e 5 ambulatoriali, per un totale di utenti di circa 100 unità.

Le comunità presenti sul territorio coprono la domanda, dato che ci sono strutture per tossicodipendenti, per alcolisti e c'è anche una comunità, in corso di accreditamento, per utenti con la doppia diagnosi.

Negli anni sono stati attivati alcuni centri di aggregazione giovanile in diversi ambiti, ma da quando il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga è confluito nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (che in Regione Basilicata è stato finalizzato per diversi anni alle aree infanzia, anziani e disabili) gli interventi sono diminuiti e si pone il problema della loro continuità.

Dall'interlocuzione con gli operatori dei servizi territoriali è risultato che i centri attivati riescono a coinvolgere un discreto numero di giovani dell'età compresa tra i 15 e i 20 anni, le risorse erogate sono insufficienti per garantire un servizio di qualità e scarsi sono gli interventi di inserimento lavorativo. Si è fatto notare che nel corso degli anni vi è stata qualche buona sperimentazione che non ha avuto seguito perché legata a finanziamenti occasionali.

Le strutture e i servizi socio-educativi

Circa i servizi socio-educativi per la prima infanzia, dall'indagine censuaria contenuta nel Sistema Informativo Sociale regionale della Regione Basilicata (SISB), si ricavano i seguenti dati di sintesi.

I servizi sono una realtà diversificata ed in continua evoluzione. Accanto a quelli tradizionali rappresentati dagli asili nido, si stanno sviluppando nuove tipologie di strutture rivolte ai bambini tra 0 e 36 mesi, che contribuiscono ad aumentare il livello di penetrazione di questi servizi tra la popolazione. Nella tabella successiva si riportano le strutture rilevate per tipologia e provincia.

Tabella 7. Strutture rilevate per tipologia e per provincia

	Asili nido	Sezioni primavera	Micro nidi	Ludoteche	Totale
Matera	9	8	-	1	18
Potenza	20	22	2	-	44
Regione	29	30	2	1	62

Fonte: elaborazioni Synergia su dati SISB.

La capacità ricettiva

Nel 2009 i posti secondo progetto (la cosiddetta capienza teorica) ammontano a 1.507. Circa una struttura su quattro (25,8%) evidenzia difficoltà a programmare il numero di posti per l'anno scolastico secondo quanto previsto da progetto evidenziando un sottoutilizzo della disponibilità ricettiva potenziale e quindi una riduzione, seppur limitata, della capacità di offerta.

Tabella 8. Capacità ricettiva (capienza programmata e reale) - valori assoluti e medi dei posti disponibili

Provincia	Posti autorizzati secondo progetto		Posti secondo programmazione 2009/2010	
	Totale	Media	Totale	Media*
Matera	522	29,0	492	27,3
Potenza	985	22,4	952	22,7
Regione	1.507	24,3	1.444	24,1

Fonte: elaborazioni Synergia su dati SISB.

* Sono state escluse due strutture che non hanno erogato servizio nell'anno 2009/2010

La dotazione di spazi e servizi

La quasi totalità delle strutture censite risulta dotata dei principali spazi e servizi di supporto (servizi igienici per i bambini, servizi igienici per il personale, salone giochi, servizi mensa, locali separati per deposito attrezzature e materiali di pulizia). Meno frequente, seppure elevata, la dotazione di altri servizi, presenti in circa quattro strutture su cinque: spazio per colloqui con i genitori, sala mensa, spazio per preparazione materiale didattico, locali separati per la preparazione dei pasti. Un elemento di criticità deriva dal fatto che il 17,7% delle strutture non risulta dotato di un'area verde di pertinenza. Il valore mediano della superficie coperta per posto bambino è pari a 10 metri quadrati.

La fruibilità del servizio

Nel normale periodo di attività, il 66,1% delle strutture risulta aperto 6 giorni alla settimana, quota che raggiunge praticamente la totalità dei casi in provincia di Matera (17 su 18 strutture). Prevalente è il ricorso all'orario continuato (cioè chiusura dopo le 15), previsto in più del 60% delle strutture rispondenti. Un altro elemento strategico rispetto alle politiche di conciliazione familiare è rappresentato dalla possibilità di usufruirne in maniera flessibile: più della metà delle strutture rispondenti (52,2%) consente orari flessibili di entrata e uscita dei bambini, in risposta a specifiche esigenze dell'utenza e l'81,7% consente l'uso dell'asilo in orario part-time.

Il personale operante

Sull'intera rete di offerta per la prima infanzia lucana operano 411 unità fisiche di personale, pari a 252,7 unità equivalenti (un'unità di lavoro equivalente corrisponde a un lavoratore teorico con contratto a tempo pieno di 36 ore settimanali lavorate). Tale scarto mette in evidenza l'uso non marginale di forme di lavoro part-time con monte ore settimanale inferiore a 36 ore. Le figure professionali prevalenti risultano essere quelle educative che rappresentano il 60,3% del totale del personale operante nelle strutture per la prima infanzia lucane. L'indice di carico assistenziale è pari a 6,7 bambini per educatore: questo dato presenta tuttavia una forte eterogeneità legata alle modalità di gestione del servizio cui corrispondono differenziati livelli di qualità. L'indice di carico assistenziale è infatti pari a 3,3, bambini per operatore nelle strutture a titolarità e a gestione pubblica e a 4,8 nelle strutture a titolarità e a gestione privata, mentre sale a ben 9,5 bambini per educatore nei servizi a titolarità pubblica ma a gestione privata (si tratta di un aspetto particolarmente negativo e critico che richiede ulteriori approfondimenti).

Dati sull'utenza

Al 31.12.2009 risultano iscritti 1.148 bambini (404 nelle strutture site nella provincia di Matera, 744 nel potentino) di età compresa tra i 3 e i 36 mesi con una leggera prevalenza (51,7%) di utenti maschi. Sul totale degli iscritti si contano 18 stranieri e 7 bambini con disabilità e 4 seguiti dai servizi sociali. Il 67,1% dei bambini iscritti ha tra 24 e 35 mesi a cui si aggiunge un ulteriore 25,4% di bambini tra 12 e 33 mesi. Questo dato è legato alla tipologia stessa dei servizi come le sezioni primavera, che accolgono di norma bambini sopra i 24 mesi. Di fatto, dato il contributo significativo di questa tipologia di servizi, l'offerta assistenziale risulta nel complesso piuttosto concentrata sui soli divezzi.

Si evidenzia un numero medio di utenti più elevato nelle strutture in provincia di Matera: 22,4 bambini iscritti contro una media regionale di 18,5, dato questo coerente con la maggiore capacità di offerta dichiarata dalle strutture operanti in questa provincia.

Equilibrio tra domanda e offerta: alcuni indicatori di sintesi

L'indice di penetrazione della popolazione 0-2 anni, mostra che a livello regionale 7,9 bambini lucani su 100 al di sotto dei 36 mesi risultano iscritti ad una struttura per la prima infanzia, contro un valore-obiettivo del Piano di azione 2007-2013 del 12%. Si tratta di un valore particolarmente positivo per una Regione del Mezzogiorno.

Disaggregando tale indice per area territoriale, si evidenzia come la penetrazione dei servizi sia più elevata nelle città di Potenza e Matera (rispettivamente con un indice di

penetrazione pari al 16,9% e 14,8%), nel Lagonegrese (8,7%) e nell'Agri Sauro (12,0%). Al contrario, una penetrazione molto bassa (2-3%) si osserva nel area del Medio Basento.

La dinamica della domanda effettiva di servizi per la prima infanzia presenta invece una forte eterogeneità a livello provinciale, connessa probabilmente alla differente struttura del mercato del lavoro che coinvolge le giovani madri nel potentino e nel materano. Ne consegue che benché la dotazione di posti sia sostanzialmente simile tra le due province, proprio in virtù di una maggiore domanda di accesso, i servizi per la prima infanzia del materano presentano liste d'attesa molto più consistenti. Complessivamente a livello Regionale viene accolto il 72,9% dei bambini per i quali è richiesta l'ammissione al nido di infanzia.

Tabella 9. Indicatori sintetici per provincia - valori percentuali

Provincia	Indice di penetrazione (a)	Indice di dotazione reale (b)	Indice di dotazione teorica (c)	Indice di saturazione (d)	Indice di saturazione effettiva (e)
Matera	7,7	9,3	9,9	82,1	74,3
Potenza	8,0	10,2	10,6	78,2	49,7
Basilicata	7,9	9,9	10,3	79,5	59,5

Fonte: Elaborazioni Synergia su dati SISB.

(a) Indice di penetrazione: $(N. \text{ bambini iscritti al nido} / \text{popolazione } 0-2 \text{ anni}) * 100$.

(b) Indice di dotazione reale: $(N. \text{ bambini previsti da programmazione } 2009-2010 / \text{popolazione } 0-2 \text{ anni}) * 100$.

(c) Indice di dotazione teorica: $(N. \text{ bambini previsti da progetto} / \text{popolazione } 0-2 \text{ anni}) * 100$.

(d) Indice di saturazione: $(N. \text{ bambini iscritti} / N. \text{ bambini previsti da programmazione } 2009-2010) * 100$.

(e) Indice di saturazione effettiva: $(N. \text{ medio bambini frequentanti nel corso del } 2009 / \text{media } N. \text{ bambini previsti da programmazione } 2009-2010) * 100$.

Tabella 10. Indicatori sulla domanda - valori assoluti e percentuali

	Bambini in lista d'attesa (v.a.)	Bambini accolti (v.%) (a)	Domanda insoddisfatta (v.%) (b)	Eccesso di domanda (v.%) (c)	Domanda totale effettiva (v.%) (d)
Matera	292	58,0	42,0	5,5	13,2
Potenza	134	84,7	15,3	1,4	9,4
Basilicata	426	72,9	27,1	2,9	10,8

Fonte: elaborazioni Synergia su dati SISB.

(a) Bambini accolti: $(N. \text{ bambini iscritti} / (N. \text{ bambini iscritti} + N. \text{ bambini in lista d'attesa})) * 100$.

(b) Eccesso di domanda: $(N. \text{ bambini in lista d'attesa} / \text{popolazione } 0-2 \text{ anni}) * 100$

(c) Domanda totale effettiva: Eccesso di domanda + Indice di penetrazione.

(d) Domanda insoddisfatta: $(N. \text{ bambini in lista d'attesa} / (N. \text{ bambini iscritti} + N. \text{ bambini in lista d'attesa})) * 100$

Tuttavia in entrambe le province la saturazione media dei servizi è inferiore al livello massimo della capacità ricettiva complessiva. L'indice di saturazione è infatti pari al 76,5%, ovvero a livello regionale in media ogni 100 posti disponibili, 20 sono liberi e 30 bambini sono in lista di attesa.

I risultati dell'indagine di soddisfazione

Su un campione di 20 asili nido è stata condotta un'indagine di soddisfazione delle famiglie dei bambini iscritti, che sarà estesa nei primi mesi del 2011 anche a un campione di 20 sezioni primavera. La rilevazione della qualità percepita sugli asili nido evidenzia innanzitutto l'importanza percepita dalle famiglie rispetto all'asilo nido non solo come strumento di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro, ma anche e soprattutto come servizio educativo di primaria importanza per il bambino. Il 75% dei genitori afferma che anche qualora disponesse di alternative per la cura e la custodia del bambino si rivolgerebbe comunque all'asilo nido. Le famiglie-utenti risultano complessivamente soddisfatte del servizio di asilo nido (96,3% di soddisfatti, tra cui il 31,3% molto soddisfatto, nessun intervistato si è dichiarato insoddisfatto). I livelli di soddisfazione più elevati si registrano per il personale operante, ritenuto competente ed in grado di stabilire un buon rapporto con i bambini. Tuttavia le famiglie utenti suggeriscono di migliorare l'interazione tra educatori e genitori. Circa la struttura dall'asilo nido, sebbene sia giudicata pulita e adeguata al servizio offerto per quanto concerne gli spazi interni, le famiglie suggeriscono di migliorare la manutenzione, potenziare i giochi e gli arredi disponibili, migliorare l'accessibilità alla struttura, ma soprattutto si dimostrano poco soddisfatti degli spazi esterni giudicati poco adeguati, citando questo elemento come il principale punto di debolezza del servizio.

CS.2. DALLE AREE DI BISOGNO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI

In attuazione di quanto previsto all'art. 3 della l.r. 4/2007 si elencano le *dotazioni minime di servizi nei nuovi Ambiti Socio-Territoriali*.

In termini di indirizzi programmatici, per ciascuna delle aree di intervento, a partire dalla situazione attuale e dagli elementi di criticità che caratterizzano il sistema, saranno definiti gli obiettivi che la Regione Basilicata intende promuovere e realizzare nel prossimo triennio di programmazione. Gli obiettivi che si vanno ad individuare si articolano in *obiettivi di sviluppo*, intesi come interventi, attività, azioni che puntano alla crescita generale del sistema, ed *obiettivi di servizio*, che invece individuano in modo puntuale un indicatore da raggiungere nel periodo di vigenza del Piano regionale, in presenza di adeguate risorse finanziarie.

Sotto il profilo metodologico si segnala che i singoli servizi non sono neppure idealmente riconducibili ad una sola area di intervento. Al contrario, nella pratica, si collocheranno a cavallo di più aree tra loro funzionalmente e operativamente collegate.

Con riferimento all'attuazione dell'art.21 della legge regionale 4/2007 si precisa che, fino all'approvazione di specifiche normative riferite all'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento dei servizi, continuano ad applicarsi i principi di cui all'art.31 della medesima legge, nonché quelli del Piano Socio-Assistenziale per il triennio 2000-2002 (Capp 6 e 7), ove non in contrasto con il DM del 21 Maggio 2001 n.308.

A. Funzione di informazione, supporto e presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari

Situazione attuale

Con riferimento a questa "macro-area" che realizza sia funzioni d'informazione e orientamento che la "presa in carico" effettiva della persona e della famiglia, il lavoro di analisi realizzato ed i *focus group*, hanno tracciato un quadro dei Servizi Sociali Comunali (per riprendere la terminologia utilizzata nel PSA 2000-2002) caratterizzato dalla presenza di personale qualificato (assistenti sociali e psicologi) prevalentemente inquadrato con contratti di collaborazione a progetto e/o consulenza. Questa situazione di precarietà determina una certa fragilità dei servizi che non possono avvalersi di personale stabilmente dedicato a fronte di un forte carico di lavoro che ingloba sia le funzioni di segretariato sociale che quelle proprie del servizio sociale professionale.

Obiettivi generali

In questo quadro si dovrà:

- perseguire l'integrazione fra servizi al fine di garantire unitarietà e continuità di risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie;
- differenziare le funzioni di primo accesso, informazione, promozione ed accoglienza (funzioni di segretariato sociale) dalla presa in carico mirata delle persone e/o dei nuclei che versano in particolari situazioni di bisogno.

Con riferimento a questo secondo aspetto occorre precisare che l'accesso al sistema integrato dei servizi deve essere favorito attraverso attività d'informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza.

Informazione e orientamento sono due funzioni che si legano strettamente. L'informazione da sola può non essere sufficiente a fronte della necessità sempre più ricorrente di sostenere le decisioni delle persone e delle famiglie, di fornire strumenti per valutare le diverse alternative a disposizione e identificare la scelta più opportuna. E' indispensabile quindi sviluppare l'aspetto informativo connesso alla funzione di orientamento che, invece, caratterizza il processo attraverso il quale l'informazione viene erogata: il modo in cui viene illustrata, la relazione che si instaura con l'utente, l'attività di ascolto, l'identificazione del bisogno e della domanda.

Altra cosa, rispetto all'informazione e all'orientamento, è la "presa in carico" che rappresenta la fase successiva del percorso intrapreso dall'utente e che comprende la valutazione del bisogno, l'elaborazione e la condivisione di un progetto individualizzato, l'attivazione dei servizi e delle prestazioni conseguenti.

La presa in carico è funzione propria del servizio sociale professionale o dei singoli servizi competenti.

Un ulteriore aspetto di fondamentale importanza attiene alla necessità che sia il soggetto pubblico a gestire direttamente le funzioni di informazioni e orientamento e a mantenere un ruolo di regia nei confronti di altri attori e soggetti della rete, anche al fine di garantire una omogeneità di informazioni e la massima collaborazione tra il soggetto pubblico e il privato sociale (che materialmente produce ed eroga le prestazioni all'utente).

In termini di assetto organizzativo complessivo ciascun Ambito Socio-Territoriale dovrà prevedere l'istituzione del servizio sociale di ambito, che comprenda prestazioni di tipo sociale, di tipo psicologico, con particolare riferimento alle attività di empowerment di

comunità, di tipo pedagogico-educativo, utili soprattutto nelle attività di predisposizione dei programmi educativi personalizzati.

Nell'ambito del servizio sociale professionale, particolare rilevanza assume la specifica funzione di segretariato sociale. Il segretariato sociale in quanto "funzione" del servizio sociale professionale risponde ad un centro di responsabilità su base di Ambito, ma si traduce operativamente in molteplici punti fisici di accesso rivolti alla cittadinanza.

Servizio sociale d'ambito

Prestazioni	Criticità	Obiettivi di servizio
Servizio Sociale Professionale	<p>Precarietà dei rapporti di lavoro.</p> <p>Disomogeneità territoriale rispetto all'organizzazione del servizio ed alle modalità di lavoro.</p>	<p>Prevedere almeno 1 Assistente Sociale a tempo pieno (38 ore di lavoro settimanali) ogni 10.000 abitanti.</p> <p>Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana.</p>
Servizio di psicologia di comunità	<p>Precarietà dei rapporti di lavoro.</p> <p>Disomogeneità territoriale rispetto all'organizzazione del servizio ed alle modalità di lavoro.</p>	<p>Prevedere almeno 1 psicologo a tempo pieno (38 ore di lavoro settimanali) ogni 25.000 abitanti.</p> <p>Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana.</p>
Servizio pedagogico-educativo	Assenza del servizio.	<p>Prevedere almeno 1 pedagoga/educatore (38 ore di lavoro settimanali) per ambito, con obiettivo di sviluppo, da raggiungere nel triennio di prevedere almeno 1/pedagoga/educatore ogni 40.000 abitanti.</p> <p>Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana.</p>
Accesso integrato per le prestazioni sociali e sociosanitarie		<p>Istituire il PUA (Punto Unico di Accesso) in ogni Ambito.</p>

Segretariato sociale

La funzione di segretariato sociale quale parte integrante del servizio sociale professionale svolge una specifica azione di "front-office", di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento e dell'invio a servizi specifici.

In quanto punto di accesso al sistema socio-assistenziale, integrato in modo funzionale con il sistema sanitario, nella logica dell'articolazione dei Punti Unici di Accesso, il servizio deve riuscire a fornire risposte immediate a fronte di domande semplici e dirette.

Sotto il profilo organizzativo deve:

- essere facilmente raggiungibile, accogliente, privo di barriere architettoniche e dotato di ogni tipo di informazione sui servizi esistenti, sulle caratteristiche e qualità degli stessi, sulle procedure per accedervi;
- essere gestito da operatori specializzati con compiti di accoglienza, ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento;
- offrire servizi di “disbrigo pratiche”: certificazioni ISEE, assistenza per la compilazione delle domande di accesso alle strutture ed ai servizi e altra modulistica varia, anche attraverso il coinvolgimento, previo accordo, di strutture del privato sociale già esistenti e operative, nonché degli Enti di patronato maggiormente rappresentativi;
- raccogliere le segnalazioni dei cittadini sulle disfunzioni ed inadempienze della rete dei servizi;
- supportare la lettura delle trasformazioni della domanda e delle necessarie innovazioni da apportare alla rete dei servizi in sinergia con il livello programmatico dell’ambito territoriale (Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario).

La funzione di segretariato sociale deve essere garantita in ciascun comune dell’Ambito, articolandosi nei Comuni più piccoli su presenze limitate ad alcuni giorni della settimana. Limitatamente alle funzioni di orientamento ed informazione deve essere attivato uno sportello sociale, anche senza la presenza dell’assistente sociale, per tutti i giorni della settimana.

Servizio Sociale Professionale

Il livello più complesso di “valutazione e presa in carico” è affidato al Servizio Sociale Professionale. Il servizio è gestito da Assistenti Sociali e svolge compiti di valutazione multidimensionale dei problemi delle persone e delle famiglie – con verifica delle risorse utilizzabili dalla persona sia all’interno della famiglia che sul territorio - e l’accompagnamento nel percorso stabilito.

A seconda della complessità rilevata da un colloquio più approfondito, la domanda potrà ottenere risposta diretta o l’invio ad altri servizi di carattere socio assistenziale e/o socio-sanitario e, di seguito, a servizi territoriali diurni, residenziali o domiciliari sulla base di quanto definito dal progetto personalizzato.

L’assistente sociale, nel contesto specifico del servizio sociale professionale, è la figura professionale in grado di assumersi la responsabilità istituzionale del progetto

individualizzato, da realizzare insieme all'utente, alla sua famiglia e altri servizi o Enti se coinvolti.

Per questa particolare specificità è opportuno che il servizio sia coordinato dall'Ufficio di Piano, anche al fine di facilitare la trasmissione delle informazioni sui bisogni, contribuire alla programmazione e alla valutazione dei servizi e coordinare le modalità di partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata.

È, inoltre, importante sottolineare che ciascun Ufficio di Piano, a partire dalla programmazione integrata di ambito, che si realizzerà attraverso il (PISS), dovrà governare le modalità di integrazione e collaborazione tra il servizio sociale professionale e gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria, in particolare gli Sportelli Unici di Accesso e l'Unità di valutazione integrata.

Servizio di psicologia di comunità

La psicologia di comunità è un ambito d'intervento che cura soprattutto la sfera di relazione tra la dimensione individuale delle persone e quella collettiva, in una prospettiva di promozione e cura del benessere individuale e di gruppo.

L'attenzione principale è dunque riservata alle relazioni tra gli individui, i gruppi sociali, la comunità di riferimento, intese come parti di un sistema sociale complesso, che interagisce e s'influenza reciprocamente. L'analisi e la valutazione di tali relazioni consentono la programmazione e la realizzazione d'interventi di carattere psicosociale, generalmente finalizzati alla valorizzazione delle risorse che le persone e le comunità conservano, al loro sostegno e alla loro produzione, anche in termini di capitale sociale.

Il tessuto di relazioni sociali nel quale ciascun individuo è inserito rappresenta infatti parte rilevante del proprio patrimonio sociale, significativamente predittivo dei percorsi di cura e benessere che possono essere programmati insieme a ciascuna persona.

La previsione di un servizio di psicologia di comunità nell'ambito dell'area relativa alla funzione di informazione, supporto e presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari, se da una parte rappresenta una importante innovazione nella programmazione sociosanitaria regionale, dall'altra tende a valorizzare alcune delle esperienze più significative che sono state realizzate sul territorio regionale nell'ultimo decennio.

Servizio pedagogico-educativo

La previsione di prestazioni di carattere pedagogico-educativo nel sistema del servizio sociale di ambito tende a colmare un'assenza importante e, al tempo stesso, a rispondere ad un bisogno più volte evidenziato in fase di confronto con gli operatori locali dei servizi. La domanda di assistenza di tipo educativo tende a crescere complessivamente e a caratterizzarsi in modo specialistico, a fronte dei cambiamenti socio-demografici che sono stati ampiamente descritti nelle pagine precedenti di questo documento di piano. Sul versante socioculturale, come su quello educativo-riabilitativo è necessario che l'offerta di base dei servizi sociali potenzi la propria capacità di elaborazione di programmi assistenziali appropriati ed efficaci, capaci di orientare da una parte i percorsi verso le aree d'intervento specialistiche, dall'altra di verificarne nel tempo l'andamento e l'esito. Lo strumento di lavoro principale del servizio pedagogico-educativo è il PEI, programma educativo individualizzato, che tiene conto delle attività di tipo educativo, riabilitativo, didattico e di socializzazione programmati per la persona, minore o disabile che sia, e va redatto in collaborazione con le altre agenzie sociali ed educative (enti, servizi, equipe) che intervengono nel progetto assistenziale della persona.

L'istituzione del servizio diviene indispensabile per la concreta attuazione dell'intesa in Conferenza Unificata del 20 marzo 2008, relativa al riassetto dei gruppi H nel sistema scolastico.

Al fine di potenziare l'efficacia degli interventi e garantirne nel tempo la sostenibilità, è assolutamente necessario che tutte le competenze professionali che afferiscono al servizio sociale di ambito sviluppino il pieno coordinamento, integrandosi nelle funzioni operative e promuovendo il massimo grado di confronto e collaborazione.

B. Sostegno alle responsabilità familiari, di tutela materno infantile e di protezione dei minori e degli adolescenti

Situazione attuale

Con riferimento a questa area di intervento le principali criticità riscontrate nel lavoro di analisi riguardano:

- unità di offerta disomogenee sia per struttura organizzativa che per prestazioni erogate;
- copertura territoriale più bassa sia della media nazionale che di quella relativa alle regioni del Sud ed una forte disomogeneità territoriale;
- una generale difficoltà di collaborazione e coordinamento tra i servizi sociali comunali e gli enti gestori dei servizi;
- assenza di servizi di promozione e sostegno alla famiglia e alla genitorialità e di tutela delle donne sole con figli;
- carenza di servizi per la fascia d'età dai 15 ai 18 anni;
- carenza di servizi socio-educativi che forniscano contesti di aggregazione e socializzazione.

Obiettivi generali

A partire dalla situazione esistente, nell'ambito di quest'area di intervento, si dovranno innanzitutto realizzare interventi di rilevazione e analisi della domanda e di monitoraggio e valutazione delle tipologie di servizi offerti.

Ultimato il lavoro di analisi, sia sul fronte della domanda che dell'offerta, si dovranno:

A. ampliare le unità di offerta con riferimento:

- al numero di servizi attivati;
- alla distribuzione territoriale;
- alla tipologia di servizi attivati;
- a specifici target di utenza (fascia 15-18, famiglie).

B. rafforzare e rendere più omogenei i servizi attivi intervenendo:

- sulla struttura organizzativa;
- sulla tipologia di prestazioni erogate;
- sulle professionalità coinvolte;
- sugli strumenti operativi utilizzati.

C. realizzare l'integrazione:

- con altre aree di intervento, al fine di promuovere e sviluppare un approccio multidimensionale.

Questi obiettivi saranno perseguiti con specifiche attività del SISB e dal "Programma di interventi e attività di studio, analisi, ricerca e raccolta dati nell'area infanzia e adolescenza", approvato con la deliberazione di Giunta Regionale n.1282 del 07.07.2009, che prevede l'istituzione di un centro di documentazione regionale per la realizzazione di attività di studio, analisi, ricerca, raccolta ed elaborazione dei dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, in ottemperanza a quanto disposto dall'art.4 della legge 451/97.

Lo stesso centro promuoverà un programma di azioni di prevenzione, assistenza e recupero di minori vittime di abusi sessuali ai sensi della legge 269/98 - art.17.

A supporto della strategia regionale per potenziare l'offerta dei servizi socio educativi per la prima infanzia sarà aggiornata la normativa regionale in materia attraverso l'emanazione di una nuova legge.

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza domiciliare educativa	<p>A fronte di una qualità delle prestazioni non standardizzata, la spesa media per utente è molto più elevata della media nazionale e di quella relativa alle regioni meridionali. (248 utenti con una spesa media per utente di € 2.891, spesa media nazionale di € 2.058, spesa media nelle regioni del sud € 1.151).</p> <p>La copertura del servizio sul territorio regionale è molto bassa: solo il 39,8% dei Comuni è coperto dal servizio (48,3 % nazionale, 29,5 nelle regioni del sud).</p> <p>Il servizio è presente in 13 ambiti su 15 ma in alcuni di essi con percentuali di utenti molto basse.</p> <p>Il servizio presenta una certa disomogeneità strutturale e organizzativa.</p>	<p>Indagare e verificare il dato di spesa media per utente ed eventualmente mettere in atto azioni di sostegno ai Comuni o agli ambiti per promuovere un più efficace uso delle risorse.</p> <p>Rendere omogenea la struttura organizzativa dei servizi identificando in modo più preciso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obiettivi; • prestazioni erogate, modalità di erogazione, dispositivi e strumenti per l'integrazione con altri interventi (interventi integrati con altre aree: scuola, sport, servizi aggregativi); • figure professionali coinvolte e competenze e qualifiche richieste; • dispositivi regionali di accreditamento e autorizzazione; • indicatori di verifica della qualità; • formazione congiunta degli operatori; • utilizzo di strumenti operativi condivisi, es. PEI (Progetto Educativo Individualizzato); • approccio multidisciplinare (a partire dalla strutturazione dell'équipe) e integrato con altri servizi ed aree di intervento (scuola, sport, etc).
		<p>Obiettivi di servizio</p> <p>Ampliare il numero di comuni coperto dal servizio assicurando la presenza di almeno un servizio per ambito.</p>

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Case famiglia e strutture residenziali per minori	Carenza di strumenti che consentono la costruzione di percorsi condivisi e integrati tra i servizi e le strutture di accoglienza. Carenza di risorse specifiche dedicate ai percorsi di affidamento in grado di connettere il lavoro portato avanti con i minori nelle comunità e nelle famiglie affidatarie con le azioni promosse dai servizi sociali per il recupero delle funzioni genitoriali.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto alla residenzialità dei minori e dell'utilizzo delle risorse.
		<p align="center">Obiettivi di servizio</p> Definire un piano di presa in carico ed un Progetto Educativo Individualizzato (PEI) condiviso del nucleo familiare tra servizi sociali e Ente gestore del servizio, così da mettere in campo tutti gli interventi necessari per verificare la possibilità del rientro in famiglia e renderla praticabile, attraverso la personalizzazione degli interventi e la condivisione dei progetti.
Comunità educativa per minori con problemi di adattamento	Assenza di strutture di accoglienza	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti.
		<p align="center">Obiettivi di servizio</p> Prevedere la costituzione di una struttura a livello regionale.
Area minorile penale	Assenza di politiche strutturate specificamente dedicate al trattamento ed al reinserimento di minori e giovani adulti di area penale	Garantire l'accesso ad una adeguata informazione ai minori e ai giovani adulti dell'area penale sulla rete delle risorse pubbliche e del privato sociale. Organizzazione di iniziative di prevenzione attivando stretti collegamenti funzionali tra il Sistema dei Servizi Minorili, le strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno infantile, pediatria di base) ed altri Servizi Sociali nonché Istituzioni a carattere educativo e scolastico.
Comunità alloggio/gruppi appartamento per madri con figli	Bassa presenza di servizi di tutela e di accoglienza per donne sole con figli.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto alla tutela delle donne sole con figli.
		<p align="center">Obiettivi di servizio</p> Progettare e realizzare interventi di sostegno al reinserimento sociale e lavorativo della madre, lavorando in rete con altre strutture e servizi che operano sul territorio (ad es. Centri per l'Impiego e servizi di inserimento lavorativo). Costituire una struttura di accoglienza su base provinciale, che garantisca il servizio di accoglienza anche per le vittime di violenza.
Gruppi appartamento per l'autonomia	Assenza di servizi in grado di favorire l'autonomia dei minori che passano alla maggiore età.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto al passaggio dalle strutture residenziali a strutture che promuovano l'autonomia dei minori che passano alla maggiore età.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi socioeducativi per la prima infanzia	Basse percentuali di copertura dei servizi rispetto alla domanda potenziale.	Per il raggiungimento degli obiettivi dovranno essere poste in essere le seguenti azioni: Incremento del numero di posti in strutture socio-educative attraverso la realizzazione di attività di sensibilizzazione, informazione e assistenza tecnica rivolte ai territori; programmazione di nuovi posti in nidi d'infanzia, compresi micronidi e nidi aziendali; potenziamento dei servizi nei comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti; abbattimento dei costi delle rette.
		Obiettivi di servizio
		Raggiungere una copertura di servizio pari al 35% dei comuni entro il 2013 (QSN 2007-2013). Raggiungere il 12% di copertura della popolazione fino a tre anni entro il 2013 (QSN 2007-2013).

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Centri diurni per minori	Copertura scarsa e disomogenea del servizio che è presente solo nei comuni più grandi. Servizio decisamente sotto utilizzato a fronte di alti costi di gestione. Disomogeneità delle strutture organizzative e delle relative modalità di gestione.	Modificare gli standard strutturali e organizzativi del servizio al fine di rispondere in maniera adeguata alle esigenze di sostegno psico-socio-educativo dei minori nella fascia 14-18 attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • l'impostazione e l'avvio di un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni di sostegno emergenti rispetto alla fascia d'età 14-18; • l'identificazione di mission, target e opportunità di intercettazione del target specifico dei centri diurni, garantendo l'opportunità di accesso anche ai ragazzi provenienti dai comuni più piccoli e distanti; • la connessione dei centri ad altri servizi quali l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali; • la promozione dei centri diurni come opportunità di sostegno al rientro in famiglia del minore istituzionalizzato ovvero quale servizio integrativo e di supporto all'assistenza domiciliare. Definire, a livello regionale, gli standard strutturali, organizzativi e gestionali dei centri anche attraverso la regolamentazione dei criteri e delle procedure di autorizzazione e accreditamento, al fine di individuare: <ul style="list-style-type: none"> • gli obiettivi da raggiungere; • le prestazioni da erogare e le relative modalità di erogazione; • le figure professionali da impiegare con riferimento alle competenze e qualifiche richieste.
		Obiettivi di servizio
		Per i Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti prevedere la costituzione di almeno 1 centro

		diurno, per i Comuni con popolazione inferiore ai 10.000 abitanti interventi e azioni a sostegno delle attività educative presso oratori, strutture scolastiche, associazioni di volontariato, ecc.
Ludoteche e punti ludici	<p>Scarsa diffusione del servizio.</p> <p>Basso numero di utenti.</p> <p>Scarse risorse dedicate.</p> <p>Disomogeneità organizzativa imputabile al fatto che la gestione viene affidata, in prevalenza, a organizzazioni di volontariato.</p>	<p>Incrementare le risorse dedicate.</p> <p>Definire, a livello regionale, gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del servizio anche attraverso la regolamentazione dei criteri e delle procedure di autorizzazione e accreditamento.</p> <p>Prevedere una struttura organizzativa flessibile che, avvalendosi degli spazi di altri servizi (centri sociali polifunzionali e/o istituti scolastici), consenta di offrire attività di gioco e animazione periodicamente ai diversi territori. In tal modo si risolverebbe il problema della distribuzione territoriale e sarebbero soddisfatti anche i bisogni dei territori più piccoli o periferici.</p>

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi per l'affido	Esiguo numero di interventi avviati.	Incrementare il numero di interventi anche attraverso attività di promozione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione.
		<p>Obiettivo di servizio</p> <p>Organizzare periodicamente una campagna di sensibilizzazione.</p>
Interventi e servizi per la prevenzione primaria	Scarsità di interventi strutturati di assistenza socio educativa territoriale (laddove esistenti vengono attivati in maniera informale e lasciati alla spontaneità dei singoli operatori).	<p>Potenziare gli interventi di educativa territoriale che intercettino la fascia 14-18.</p> <p>Potenziare gli interventi dei consultori con l'individuazione di obiettivi di prevenzione del disagio e dell'emarginazione, riconoscendo e valorizzando le potenzialità e le risorse relazionali dei contesti sociali di intervento.</p> <p>Attivare i servizi in una logica di sistema con i centri di aggregazione, con i centri diurni, con gli istituti scolastici.</p>
Servizi e attività di consulenza, mediazione familiare e altre forme di sostegno alla genitorialità, centri per le famiglie	Scarsità di servizi e attività di sostegno alla genitorialità.	<p>Potenziare le attività dei consultori attraverso: azioni e prestazioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza;</p> <p>azioni a sostegno della coniugalità e della genitorialità con l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare nonché di sostegno all'auto-aiuto;</p> <p>costituzione di un numero congruo di équipes qualificate nelle attività di mediazione familiare;</p> <p>attivazione di specifici servizi di tutoring per adolescenti-genitori;</p> <p>promozione di azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.</p>

C. Azioni e servizi di sostegno alle persone anziane

La situazione attuale

Per quanto riguarda l'area di intervento servizi per le persone anziane gli obiettivi della programmazione devono misurarsi inevitabilmente con la prospettiva sociodemografica che prevede un deciso invecchiamento della popolazione, come indicato nei capitoli precedenti.

L'analisi della situazione attuale dei servizi per quest'area di intervento presenta:

- una rete abbastanza diffusa sul territorio regionale di servizi di assistenza domiciliare;
- un'offerta di servizi Assistenza Domiciliare Integrata ampia, che però è rappresentata prevalentemente da prestazioni di tipo sanitario;
- servizi residenziali poco distribuiti sul territorio, con una domanda in crescita soprattutto dei servizi residenziali ad alta intensità assistenziale;
- una rete di servizi comunitari, i laboratori di comunità, estesa ma che non riesce a coprire l'intera domanda

Obiettivi generali

Gli obiettivi generali da perseguire per quest'area di intervento sono:

- una maggiore omogeneità territoriale dell'offerta di servizi;
- l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari dell'area domiciliare, anche al fine della riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni;
- il consolidamento dei servizi già attivati e la loro omogenea diffusione sul territorio regionale.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Laboratori di comunità	Copertura utenza insufficiente rispetto alla domanda. Dotazione finanziaria annuale insufficiente.	Potenziamento della rete dei servizi. Potenziamento delle equipe professionali.

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza domiciliare (SAD)	Diffusione territoriale non omogenea. Procedure diverse di attivazione del servizio.	Potenziamento dell'offerta di servizi. Elaborazione di linee guida e strumenti di lavoro omogenei. Definizione dei requisiti e degli standard per l'autorizzazione del servizio.
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Bassa integrazione delle prestazioni. Copertura non omogenea sul territorio.	Definizione dei requisiti e degli standard per l'integrazione delle aree sociali e sociosanitarie. Migliorare la penetrazione sull'intero territorio regionale.
		Obiettivi di servizio
		Obiettivo di servizio Piano di azione 5% ultra65enni

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi residenziali a bassa intensità assistenziale	Diffusione insufficiente rispetto alla domanda.	Potenziamento della rete dei servizi residenziali. Definizione dei requisiti e degli standard per l'autorizzazione del servizio.

D. Azioni e servizi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale

Situazione attuale

L'ultima rilevazione Istat sulla povertà relativa calcola in Regione Basilicata un'incidenza di famiglie povere pari al 26,3% (stimabile in circa 58.000 famiglie), dato superiore alla media del Mezzogiorno e, dopo il 27,6% registrato in Regione Sicilia, dato più alto registrato a livello nazionale.

Il "Documento di Indirizzo" approvato con DGR 371/2009, mostra come nella fascia ISEE più bassa (inferiore ai € 4.000 annui) si trovino prevalentemente le persone sole (per il 37%), con una forte incidenza sul totale degli ultra65enni (31,6%). Al crescere, seppur di poco, della fascia ISEE tale percentuale si riduce ed emerge un maggior equilibrio tra le tipologie indicate: nella fascia ISEE tra i € 4.000 e i € 5.000 annui sono le coppie, con e senza figli a trovarsi maggiormente in difficoltà. Un dato senz'altro interessante è quello relativo all'età anagrafica della persona di riferimento del nucleo familiare, per cui gli ultra 65enni si rilevano in percentuali superiori al 60% e oltre il 75% per coloro nella fascia ISEE più bassa.

Obiettivi generali

Per il prossimo triennio di programmazione i servizi che afferiscono a quest'area saranno interessati ancora da un programma sperimentale che terminerà con la messa a "regime" della prestazione e dei servizi connessi.

Il passaggio al nuovo programma è cominciato nel 2009 ed ha previsto due azioni distinte:

1. Azione di accompagnamento all'uscita dal Programma Promozione della Cittadinanza solidale, conclusasi nello stesso anno,
2. Avvio del **Programma regionale di contrasto delle condizioni di povertà ed esclusione sociale.**

La nuova fase di programmazione conferma che il servizio si attua attraverso due tipi di politiche: una prima, passiva, di integrazione e sostegno al reddito e una seconda, attiva, di definizione per i beneficiari di un apposito programma di inserimento sociale.

La misura dunque non si configura esclusivamente come sostegno al reddito, bensì vuole, nella sua complessità, lavorare sul coinvolgimento attivo dei beneficiari, anche al fine di accrescerne l'autostima e rendere possibile il recupero di capacità progettuali.

Le azioni del nuovo programma sono strutturate su due filoni:

- consolidamento formativo e inclusione lavorativa;

- coesione sociale.

Gli obiettivi principali per questa nuova fase di programmazione consistono nel:

- perseguire, attraverso opportuni programmi di inserimento, l'autonomia della persona intesa non solo come rafforzamento delle singole competenze, conoscenze e abilità, ma anche come sostegno nel riattivare una dimensione relazionale con il contesto sociale di riferimento;
- avere come interlocutore diretto e indiretto non solo il singolo ma l'intero nucleo familiare di riferimento.

Versione approvata in Giunta regionale del 29.12.2010

E. Servizi di supporto alle persone con disabilità fisica, psichica, psichiatrica e sensoriale

Situazione attuale

- La rete dei servizi è debole, rispetto alla domanda, anche se i servizi riconducibili all'area disabilità sono i più numerosi in termini percentuali (rappresentano il 21% dei servizi attivi sul territorio regionale);
- il grado di copertura del territorio regionale è molto diversificato (ambiti con un solo servizio, ambiti con pluralità di offerta);
- forte concentrazione dell'offerta sulla domiciliarità, ovvero sul SAP (rappresenta il 39% dell'offerta sulla disabilità, contro una media di altri servizi sotto al 10%);
- carente l'offerta di servizi sulla residenzialità;
- quasi del tutto assenti servizi alternativi, semiresidenziali rivolti al sollievo oppure rivolti alla promozione delle autonomie ed alla vita indipendente;
- inesistente il tema del dopo di noi e della continuità assistenziale (progetti scuola territorio, progetti ponte), assenza di servizi nell'area 14-18;
- discontinuità della presa in carico in termini di criteri, di strutture organizzative, di approcci e di strumenti
- spesa sociale media pro-capite per disabili € 563,4 euro, mediamente in linea con quella delle regioni del Sud, ma decisamente inferiore al dato medio nazionale (dati Istat 2005).

Obiettivi generali

1. Superamento degli squilibri territoriali e frantumazione degli interventi attraverso
 - l'omogeneizzazione degli interventi in sostegno alla disabilità, identificando alcune aree di servizio prioritarie da sviluppare omogeneamente a livello d'ambito;
 - il miglioramento dell'accessibilità alla rete dei servizi mediante la definizione di percorsi di accesso chiari e regolati a livello d'ambito.
2. Integrazione operativa da realizzare attraverso:
 - la definizione di criteri univoci per la presa in carico e modelli organizzativi;
 - promozione di piani e accordi formalizzati tra gli attori della rete locale, finalizzati allo sviluppo di sinergie e interventi integrati verso la persona disabile.

3. Appropriatelyzza degli interventi e continuità assistenziale da promuovere attraverso la costituzione di strutture multi-professionali sociali e sanitarie integrate che assicurino continuità nella presa in carico nell'intero percorso di vita, con una chiara definizione di una figura responsabile di riferimento. Sul versante dell'accesso e della presa in carico si deve promuovere un percorso orientato alla sperimentazione di strumenti condivisi di valutazione dei bisogni (che prevedano l'utilizzo dell'ICF) nonché di progettazione degli interventi in relazione a diverse tipologie e livelli di disabilità (progetto di vita, progetti di passaggio, case management).

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza Domiciliare (SAD)	<p>Diffusione solo nel 40% degli ambiti zonali.</p> <p>Elevata richiesta non soddisfatta sebbene in linea con la copertura territoriale delle regioni meridionali.</p> <p>Spesa media pro-capite inferiore a quella nazionale ed anche a quella del Sud (1.987 euro contro 3.456 nazionale e 2.172 regioni del sud).</p> <p>Nel caso di minori, non sempre è presente la funzione educativa. In genere è un servizio di cura alla persona, igiene dell'abitazione e socializzazione.</p> <p>Elevato il costo della compartecipazione familiare.</p>	<p>Sviluppare il servizio di assistenza domiciliare in ogni Ambito territoriale.</p> <p>Incrementare il livello di copertura del servizio in regione.</p> <p>Omogeneizzare le modalità, i criteri di accesso al servizio e la compartecipazione al costo dal parte dell'utenza.</p> <p>Modulare l'assistenza domiciliare, potenziando gli interventi orientati allo sviluppo delle autonomie e dell'indipendenza delle persone disabili.</p> <p>Prevedere per i minori prestazioni integrate con il PEI.</p>
Interventi di Sollievo	Totale assenza di interventi.	<p>Organizzare a livello d'ambito soluzioni assistenziali diurne, servizi semiresidenziali per disabili, anche con l'ampliamento dei servizi di accoglienza, come intervento di sollievo ai carichi familiari.</p> <p>Promuovere interventi volti a favorire l'integrazione del minore disabile in contesti di normalità che possano alleviare il carico familiare dell'integrazione.</p>
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	<p>Bassa integrazione delle prestazioni.</p> <p>Copertura non omogenea sul territorio.</p>	<p>Definizione dei requisiti e degli standard per l'integrazione delle aree sociali e sociosanitarie.</p> <p>Migliorare la penetrazione sull'intero territorio regionale.</p>
		Obiettivi di servizio
		Obiettivo di servizio Piano di azione 5% ultra65enni

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Comunità alloggio a carattere socio assistenziale, "Dopo di noi"	Servizi poco sviluppati nel territorio.	Promozione a livello di ciascun ambito di programmi per il "dopo di noi" che prevedano soluzioni abitative autonome e progetti di vita indipendente.
		Promozione della conoscenza e dell'utilizzo da parte delle famiglie di tutte le misure di tutela giuridica disponibili.
		Obiettivi di servizio
		Costituire una Comunità alloggio per Ambito

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizio di aiuto per la vita indipendente	Servizio non presente.	Progettazione di interventi integrati di politiche intersettoriali (della salute, del sociale, del lavoro, della formazione, della residenzialità e della mobilità). Azioni indirette di sostegno a progetti individuali. Azioni di formazione degli operatori dei servizi coinvolti per l'attuazione di politiche intersettoriali. Attivazione di un Voucher.
Inserimento lavorativo	Servizio scarsamente presente.	Attivazione, d'intesa con Dipartimento Formazione, di interventi specifici nel campo dell'orientamento, della formazione, dell'inserimento e accompagnamento al lavoro. Promozione di interventi di sensibilizzazione.
Trasporto sociale (Interventi per la mobilità)	Disomogeneità nella diffusione del servizio. Difficoltà dei requisiti e dei criteri di accesso.	Omogeneizzare a livello di Ambito le modalità, i criteri di accesso al servizio e la compartecipazione al costo dal parte dell'utenza.
		Potenziare la disponibilità e la diffusione dei servizi per il trasporto sociale di accompagnamento per l'accesso ai servizi.
		Obiettivi di servizio
		Attivare il servizio in ogni Ambito.

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Rappresentanza e partecipazione	Debolezza dei processi di partecipazione.	<p>Promuovere e sostenere, a livello locale, forme di rappresentanza delle famiglie delle persone con disabilità, anche con il sostegno del mondo del volontariato e delle associazioni di promozione sociale.</p> <p>Sostenere il coinvolgimento e partecipazione della famiglia nella definizione del progetto di vita.</p> <p>Promuovere interventi finalizzati allo sviluppo e sostegno delle competenze familiari.</p>
Centri Socio-Educativi	<p>Penetrazione insufficiente del servizio anche a causa dell'elevata distanza dei centri ed elevata domanda non soddisfatta.</p> <p>Servizi non adeguatamente diversificati, specie in relazione a diverse forme e tipologie di demenza senile.</p> <p>Scarsa connessione con i servizi di formazione e inserimento lavorativo.</p>	<p>Omogeneizzare a livello d'ambito le modalità, i criteri di accesso ai servizi e la compartecipazione al costo da parte dell'utenza.</p> <p>Personalizzare i servizi attraverso progetti individualizzati.</p> <p style="text-align: center;">Obiettivi di servizio</p> <p style="text-align: center;">Costituire un Centro socio educativo ogni 30.000 abitanti</p>

F. Azioni e servizi per la prevenzione e il trattamento delle devianze e delle dipendenze patologiche

Situazione attuale e obiettivi generali

Non essendo previste altre tipologie di servizi, i Ser.T oltre a fronteggiare questa evoluzione, hanno dovuto accogliere e gestire anche altre forme di dipendenza patologica, quelle da alcool, da tabagismo, da gioco d'azzardo, da tecnologia digitale.

I servizi, pur conservando l'originaria organizzazione, cercano di far fronte a tutta questa nuova domanda con le stesse figure professionali e un organico sottodimensionato.

Le criticità più sentite concernono:

- un aumento dell'utenza;
- il crollo dell'età media dei giovani che iniziano a consumare sostanze illegali;
- la scarsità delle risorse finanziarie, che risultano insufficienti a contrastare un fenomeno in così largo aumento;
- difficoltà a costruire una rete tra i servizi;
- scarsa propensione al lavoro integrato, a fronte di un sempre crescente bisogno di conoscenza e riconoscimento reciproco delle competenze e delle attività svolte presso gli altri Enti e Servizi.

Dalle criticità emerse possono prefigurarsi gli obiettivi di miglioramento che risiedono essenzialmente nel rendere stabili gli interventi previsti dai progetti definiti sulla base della DGR n. 1866 del 3.11.2009. I 9 progetti (sette ambiti POIS più i due comuni capoluogo di provincia) sono finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- prevenzione;
- inclusione sociale e lavorativa.

Per ogni obiettivo sono stati individuati interventi prioritari che costituiscono le linee guida per la progettazione dei piani territoriali di intervento a seconda delle esigenze e dei bisogni espressi dal territorio.

OBIETTIVI	INTERVENTI
Prevenzione	Prevenzione, informazione, sensibilizzazione e interventi di tipo socio educativo
	Servizi sociali di prevenzione e primo intervento a bassa soglia
	Centri ascolto e consulenza
Inclusione sociale e lavorativa	Percorsi di reinserimento socio-lavorativo
	Accoglienza
	Interventi per fasce particolarmente a rischio

G. Reinserimento sociale di ex detenuti e di soggetti in stato di detenzione, in esecuzione penale esterna o comunque sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

Situazione attuale e obiettivi generali

L'area d'intervento relativa al reinserimento sociale degli ex detenuti è poco sviluppata nel sistema regionale dei servizi. Gli unici interventi che si realizzano sono di tipo prettamente assistenziale (sussidi economici) o riconducibili all'interno dell'area "contrasto alla povertà e inclusione sociale".

Si segnala che è operativa la Commissione Regionale per la lotta alla devianza e alla criminalità, istituita con D.G.R. 2101/2005 alla quale è demandata l'attività di coordinamento, programmazione, integrazione e verifica degli interventi attuativi assunti con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra Regione Basilicata e Ministero della Giustizia approvata con D.G.R. 1443/2004 che riguarda i settori sanitario, sociale, assistenziale, formativo e del lavoro.

Muovendo dalla considerazione che una persona sottoposta a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria è un cittadino che, oltre ai bisogni comuni (casa, istruzione, formazione, integrazione lavorativa, sanità, opportunità culturali, gestione del tempo libero, rete di relazioni) sconta il peso di meccanismi sociali e vincoli istituzionali che tendono a perpetuarne i processi di esclusione ed emarginazione, risulta abbastanza evidente la necessità di dover affrontare il disagio di cui è portatore in un'ottica d'intervento globale e, al tempo stesso, rispettosa delle specificità derivanti dalla sua condizione.

Ad integrazione degli interventi realizzati nell'ambito dell'area penale interna, è opportuno che si prevedano interventi a sostegno delle attività di inclusione sociale ed inserimento lavorativo.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Interventi nell'area penale esterna	Scarsa attenzione all'inclusione sociale del target.	<ul style="list-style-type: none"> Azioni di sostegno al reinserimento sociale prevedendo la realizzazione di iniziative di socialità (es. Voucher per accesso eventi e manifestazioni culturali) e di integrazione. Promuovere, in collaborazione con gli Enti locali ed il Terzo settore, progetti individualizzati di attività di utilità sociale in favore della comunità di appartenenza. Sostegno ai nuclei familiari per il reinserimento. Migliorare la conoscenza del target dell'esecuzione penale esterna del territorio interessato.
Minori e adulti ex-detenuti	Mancata presa in carico da parte dei servizi del territorio.	Realizzazione di progetti individualizzati di reinserimento e di inclusione sociale.

H. Accoglienza e integrazione dei migranti e delle persone senza fissa dimora.

Situazione attuale e obiettivi generali

Il dato relativo alla popolazione straniera residente in Basilicata è di 9.595 presenze, in percentuale complessivamente pari all'1,6% sul totale della popolazione, a livello provinciale la percentuale registrata è dell'1,3% per Potenza e del 2,3% per Matera.

I dati sui flussi migratori e le dinamiche degli ultimi anni dimostrano che anche in Basilicata si inizia a configurare un fenomeno migratorio strutturale, sebbene con dimensioni sensibilmente inferiori rispetto alle altre regioni, in particolare del Nord Italia.

Questi gli indicatori a supporto:

- aumento del numero dei soggiornanti;
- crescita del numero di stranieri residenti;
- crescita delle acquisizioni di cittadinanza italiana;
- aumento dei minori.

In relazione alle criticità emerse, la Regione ha adottato un Piano di interventi a favore dei migranti fortemente innovativo, finalizzato alla collocazione delle politiche per l'immigrazione dall'interno del più ampio sistema dei servizi di cittadinanza sociale. Ha quindi deliberato l'assegnazione agli Ambiti Sociali di Zona (ASZ) di una quota di risorse finanziarie da destinare prioritariamente al potenziamento degli sportelli informativi per gli immigrati e per sostenere l'apertura di nuovi servizi in ambiti scoperti.

Ritenendo di dover continuare a promuovere il rafforzamento dei servizi territoriali, con D.G.R. n. 306 del 27.02.2009, è stato definito un secondo piano per l'immigrazione che individua obiettivi e azioni specifiche.

OBIETTIVI	AZIONI
Governance, programmazione integrata, concertazione	Istituzione di una cabina di regia regionale (Regione, Province, Comuni) per attività di coordinamento tecnico. Interventi di assistenza tecnica e promozione di reti collaborative. Funzionamento della Commissione regionale per l'immigrazione.
Attività di informazione e comunicazione istituzionale	Sito internet migranti. Conferenza sull'immigrazione. Periodico d'informazione. Mediatore interculturale presso la Regione Basilicata.
Conoscenza del fenomeno e valutazione	SISTEMA DI MONITORAGGIO PER LA RACCOLTA E LA SISTEMATIZZAZIONE DEI DATI SUI FLUSSI MIGRATORI REGIONALI.
Solidarietà, integrazione sociale, culturale e lavorativa.	Progetti sperimentali presentati da comuni in collaborazione con gli organismi iscritti all'albo regionale delle associazioni che operano a favore degli immigrati. Creazione dell'albo regionale delle organizzazioni che operano stabilmente a favore dei migranti.
Ridefinizione e potenziamento dei servizi sociali e socio sanitari in una logica di "apertura" alle esigenze dei migranti, anche ai sensi della L.R.4/2007	Interventi a favore di migranti detenuti, ex detenuti o ammessi a misure alternative. Interventi a favore dei minori (minori non accompagnati, istituti penali minorili, accoglienza). Definizione del profilo professionale della figura del Mediatore Interculturale. Elaborazione Linee guida regionali per la gestione degli Sportelli Informativi. Potenziamento della rete regionale degli sportelli informativi per immigrati. Rafforzamento dei servizi sociali territoriali per renderli più idonei e rispondenti ai bisogni degli immigrati, promuovendo anche forme di collaborazione e scambio. Contributi straordinari. Formazione operatori e implementazione delle Linee Guida regionali.

CS.3. RUOLO E FUNZIONI DEGLI ATTORI SOCIALI

La legge regionale 4/2007 definisce all'art. 14 il ruolo e le funzioni degli attori sociali chiamati a concorrere alla costruzione della rete regionale dei servizi di cittadinanza sociale, sia in quanto rappresentanti e tutori della domanda sociale, sia in quanto produttori di servizi, oltre ad indicarne anche i soggetti. Il contributo dei diversi attori sociali qualifica gli interventi ed i servizi previsti dalla legge regionale sostenendo:

- l'organizzazione e l'espansione della rete locale dei servizi, anche attraverso la progettazione congiunta degli interventi e la messa in rete delle risorse;
- l'integrazione delle politiche sociali, anche mediante la valorizzazione delle loro capacità di sperimentazione e innovazione;
- lo sviluppo di attività socio-economiche capaci di incrementare il capitale sociale, di valorizzare le risorse locali, di sostenere l'inclusione dei soggetti deboli.

La rappresentanza sociale

Il comma 3 dell'art. 14 della stessa legge regionale indica inoltre la necessità che vengano valorizzate, in ambito locale, le funzioni che oratori, parrocchie e altre strutture di ispirazione religiosa svolgono per la promozione dell'integrazione sociale e per il contrasto all'emarginazione.

Il ruolo e le attività dei diversi soggetti che qui definiamo attori sociali ha trovato un significativa legittimazione nel nostro ordinamento costituzionale con la riforma del Titolo V della Costituzione, legge costituzionale 3/2001, che all'art. 118 ha introdotto il principio di sussidiarietà (sussidiarietà orizzontale): *"Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà."*, riconoscendone così, in conformità alle norme di riferimento, valore di interesse generale. Con riferimento alle finalità della legge regionale 4/2007 questa funzione si realizza in via preminente attraverso la partecipazione alla costruzione della rete integrata d'interventi e servizi di cittadinanza sociale.

L'elenco dei soggetti indicati dalla legge regionale comprende una platea vasta di enti ed organizzazioni, tutte riconducibili a vario titolo alla dimensione generale del cosiddetto privato sociale. Tali soggetti assumono un ruolo importante nella definizione del sistema regionale di welfare, caratterizzandone la rete integrata con una molteplicità di luoghi ed esperienze concrete che partecipano alla elaborazione delle strategie di politica sociale e sociosanitaria del territorio, secondo un modello di governance plurale a responsabilità

condivise che è opportunamente indicato come uno dei punti fondamentali dell'impianto complessivo della riforma del nostro sistema di welfare. Tali soggetti costituiscono la rete degli attori della cittadinanza sociale, che agisce da promotore dello sviluppo locale, sostiene le politiche di coesione, facilita i processi di individuazione dei bisogni del territorio, integrando così la rete dei soggetti pubblici, cui è attribuita la regia del processo. Questo ruolo va però più specificatamente declinato nella particolare funzione che ognuno di questi soggetti svolge, in conformità con le specifiche normative nazionali e regionali e gli indirizzi stabiliti negli atti di programmazione regionale, come recita il comma 4 dell'art. 14 della legge regionale.

Una prima generale distinzione la opera il comma 1 dell'art. 14, quando indica la funzione di rappresentanti e tutori della domanda sociale e quella di produttori di servizi. Se la distinzione può apparire per un verso generica e schematica, difficilmente utilizzabile, da sola, per caratterizzare le attività di un determinato soggetto del privato sociale, per altro verso essa ci consente di individuare una prevalenza di funzione che qualifica il soggetto e gli attribuisce un ruolo specifico, sia pure non esclusivo, nella rete degli attori locali del sistema di welfare. In tal senso, per fare un esempio concreto, pur riconoscendo alle organizzazioni sindacali, e soprattutto agli enti di loro emanazione, un qualche ruolo accessorio anche sul versante della produzione di servizi, appare abbastanza agevole attribuire alle stesse la funzione prevalente di rappresentanza e tutela (advocacy) della domanda sociale. Viceversa per le imprese sociali il ruolo prevalente è facilmente individuabile in quello di produttori di servizi, anche quando la specifica attività delle stesse organizzazioni comporta una qualche funzione di rappresentanza, come avviene spesso per la cooperazione sociale finalizzata all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

L'individuazione della funzione prevalente consente quindi una prima qualificazione dei diversi soggetti, con riferimento al ruolo che ciascuno di essi riveste nelle diverse fasi della costruzione del sistema regionale dei servizi di cittadinanza sociale.

I soggetti produttori di servizi avranno un ruolo prevalente nella definizione delle modalità di realizzazione degli interventi e dei servizi, laddove è necessario mettere in campo le competenze tecniche specifiche dell'area o del settore di intervento. I soggetti rappresentanti e tutori della domanda sociale avranno un ruolo prevalente sul versante della programmazione e della valutazione degli interventi.

E' evidente però che tale distinzione non può agire in modo rigido, escludendo l'uno o l'altro dei soggetti dai luoghi della concertazione, attribuendogli una funzione prevalente in modo arbitrario. La questione si pone in termini complessi soprattutto, ma non in via esclusiva,

per il sistema delle imprese sociali, nel quale maggiormente sovrapponibili possono sembrare le funzioni di gestione dei servizi con quelle di promozione e tutela dei diritti. Al tempo stesso, però, è innegabile che il contributo che può dare il sistema delle imprese sociali alla conoscenza della domanda sociale di un territorio sia molto importante, e non può naturalmente essere pregiudizialmente escluso dal percorso di concertazione locale.

La questione non è di facile risoluzione, e richiede una particolare attenzione da parte degli Enti locali che si apprestano ad attivare percorsi concertativi.

Tuttavia alcune indicazioni di metodo si possono dare, al fine di facilitare una corretta gestione di tali processi sul piano territoriale, individuando alcuni degli aspetti che appaiono particolarmente sensibili.

Il primo attiene alla necessità di definire con chiarezza e trasparenza le procedure utilizzate, promuovendo - soprattutto nelle fasi di avvio del percorso concertativo - la più larga partecipazione possibile ed esplicitando di volta in volta il ruolo e la funzione specifica che ciascuno dei soggetti chiamati in causa rappresenta in quel percorso.

Il secondo punto, invece, tocca la questione della rappresentanza, che può essere definita come l'impegno che le diverse organizzazioni esprimono al fine di dotarsi di una funzione politica unitaria, che è al tempo stesso di dialogo, di riconoscimento delle diversità, di promozione dei valori condivisi e di costruzione di obiettivi comuni.

La debolezza e la frammentazione della funzione di rappresentanza è sempre elemento di criticità nella elaborazione di un percorso di programmazione concertata. Se il sistema degli attori sociali del territorio non riesce a darsi luoghi di elaborazione e di sintesi rappresentativa della propria soggettività politica, l'Ente locale avrà grandi difficoltà a costruire programmi di intervento in cui le decisioni siano il frutto condiviso di processi di consultazione e di concertazione.

Sul piano regionale il legislatore ha inteso sostenere tale esigenza riconoscendo un ruolo importante al Forum regionale del Terzo Settore che, al comma 9 dell'art. 14 della legge regionale, viene riconosciuto quale organo di consultazione e concertazione degli attori sociali organizzati e delle associazioni di cittadini. Allo stesso modo sul versante territoriale gli Enti locali ed i diversi soggetti del terzo settore devono, nel rispetto della reciproca autonomia, sostenere processi di aggregazione rappresentativa delle organizzazioni del privato sociale, al fine di creare le condizioni più favorevoli all'esercizio di una responsabilità plurale e condivisa che è fondamento delle forme mature di governance.

Per quanto attiene invece la necessità di definire procedure chiare e condivise per la gestione dei processi partecipativi è opportuno che ciascun Ambito socio-territoriale si doti

di un regolamento della concertazione. Si tratta di uno strumento che descrive fasi e tappe del percorso/processo partecipato di costruzione dei PISS e individua il luogo del confronto, il tavolo della concertazione.

Esso diventa lo spazio di elaborazione culturale del territorio, di lettura della domanda sociale, di elaborazione delle opzioni strategiche della programmazione e di condivisione delle valutazioni di efficacia degli interventi realizzati.

Il tavolo della concertazione dovrà essere partecipato da tutti i soggetti pubblici e privati interessati ed in primo luogo dai rappresentanti degli Enti locali, delle Aziende Sanitarie, delle Province, delle Organizzazioni sindacali, delle Organizzazioni del Privato sociale.

Gli elementi di formalizzazione delle procedure e di istituzionalizzazione dei luoghi della concertazione possono sostenere, se opportunamente interpretati, lo sviluppo della partecipazione dei diversi attori sociali ai processi di implementazione delle politiche pubbliche, risultando utili soprattutto nell'azione di orientamento dei soggetti coinvolti verso condotte di tipo universalistico. La loro efficacia si misura nel lungo periodo, e richiede un impegno convinto e costante da parte di tutti gli attori coinvolti, a cominciare dall'Ente locale, che deve responsabilmente interpretare il mandato costituzionale di soggetto promotore di cittadinanza sociale.

L'affidamento dei servizi

La legge regionale 4/2007 ha stabilito, all'art. 22, che in materia di affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore si applicano, nel rispetto dei principi comunitari, le disposizioni contenute nel D.P.C.M. 30 marzo 2001, nella legge 13 giugno 2005 n. 118 e nelle connesse norme di attuazione, nonché le specifiche disposizioni normative in materia di cooperazione sociale, di volontariato e di associazionismo di promozione sociale. Il combinato disposto delle norme richiamate dal legislatore regionale disegna in modo efficace un sistema di regole e procedure che attribuisce a ciascun soggetto una precisa funzione. Nelle more di una più dettagliata disciplina della materia in sede di regolamento di attuazione della legge regionale, questo capitolo definisce le procedure per l'esercizio di tale funzione.

Il Decreto del 30 marzo 2001, Atto d'indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della L. 8 novembre 2000, n. 328, fornisce indirizzi per la regolazione dei rapporti tra Comuni e loro forme associative con i soggetti del terzo settore, ai fini dell'affidamento dei servizi, nonché per la valorizzazione del ruolo di quest'ultimi nella attività di programmazione e progettazione del sistema integrato.

Occorre precisare che il Decreto del 30 marzo 2001 conserva per la Regione la sua coerenza, in virtù della esplicita previsione del comma 5 dell'art. 22 della legge regionale 4/2007, e pertanto le indicazioni ivi contenute rappresentano indirizzi operativi per la programmazione regionale.

Il Decreto prevede che gli indirizzi regionali in materia di affidamento si muovano nell'ambito di alcuni obiettivi di carattere generale:

- promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità e il ruolo riconosciuto degli utenti e delle loro associazioni ed enti di tutela;
- favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;
- favorire forme di coprogettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
- definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Un'importante indicazione è contenuta nel Decreto relativamente alla funzione attribuita alle organizzazioni di volontariato nella rete dei diversi attori sociali del territorio: *“Le regioni e i comuni valorizzano l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi come espressione organizzata di solidarietà sociale, di autoaiuto e reciprocità nonché con riferimento ai servizi e alle prestazioni, anche di carattere promozionale, complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa ed altre attività compatibili, ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, con la natura e le finalità del volontariato. Gli enti pubblici stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla legge n. 266/1991.”*

Il contenuto chiave dell'articolo 3 del Decreto è il riferimento alla complementarietà delle azioni e degli interventi delle organizzazioni di volontariato, che caratterizza e qualifica la loro attività, riconducendola alla natura e alle finalità tipiche del volontariato, come descritte nella legge quadro 266/91 e, per quanto riguarda la Regione, nella legge regionale 20 gennaio 2000, n. 1.

Appare evidente che l'intenzione del legislatore è quella di preservare i tratti identitari fondamentali dell'azione volontaria, fra tutti la gratuità delle prestazioni e l'esclusività del fine solidaristico. Occorre che nei programmi attivati sul territorio tale funzione venga riconosciuta e sostenuta dall'ente locale nell'ambito della propria programmazione.

Sul versante dei requisiti soggettivi dell'organizzazione la valutazione relativa all'ammissibilità del soggetto ad una procedura di affidamento di un servizio le cui caratteristiche presentano elementi di complessità tecnica ed organizzativa, può essere compiuta con riferimento alla natura d'impresa del soggetto, per come viene ricavata dal codice civile. All'art. 2082 si definisce imprenditore colui che esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o di servizi. Che tale definizione possa agevolmente identificare un soggetto privato e qualificare l'azione ai fini della valutazione di ammissibilità da parte dell'Ente locale ad una procedura di affidamento, è confermato anche dal Decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155 che reca la Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118. Al comma 1 si prevede che possano acquisire la qualifica di impresa sociale tutte le organizzazioni private che esercitano in via stabile e principale un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale (...).

L'art. 4 del Decreto fornisce indirizzi per la selezione dei soggetti del terzo settore presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione dei servizi, sostanzialmente compatibili con le indicazioni della legge regionale 4/2007:

- la formazione, la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;
- l'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento.

Nell'individuazione delle procedure sono da privilegiare, nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza nell'azione della pubblica amministrazione e di libera concorrenza tra i privati, le procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate, che consentano di valutare e valorizzare i diversi elementi di qualità che l'Ente pubblico intende ottenere dal servizio appaltato.

I comuni, inoltre, devono procedere all'aggiudicazione dei servizi sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto, in particolare, dei seguenti elementi qualitativi:

- le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;
- gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;

- la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
- il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

Quest'ultimo elemento, definito qualitativo dal Decreto, rappresenta in realtà un requisito normativo che va verificato ed assicurato, come opportunamente indicato al comma 4 dell'art. 22 della legge regionale, che richiama l'art. 7, comma 2, della stessa legge.

E' perentorio il divieto dell'utilizzo del massimo ribasso nelle procedure di affidamento. Il Decreto chiarisce che oggetto dell'acquisto o dell'affidamento di servizi deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione, con assoluta esclusione delle mere prestazioni di manodopera.

Il comma 3 dell'art. 22 della legge regionale stabilisce inoltre che nell'esame delle proposte il criterio della convenienza economica vada bilanciato con altri criteri, anche in questo caso più qualitativi, che tengano conto dei requisiti di esperienza e qualificazione professionale, di capacità organizzativa e di conoscenza del contesto sociale, oltre che con l'applicazione di standard relativi ai livelli di efficacia e appropriatezza delle prestazioni e con la relativa certificazione di qualità di rilevanza comunitaria.

Si conferma così l'indirizzo già previsto nel Piano socio-assistenziale per il triennio 2000/2002 che attribuisce al fattore prezzo un peso specifico superiore al 40% del punteggio complessivamente considerato ai fini della valutazione della proposta.

Una considerazione particolare merita la questione relativa alle procedure di affidamento per la cooperazione sociale finalizzata all'inserimento lavorativo, per la quale il legislatore nazionale, con l'art. 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381, ha previsto un regime privilegiato di convenzionamento, anche in deroga alla disciplina ordinaria in materia di contratti della pubblica amministrazione, relativa alla fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate.

Fra le procedure di affidamento, rilevante importanza è attribuita all'istituto della concessione, inteso come forma innovativa e matura di partnership fra pubblica amministrazione e soggetti non profit, nella logica del principio di sussidiarietà. La materia dell'affidamento sarà oggetto di specifici atti di indirizzo da parte della Regione Basilicata.