

Regione BASILICATA

LINEE PROGRAMMATICHE PER LA REDAZIONE del

Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009- 2011¹

*Un sistema di diritti e garanzie per la tutela
della salute e del benessere della persona*

¹ Ai sensi dell'art 15 l.r. 14 febbraio 2007, n. 4

INDICE

Introduzione
<i>Verso l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie</i>
Parte I Piano dei Servizi sanitari – Sistema di garanzie per la salute
<i>Struttura del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009-2011 (PRSS)²</i>
Capitolo 1 - Principi e scenari
Capitolo 2 - Logiche del Sistema: La salute come diritto da promuovere e tutelare Universalità, unicità ed equità La solidarietà L'umanizzazione
Capitolo 3 - Indirizzi della produzione
Capitolo 4 - Riorganizzazione della rete integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e di cittadinanza sociale
Le schede di progetto
<i>Sezione 1.1) I principi fondanti del Sistema Sociosanitario Regionale (SSSR)</i>
<i>Sezione 1.2) Le sfide future</i>
<i>Sezione 1.3) Lo stato dell'arte e le criticità del sistema sociosanitario della Regione Basilicata</i>
<i>Sezione 2.1) Un sistema di garanzie per la salute</i>
<i>Sezione 2.2) Le parole-chiave del sistema</i>
<i>Sezione 2.3) Le tecnologie per lo sviluppo del sistema</i>
<i>Sezione 3.1) I problemi prioritari di salute e i gruppi sociali di particolare fragilità</i>
<i>Sezione 3.2) I risultati attesi, gli standard di prestazioni intermedi e finali, gli impegni programmatici</i>
<i>Sezione 3.3) Le reti integrate del sistema assistenziale sanitario e socio-sanitario</i>
<i>Sezione 3.4) Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria (DIRES)</i>
<i>Sezione 4.1) Il macrolivello territoriale</i>
<i>Sezione 4.2) Il macrolivello della prevenzione collettiva</i>
<i>Sezione 4.3) Il macrolivello ospedaliero</i>
Parte II Piano dei Servizi Sociali e del benessere della persona
Premessa: La rete integrata dei servizi di cittadinanza sociale della Regione Basilicata
1. Situazione del sistema dei servizi sociali della Regione Basilicata
1.1 L'assetto normativo del sistema di welfare lucano
1.2 Gli interventi per la promozione della Cittadinanza solidale
1.3 La programmazione finanziaria regionale
1.4 Lo stato di attuazione dei Piani di Zona ed il passaggio ai Piani

² Si seguito definito PRSS

intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari (PISS)
1.5 Le caratteristiche strutturali ed evolutive della popolazione lucana
2. Le politiche di intervento
2.1 Le scelte strategiche per le politiche di cittadinanza sociale
2.2 La rete regionale dei servizi di cittadinanza sociale: dalle aree di bisogno ai livelli essenziali
2.3 Gli obiettivi di affermazione e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale
2.4 Gli indirizzi operativi per l'integrazione delle politiche
2.5 L'integrazione con gli obiettivi della programmazione comunitaria regionale 2007/2013
2.6 Le risorse finanziarie a sostegno della programmazione
3. Gli assetti istituzionali ed organizzativi dei servizi territoriali
3.1 Il governo locale delle politiche sociali: assetti istituzionali e organizzativi
3.2 Ruolo e funzioni degli attori istituzionali
3.3 Ruolo e funzioni degli attori sociali
3.4 La governance dei Piani Intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari
3.5 Gli standards quantitativi e qualitativi dei servizi e degli interventi
3.6 I criteri di efficacia e di efficienza
3.7 L'Osservatorio regionale delle politiche sociali e il Sistema informativo sociale: le azioni di monitoraggio e valutazione
4. Linee guida per la stesura dei Piani Intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari (PISS)
4.1 Il percorso per la stesura dei PISS
4.2 Sistemi di monitoraggio del processo e dei risultati

INTRODUZIONE

Verso l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie

Con il presente documento si intende delineare la **piattaforma programmatica per la redazione** del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (PRSS), in attuazione di quanto disposto dall'art. 15 della legge regionale 14 febbraio 2007, n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale" ed in collegamento al processo di riordino del Sistema sanitario regionale previsto dalla Legge regionale 01 luglio 2008, n. 12 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale".

La Regione BASILICATA dovrà dotarsi del suddetto PRSS per il governo e la gestione del sistema sanitario, socio-sanitario e della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale nel triennio 2009-2011.

La **redazione del** Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona avverrà attraverso un **ampio processo partecipativo** che impegnerà le varie componenti del sistema sanitario, le istituzioni locali e le espressioni organizzate della comunità, nel rispetto del principio di sussidiarietà, ritenendo che solo da tale processo partecipativo potrà nascere uno strumento interiorizzato nel contesto regionale e che potrà avviare i necessari cambiamenti già nel periodo della sua predisposizione.

Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona sarà di tipo **ordinatorio, ossia un Piano che** individua:

- gli **obiettivi** da perseguire;
- le **caratteristiche** che dovranno permeare le azioni di innovazione del sistema;
- i **metodi** e gli **strumenti** di **regolamentazione** dei soggetti erogatori;
- i **macro standard dotazionali ed organizzativi** entro cui le nuove Aziende Sanitarie, di cui all'articolo 2 della L.R. 12/2008, dovranno sviluppare la propria progettualità operativa;
- le **metodologie** e gli **strumenti** di **valutazione degli esiti, della produzione e della qualità dell'offerta;**
- la **sperimentazione di settore** come strumento di programmazione, prima della diffusione di modelli all'intero ambito regionale;
- le **risorse** da impiegare per la **garanzia** dei Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**);
- gli **obiettivi** di affermazione e garanzia dei diritti di salute e di cittadinanza sociale emergenti dalla rilevazione sistematica delle esigenze e dei bisogni della comunità regionale;
- gli **indirizzi operativi** per perseguire la massima integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari e con gli interventi formativi, educativi, culturali ed occupazionali;

- i macro **standard dotazionali e qualitativi** dei servizi e degli interventi per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) nonché i criteri di efficacia e di efficienza da rispettare;
- i criteri e i principali standard di riferimento per le risorse professionali e le dotazioni finanziarie in relazione alla natura ed al volume delle attività da realizzare;
- gli **indirizzi generali** per determinare il concorso degli utenti alla copertura del costo delle prestazioni sociali, nonché le condizioni per il rilascio dei titoli di esenzione totale o parziale e dei buoni sociali comunali;
- gli **obiettivi** e le modalità attuative delle azioni regionali di promozione e di innovazione, ivi comprese quelle attinenti all'educazione e alla comunicazione sociale;
- i **meccanismi di valutazione e di monitoraggio** dell'attuazione del piano in relazione agli indicatori di esito e di benessere sociale adottati.

Tale impianto mira a perseguire:

- la **valorizzazione delle progettualità aziendali e locali** all'interno di strategie e regole certe;
- la **non cristallizzazione di modelli organizzativi ed operativi** che devono rimanere flessibili e adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- il processo di **programmazione continua**, a partire dalle **sperimentazioni locali** che potranno mettere a disposizione del sistema le migliori pratiche, ossia quelle che avranno garantito positivi risultati sul territorio, come evidenziati da un sistema di valutazione affidabile ed uniforme sul territorio regionale;
- la **valorizzazione delle professionalità sanitarie e sociali** come leva per il cambiamento e l'innovazione.

Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona è articolato in due parti: un Piano dei Servizi sanitari – Sistema di garanzie per la salute ed un Piano dei Servizi Sociali e del benessere della persona. Gli stessi sono stati redatti congiuntamente dai Settori Salute e Servizi alla Persona della Regione Basilicata, con particolare attenzione degli aspetti dell'integrazione sociosanitaria.

PARTE I PIANO DEI SERVIZI SANITARI – SISTEMA DI GARANZIE PER LA SALUTE

Struttura del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009-2011 (PRSS)

Il PRSS sarà articolato in 4 macro capitoli ed in una serie di schede di progetto. Nei capitoli saranno delineati i seguenti aspetti:

Capitolo 1 – PRINCIPI e SCENARI

Sezione 1.1) I principi e i valori fondanti del Sistema Sanitario Regionale

Sezione 1.2) Le sfide future. Vengono delineate le sfide future che il SSSR si troverà ad affrontare nei prossimi decenni che derivano dal mutamento del quadro dei bisogni/domanda di salute e dalle incessanti innovazioni tecnologiche prodotte dalla ricerca scientifica e, conseguentemente, dal progressivo e sempre più grave problema di sostenibilità economica dei sistemi sanitari. Il tutto all'interno della nuova sfida rappresentata dal nuovo ruolo delle Regioni all'interno del quadro della *devolution*.

Sezione 1.3) Analisi di contesto e criticità in chiave prospettica. Vengono riportate, in forma sintetica, stato dell'arte e criticità del sistema sanità BASILICATA al 2007.

Capitolo 2 - LE LOGICHE DEL SISTEMA

Alla luce degli elementi al capitolo 1, vengono declinate le "logiche" e "le parole-chiave" che caratterizzeranno la politica sanitaria e socio-sanitaria regionale nel prossimo futuro.

Sezione 2.1) La logica di fondo è quella di predisporre **un sistema di garanzie per la salute e per l'integrazione sociosanitaria**. Un sistema di garanzie **significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate rispetto a tutti i portatori d'interesse** del sistema assistenziale: ai cittadini e ai pazienti; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai soggetti erogatori di servizi sanitari e sociosanitari, pubblici e privati, ai fornitori di beni e servizi, al mondo della comunicazione e informazione.

Sezione 2.2) Le parole-chiave del PRSS. Vengono quindi declinate le **parole-chiave** che dovranno permeare le politiche del SSSR e dovranno trovare concreta applicazione nei

processi attuativi del Piano all'interno dei singoli contesti aziendali. Le parole-chiave individuate sono:

- *logiche di rete e di governance del Sistema e dei processi di cambiamento*
- *appropriatezza clinica ed organizzativa*
- *integrazione interdisciplinare e interprofessionale*
- *continuità assistenziale*
- *integrazione sociosanitaria e intersettoriale*
- *sicurezza e qualità delle cure*
- *formazione continua*
- *accountability e processi di valutazione delle performance*

Sezione 2.3) Metodi e Strumenti. Sulla base delle parole-chiave vengono individuati una serie di **metodi e strumenti** per sviluppare strategie e politiche regionali e/o aziendali basati su:

- *la medicina basata sulle evidenze*
- *la valutazione delle tecnologie*
- *i percorsi assistenziali, in particolare dell'Area delle cronicità*
- *la qualità e l'accreditamento istituzionale*
- *la gestione del rischio clinico*

Per ciascun metodo/strumento verranno indicati: il/i modello/i di riferimento; il ruolo della Regione e del sistema aziendale e i criteri per definire il ruolo dei professionisti e le modalità di sviluppo dei servizi e dei risultati.

Capitolo 3 - GLI INDIRIZZI DELLA PRODUZIONE

Sezione 3.1) Garanzie di promozione e tutela di salute. Vengono individuate le garanzie di promozione e tutela di salute per i vari target di comunità e, al loro interno, per i gruppi sociali di particolare fragilità e per i gruppi di patologie acute e croniche prioritarie in relazione alla loro prevalenza e gravità, sulle quali dovrà maggiormente convergere l'impegno del sistema e dovranno indirizzarsi i processi di innovazione

Sezione 3.2) Impegni programmatici. Sui vari **target di pazienti e di comunità** verranno declinate, nella logica del sistema di garanzie da fornire e delle "parole-chiave" precedentemente individuate: **risultati attesi, standard di prestazioni intermedi e finali, impegni programmatici.**

Sezione 3.3) Reti integrate. Sulla base dei risultati attesi e degli standard prestazionali vengono individuate le **reti integrate all'interno del sistema sanitario** nonché, le **reti di integrazione sociosanitarie**, con il forte coinvolgimento dei servizi sociali. Le reti integrate costituiscono la chiave di volta fondamentale per fare fronte ai nuovi bisogni di salute della popolazione. La definizione delle reti verrà effettuata ponendo particolare attenzione alle **attività** da sviluppare, ai rispettivi **attori**, alle **strutture** coinvolte ed alla loro **articolazione organizzativa**.

Capitolo 4 - Riorganizzazione della rete integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e di cittadinanza sociale

Il capitolo definirà l'assetto organizzativo del sistema sulla base di quanto previsto dalle leggi regionali di riordino del servizio socio-assistenziale e del servizio sanitario e sulla base dei seguenti principi guida:

- la puntuale **distinzione dei ruoli e delle funzioni specifiche e integrate** (di governo e di gestione) della **Regione**, delle **Aziende Sanitarie** e degli **Enti Locali**;
- il **coinvolgimento delle componenti professionali** del SSSR, dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, MCA), **negli organismi di governo/consultazione** a livello regionale e aziendale;
- il **dimensionamento dell'offerta ospedaliera** sulla base delle indicazioni legislative nazionali e dell'appropriatezza delle prestazioni fornite;
- la **razionalizzazione dell'articolazione dei Distretti** della Salute che dovrà coincidere con gli Ambiti di Zona e le Comunità Locali per facilitare le sinergie necessarie per lo sviluppo di politiche di integrazione sociosanitaria, ai sensi delle L.R. 12/2008 e 4/2007;
- il forte **potenziamento del sistema delle cure domiciliari**;
- il **monitoraggio** dell'effettiva **garanzia della continuità assistenziale** nei percorsi di cura e nell'ambito dei diversi regimi assistenziali (ospedale – territorio).

Questo capitolo verrà articolato nelle seguenti Sezioni:

Sezione 4.1) Il macrolivello territoriale

Sezione 4.2) Il macrolivello della prevenzione collettiva

Sezione 4.3) Il macrolivello ospedaliero

Per ogni macro livello di analisi verranno definiti gli obiettivi da perseguire, i modelli organizzativi di riferimento, i macro standard dotazionali ed operativi, le risorse economiche a disposizione.

Di seguito vengono riportati, in apposite schede sintetiche relative a ogni capitolo e sezione, gli indirizzi programmatici del Piano., che verranno sviluppati con ampio coinvolgimento della Comunità Locale e dei diversi attori del Sistema.

Le schede di progetto

Sezione 1.1) I principi fondanti del Sistema Sociosanitario Regionale (SSSR)

I **principi e i valori fondanti del SSSR** finalizzato a corrispondere all'art. 32 della Costituzione:

- **la salute come diritto da promuovere e tutelare** e non bene da negoziare.
- **Universalità, unicità ed equità.** *II sistema s'impegna a perseguire la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente da luogo, età, genere e classe sociale di appartenenza. L'Universalità dei destinatari e delle garanzie è condizione necessaria per garantire l'Equità del sistema. Il Servizio Sociosanitario Regionale è unico in quanto organizzato in una rete di servizi strettamente collegati. Il finanziamento è pubblico. I cittadini contribuiscono ai costi dei servizi in relazione alla loro capacità contributiva (sistema Solidale) ed hanno diritto alle prestazioni in base al loro bisogno. La garanzia del diritto alla salute e alle cure è da sempre parte integrante dei principi fondanti del patto sociale, come base della civile convivenza. Punto di partenza è lo sviluppo della rete territoriale di protezione, attraverso la garanzia di un accesso ai servizi per i cittadini in qualunque area territoriale indipendentemente dall'orografia della Regione prevedendo interventi diffusi, in particolare di assistenza domiciliare e di pronto soccorso, nonché collegamenti telematici fra gli ambulatori dei medici di famiglia ed i servizi di riferimento aziendale di telesoccorso e telemedicina.*
- **la solidarietà** come valore espresso dalla storia del nostro Paese, e quindi intesa non solo come partecipazione ai costi del sistema ma come scelta di equa distribuzione delle risorse sul territorio.
- **l'umanizzazione**, come principio che sottende a tutte le attività, le azioni, le programmazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali perché il **"prendersi cura"** delle persone e non della sola malattia, della disabilità o della fragilità costituisca l'elemento fondamentale per favorire una relazione di vero aiuto e individuare le strategie comunicative che allevino la sofferenza

I suddetti principi vengono riaffermati come assi di riferimento fondamentali dell'azione delle politiche regionali.

Sezione 1.2) Le sfide future

Gli elementi in grado di influenzare significativamente la salute e la sanità di domani possono essere ricondotti ai seguenti punti:

- il quadro demografico del nostro Paese si caratterizza per un **aumento della speranza di vita, per un aumento della proporzione di anziani e 'grandi anziani'** e per una lieve ripresa della natalità, da attribuire prevalentemente alla nascita di bimbi stranieri”;
- la progressiva **“compressione della morbosità e dell’invalidità”**: aumenta l’aspettativa di vita e le generali condizioni di salute in vecchiaia stanno migliorando;
- l’incidenza relativa delle varie patologie è destinata a variare significativamente con una **maggiore incidenza delle patologie età-correlate** (problemi cardio-vascolari, problemi cognitivi, ecc.) e **croniche**;
- i progressi della medicina e le diverse attitudini nei confronti dell’accesso alla cura hanno infatti reso sostanzialmente veritiera l’uguaglianza tra 50enni del dopo-guerra e 70enni di oggi in termini di stato complessivo di salute. Ne discende la **centralità dell’educazione sanitaria** affinché questo trend continui nel futuro (es. prevenzione dell’obesità, ecc.);
- l’aumento dell’aspettativa di vita e il continuo miglioramento delle condizioni di salute permettono, e devono portare, al prolungamento della permanenza della persona nel ciclo produttivo: in questo modo, egli potrà autogenerare le risorse necessarie alla sua eventuale cura;
- la **ricerca scientifica e tecnologica** ha prodotto innovazioni (**Chirurgia non invasiva, Digital imaging, Videocamere miniaturizzate, Stent coronarici a rilascio di farmaci, Sistemi impiantabili trasmissenti, Kit per home-test**) che hanno condotto a profondi cambiamenti operativi e organizzativi e si ritiene che tali innovazioni, talora ad elevato costo di acquisizione e gestione, continueranno a permanere;
- l’evoluzione della ricerca scientifica (**cellule staminali, terapia genica**) **con prodotti** di cui è ancora difficile prefigurare l’impatto sul sistema.

Sezione 1.3) Lo stato dell'arte e le criticità del sistema socio-sanitario della Regione BASILICATA

E' stata effettuata, nel corso dell'anno 2008, l'analisi dei dati che attualmente caratterizzano il "sistema-salute" ed il "sistema sanitario" della Regione BASILICATA (analisi epidemiologica ed organizzativa dei servizi sanitari e socio-sanitari effettuata dalla Regione in collaborazione con l'Università Tor Vergata di Roma - Rapporto Annuale sul Servizio Sanitario regionale - in corso di pubblicazione).

Questa analisi è un utile riferimento per:

- pianificare e programmare tenendo conto delle caratteristiche del contesto. Delineare indirizzi, strategie e programmi che caratterizzeranno il PRSS implica la maggiore aderenza possibile alle specificità (limiti e potenzialità) del contesto regionale e dei singoli contesti aziendali;
- una maggiore conoscenza del contesto, che costituisce la premessa indispensabile per una corretta comprensione dei fabbisogni della comunità e delle aspettative delle varie componenti del sistema assistenziale. In altre parole è il presupposto di aderenza della programmazione alle esigenze-potenzialità del contesto locale e di fattibilità degli interventi;
- poter verificare i risultati. Avere i dati alla "partenza" del Piano costituisce il presupposto per monitorare il processo e verificarne i risultati e, quindi, la base per il concretizzarsi delle logiche di trasparenza e di *accountability* (intesa come "rendere conto" dei risultati e delle risorse impegnate alla comunità di riferimento), che dovranno caratterizzare il PRSS e caratterizzare le scelte e le azioni che la Regione assumerà nel prossimo futuro.

Si dovrà tener conto anche del quadro di sviluppo del sistema nazionale e delle nuove sfide che le Regioni si troveranno ad affrontare già nell'immediato futuro.

Si sta consolidando in Italia lo scenario di cosiddetto "federalismo" o, più propriamente, del processo di devoluzione dei *poteri dal livello nazionale a quello regionale e locale*, che può considerarsi avviato dal D.Lgs. n. 56/2000 e da una serie di Accordi Stato-Regioni, tra cui l'Accordo 8 agosto 2001, l'Intesa 23 marzo 2005; il Patto della Salute 8 settembre 2006; Nuova Intesa Stato-Regioni prevista dall'art. 79 della legge n. 133 del 2008. Un processo che è stato portato al livello più alto dell'ordinamento giuridico con la modifica del Titolo V, parte seconda, della Costituzione ad opera della Legge costituzionale n. 3/2001, cui si accompagna, nella fase attuale, il dibattito sull'attuazione dell'art. 119 della Costituzione sul federalismo fiscale.

Si riportano alcune informazioni relative allo stato dell'arte ed alle criticità del sistema sociosanitario regionale.

Demografia. La Basilicata è caratterizzata da una bassa fertilità che, assieme all'incremento della sopravvivenza ed al saldo negativo di migratorietà, provoca un invecchiamento più rapido e consistente rispetto alle altre Regioni del Mezzogiorno. Si rileva anche un'alta mortalità tra i giovani, concentrata nella fascia d'età 15-24 per i maschi, ed estesa fino alla classe 25-34 per le femmine. Il problema di genere si manifesta a svantaggio delle donne anche per quanto riguarda la speranza di vita in buona salute e la speranza di vita libera da disabilità; la Basilicata presenta infatti valori in media con quelli nazionali per gli uomini ed inferiori per le donne.

Dal punto di vista socio-economico la Basilicata presenta un forte gap rispetto all'Italia e al Mezzogiorno, per quanto riguarda il reddito medio, che è ampiamente inferiore rispetto a quello medio nazionale. Inoltre la Regione è caratterizzata da tassi di attività inferiori rispetto alla media nazionale, soprattutto per quanto riguarda le classi d'età più giovani, per le quali si registrano tassi di disoccupazione significativamente maggiori rispetto all'Italia.

Struttura della popolazione regionale

Il 49% della popolazione regionale è di sesso maschile, con un rapporto medio di mascolinità di 96,3 uomini ogni 100 donne, confermando la sostanziale stabilità del rapporto rispetto al 2001. La relazione tra residenti di sesso maschile e femminile è favorevole agli uomini nelle classi di età più giovani (25-30 anni) e complessivamente fino ai 50 anni, mentre nelle classi di età anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante la componente femminile. Sul rapporto tra le componenti maschile e femminile di una popolazione un certo influsso possono averlo sicuramente gli attuali movimenti migratori, soprattutto quando gli immigrati appartengono quasi esclusivamente ad un sesso (es. femmine dei Paesi dell'Europa dell'Est o maschi dei Paesi del Nord-Africa), ma ciò ha riguardato/riguarda in modo poco significativo la Basilicata, perché nella nostra Regione il fenomeno è scarsamente rilevante e spesso limitato nel tempo. L'età media della popolazione lucana è pari a 41,3 anni (40,0 tra gli uomini e 42,6 tra le donne). La classe di età modale è quella dei 40-44 anni per entrambi i sessi (che in questa classe di età rappresentano complessivamente il 7,7% dell'intera popolazione regionale). I residenti di 0-14 anni e gli ultra 64enni ne rappresentano invece il 14,2% (2001:15,6%) ed il 20,0% (2001: 18,6%) rispettivamente, mentre i così detti "grandi anziani" (residenti di 75+ anni) il 9,6% (+1,6% rispetto al 2001).

Dati su cui pesano sia i livelli di fecondità, tra i più bassi d'Italia, sia gli alti livelli di sopravvivenza.

Altri indici utili nella descrizione della struttura di una popolazione sono l'indice di vecchiaia, l'indice di dipendenza, gli indici di struttura e di ricambio della popolazione attiva..., che vengono di seguito rappresentati.

L'indice di vecchiaia della popolazione regionale, che indica quanti anziani ci sono ogni 100 giovani, è pari a 141,0 (vs Italia 141,7) ed è cresciuto di 27,3 punti rispetto al 2001 (113,7). L'indice di dipendenza o di carico sociale

(rapporto percentuale tra i residenti di 65+anni sommati a quelli di 0-14 anni e la popolazione in età compresa tra i 15 ed i 64 anni) esprime, in via presuntiva, le persone non autonome per ragioni socio-economiche ogni 100 persone destinate a sostenerle con la loro attività. Tale indicatore, molto elevato nelle popolazioni in via di sviluppo e ad elevata fecondità, dove la componente dei giovanissimi prevale su quella anziana, è pari in Basilicata al 52,1% (vs Italia 51,6%). L'indice di struttura della popolazione attiva, dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 40-64 anni e quella di 15-39, (Basilicata 95,1%; Italia 104,7), che esamina la struttura sociale produttiva, rivela sostanzialmente il progressivo invecchiamento dei residenti in età lavorativa. L'indice di ricambio della popolazione attiva, che stima il rapporto tra coloro che stanno per lasciare, a causa dell'età, il mondo del lavoro (di età compresa tra i 60 e i 64 anni) e coloro che stanno per entrare (di età compresa tra i 15 e i 19 anni), è pari a livello regionale al 76,9% (vs Italia 111,9%). Anche questo indicatore risente del problema della struttura socio-economica della popolazione in cui viene stimato. Un valore di molto inferiore al 100% (come quello della Basilicata) indica un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione a causa del fatto che pochi rendono liberi i posti di lavoro entrando nell'età pensionabile e/o a causa del fatto che gli stessi posti di lavoro lasciati liberi da chi va in pensione restano comunque vacanti.

L'indice di carico di figli per donna in età fertile (rapporto percentuale tra i residenti di 0-4 anni e le donne di 15-49) è pari a 18,0 (Italia 20,0).

Il tasso di fecondità totale (o numero medio di figli per donna in età fertile), dato dal rapporto tra il numero dei nati vivi (per 1.000) e il numero delle donne in età fertile (Basilicata:1,1; Italia:1,3), è anch'esso tra i più bassi del Paese e comunque, al pari del dato medio nazionale, inferiore al valore del tasso di sostituzione (2,1) ritenuto sufficiente per rimpiazzare la coppia genitrice nella generazione successiva.

In Regione aumenta sempre di più il divario giovani/anziani. Sono la provincia di Matera e l'ASL n. 4 "le più giovani" mentre l'ASL n. 3 di Lagonegro fa registrare il dato più negativo.

Il generale processo d'invecchiamento rilevato, in progressione, a meno di un'improbabile inversione di tendenza, comporterà ineluttabilmente delle modifiche strutturali profonde, da cui un impatto sempre più incisivo sulle politiche sociali e sanitarie.

**INDICATORI A CONFRONTO
PERIODO 2006-2007**

	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL5	Prov_PZ	Prov_MT	Basilicata	Italia
Popolazione 01.01.2006	97.386	216.377	76.305	123.221	80.797	390.068	204.018	594.086	58.751.711
Popolazione 01.01.2007	97.086	215.071	75.661	123.159	80.361	387.818	203.520	591.338	59.131.287
Superficie territoriale (kmq)	1.602,40	3.310,37	1.633,08	1.912,91	1.533,87	6.545,85	3.446,81	9.992,37	301.336
Densità (ab/kmq)	60,60	64,97	46,30	64,38	52,40	59,24	59,04	59,20	195,00
% Popolazione maschile	49,30	48,90	48,90	49,20	49,10	49,01	49,19	49,07	48,55
% Popolazione femminile	50,70	51,10	51,10	50,80	50,90	50,99	50,99	50,93	51,45
Rapporto medio di mascolinità	98,00	99,00	95,00	97,00	97,00	97,30	92,00	96,30	94,40
% Popolazione di 0-14 anni	15,47	13,65	12,88	14,96	14,29	13,95	14,70	14,20	14,10
% Popolazione di 15-64 anni	64,72	66,03	64,58	66,56	66,19	65,27	66,41	65,80	66,20
% Popolazione di 65+anni	19,81	20,32	22,54	18,48	19,52	20,60	18,90	20,0	19,70
% Grandi anziani	10,00	9,70	11,14	8,60	9,00	10,28	8,80	9,60	=
Indice di vecchiaia (*100)	128,00	148,90	175,10	123,60	136,60	147,80	128,60	141,00	141,70
Indice di dipendenza (*100)	54,52	51,40	54,80	50,20	51,10	53,57	50,65	52,10	51,60
Indice di struttura della popolazione attiva (*100)	90,20	96,50	101,90	93,10	94,65	95,94	93,70	95,20	104,70
Indice di ricambio della popolazione attiva (*100)	67,80	75,60	85,70	82,30	75,65	75,51	79,61	76,95	111,93
Tasso di natalità (*1.000)	9,20	8,00	7,30	9,20	7,95	8,20	8,70	8,40	9,50
Tasso di mortalità (*1.000)	9,40	9,80	10,70	8,50	9,50	9,96	9,00	9,60	9,50
Tasso di crescita naturale (*1.000)	-0,20	-1,80	-3,40	0,70	-1,55	-1,76	-0,30	-1,20	0,00
Tasso migratorio (*1.000)	-2,90	-4,20	-5,10	-1,20	-3,90	-4,06	-2,55	-3,30	6,20
Tasso di crescita totale (*1.000)	-3,10	-6,00	-8,50	-0,50	-5,45	-5,82	-2,85	-4,50	6,20

Trend indicatori di crescita demografica Regione Basilicata - periodo 2001-2007

Anno	Crescita naturale	Tasso Migratorio	Tasso crescita totale
2001	0,00	-2,50	-2,50
2002	0,00	-1,00	-1,00
2003	-0,70	-0,90	-1,60
2004	-0,30	-0,40	-0,70
2005	-1,40	-2,80	-4,20
2006	-1,20	-3,30	-4,50
2007	-1,40	-0,80	-2,20

Proiezione Istat anni futuri - Basilicata vs Italia

Anni	Classi di età popolazione Basilicata					Classi di età popolazione Italia				
	0-14	15-64	65 e più	85 e più	Totale	0-14	15-64	65 e più	85 e più	Totale
2025	78.736	350.041	138.609	25.554	592.940	6.927.886	36.081.576	14.620.217	2.641.617	60.271.296
2030	72.816	330.643	151.283	24.792	579.534	6.615.205	34.468.858	15.979.145	2.889.711	59.952.919
2035	68.891	308.728	163.589	28.260	569.468	6.479.088	32.451.968	17.403.548	3.306.759	59.641.363
2040	66.744	287.477	171.257	31.346	556.824	6.387.601	30.537.940	18.366.906	3.515.555	58.808.002
2045	65.191	269.450	171.993	34.293	540.927	6.229.730	29.161.720	1.526.425	3.755.167	40.673.042
2050	62.747	255.843	166.463	37.900	522.953	5.969.528	28.310.894	17.973.071	4.180.251	56.433.744

Bisogni. Gli elementi che caratterizzano la Basilicata sono da un lato i livelli di mortalità evitabile inferiori alla media nazionale, dall'altro la forte presenza di disabilità e cronicità, ed in questa il forte svantaggio di genere a scapito delle donne. Sono quindi particolarmente urgenti programmi specifici di intervento, legati a prevenzione ed assistenza sul territorio, che siano in grado di incidere riequilibrando questi fenomeni.

La Basilicata, con un tasso di mortalità per i maschi di 113,34 per 10.000 abitanti, presenta valori inferiori rispetto sia al livello Italia (116,99 per 10.000 abitanti) sia al Mezzogiorno (118,13).

La situazione è diversa per le femmine che, a fronte di un valore medio italiano di mortalità del 72,36 per 10.000 abitanti, hanno in Basilicata un tasso del 75,97 per 10.000 abitanti, che si avvicina al valore più alto del Mezzogiorno (75,6), a conferma dello svantaggio di genere per le donne.

Tassi standardizzati di mortalità per gruppi di cause e per Regione. Anno 2004

Regioni	Gruppi di causa							
	Tumori	Diabete mellito	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Cause accidentali e violente	Altre cause
Italia	23,13	2,18	1,88	27,26	4,14	3,11	3,45	5,03
Basilicata	18,99	2,88	1,97	30,05	3,91	3,67	3,21	4,5
Calabria	17,58	3,08	1,92	30,2	4,01	3,62	3,08	4,93
Puglia	20,56	3,1	2,32	25,78	3,95	3,38	3,55	4,71
Campania	22,37	3,92	1,86	33,23	4,39	4,18	3,35	5,18

Fonte ISTAT

Tabella 2: Mortalità evitabile per Regioni e genere: tasso standardizzato*, giorni perduti e classifica. Anni 2000-2002

Regioni	Maschi			Femmine		
	Mortalità evitabile tutte le cause*	Giorni perduti per tutte le cause	Posizione in classifica	Mortalità evitabile tutte le cause*	Giorni perduti per tutte le cause	Posizione in classifica
Italia	229,1	22,98	-	103,7	12,04	-
Basilicata	215,0	22,37	8	95	11,05	7
Abruzzo	213,9	22,22	7	88,8	10,73	2
Molise	219,3	23,08	11	97,9	11,72	12
Campania	254,1	24,20	15	120,8	13,43	20
Puglia	207,0	21,17	6	98,9	11,64	11
Calabria	204,9	20,91	5	97,7	11,38	10
Sicilia	222,2	22,40	9	113	13,23	19
Sardegna	245,3	25,34	19	98,4	11,19	8

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT

* tassi standardizzati per 100.000 residenti

L'analisi degli indicatori di mortalità evitabile per tipologia di intervento evidenzia come i valori più alti rispetto al livello italiano si registrino in corrispondenza degli interventi di igiene e assistenza sanitaria (rispettivamente 65,9 e 35,9 per 100.000 residenti maschi e femmine in Basilicata e 58,9 e 31,9 in Italia). Nel caso della prevenzione primaria (134,8 per i maschi e 31,9 per le femmine) e la diagnosi precoce (rispettivamente 14,3 e 27,2) i valori sono sensibilmente più bassi per entrambi i sessi rispetto al livello nazionale (152,6 e 37 per 100.000 residenti maschi e femmine per la prevenzione primaria e 17,6 e 34,9 per la diagnosi precoce).

Offerta. Il percorso di adeguamento della Regione Basilicata alle varie normative dirette al contenimento dei costi sanitari, in particolare della spesa ospedaliera, ha determinato una riorganizzazione delle strutture sanitarie.

Le misure volte all'attuazione delle politiche sanitarie, se da un lato hanno condotto ad una graduale riduzione dei posti letto di tipo ordinario a favore di modalità assistenziali in regime diurno, dall'altra non hanno trovato un'adeguata risposta al ridimensionamento del personale sanitario, che continua a rimanere un'importante voce di costo. Rimane da valutare quanto sia cresciuta l'offerta di residenzialità extra ospedaliera e la presa in carico sul territorio, che divengono elementi fondamentali di valutazione di quanto si sia riusciti nella conciliazione tra razionalizzazione delle risorse e mantenimento di un livello elevato di efficienza e di appropriatezza organizzativa nel rispetto dei bisogni della popolazione e dei livelli di assistenza.

Gli sforzi fatti nell'incrementare almeno l'offerta di riabilitazione e in particolare quella domiciliare sembrano andare nella giusta direzione nel tentativo di creare una offerta alternativa all'ospedalizzazione.

La Regione Basilicata ha manifestato, negli anni, la volontà di inserirsi in un processo di adeguamento e miglioramento della propria capacità di offerta, aderendo ad una politica di riorganizzazione della rete ospedaliera che ha interessato tutto il panorama nazionale. Ciò si è tradotto in una rideterminazione della dotazione ospedaliera in termini di posti letto finalizzato allo sviluppo e al potenziamento dei servizi alternativi al ricovero ordinario, in particolare *day hospital* e attività riabilitativa e di lungodegenza. L'organizzazione del personale e la riforma, attualmente in atto, dell'assetto e dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie, ritenute sbilanciate sul fronte dell'assistenza sanitaria e della copertura pubblica, rappresentano ulteriori punti cruciali cui la Regione ha cercato e sta cercando di affrontare per poter costruire una situazione di tendenziale autosufficienza.

Passando all'offerta complessiva di posti letto della Regione Basilicata, che già nel 2005 rappresentava il 9 per 1000 della dotazione nazionale e il 2% di quella del Mezzogiorno, essa è stata pari nel 2007 a 2.204 unità a fronte di una dotazione nel 2002 di 2.704 posti letto. Ciò si traduce in una diminuzione dei posti letti per 1000 abitanti che è passato dai 4,4 posti letto per 1000 abitanti del 2002 alle 3,7 unità nel 2007. Tale riduzione appare senza dubbio significativa e nella direzione delle politiche di riduzione dei costi e recupero di efficienza.

La composizione dell'offerta di posti letto nel 2007 vede il 76,8% di posti in degenza ordinaria (di cui il 96,5% in strutture pubbliche ed il 3,5% in strutture private); il *day hospital*, la riabilitazione e lungodegenza, presenti solo in strutture pubbliche, rappresentano rispettivamente il 13,4%, il 7,6% ed il 2,2% dell'offerta regionale di posti letto.

Se analizziamo congiuntamente i posti letto di riabilitazione e lungodegenza, anche al fine di permettere il confronto con il livello dell'intesa Stato-Regioni, nella Regione si osserva una generale tendenza all'aumento, in particolare per l'ASL 2 di Potenza e con l'esclusione dell'ASL 3 di Lagonegro, giungendo nel 2005 ad un valore compreso tra lo 0,3 e lo 0,4 posti letto per 1000 abitanti. I valori della Regione risultano quindi ancora lontani dal livello stabilito nella già citata Intesa Stato-Regioni che attesta all'1 per 1000 la dotazione standard per riabilitazione e lungodegenza, ma anche dai valori nazionali (0,5 nel 2003 e 0,6

nel 2004), allineandosi invece a quelli del mezzogiorno (0,3 e 0,4 rispettivamente per il 2003 e 2004).

Si consideri infine che ai fini dell'integrazione socio-sanitaria, la Basilicata è suddivisa in 15 ambiti sociali di zona. All'interno di essi sono presenti 201 enti/istituzioni (di cui 139 di assistenza sociale e 62 sanitarie) che operano nel settore socio-sanitario.

Per quanto concerne l'offerta extra-ospedaliera, nel 2005 la disponibilità di ambulatori della Basilicata si avvicinava al livello nazionale di 18 strutture per 100.000 abitanti, rimanendo molto al di sotto rispetto ai dati del Mezzogiorno (24,6). Il confronto per tipo di struttura tra strutture pubbliche e private mostra una maggiore presenza nella Basilicata di laboratori e ambulatori pubblici (55,6%), superando sia il valore medio italiano (43,4%) che, di molto, quello del Mezzogiorno (29,2%).

Analizzando i dati sulle prestazioni di assistenza specialistica di laboratori e ambulatori nel 2004, si osserva un valore relativo all'attività di diagnostica della Basilicata di 435 prestazioni erogate per 1.000 abitanti, contro un valore nazionale di 644 e del Mezzogiorno di 556 per 1.000 abitanti (il dato nazionale potrebbe risentire del livello di inappropriatazza). Valore inferiore rispetto al livello italiano e meridionale anche per le prestazioni di laboratorio (6.320 per la Basilicata, 8.540 per l'Italia e 7.287 per il Mezzogiorno), mentre per le altre prestazioni di diagnostica, che comprendono tutte le prestazioni erogate dagli ambulatori relative alle restanti branche specialistiche, il valore della Basilicata (3.526 per 1.000 abitanti) supera non solo il Mezzogiorno (3.069) ma anche il livello nazionale (3.486).

L'analisi presentata evidenzia per la Basilicata una forte mobilità passiva, come testimoniato dalle analisi relative ai ricoveri dei residenti ed ai ricoveri effettuati all'interno delle strutture regionali. Dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione per tipologia di DRG, si è dimostrato che la mobilità riguarda prevalentemente ricoveri medici in regime ordinario. Parte della mobilità passiva potrebbe comunque essere spiegata dalle caratteristiche geografiche e morfologiche della Regione; le piccole dimensioni del territorio fanno sì che non siano presenti ad esempio centri di alta specializzazione, inoltre la presenza dell'Appennino Lucano potrebbe rendere più agevole il trasferimento in centri presenti in Regioni limitrofe. Un aspetto interessante legato alla mobilità è la differenza tra la degenza media calcolata sui residenti, e la degenza media "interna" calcolata sui ricoveri nelle strutture della Basilicata. La prima risulta anche se di poco inferiore e quindi un'eventuale rientro della mobilità potrebbe non risultare effettivamente efficiente.

Per quanto riguarda il ricorso all'assistenza ospedaliera, la Basilicata presenta tassi di ospedalizzazione totali minori rispetto all'Italia; tuttavia lo scarso numero di ricoveri chirurgici, legato all'elevato numero di ricoveri per DRG medici nelle fasce d'età più anziane potrebbe suggerire l'esistenza di (in) appropriatezza. Il ricorso al day hospital è ancora considerevolmente inferiore rispetto al livello nazionale, ciò è dimostrato dalle notevoli differenze presenti tra i tassi di ospedalizzazione totali ed in giornate di degenza della Basilicata rispetto alle altre Regioni considerate. Un ultimo aspetto da evidenziare è legato alla riabilitazione ed alla lungodegenza, per le quali si registrano tassi

inferiori rispetto alla media nazionale, il che potrebbe essere legato ad un'offerta ancora non del tutto adeguata alle esigenze della Regione.

L'analisi dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere dimostra in generale come la volontà programmatica a livello nazionale e Regionale degli ultimi anni, tesa alla riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera mediante riduzione dei posti letto, trova un limite pratico di realizzazione nell'incapacità del sistema ospedaliero di ridurre la propria spesa e quindi aumentare l'efficienza.

In particolare le strutture ospedaliere della Regione Basilicata dimostrano ancora avere potenzialità di miglioramento in termini di efficienza.

CRITICITA' - GLI OUTPUT DEL SISTEMA (LE PRESTAZIONI) E L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

Livelli di Assistenza	Servizi e prestazioni/criticità		
	Quantità	Qualità, appropriatezza	Articolazione organizzativa
MACROLIVELLO OSPEDALIERO	eccesso di produzione per ricoveri totali ed ordinari - spesa ospedaliera per il 2004 stimabile intorno al 55-60%	alto livello di inappropriatezza dei regimi	eccesso di offerta per acuti e bassi tassi di utilizzo dei posti letto in quasi 100 discipline ospedaliere -eterogeneità quali/quantitativa dell'offerta per ASL
Ricoveri ordinari	eccesso di produzione	alti livelli di inappropriatezza (dall'8 fino al 49%, questi ultimi in relazione ai 43 DRG di cui al DPCM 29 novembre 2001)	eccesso di offerta per acuti e bassi tassi di utilizzo dei posti letto in quasi 100 discipline ospedaliere -eterogeneità quali/quantitativa dell'offerta per ASL
Day Hospital/Day Surgery	Ricoveri diurni ancora da implementare, attualmente 13,4 dell'offerta (DH e DS), Day Surgery da normare	da valutare	eterogeneità quali/quantitativa dell'offerta per ASL
Attività ambulatoriale	da quantificare	da valutare	scarsa diffusione di modelli organizzativi complessi (day service - pacchetti ambulatoriali complessi)
MACROLIVELLO TERRITORIALE	eccesso di produzione per alcune tipologie di residenzialità (es. psichiatrica) e forte carenza per altri regimi (domiciliarità). Nel complesso carenze di allocazione di risorse sul macrolivello (< 40%)	da valutare	eccesso Distretti Sanitari (PRSS 1999-2001) - Non coincidenti con ambiti sociali - Criteri/Indicatori programmazione - Disomogeneità quali/quantitativa dell'offerta per ASL
Medicina Generale	da quantificare	da valutare	necessità di ottimizzare la continuità assistenziale MG/ADI/Residenze
Specialistica	da quantificare	da valutare	///
Assistenza Domiciliare	casi ADI da 6,5 per 1000 (variabilità ASL - SIS) - Da potenziare	da valutare	eterogeneità territoriale dell'offerta [necessità differenziare forme di AD(ADI, ADP, OD)
Residenzialità Anziani	da quantificare (→ offerta eterogenea)	da valutare	eterogeneità territoriale dell'offerta e mancanza di un collegamento funzionale con il macrolivello ospedaliero e con gli altri regimi di assistenza territoriale
Residenzialità Riabilitazione	da quantificare (→ offerta eterogenea/eccesso di offerta)	da valutare	eterogeneità territoriale dell'offerta e mancanza di un collegamento funzionale con il macrolivello ospedaliero e con gli altri regimi di assistenza territoriale
Residenzialità Disabilità	da quantificare (offerta ridotta)	da valutare	eterogeneità territoriale offerta
Residenzialità dipendenze	da quantificare (offerta ridotta)	da valutare	eterogeneità territoriale offerta
Residenzialità salute mentale	da quantificare (→ offerta eterogenea)	da valutare	eterogeneità territoriale offerta

MACROLIVELLO PREVENZIONE COLLETTIVA	nel complesso sufficienza di allocazione di risorse sul macrolivello	da valutare ///
Servizio di Igiene Sanità Pubblica (SISP)	da quantificare (coperture vaccinali accettabili)	da valutare Necessità di implementare quanto previsto dal Piano regionale di prevenzione
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	da quantificare	da valutare
Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambiente di Lavoro (SPSL)	da quantificare/potenziare rispetto all'elevato rischio infortunistico)	da valutare
Servizi Veterinari(SV)	da quantificare	da valutare

I PROCESSI ASSISTENZIALI

TIPOLOGIE DI PROCESSI ASSISTENZIALI	
ACCETTAZIONE	Tempi di attesa elevati per alcuni esami diagnostici strumentali (vedi Piano regionale contenimento dei tempi di attesa DGR 28.12.2007, n. 1896)
PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	Formalizzazione dei percorsi diagnostici per 10 discipline Scarsa conoscenza sullo stato di attivazione/implementazione/audit su : percorsi/profilo assistenziali specifici per patologia Scarsa conoscenza sullo stato di attivazione/implementazione delle politiche di gestione del rischio (infezioni ospedaliere, piaghe da decubito, ecc.)
DIMISSIONE – FOLLOW UP	Frammentaria formalizzazione delle modalità di dimissione del paziente dall'ospedale e delle tipologie di follow up per garantire la continuità assistenziale concordate con le strutture territoriali e i medici di medicina generale

I SISTEMI/PROCESSI DI SUPPORTO

SISTEMI DI SUPPORTO	LIVELLO REGIONALE	LIVELLO ASL
CONTROLLO DI GESTIONE	Il modello regionale di Controllo di Gestione è stato definito, in generale, dalle L.R. 48/2000 e 34/2001 ed è attualmente da strutturare, per la Sanità, dopo la riorganizzazione del Sistema Sanitario, di cui alla LR 12/2008	Il sistema di Controllo di gestione è attualmente funzionante nelle 5 ASL con modalità differenti e in generale presenta una scarsa attendibilità delle informazioni rilevate; si tratta ora di uniformare il Sistema nelle due Aziende sanitarie di cui alla LR 12/2008 e di prevedere una nuova modalità di controllo direzionale
SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE	Risulta necessario ottimizzare le anagrafi aziendali e le competenze informatiche e di gestione del web - Servizio Sistemi Informatici Sanitari DS (Portale in corso di implementazione) - Servizio Osservatorio Epidemiologico (SDO-Mobilità-CEDAP-SIS - qualità)/Relazioni Sanitarie - Dati Servizi, collegamento diretto tra dati e programmazione	Disomogeneità e difformità per ASL produzione e procedure gestione dati - Softwarehouses
SISTEMA VERIFICA E CONTROLLO	Regolamentazione del protocollo ispettivo e del nucleo operativo centrale. Da migliorare il protocollo ispettivo rispetto alle aree da investigare, le metodologie e gli strumenti da applicare, gli standard di riferimento, l'impianto sanzionatorio	Assenza di nuclei aziendali di verifica e controllo e unificazione dei Sistema nelle due Aziende Sanitarie Locali, nella AO San Carlo e nell'IRCCS di Rionero in Vulture (PZ)
SISTEMA QUALITA'	Assenza di un atto di indirizzo sui sistemi qualità aziendali. Recepimento incompleta della normativa in materiale di autorizzazione e accreditamento	Assenza di informazioni sullo stato dell'arte delle attività svolte dagli uffici qualità delle ASL
SISTEMA FORMATIVO	Assenza di regionalizzazione del sistema ECM e di un piano strategico regionale	Assenza di informazioni sullo stato dell'arte delle attività svolte e dei costi sostenuti

IL QUADRO ECONOMICO FINANZIARIO

L'analisi effettuata in questo capitolo dedicato al finanziamento del SSR in Basilicata, senza pretesa alcuna di esaustività, ha permesso di evidenziare alcuni elementi importanti su cui vale la pena di riflettere. Va, inoltre, evidenziato che tutto il Sistema economico finanziario dovrà essere rivisto alla luce del nuovo modello di aziendalizzazione di cui alla LR 12/2008 ed in particolare con il passaggio da 5 ASL a 2 ASL di livello provinciale a cui si aggiungono l'AO San Carlo di Potenza e l'IRCCS Oncologico di Rionero in Vulture (PZ).

Il finanziamento della sanità lucana, considerato in percentuale del PIL, ha avuto un andamento tendenzialmente crescente, ma piuttosto irregolare. La Regione Basilicata non ha mai comunque occupato posizioni alte nella classifica delle assegnazioni, tranne che nel 1998, quando ha addirittura superato la media nazionale. Sempre nel 1998 il saldo della mobilità sanitaria interregionale ha registrato una inversione di tendenza rispetto al trend di crescita osservato negli anni precedenti, registrando addirittura un leggero decremento. Di fatto, a fronte di queste assegnazioni di risorse per la sanità lucana si è registrata la formazione cronica di perdite di esercizio e disavanzi finanziari.

La questione della mobilità sanitaria interregionale rappresenta da tempo un punto nevralgico della sanità lucana, ed un elemento fondamentale nell'ambito delle strategie da intraprendere per l'equilibrio dell'intero sistema sanitario regionale. Dall'osservazione dei dati più recenti, si evince un calo del saldo negativo della mobilità. I dati permettono di verificare una sostanziale efficacia degli interventi effettuati in questi anni dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie per il governo della domanda e l'appropriatezza delle prestazioni. La contrazione della mobilità sanitaria rappresenta per la sanità lucana un elemento di importanza strategica, anche alla luce dell'attuale fase storica di attuazione del federalismo fiscale. C'è da dire che questi importanti risultati dovranno essere consolidati nei prossimi anni, e dovrebbero non creare false "esaltazioni" ma essere di stimolo al SSR, nell'ottica di una offerta di servizi sanitari di sempre maggiore qualità ed efficacia.

Il fenomeno descritto della mobilità sanitaria interregionale costituisce spunto per ulteriori riflessioni, relativamente ad esempio al confronto tra i costi medi di un ricovero in Basilicata e quelli di un ricovero fuori Regione; non è infatti detto che riuscire a "riattrarre" nelle strutture lucane un residente in Basilicata che ha scelto la "fuga", ovvero di farsi curare fuori dalla Regione di residenza, comporti necessariamente una riduzione dei costi.

I criteri di riparto delle risorse destinate alla sanità possono cambiare notevolmente il quadro dei risultati ottenuti, come risulta dal Rapporto CEIS Sanità Basilicata 2008. Con riferimento al riparto del FSR, la Regione Basilicata ha introdotto nel 2006 un sistema di finanziamento piuttosto innovativo che, nel tentativo di spiegare meglio le relazioni tra bisogni della popolazione, struttura di offerta e risorse economiche a disposizione, utilizza un nuovo criterio di distribuzione delle risorse con riferimento all'assistenza ospedaliera. In particolare, viene inserito come driver il posto letto, ponderato in base ad

un algoritmo che vuole tener conto della domanda effettivamente appropriata di assistenza (vengono osservati i DRG degli ultimi tre anni). In seguito alla applicazione dei nuovi criteri di riparto introdotti, che tentano di introdurre un intervento ex-ante anziché una logica di "rimedio" ex-post, sono stati riscontrati evidenti differenziali di assegnazione; questo nuovo metodo introdotto nella sanità lucana comporta, dunque, una effettiva innovazione, destinando le risorse in ragione delle tipologie di prestazioni erogabili e erogate, permettendo di superare un modello che finanzia l'assistenza sanitaria teorica (attraverso il meccanismo della quota capitaria ponderata). Uno dei meriti del nuovo meccanismo dovrebbe essere quello di produrre un effetto positivo sull'equilibrio economico e finanziario complessivo regionale. C'è da dire che inizialmente il nuovo metodo è stato criticato dalle aziende, e resta comunque da considerare il rischio di distorsione dovuto all'inappropriatezza, anche se, come visto, diverse sono le misure adottate dalla Regione per affrontare il problema (vedi, solo a titolo di esempio, la DGR n. 1713/2006, contenente disposizioni finalizzate a razionalizzare l'organizzazione del SSR ed a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni).

Com'è noto, il risultato di esercizio scaturisce dalla differenza tra costi e ricavi risultanti dalla gestione economica. Nell'ultimo quinquennio la Basilicata ha fatto registrare una riduzione tendenziale delle sue perdite di esercizio, in particolare nell'anno 2007, contrariamente all'andamento delle perdite registrate a livello nazionale e dalle Regioni del Centro-sud.

Per garantire inoltre un corretto equilibrio della gestione finanziaria, si è visto come negli anni la Regione sia intervenuta per ripianare lo squilibrio finanziario non derivante dalla gestione ordinaria. L'intervento di ripiano è finalizzato a consentire la patrimonializzazione delle risorse erogate a tale titolo e a definire contestualmente l'importo finanziario su cui dimensionare l'intervento regionale, tenendo conto anche delle anticipazioni finanziarie rese necessarie per preservare condizioni di correntezza nei pagamenti.

Come visto, lo squilibrio finanziario deriva essenzialmente da voci "straordinarie" quali ad esempio il saldo delle sopravvenienze (attive meno passive) e il conguaglio della mobilità interregionale. Il quadro descritto offre di nuovo spunti di riflessione, dovuti al fatto che l'Ente Regionale non ripiana gli squilibri derivanti dalla gestione ordinaria. Ad esempio, il fatto che vengano invece ripianati i conguagli relativi alla mobilità potrebbe in via teorica costituire un disincentivo relativamente agli sforzi da compiere per mettere in atto misure di riduzione della mobilità passiva. Di fatto, però, la Regione Basilicata ha messo a frutto gli sforzi compiuti ottenendo una reale riduzione del saldo passivo della mobilità sanitaria interregionale.

A fronte di un trend crescente della spesa sanitaria pubblica, che certamente proseguirà anche in futuro per effetto di un invecchiamento particolarmente rapido (vedi capitolo 1), e renderà difficilmente sostenibile il sistema in assenza di una vigorosa ripresa economica, abbiamo anche una composizione della spesa che comincia a modificarsi.

In primo luogo diminuisce la quota destinata al personale, sebbene essa sia sovrastimata a causa della crescita (difficilmente stimabile) dei contratti libero-professionali. In secondo luogo tende ulteriormente a diminuire la quota di assistenza erogata in convenzione, in parte trasferita sulla spesa diretta delle famiglie, in parte tramutata in quota a gestione diretta.

Entrambe le modifiche indicano come sia in atto un tentativo di risanamento finanziario, attraverso un razionamento delle prestazioni e la saturazione delle capacità produttive pubbliche. La Regione Basilicata sembra coprire con la spesa pubblica la maggior parte delle spese necessarie alla popolazione, essendo la quota privata decisamente inferiore non solo a quella media nazionale, ma anche a quella delle Regioni del Centro-Sud: ciò prelude a un benefico contenimento dell'impatto sui bilanci delle famiglie e quindi sul versante dell'equità.

Obiettivi che vanno perseguiti con una "vision" lungimirante, dovranno assicurare condizioni di sostenibilità economica e finanziaria. Il prevalere di mere logiche "ragionieristiche", per individuare le aree di disfunzione e di non-appropriatezza, sulle quali è possibile recuperare risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto strategico per la salute comunitaria e per il miglioramento del sistema assistenziale. In altre parole, una politica regionale oculata deve indirizzarsi verso logiche di razionalizzazione, e deve, oggi più che mai, basarsi su scelte ponderate che originino dai dati e dagli elementi di conoscenza da sviluppare in tempi rapidi³ nel rispetto delle risorse rese disponibili per il servizio sanitario regionale.

Bisogna, inoltre, dotarsi di una serie di tecnologie in grado di generare risultati significativi in termini di appropriatezza e di capacità di discernere tra costi utili e costi superflui, di indirizzare verso strategie fattibili che mettano al centro sì l'economicità, ma intesa come garanzia di soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità e dei pazienti in una logica di uso oculato e documentabile delle risorse.

³ Appare utile riportare le considerazioni del Procuratore Generale Vincenzo Apicella - Relazione Rendiconto Generale 2004 della Corte dei Conti, 24 giugno 2005

"... La spesa sanitaria segna di anno in anno sempre maggiori livelli. Per l'anno in corso, senza un notevole recupero di efficienza, si prevede un deficit di almeno 2 miliardi e mezzo di euro, dovuto anche all'assistenza gratuita, pur se umanamente giustificata, agli immigrati. In definitiva, nonostante gli sforzi fatti, **la Sanità delle cosiddette tre "T" (tetti di spesa, tagli e ticket) non ha dato i risultati sperati.** A maggior ragione appare improponibile ritenere che il sistema possa essere governato solo da criteri aziendalistici e dall'esigenza di far quadrare i conti, perché all'apice della sua attività deve restare la centralità della persona malata. **Il problema** che si ripropone, dunque, ancora una volta **non è tanto quello di ridurre la spesa, ma di riqualificarla**, operando un più proficuo utilizzo di risorse oggi spesso male impiegate. Mi riferisco ad una migliore utilizzazione dei macchinari di diagnosi e cura, ad un maggiore controllo dei tempi di degenza, ad un uso più razionale del ricorso a medicinali, all'eliminazione di sprechi, in definitiva ad una più puntuale organizzazione dei mezzi materiali e di quelli professionali. ..."

Sezione 2.1) Un sistema di garanzie per la salute

Il Piano mira a costruire un sistema di garanzie che **sia capace di rispondere alle attese dei portatori d'interesse del sistema assistenziale e sia in grado di essere verificato nei suoi risultati rispetto:**

- **cittadini e pazienti** che rappresentano il focus di tutti gli interventi del SSR;
- **comunità e sue espressioni organizzate**, che spesso vengono relegate a livelli partecipativi minimi, ancorché verbalmente continuamente dichiarate come fondamentali;
- **operatori sanitari** che sono gli attori fondamentali dei processi assistenziali che devono essere sempre più coinvolti nei processi di costruzione dei metodi e strumenti di programmazione e verifica, per avviare un processo continuo di miglioramento della qualità professionale e organizzativa;
- soggetti **erogatori di servizi sanitari** pubblici e privati (privato accreditato, privato sociale quale fornitore di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie esternalizzate) per garantire l'integrazione e l'appropriatezza d'uso dei diversi regimi/livelli assistenziali in un'ottica di cooperazione e di non concorrenzialità con il sistema pubblico, garantendo funzioni non adeguatamente assicurate dal SSR nell'ambito della programmazione sanitaria regionale;
- **fornitori di beni e servizi** per garantire una leale concorrenzialità del mercato e avviare modalità di partenarship innovativo con il pubblico;
- **mondo della comunicazione e informazione** che rappresentano un fondamentale strumento di controllo democratico, ma anche di orientamento all'uso appropriato dei servizi offerti dal SSR.

Tale logica dovrebbe diffondersi progressivamente in ogni componente del sistema assistenziale, macro (Regione) e micro (aziende, servizi), sia sul versante sociale che su quello sanitario.

Bisognerà lavorare molto in questa direzione, essendo, innanzitutto, un problema di cultura delle professionalità e di cultura dei servizi. E', però importante che questa premessa si traduca concretamente in un orientamento, in assetti organizzativi ed operativi specificamente mirati alla valutazione, in metodi ed in strumenti di verifica e monitoraggio.

In attesa di attivare un processo di partecipazione e di co-costruzione in dettaglio anche del disegno valutativo, lo scenario verso il quale tendere dovrà mettere in relazione ancora una volta le varie componenti del sistema.

Si evince, pertanto che la valutazione va intesa come un sistema polimorfo ed articolato a differenti livelli, tra loro in inter-relazione.

Se ogni azienda dovrà, infatti, potenziare i propri sistemi interni di valutazione, bisognerà anche individuare le strategie e le modalità più opportune per aprire tale sistema alle comunità professionali, alla comunità ed alle sue espressioni organizzate e rappresentative.

Tutto l'impianto dovrà essere basato sulla "documentabilità" dei risultati e dell'uso delle risorse, in modo da far sì che la comunità divenga un "controller" reale delle scelte del sistema assistenziale, delle sue politiche, dei suoi risultati. La valutazione degli obiettivi di Piano dovrà tenere conto della sua strutturazione come "Piano ad implementazione successiva", in quanto il Piano non è un documento esaustivo e a sé stante ma deve essere attuato ed anche sviluppato tramite Piani settoriali e atti specifici. Questa caratterizzazione richiederà che i diversi sistemi di controllo regionali e aziendali si colleghino per garantire una verifica non solo dei singoli atti ma più in generale degli obiettivi complessivi di salute e di riorganizzazione del sistema previsti dal Piano e dalle altre norme di programmazione regionale.

Sezione 2.2) Le parole-chiave del sistema

Le parole chiave sono già state riportate nel paragrafo introduttivo delle presenti Linee guida, e qui si richiamano come logiche di fondo sulla base delle quali il Piano delinea gli indirizzi programmatici per la realizzazione degli obiettivi prioritari di salute.

Il progressivo affermarsi delle logiche di *governance* nel sistema sociosanitario può aiutare a superare le tendenze all'autoreferenzialità che hanno sempre contraddistinto il sistema socio-sanitario e che sono state alla base della storica contrapposizione tra le diverse professionalità, tra i differenti livelli assistenziali, tra sociale e sanitario, tra tecnico e gestionale, tra clinica e assistenza, tra ospedale e territorio.

Sezione 2.3) Le tecnologie per lo sviluppo del sistema

Si sono consolidate anche in Italia alcune tecnologie utili ad innovare i sistemi organizzativi ed i processi assistenziali, ed ormai sono ritenute indispensabili per garantire efficacia, efficienza e soddisfazione degli utenti.

La medicina basata sulle evidenze, la valutazione delle tecnologie, i percorsi assistenziali, l'accreditamento istituzionale, la gestione del rischio clinico, costituiscono tecnologie forti per innovare le organizzazioni, le loro strutture, i loro meccanismi interni di funzionamento e la loro produzione, rappresentano sistemi di "garanzia" di risultato ormai indispensabili per qualsiasi livello organizzativo, sia esso macro (l'azienda), sia esso micro (i servizi).

Si tratta di sistemi in grado di contribuire concretamente alle logiche di risultato e di garanzia per i cittadini e per la comunità, per indirizzare il sistema a "fare le cose giuste bene" in modo ponderato e valutabile.

Bisognerà condividere con le varie componenti aziendali (tecnico-professionali e gestionali) il disegno operativo del Piano ma, sin d'ora, è possibile affermare la necessità di coagulare le tecnologie anzidette attorno ai "**Percorsi assistenziali**", dato che questi rappresentano la maniera più valida ed affidabile per rendere evidenti:

- **quali risultati** misurabili,
- con **quali livelli** di garanzia (*standard*),
- per **quali pazienti**-utenti,

- prodotti da **quali attori** assistenziali,
- con **quali strumenti** e modalità
- e attraverso l'uso di **quali risorse**.

Il metodo dei Percorsi assistenziali costituisce, inoltre, la maniera migliore per dare corpo all'integrazione sociosanitaria, dato che si tratta di un metodo che permette di individuare (e dettagliare attraverso una specifica analisi di processo) il contributo dei diversi attori assistenziali (inclusi i *care-giver* sociali) per il soddisfacimento dei fabbisogni "globali" di salute (quindi, non solo clinici) di *target* mirati di pazienti.

Sezione 3.1) I problemi prioritari di salute e i gruppi sociali di particolare fragilità

Tali aree saranno definite attraverso un processo di prioritarizzazione che partirà da un'adeguata analisi dei dati esistenti, che metterà al centro i pazienti ed i loro fabbisogni assistenziali "globali" (facendo riferimento alla definizione OMS di "salute globale"), la comunità ed il benessere comunitario con le aree ad esso collegate, tra le quali: la prevenzione, la promozione della salute, la salute ambientale, la tutela delle fasce deboli di popolazione.

All'interno delle aree strategiche saranno senza dubbio contemplate le principali patologie croniche, essendo queste ultime una frontiera ineludibile per i servizi assistenziali non solo in Italia, ma in Europa e nel mondo.

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha previsto, per la prima volta, un vero e proprio Programma Nazionale di Prevenzione, individuando alcune linee di priorità generale, quali il diabete mellito, le patologie cardiovascolari, le patologie neoplastiche. Tali scelte sono supportate dall'evolversi del quadro epidemiologico degli ultimi anni che ha spinto l'OMS Europa a parlare di "nuova epidemia" riferendosi al crescente aumento delle patologie cronicodegenerative e delle patologie correlate a problematiche di tipo sociale che hanno grandi influenze sulla salute della popolazione e degli individui.

Non bisogna, tra l'altro, dimenticare che l'Italia registra un profondo aumento della popolazione anziana, con il 14,6% degli uomini ed il 19,8% delle donne oltre la soglia dei 65 anni, così come un aumento consistente delle patologie a particolare rilevanza sociale, quali le demenze e la malattia di Alzheimer, che impone una rivisitazione ed un potenziamento della rete assistenziale per la non autosufficienza.

In via orientativa vengono individuati come target prioritarie le seguenti aree:

- **fasce di popolazioni "fragili"** (giovani-adolescenti, donne in gravidanza, vecchie e nuove emarginazioni sociali, ecc..)
- **popolazioni di pazienti con pluripatologie** (gli anziani non autosufficienti, le disabilità psico-sensoriali, le disabilità fisiche, ecc..)
- **specifiche patologie** (diabete mellito, patologie cardiovascolari, patologie neoplastiche, demenze/malattia di Alzheimer, ecc.);

Sezione 3.2) I risultati attesi, gli standard di prestazioni intermedi e finali e gli impegni programmatici

Per i *target* prioritari di pazienti, che saranno identificati nel PRSS attraverso un confronto con le varie componenti del sistema assistenziale, si svilupperà l'impianto progettuale tenendo in considerazione tre *focus* principali:

- un **focus sul paziente-persona**, che consideri la malattia non solo come malattia clinica (*disease*) ma anche come malattia vissuta (*illness*);
- un **focus sugli "esiti"** effettivamente raggiungibili ma anche sui "processi" attivati (alcune misure nel breve-medio periodo sono leggibili come misure di processo e come *intermediate outcome*);
- un **focus sul sistema organizzativo**, su quanto, cioè, l'organizzazione riesca a compiere in termini di attivazione di risorse e di una serie di "leve di sistema" sinergicamente integrate tra loro per riuscire ad ottenere risultati validi sui pazienti.

Tali focus dovranno essere correlati con le "parole-chiave" precedentemente individuate.

I professionisti del SSSR quindi, sulle singole aree di priorità, verranno chiamati a riempire di contenuti una matrice configurabile con il seguente schema

TARGET					
	ESITI SALUTE	DI	STANDARD PRODOTTO INTERMEDI	STANDARD PRODOTTO FINALE	IMPEGNI PROGRAMMATICI
Appropriatezza					
Affidabilità					
Sicurezza					
Continuità					
Equità					
.....					
.....					

Sezione 3.3) Le reti integrate del sistema assistenziale, sanitario e sociosanitario

Per produrre in modo più efficace, più efficiente e complessivamente migliore, non bisogna agire soltanto sulle *performance* assistenziali dei vari attori che erogano assistenza.

I cambiamenti della produzione devono necessariamente accompagnarsi a profonde innovazioni del sistema organizzativo e dei suoi meccanismi di funzionamento.

In ragione di tale premessa, il Piano approfondirà una serie di aree fondamentali per andare in tale direzione. Tra queste:

- la continuità assistenziale, che implica:
 - innanzitutto, il superamento delle logiche di autoreferenzialità e di contrapposizione tra componenti dello stesso sistema assistenziale, come già precedentemente accennato. Ne è un esempio tipico la contrapposizione tra ospedale e territorio, che costituisce un falso dualismo piuttosto che un problema di reale sostanza. Non si tratta di definire se "territorio è bello" o se "è meglio l'ospedale". Bisogna superare queste logiche "autocentriche", spostando il dibattito sul tema dell'appropriatezza in risposta ai fabbisogni assistenziali e proiettandosi verso sistemi di valutazione che diano cognizione ed evidenza dei risultati e, quindi, dell'efficacia, dell'efficienza e, più in generale, delle caratteristiche qualitative dell'assistenza erogata;
 - la creazione di reti integrate all'interno del sistema assistenziale sanitario, anche ricorrendo, per alcune aree specialistiche, al modello *hub and spoke*, caratterizzato dalla concentrazione della casistica più complessa in centri specializzati (*hub*), che hanno una casistica tale da garantire indubbi *standard* di qualità dell'assistenza, ed il trattamento della casistica meno complessa in centri periferici (*spoke*) strettamente integrati funzionalmente con i centri *hub*;

Il sistema di interventi e servizi previsto dalla legge regionale 4/2007 prevede una convinta azione di coordinamento ed integrazione con le politiche della salute, perché si possa costruire una rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale.

L'integrazione socio-sanitaria è pertanto una opzione strategica, che deve essere valutata su diversi piani (quello istituzionale, quello gestionale e quello professionale) al fine di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino.

Sul versante istituzionale è necessario costituire luoghi di lavoro comune, non occasionali, nei quali attori sociali e sanitari siano impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e

sanitari.

Sul versante gestionale ed organizzativo è necessario che le AUSL ed i Comuni lavorino perché gli strumenti, le procedure, la programmazione degli interventi e la gestione delle attività di servizio si sviluppino su una logiche di condivisione e omogeneità, promuovendo e sostenendo gli scambi e le collaborazioni tra servizi, operatori ed equipe.

Sul versante dell'integrazione professionale, anche al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, occorre realizzare le condizioni perché si giunga alla definizione di equipe integrate, capaci di produrre valutazioni di tipo multidisciplinare e definire piani di lavoro integrati personalizzati, nonché la valutazione periodica dei risultati, nelle varie aree di intervento.

L'atto di indirizzo e coordinamento per l'esercizio delle funzioni socio-sanitarie (DPCM 14.02.01) è uno strumento importante di lavoro, nella direzione della definizione degli interventi in materia di integrazione socio-sanitaria, perché introduce modalità operative indispensabili per tutta l'area socio-sanitaria.

Le indicazioni fondamentali dell'atto di indirizzo riguardano non solo le aree dell'integrazione, ma le modalità processuali con cui la stessa integrazione deve essere perseguita:

- **le prestazioni socio-sanitarie** si caratterizzano per la natura e complessità dei bisogni a cui si rivolgono, si connotano per la unitarietà di intervento basato sul concorso di *apporti professionali di tipo sanitario (medico, infermieristico, riabilitativo), di servizio sociale professionale e di prestazioni assistenziali*, organicamente inseriti nel progetto personalizzato la cui redazione è basata sulla condivisione di obiettivi, di responsabilità, di risorse umane e finanziarie.

- **Il percorso assistenziale** deve rispettare le seguenti procedure:

- *definizione della natura del bisogno* attraverso una valutazione multidisciplinare di salute, di autonomia funzionale, di capacità di relazione, favorendo azioni di prevenzione, cura e riabilitazione;
- *stesura di un progetto personalizzato*, indicando le prestazioni necessarie ed i servizi che provvedono ad erogarle, per realizzare le azioni più appropriate per la riduzione del "danno" o il raggiungimento e mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona;
- *verifica delle azioni* compiute sotto il profilo della qualità e degli esiti;
- *accesso unico* alla rete dei servizi per gli utenti e le rispettive famiglie, a cui deve poter essere garantita una valutazione integrata, degli aspetti di rilevanza sociale e di rilevanza sanitaria che caratterizzano il caso, prima di essere orientati verso una specifica prestazione socio-sanitaria.

Anche in questo caso i professionisti verranno chiamati a declinare i contenuti di una matrice operativa sviluppata sulle diverse reti (cardiologica, oncologica, ecc..)

	RETE						
	PREVENZIONE PRIMARIA	DIAGNOSI PRECOCE	EMERGENZA URGENZA	FASE ACUTA	POST ACUZIE	FASE COMPLETAMENTO RECUPERO	FASE DEGLI ESITI
Attività							
Strutture							
Articolazione Organizzativa							
Attori							
.....							
.....							
.....							

Il futuro piano di riorganizzazione, per concretizzarsi, dovrà basarsi sull'analisi di dati, sul coinvolgimento di tutte le componenti del sistema assistenziale, in particolare quelli tecnico-professionali e quelle gestionali, su un'analisi approfondita della fattibilità e dell'impatto della riorganizzazione ed in alcuni casi anche su sperimentazioni organizzative realizzate ad hoc. In ogni caso, qualunque sia il disegno di riorganizzazione che il sistema si darà, questo dovrà accompagnarsi a ben precise leve di sostegno dell'innovazione organizzativa, tra le quali sono da contemplare:

- la **valorizzazione del personale**, principale capitale delle aziende sanitarie, attraverso un'adeguata politica delle risorse umane, che includa sistemi di sviluppo delle professionalità, idonei sistemi di valutazione tendenti a far emergere le componenti migliori;
- la **formazione**, intesa come leva strategica delle politiche di valorizzazione del personale e di innovazione organizzativa, mirata a sviluppare una prospettiva di azione formativa permanente per il miglioramento continuo delle competenze tecnico-professionali di tutto il personale ed una prospettiva finalizzata ad accompagnare i processi di innovazione delle organizzazioni e di miglioramento della produzione cui si è fatto cenno nei paragrafi precedenti;
- lo **sviluppo della ricerca**, essendo quest'ultima uno dei motori fondamentali di innovazione del sistema per rispondere alle nuove sfide e per migliorare i risultati.

Sezione 3.4)

La L.R. n.12/2008, nel ridisegnare l'assetto organizzativo e territoriale del Sistema sanitario regionale, ne ha riaffermato i caratteri e ne ha accresciuto la logica di rete per migliorare l'appropriatezza, l'equità, l'efficienza, l'efficacia e l'economicità nella predisposizione de erogazione di servizi. In tale ottica, specificatamente l'art.3 della legge, definisce la nuova organizzazione della rete regionale dell'emergenza-urgenza e attribuisce la funzione ad una struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, trasmurale, trasversale, da istituire presso l'Azienda sanitaria Locale di Potenza, DIRES. Questo Dipartimento strutturale interaziendale è costituito dal Dipartimento emergenza - urgenza del l'Azienda sanitaria Locale di Potenza - ASP e dell'Azienda sanitaria Locale di Matera - ASM. Il Direttore del DIRES, nominato dal Direttore Generale dell'Azienda sanitaria Locale di Potenza, su proposta condivisa con l'Azienda sanitaria Locale di Matera, costituisce il direttore operativo per la piena funzionalità di tutto il sistema regionale attinente all'emergenza-urgenza. Entrambe le aziende allocheranno le risorse finanziarie e umane necessarie definendone il budget e il regolamento di organizzazione.

Sezione 4.1) Il macrolivello territoriale

Priorità

L'azione riorganizzativa muove dall'esigenza di recuperare e valorizzare il ruolo centrale del macrolivello territoriale in una **logica di integrazione e di sistema**.

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 una irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali verso la reale **presa in carico** dei bisogni di salute dei cittadini.

Ciò si realizza assegnando al Distretto, che l'art. 4 della L.R. 12/2008 ridefinisce come "Distretti della salute" assegnando agli stessi una funzione strategica, come strumento di governo partecipato delle politiche

integrate della salute. I Distretti della salute costituiscono la sede di raccordo e di organizzazione della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, nonché punto di riferimento per il cittadino per l'accesso ai servizi e luogo prioritario per l'integrazione sanitaria e sociosanitaria territoriale. I Distretti devono sviluppare percorsi di cura ed assistenza propri nell'ottica della continuità assistenziale e dell'uso flessibile ed integrato delle risorse. Il Distretto deve sviluppare la funzione di accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini, rappresentando inoltre la sede di risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

Le logiche

Le attribuzioni che il D.Lgs.229/99 assegna al Distretto definiscono direttrici chiare e certe verso lo sviluppo di modalità operative e gestionali che devono trovare concretizzazione nella realizzazione di livelli omogenei di offerta territoriale.

In particolare il ruolo strategico che il nuovo Piano affida al macrolivello territoriale, si realizza attraverso azioni di:

- **revisione dell'articolazione organizzativa distrettuale in un'ottica di sistema regionale integrato**
Riduzione del numero di distretti dagli attuali 13 a 7 per renderli omogenei agli Ambiti Sociali, secondo quanto previsto dalle LR 4/2007 e LR 12/2008.
- **condivisione di esperienze organizzative e operative del distretto appropriato alla realtà della Regione BASILICATA**
Attivazione di modalità operative e gestionali basate sulle migliori pratiche presenti nella Regione e individuazione di un "modello" di Distretto sui risultati della fase di sperimentazione in atto.
- **riaffermazione del ruolo centrale della medicina generale e della pediatria di base**

Coinvolgimento dei MMG, e PLS e MCA negli organismi di governo centrale delle ASL, sviluppo delle nuove forme di organizzazione delle Cure primarie e delle forme evolute di associazionismo medico, , assunzione del ruolo centrale di governo, monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali.

- **Introduzione e sviluppo di sistemi di valutazione del bisogno e dell'organizzazione e costruzione del flusso informativo regionale.**

Introduzione degli strumenti di valutazione derivati dall'INTERRAI, come Vaor e Vaor- Adi per le cure domiciliari e Rug per il sistema residenziale. Attivazione dei flussi informativi aziendali e regionali.

- **Realizzazione di modalità adeguate di gestione domiciliare del paziente multiproblematico e sviluppo di strumenti operativi di continuità di cura e di presa in carico**

Attivazione in tutti i Distretti di Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale e dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali in modo che ogni Distretto sia in grado di realizzare la valutazione e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, strutturati percorsi di cura ed assistenza, utilizzi al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.

- **Sviluppo delle reti integrate dell'offerta territoriale della Regione attraverso la definizione di percorsi a diverso livello di intensità assistenziale**

Completamento e potenziamento dei servizi a gestione diretta di assistenza domiciliare integrata, delle residenze sanitarie assistenziali della riabilitazione extraospedaliera ed introduzione di nuovi modelli organizzativi come Ospedali di comunità ed Hospice.

- **Attivazione di meccanismi e strumenti di continuità assistenziale e di dimissione protetta**

Vanno attivate modalità operative di integrazione tra i professionisti, ricercati strumenti idonei al trasferimento delle informazioni utili, definite modalità di passaggio ai diversi livelli della rete territoriale. Tra gli altri attori vanno create le condizioni (accordi decentrati/integrativi) per valorizzare il ruolo del medico di medicina generale, quale vero case-manager dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari della comunità.

- **Realizzazione del Punto Unico di Accesso ai servizi territoriali e definizione dei livelli d'integrazione socio sanitaria.**

Partendo dalle risorse disponibili nelle singole realtà e sulla base delle esperienze consolidate di integrazione socio-sanitaria presenti nel territorio regionale, ogni Distretto dovrà definire la mappa dell'offerta (es. Piani comunitari di salute) in accordo con gli Ambiti sociali, per la tutela dei soggetti deboli (tutela materno infantile e adolescenza; disabilità, cronicità e demenza; salute mentale e dipendenza.) Luogo di reale accettazione della rete dell'offerta dei servizi territoriali il Punto Unico di Accesso che, in integrazione funzionale ed organizzativa deve rappresentare una modalità diffusa nel territorio regionale.

DISTRETTO		
Criticità	Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none"> Numero elevato di distretti non conforme al rapporto indicato nel D.L.vo 229/99 di 1 distretto ogni 60.000 abitanti. Non coincidenza con gli ambiti sociali. 	Ridefinizione degli ambiti territoriali distrettuali	<p>Riduzione del numero di distretti dagli attuali 7</p> <p>Contestuale ridefinizione degli ambiti sociali per raggiungere la perfetta coincidenza con i distretti.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture. Carenza di erogazione di alcuni servizi territoriali. Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie con gli altri macrolivelli assistenziali. 	Organizzazione del Distretto	<p>Costituzione comitato dei direttori di distretto presieduto dal direttore sanitario aziendale con ridefinizione del modello regionale di organizzazione del Distretto</p> <p>Individuazione del distretto come dipartimento funzionale territoriale</p> <p>Sviluppo dell'integrazione con gli Ambiti Sociali</p> <p>Individuazione delle modalità di coordinamento con i Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione</p> <p>Potenziamento delle forme complesse di associazionismo medico</p>
Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie nella programmazione delle attività distrettuali	Coinvolgimento dei medici del sistema delle cure primarie nel "governo" (programmazione-monitoraggio-valutazione) delle attività territoriali	<p>Attivazione delle UCAD (Unità di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale) in tutti distretti sanitari</p> <p>Possibile sperimentazione di Dipartimenti funzionali delle Cure Primarie</p>

CURE DOMICILIARI		
Criticità	Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none"> Disomogeneità delle varie forme di assistenza domiciliare tra i diversi distretti con difformità anche nell'ambito di una stessa ASL Diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati tra le diverse aziende 	Riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari	<ul style="list-style-type: none"> Adozione di una classificazione delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione Monitoraggio dell'adozione delle Linee Guida Regionali
Tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione.	Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare, nelle varie forme previste dalle linee guida, a copertura del fabbisogno stimato	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio dell'adozione delle Linee Guida Regionali Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare Potenziamento dell'assistenza domiciliare oncologica e ai malati terminali
Bassa quota di forme di assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.	Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria ed elevamento della quota	<ul style="list-style-type: none"> Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali Compartecipazione da parte del SSR (almeno l'80%) ai costi sostenuti dagli EE.LL. per la spesa sociale. Realizzazione del Punto unico di Accesso ai servizi territoriali
Carenza di continuità della presa in carico del paziente tra i diversi setting operativi dei servizi (domicilio->ospedale->territorio->residenze->cure domiciliari)	Garantire la Continuità del percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la "presa in carico" dei bisogni del paziente Formalizzazione di percorsi assistenziali e delle dimissioni protette e <i>attivazione di sistemi di monitoraggio e di controllo</i>

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Carenza dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti e disomogenea distribuzione territoriale	Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> • Piano del fabbisogno dell'offerta delle RSA e dei CR in base al numero degli anziani non autosufficienti gravi individuati tra il 2% e il 3% degli ultrasessantacinquenni (circa 3000 anziani - dati istat anno 2005). • Allocazione delle risorse nel piano di riparto
Non conoscenza della tipologia di assistiti nelle RSA e CR	Verifica dell'appropriatezza dell'utilizzo di regimi assistenziali residenziali	Messa a regime del sistema RUG III,
Assenza di verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate		
Assenza flussi informativi	Costruzione flusso informativo regionale	
Disomogeneità delle tariffe in base alle effettive prestazioni erogate	Congruità della remunerazione delle prestazioni rispetto ai costi di erogazione	Rimodulazione del sistema tariffario
HOSPICE/CURE PALLIATIVE		
Criticità	Obiettivi	Azioni
incompleta la rete degli hospice	Sviluppo tempestivo della rete	<ul style="list-style-type: none"> • Ridefinizione del piano regionale degli hospice • Completamento e attivazione degli hospice in fase di realizzazione • Avvio del piano regionale degli hospice • Promozione e sviluppo delle terapie del dolore

ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRA-OSPEDALIERA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Linee Guida Regionali in materia (aggiornamento)	DGR di approvazione di Aggiornamento delle Linee Guida Regionali	Redazione Aggiornamento delle Linee guida Regionali
Elevato numero di prestazioni residenziali di riabilitazione	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo	Definizione <ul style="list-style-type: none"> • delle modalità di accesso (UVM); • dei criteri di accesso • del monitoraggio del piano assistenza riabilitativa individuale • degli standard assistenziali
Disequilibrio nell'offerta riabilitativa territoriale (continua)		Cfr. Piano di riordino della rete ospedaliera
	Riqualificazione dell'offerta riabilitativa intensiva fascia B ed estensiva territoriale.	<p>A) Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva secondo il seguente schema</p> <p>1. Riabilitazione estensiva extra-ospedaliera Saranno riconducibili a questo livello di assistenza i pazienti classificabili in quattro aree di bisogno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, con gravi disabilità che necessitano di interventi assistenziali complessi in associazione terapia riabilitativa a bassa intensità. - Area della cronicità riacutizzata e/o scompensata, per persone disabili che necessitano di cicli di terapia estensiva. - Area della post-acuzie con potenzialità di recupero funzionale, per prosecuzione di trattamenti intensivi o non suscettibile di trattamento intensivo. - Area della cronicità di lunga durata o stabilizzata, inseriti in programmi di trattamento riabilitativo ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale, quando si verificano necessità di ricovero, incapacità di assistenza da parte della famiglia o necessità di sollievo da parte del caregiver <p>2. RSA disabili-Strutture destinate ad accogliere pazienti cronici, stabilizzati, non autosufficienti con livelli di disabilità medio-gravi e lievi</p> <p>3. GRACEB Strutture riservate a soggetti in Stato Vegetativo o Stato Minimamente Cosciente prolungati</p> <p>B) Rimodulazione dei posti letto di Riabilitazione Estensiva</p> <p>Nel PRSS saranno indicati i criteri di accesso, la durata di permanenza, il personale, i flussi informativi, gli standard assistenziali (appropriatezza trattamenti, controllo da parte delle asl) e gli standard programmatori per ogni livello assistenziale. Orientativamente tali standard potrebbero essere di 0,5 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione estensiva extra-ospedaliera, 0,2 posti letto per 1000 abitanti per le RSA disabili e 0,046 posti letto per 1000 abitanti per le SUAP</p>

SALUTE MENTALE		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Elevato numero di ricoveri in regime ospedaliero	Trasferimento di tutta la riabilitazione psichiatrica ospedaliera in regime extraospedaliero Potenziamento dei CSM e dei trattamenti a regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle operazioni di "filtro" ai ricoveri da parte dei CSM. • Collegamento operativo tra equipe dei CSM e medici ospedalieri nella fase di dimissione per favorire la "presa in carico" del paziente. • Collegamento operativo tra Dipartimento di salute mentale e medico di medicina generale.
posti letto di riabilitazione psichiatrica residenziale	Potenziamento del "sistema di cura" del paziente psichiatrico nel proprio contesto di vita	<ul style="list-style-type: none"> • Riqualificazione dei Centri Diurni . • Riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche • Implementazione di linee guida per la definizione dei percorsi riabilitativi e l'appropriatezza dei trattamenti. • Realizzazione dell'assistenza domiciliare al paziente psichiatrico attraverso protocolli di intesa con il sociale. • Implementazione di "protocolli operativi" condivisi tra Medici di medicina generale e DSM
Presenza di una tipologia di risposta alla tutela della salute mentale solo di tipo "sanitario"	Integrazione socio-sanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli dell'intervento.	<ul style="list-style-type: none"> • "Lavoro di rete" finalizzato a rendere tra loro sinergici interventi a carattere socio-assistenziale, abitativo, culturale/associazionistico. • Potenziamento degli interventi di Prevenzione Primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza • Agevolazione dei percorsi di reinserimento degli utenti nel ciclo produttivo
Incompleta applicazione del Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" Stigma sociale verso la malattia mentale	Avvio di nuove pratiche e percorsi di assistenza innovativi, più di tipo comunitario. Lotta allo "stigma" sociale.	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione negli utenti e nelle famiglie, del diritto di cittadinanza, di una migliore qualità della vita, maggiori autonomia ed emancipazione. • Potenziamento delle campagne di informazione e sensibilizzazione sul disagio psichico

DIPENDENZE PATOLOGICHE		
Criticita'	Obiettivi	Azioni
<p>Cambiamento del quadro epidemiologico dell'abuso e delle dipendenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento di abuso di cocaina, psicostimolanti, alcool • aumento dell'utenza femminile, • allargamento della fascia d'età che chiede aiuto ai servizi • aumento dell'utenza genitoriale • maggiore incidenza del disturbo psichiatrico 	<p>Potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze</p> <p>Ridefinizione delle modalità operative e delle funzioni dell' U.O delle dipendenze e delle strutture residenziali</p>	<p>Definizione delle aree di rischio; prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze in campo scolastico, lavorativo , familiare, in gruppi sociali e/o associazioni operanti nel territorio</p> <p>Coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i medici di medicina generale</p> <p>Definizione dei protocolli operativi sulle nuove dipendenze</p> <p>Protocolli diagnostici condivisi con altri servizi territoriali (es. salute mentale, medici di medicina generale).</p> <p>Inclusione del Servizio di Alcolologia nel Servizio delle dipendenze</p>
<p>Carenza del personale dedicato alla cura delle dipendenze patologiche</p>	<p>Potenziamento quantitativo e qualitativo del personale</p>	<p>Aumento delle figure professionali, ove necessario,</p> <p>Sviluppo di "modalità" lavorative che valorizzino al massimo le diverse professionalità (es. incontri periodici delle equipe di operatori, confronto e scambio con la "rete" allargata del territorio)</p> <p>Potenziamento supporto psicologico per evitare il burn-out degli operatori</p> <p>Supervisione" professionale.</p> <p>Valorizzazione delle risorse del privato-sociale.</p>
<p>Scarsa proattività dei Ser.T e "attesa" dell'utenza al servizio</p>	<p>Potenziamento delle relazioni e collaborazioni dei SerT con gli altri servizi aziendali (ASL) e U.O Aziendale di Assistenza Territoriale</p>	<p>Potenziamento dell'attività informativa, comunicativa e propositiva dei Ser.T in tutto il territorio;</p> <p>Promozione di incontri con reti "formali" ed "informali" del territorio</p>

Sezione 4.2) Il macrolivello della prevenzione collettiva

Allo stato attuale non è dato conoscere lo stato dell'arte complessiva dei dipartimenti di prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

È obiettivo del Piano arrivare ad un utilizzo più ampio delle risorse assegnate al Sistema Sanitario Regionale per l'implementazione degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, sia in forma primaria che secondaria, individuale e collettiva seguendo le indicazioni della evidenza scientifica, fino ad avvicinarsi all'obiettivo tendenziale del 5% previsto dal PSN 2006-2008.

Sulla base delle indicazioni del D.Lgs. 229/99, delle Linee guida sui Dipartimenti di Prevenzione e di un approfondimento della situazione dei Dipartimenti nella Regione Basilicata, potranno essere individuate le azioni prioritarie da sviluppare, che dovranno comunque muoversi lungo le direttrici indicate dal presente documento:

- sviluppo delle funzioni di conoscenza del sistema (funzione epidemiologica)
- appropriatezza delle prestazioni alla luce della Evidence Based Preventive Health;
- sviluppo dell'integrazione interdisciplinare e interprofessionale
- naturalmente nell'ambito di un finanziamento del macrolivello che dovrebbe crescere progressivamente nel corso dei prossimi anni fino ad avvicinarsi almeno a livello medio nazionale (3.4%).
- Realizzazione nelle due Aziende sanitarie locali istituite dalla L.R. 12/2008 – ASL di Potenza e ASL di Matera di due Dipartimenti:
 - "Dipartimento Aziendale per la Prevenzione della salute umana".
 - "Dipartimento Aziendale per la Prevenzione della salute e il benessere animale".

PREVENZIONE COLLETTIVA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Disomogeneità nell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni)	Razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione in tutte le ASL regionali	Istituzione e Attuazione del dipartimento salute e prevenzione umana e del dipartimento salute prevenzione e benessere animale, all'interno della ASL di Matera e della ASL di Potenza. Riprogettazione delle funzioni complessive del macrolivello prevenzione a livello regionale (unico riferimento tecnico-organizzativo) e a livello locale (screening oncologici, UU.OO. consultoriali, ...)
Inadeguatezza delle risorse a disposizione	Incremento progressivo delle quote destinate al macrolivello	Adeguamento del finanziamento. Analisi delle prestazioni erogate e da erogare sulla base della EBPH (Evidence Base Public Health - Medicina Pubblica Basata sulle Evidenze) Ricognizione delle carenze di risorse (strutturali, umane e tecnologiche) in rapporto alle prestazioni EBPH
Carenza di un sistema informativo	Potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione	Riprogettare i flussi informativi, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione
Inappropriatezza e carenza della funzione di vigilanza e controllo		L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi
Insufficiente integrazione dei servizi		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piena attuazione del Piano Regionale della Prevenzione attiva (DGR 3.10.2005 n. 1998 e DGR 30.12.2005 n. 2755) e dei successivi sviluppi, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati tra cui i MMG e PLS ▪ Sperimentazione di Piani per la salute per l'area della prevenzione ▪ Implementazione e razionalizzazione del sistema di sorveglianza veterinaria
Assenza della funzione di sorveglianza nutrizionale		Attivazione e potenziamento dei centri per la nutrizione e integrazione tra SIAN, MMG, PLS e strutture coinvolte
Assenza della funzione epidemiologica		Migliorare le competenze tecniche per la conoscenza dei problemi di salute e la valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche
Insufficiente funzione di comunicazione	Migliorare la qualità	Sviluppo della Comunicazione istituzionale

Sezione 4.3) Il macrolivello ospedaliero

La rete ospedaliera regionale, allo stato attuale e per ragioni storiche, pur presentando diffusi valori professionali e diversi punti di eccellenza non riesce, nonostante le cospicue risorse assorbite, né a rappresentare un sistema integrato (presentandosi spesso le strutture come monadi isolate sia rispetto agli altri presidi della rete che alle funzioni extraospedaliere), né a redistribuirsi sul territorio in forma organica e razionale.

Gli elementi che definiscono le caratteristiche dell'**ospedale per acuti del futuro** sono:

- l' intensità assistenziale
- la complessità e la stratificazione dei tipi di casistica trattata;
- l'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete;
- il dimensionamento operativo dei diversi regimi assistenziali e dei servizi;
- il modello organizzativo basato su dipartimenti integrati a forte livello di responsabilizzazione e autonomia gestionale;
- il modello operativo fondato sulla logica di reingegnerizzazione dei processi assistenziali in stretta connessione con il macrolivello territoriale per garantire la continuità di assistenza al paziente e l'uso appropriato delle risorse;
- lo sviluppo delle funzioni di ricerca e di didattica.

All'interno di questa vision del ruolo dell'ospedale per acuti la redazione del piano dovrà avvenire lungo le seguenti direttrici di riqualificazione che attengono l'assetto organizzativo e rotazionale.

Linee guida organizzative

- 1. La scelta di fondo è la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo il diverso livello delle modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime del ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.**
- 2. Si individua nell'hub e spoke (mozzo e raggi) il modello per lo sviluppo del sistema integrato delle funzioni ospedaliere di alta specializzazione.** Tale modello prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento e più sedi periferiche per lo svolgimento di attività della stessa disciplina o della stessa area dipartimentale che in base alla loro complessità vengono distribuite tra le varie sedi con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e chiari percorsi assistenziali. E' questo il modello delle **reti cliniche integrate**, che va sviluppato in tutti i settori a partire da quelli di **alta complessità** (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebro-vascolare, onco-ematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie che possono rientrare tra quelle svolte

anche da discipline "di base" o comunque a larga diffusione. diagnostico-terapeutiche utilizzate. Tali reti si avvalgono naturalmente anche delle strutture di **alta specialità** cioè quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche (cardiochirurgia, neurochirurgia, etc.).

- 1) L'organizzazione ospedaliera deve naturalmente fondarsi sul **modello dipartimentale**, reso però fattivo e non meramente nominalistico. Sulla base di un aggiornamento delle attuali linee guida, si dovrà puntare prevalentemente su **dipartimenti strutturali** ovvero dipartimenti "forti" dotati di autonomia gestionale, fortemente integrati da un punto di vista organizzativo, orientati alla condivisione di spazi, risorse umane, tecnologie e alla massima condivisione dei percorsi assistenziali. Il dipartimento diventa la sede in cui si garantisce l'operatività degli indirizzi di governo clinico che emergono dal collegio di Direzione. Alcuni di questi Dipartimenti possono essere di tipo interaziendale (reumatologia, nefro-urologia, ematologia, oncologia, etc) in relazione al bisogno di miglioramento dell'offerta diagnostica e di cura.
- 2) Si propone che **l'articolazione organizzativa** dipartimentale ospedaliera delle attività di ricovero assuma, per le unità operative, il seguente schema di riferimento:
 - a. **Unità operativa complessa con posti letto autonomi**: specifica articolazione organizzativa e strutturale con propria area di degenza riservata e autonomia organizzativa, all'interno sempre di strutture dipartimentali per garantire condivisione di risorse e modelli organizzativi ed è diretta da un direttore di struttura complessa;
 - b. **Unità operativa complessa senza posti letto autonomi**: specifica articolazione organizzativa che pur in presenza di spazi, tecnologie, personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto indistinti dipartimentali (cfr. di seguito) ed è diretta da un responsabile di struttura complessa.
 - c. **Funzioni specialistiche o unità operative semplici**: specifica articolazione organizzativa che pur in presenza di spazi, tecnologie, personale specificatamente dedicati, non si sviluppa con una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto indistinti dipartimentali ed è diretta da un responsabile di struttura semplice.

Tale classificazione viene proposto per portare a soluzione il problema del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la problematica della duplicazione delle unità operative nei presidi presenti nella stessa località.

Il consolidamento dell'organizzazione dipartimentale, orientata alla massima integrazione delle risorse, deve consentire, mediante la ristrutturazione delle aree di degenza, la creazione di vere aree dipartimentali nelle quali effettuare le attività di ricovero delle Unità operative complesse senza posti letto autonomi e delle Unità operative semplici o funzioni specialistiche

come sopra definite. La presenza di più unità operative della stessa disciplina in una ASL dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte.

Infine, sempre in tema di criteri generali, dovrà essere curata la progressiva realizzazione di **posti-letto indistinti dipartimentali** a disposizione di tutte le unità operative dipartimentali. La dotazione di posti letto indistinti dipartimentali negli ospedali potrà risultare variabile, ma dovrà collocarsi in una percentuale compresa tra il **10-15% di minima**.

- 3) **Lo sviluppo dei regimi di assistenza alternativi al ricovero ordinario:** day hospital⁴, day surgery⁵, one day day surgery, day service⁶, chirurgia ambulatoriale⁷, ambulatorio specialistico semplice
- 4) Il **potenziamento e sviluppo della lungodegenza ospedaliera e della riabilitazione ospedaliera.**
- 5) L'attribuzione ai **dipartimenti pubblici a valenza transmurale** (es. dipartimento di salute mentale, dipartimenti di riabilitazione, ecc.) della **verifica della dell'appropriatezza clinica** delle prestazioni erogate dalle strutture residenziali territoriali pubbliche e private accreditate, sulla base di percorsi assistenziali sulle patologie a maggiore prevalenza, percorsi condivisi e redatti congiuntamente alle strutture interessate.

Linee guida dotazionali

- 1) In relazione alle indicazioni programmatiche nazionali sugli standard, attualmente definiti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ma in fase di revisione ai sensi dell'art. 79 della Legge n. 133/2008, si dovrà pervenire alla dotazione media regionale di *4.5 posti letto ogni 1.000*

⁴ **Day Hospital:** modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato al ricovero per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico (eccezionalmente) e terapeutico. Il DH è caratterizzato da ricoveri o cicli di ricoveri in forma programmata, ciascuno della durata inferiore, di norma, alle 12 ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali o polispecialistiche, le quali non possono essere eseguite a livello ambulatoriale in quanto richiedono assistenza medica ed infermieristica protratta nell'arco della giornata o che non possono essere erogati in forma di *Day Service* per motivi di sicurezza del singolo paziente.

⁵ **Day Surgery :** modello organizzativo ed operativo attuato in ambito ospedaliero e finalizzato alla effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, di norma della durata inferiore alle 12 ore, in anestesia locale, locoregionale o generale. La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento, il quale è comunque previsto nei casi di **One day Surgery**.

⁶ **Day Service:** modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.H., attraverso il quale si realizza la presa in carico del paziente da parte della struttura specialistica per la gestione di alcune situazioni cliniche, che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali. E' un modello centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione; con il sistema dei **Pacchetti Ambulatoriali Complessi** (PAC) si assicura una sorta di 2° livello nell'offerta di prestazioni ambulatoriali. Ne deriva la necessità di convertire in Day Service molti degli attuali Day Hospital Diagnostici ed alcuni dei Day Hospital Terapeutici le cui procedure sono già concordate.

⁷ **Chirurgia ambulatoriale:** modello organizzativo ambulatoriale alternativo al ricovero ordinario o in D.S. per l'effettuazione di interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.

abitanti, comprensive della riabilitazione e lungodegenza post-acute (3,5/1000 pl per acuti -2092 pl per la Basilicata; 1/1000 pl per riabilitazione e lungodegenza 597 pl per la Basilicata). L'adeguamento dei posti letto riguarderà proporzionalmente tutte le strutture pubbliche e private accreditate.

- 2) I criteri che guideranno la rideterminazione complessiva dei posti letto, calcolati sui dati 2007 -2008, saranno i seguenti:
 - a. appropriatezza dei ricoveri nei regimi di ricovero ordinari e a ciclo diurno;
 - b. tasso di utilizzo, presenze medie giornaliere;
 - c. riequilibrio progressivo delle dotazioni per 1.000 abitanti tra le diverse aree territoriali della Regione per le discipline di base
 - d. esaustività dell'offerta per le discipline di media specialità a livello provinciale

- 3) La programmazione puntuale per posti letto per specialità corrisponde alle esigenze di flessibilità che il processo di riqualificazione della rete ospedaliera lucana richiede, tuttavia considerate le esigenze organizzative derivate dal continuo processo di innovazione tecnologica in atto. e presente nel mondo sanitario la **programmazione di piano** definirà i nuovi standard con la metodologia di seguito riportata.

"Metodologia per la stima del fabbisogno quantitativo dei posti letto"

Sintesi

La metodologia adottata ha tenuto conto dei parametri di riferimento fissati, a livello nazionale, inizialmente dalla L. 382/96, poi dal D.L. 347 del 2001 convertito nella Legge n.405/2001 ed in seguito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (in fase di modifica secondo quanto previsto dall'art. 79 della legge 133/2008):

- Dotazione media regionale di 3,5 posti letto per acuti per 1.000 abitanti, equivalenti a 2.092 posti letto teorici per una popolazione di 592.768 abitanti (popolazione legale della Basilicata al 14° Censimento generale ISTAT della popolazione del 2001, aggiornato all'1.1.2007).
- Tasso di ospedalizzazione di 160 per 1.000 abitanti, equivalente per la Regione Basilicata a 95.643 ricoveri.

La procedura di calcolo si sviluppa in più fasi. In primo luogo, verrà effettuata 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 2007, standardizzata sui ricoveri registrati in Italia nello stesso periodo, assumendo che il quadro epidemiologico, cioè il bisogno

della popolazione regionale, non sia differente da quello della popolazione italiana (cosa confermata dai dati di prevalenza ospedaliera).

Nella metodologia di calcolo saranno inoltre considerati come parametri di efficienza la degenza media per disciplina relativa alla situazione complessiva italiana e il tasso di utilizzazione medio del posto letto del 75%.

Successivamente sarà determinato il fabbisogno dei posti letto delle discipline in Basilicata per tre livelli territoriali: specialità di base, specialità provinciali, specialità regionali. Infine, nella procedura del calcolo finale del coefficiente di posti letto per 1.000 abitanti si è tenuto conto delle seguenti motivazioni:

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).

Procedura di calcolo

In primo luogo sarà 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, ai sensi della vigente normativa regionale. La stima si basa sulle giornate di degenza/anno effettuate in Italia 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 saranno distribuiti 2.092 posti letto teorici (equivalenti al 3,5 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 2007 (desunti dal Sistema Informativo Sanitario Regione Basilicata) in regime ordinario, con una degenza superiore ad un giorno corretti per i ricoveri ad alto rischio di inappropriata secondo la tabella seguente di cui all'allegato 2C. del D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

**ELENCO DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA
IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA (ai sensi del DPCM 29
novembre 2001 sui Livelli assistenza di assistenza)**

- 006 Decompressione tunnel carpale
- 019 Malattie dei nervi cranici e periferici
- 025 Convulsioni e cefalea
- 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- 040 Interventi extraoculari eccetto orbita età >17
- 041 Interventi extraoculari eccetto orbita età 0-17
- 042 Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retine, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
- 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- 065 Turbe dell'equilibrio (eccetto urgenze)
- 119 Legatura e stripping di vene
- 131 Malattie vascolari periferiche no CC (eccetto urgenze)
- 133 Aterosclerosi rio **CC (eccetto urgenze)**
- 134 Ipertensione (eccetto urgenze)
- 142 Sincope e collasso (eccetto urgenze)
- 158 Interventi su ano e stoma
- 160 Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 senza CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 162 Interventi per ernia, inguinale e femorale, età >17 no CC (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 163 Interventi per ernia età 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
- 183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età >17 no CC
- 184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea malattie gastroenteriche apparato digerente, età 0-17 (eccetto urgenze)
- 187 Estrazione e riparazione dentaria
- 208 Malattie delle vie biliari (eccetto urgenze)
- 222 Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
- 232 Artroscopia
- 243 Affezioni mediche del dorso (eccetto urgenze)
- 262 Biopsia della mammella ed asportazione locale non per neoplasie maligne (codici intervento 85.20 e 85.21)
- 267 Interventi perianali e pilonidali
- 270 Altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC
- 276 Patologie non maligne della mammella
- 281 Traumi pelle, sottocute e mammella età >17 no CC (eccetto urgenze)
- 282 Traumi pelle, sottocute e mammella età 0 -17 (eccetto urgenze)
- 283 Malattie minori della pelle con CC
- 284 Malattie minori della pelle no CC
- 294 Diabete età >35 (eccetto urgenze)
- 301 Malattie endocrine no CC
- 324 Calcolosi urinaria no CC (eccetto urgenze)
- 326 Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età >17 no CC (eccetto urgenze)

- 364 Dilatazione o raschiamento, conizzazione non per tumore maligno
- 395 Anomalie dei globuli rossi età >17 (eccetto urgenze)
- 426 Nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
- 427 Nevrosi eccetto nevrosi depressiva (eccetto urgenze)
- 429 Disturbi organici e ritardo mentale
- 467 Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)

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, saranno stimate le giornate di degenza producibili con il numero dei ricoveri considerati in ogni disciplina nella Regione Basilicata. La formula adottata è la seguente:

$${}^B\text{GD}_i = {}^B\text{NR}_{ix} \cdot {}^I\text{DM}_i$$

dove:

${}^B\text{GD}_i$ sono i giorni di degenza producibili in Basilicata per la i-esima disciplina;

${}^B\text{NR}_i$ sono il numero di ricoveri considerati effettuati in Basilicata per la i-esima disciplina; ${}^I\text{DM}_i$ la degenza media dell'Italia per la i-esima disciplina.

Pertanto saranno 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 95.643 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 da luogo ad un numero di ricoveri più elevato entro il valore soglia. Per la Basilicata, il tasso di utilizzazione ottimale, per un numero di ricoveri per acuti atteso pari a 91.204, è quello del 75%.

Le stime fin qui effettuate sono stime 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 200... 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 200... in Basilicata e la degenza media italiana.

Cioè a partire dalla formula seguente:

$${}^B GD_i = {}^B NR_{ix} \cdot I_{DMi}$$

Si considera il NPL (numero dei posti letto) dalla formula del TU (tasso di utilizzazione del posto letto):

da cui
$$TU = {}^B GD_i / (365 \times NPL)$$

$$NPL = {}^B GD_i / (365 \times TU)$$

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 considererà il recupero potenziale complessivo di 22500 ricoveri rapportato all'andamento del saldo di mobilità ospedaliera interregionale. 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 verrà effettuata una revisione quantitativa al fine di ottenere una numerosità con molteplicità 4 per ognuna delle discipline.

I risultati saranno riassunti nelle tabelle seguenti, dove vengono mostrati i coefficienti per mille abitanti per ciascuna disciplina, prevista con posti letto per acuti, rispettivamente per le specialità a livello regionale, provinciale e di base.

- 4) Sulla base dei parametri definiti dal piano le **Direzioni Aziendali**, entro tre mesi dall'approvazione del piano o di un apposito atto a stralcio, **predisporranno il piano** l'articolazione organizzativa e dotazionale dei dipartimenti e delle unità operative. Tale piano viene approvato dalla Giunta

regionale, sentita l'apposita Commissione Consiliare, e aggiornato con periodicità triennale, per meglio corrispondere alle esigenze della domanda e dell'offerta.

La determinazione dei posti letto corrisponde, mediante un atto di preliminare di programmazione, alla popolazione complessiva ponderata con le Schede di dimissione ospedaliera (SDO); essa considera un modello di assistenza ospedaliera basato sul funzionamento ottimale dei servizi regionali in termini di rete e secondo standard di dotazione tali da consentire condizioni di completezza per il funzionamento delle unità operative attive per ciascun ambito funzionale (regionale, provinciale, locale) tenendo conto dei livelli di produzione storicamente registrati.

I livelli di produzione standard collegati all'ottimale utilizzo della dotazione di offerta attribuita, quale espressione quantitativa del quadro epidemiologico, vengono determinati con riferimento ai ricoveri effettuati da ogni azienda negli anni, per SDO/DRG (Diagnosis Related Groups) e codici di disciplina delle strutture.

In particolare, per ogni disciplina relativa all'attività di produzione è stato attribuito un indice derivato dal peso medio correlato al grado di complessità prodotto; il risultato ottenuto dalla ponderazione di tutte le discipline a livello regionale, viene raggruppato per area di riferimento territoriale (ART) e area funzionale omogenea (AFO: chirurgica, emergenza, materno-infantile, medica). Per le AFO in cui non sono stati presenti ricoveri e pertanto non è stato possibile pervenire ad un risultato di attività, è stato stimato un valore pari a quello dell'intera ART di riferimento (riguarda l'ART regionale per le AFO emergenza e materno-infantile; l'ART provinciale AFO emergenza non ha ricoveri ma comunque non è previsto alcun reparto, e di conseguenza nessun posto letto). Sulla base di tali dati e del vincolo imposto dall'Intesa (5 posti letto per 1.000 abitanti) e ipotizzando un tasso di occupazione minimo del 75%, è stata determinata la dotazione ottimale dei posti letto per ASL. Ai fini del riparto, inoltre, la stessa dotazione di posto letto viene ponderata affinché possa essere considerata in maniera adeguata la complessità delle prestazioni erogate.

La misurazione risultante dall'algoritmo suddetto esprime il volume delle risorse necessarie, in condizioni standard, per le strutture di produzione (pubbliche e private) afferenti alle singole Aziende Sanitarie. Infine, il valore delle risorse da assegnare in termini di livello di assistenza ospedaliera è determinato correggendo il valore della

produzione erogata con il valore della mobilità intraregionale, assunta in base alla misurazione più recente (anno 2005), in modo da calcolare il valore della "committenza" quale determinazione del fabbisogno legato alla domanda standardizzata di servizi ospedalieri espressa dalla popolazione residente.

Lo scopo del modello è quindi quello di implementare una remunerazione per "funzioni-specialità", in grado di remunerare le funzioni garantite dalla rete ospedaliera in condizioni standard di funzionamento e di esplicitare e valorizzare le funzioni di rilevanza territoriale ampia (regionale, provinciale).

Schema del nuovo sistema di finanziamento per l'assistenza ospedaliera in Basilicata



PARTE II: Piano dei Servizi Sociali e del benessere della persona

Premessa: La rete integrata dei servizi di cittadinanza sociale della Regione Basilicata

La Regione Basilicata, al fine di promuovere e tutelare i diritti sociali, ha previsto con legge regionale n. 4 del 14 Febbraio 2007, 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 e interventi improntati a principi di universalità, selettività, responsabilità ed equità.

La rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale eroga i livelli essenziali di assistenza sociale idonei ad assicurare l'eguaglianza di opportunità a condizioni sociali e stati di bisogno differenti.

L'obiettivo che si intende perseguire con la norma è quello di organizzare sul territorio regionale interventi aventi contenuto sociale, socio-sanitario, socio assistenziale, socio-educativo e socio-lavorativo, realizzati dagli enti locali, attraverso gli Ambito Sociali, e dalle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con altre istituzioni.

L'Ambito Socio-Territoriale rappresenta un'area omogenea del territorio regionale, coincidente con il Distretto Socio-Sanitario. La realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata sull'intero territorio dell'Ambito è garantita dalla istituzione della Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo. Si compone dei Sindaci dei Comuni associati, ad essa partecipano, a titolo consultivo, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio. In ciascun Ambito è assicurata, inoltre, l'attivazione del segretariato sociale e servizio sociale professionale per l'informazione, la consulenza e la prima assistenza alle persone ed alle famiglie; il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare; i servizi di supporto ai minori sotto tutela; i servizi di assistenza domiciliare per minori, anziani e disabili; i servizi socio-educativi per l'infanzia, l'adolescenza e l'integrazione dei soggetti deboli; le strutture residenziali e semiresidenziali per persone in condizioni di particolare bisogno; i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario. Le Aziende Sanitarie Locali stabiliscono, di intesa con i Comuni, le attività sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria in modo da garantirne l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni. Si pone nella legge l'obiettivo di rafforzare le funzioni dei Distretti socio-sanitari, per quanto attiene all'organizzazione dei servizi territoriali e delle loro relazioni sia con le strutture sociali comunali sia con le strutture ospedaliere, e di istituire articolazioni organizzative di tipo dipartimentale per

l'area dei soggetti fragili onde assicurarne la presa in carico e l'attivazione di percorsi terapeutico-assistenziali a carattere continuativo. La legge regionale stabilisce, inoltre, che ciascuna Azienda Sanitaria istituisca un capitolo di bilancio, con risorse suddivise per distretto, da destinare all'integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

In merito alla descrizione delle competenze ripartite tra i diversi livelli istituzionali, la legge regionali prevede che sia la Regione ad esercitare, con il concorso degli enti locali e delle formazioni sociali e del terzo settore le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, avendo cura di coordinarle con gli strumenti programmatici afferenti alle altre politiche per lo sviluppo integrato del territorio.

Le Province, invece, svolgono funzioni di coordinamento e di supporto operativo delle attività dei Comuni associati e promuovono iniziative di partenariato istituzionale. I Comuni, infine, sono titolari della programmazione, dell'attuazione e della valutazione a livello locale degli interventi sociali e, di concerto con le Aziende Sanitarie Locali, degli interventi socio-sanitari, nonché delle funzioni amministrative inerenti l'erogazione dei servizi e delle prestazioni della rete regionale integrata.

In relazione alla indicazione fornite dalla Regione sulle aree di intervento, la norma regionale individua delle prestazioni corrispondenti ai livelli essenziali di assistenza sociale erogate all'interno di organiche aree di intervento concernenti la presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari; la protezione dei minori e degli adolescenti; il sostegno alle persone anziane; le misure di contrasto delle condizioni di povertà e di esclusione sociale; i servizi di supporto alle persone con disabilità; le azioni e i servizi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche; il reinserimento sociale degli ex detenuti e dei soggetti in stato di detenzione; l'accoglienza e l'integrazione dei migranti e delle persone senza dimora.

Le soluzioni adottate dalla legge regionale n. 4/2007 e ribaditi dalla legge regionale 12/2008 sono la coincidenza degli ambiti territoriali con i Distretti, la programmazione unificata (accordo di programma tra Comuni associati e Asl), la gestione integrata a livello distrettuale di risorse, progetti, protocolli, servizi. Il modello organizzativo dell'integrazione socio-sanitaria delineato dalla legge regionale del 2007 è perfettamente in linea con le indicazioni contenute nel Psn 1998-2000 e ribaditi dai Piani successivi fino al Psn 2006-2008.

A livello *istituzionale* l'ambito territoriale dei servizi sociali coincide con quello dei Distretti della salute della ASL. La garanzia della realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata sull'intero territorio dell'Ambito è data dalla istituzione della Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo.

A livello *gestionale*, la legge regionale definisce, come strumento di attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata, il Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, adottato per ciascun Ambito Socio-Territoriale dai Comuni associati mediante accordo di programma, sottoscritto dai Sindaci e dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, nonché dagli altri soggetti pubblici eventualmente coinvolti.

Il taglio innovativo introdotto dalla legge regionale consiste nell'introduzione di un Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari che 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, e il Piano Sociale di Zona di cui all'art. 19 della legge 8 novembre 2000 n. 328.

A livello *organizzativo*, la novità introdotta dalla legge regionale consiste nella istituzione, ai sensi dell'art. 2 comma 4 della L.R. 19 gennaio 2005 n. 3, dell'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali, che cura la raccolta sistematica dei dati e l'analisi delle dinamiche afferenti alle diverse aree di intervento; il monitoraggio delle dinamiche professionali ed occupazionali nel comparto sociale regionale; l'analisi di impatto sociale della normativa; l'elaborazione di indicatori e sistemi di valutazione delle esperienze di implementazione delle prestazioni sociali. Alle attività dell'Osservatorio sovrintende un Comitato di Valutazione Sociale, composto da tre esperti individuati dal Dipartimento regionale competente, tre esponenti delle organizzazioni sindacali e tre rappresentanti del Forum regionale del Terzo Settore.

A livello *finanziario*, l'integrazione si realizza attraverso l'istituzione, presso ciascuna Azienda Sanitaria, di un capitolo di bilancio, con risorse suddivise per distretto, da destinare all'integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

1. Situazione del sistema dei servizi sociali della Regione Basilicata

1.1 L'assetto normativo del sistema di welfare lucano

Il Piano della salute e dei servizi alla persona 2009-2011 (PRSS) costituirà il primo atto di programmazione integrata della Regione Basilicata.

Dal punto di vista del sistema dei servizi sociali e del benessere della persona, il nuovo Piano interviene a lunga distanza dall'adozione del precedente Piano regionale socio-assistenziale 2000-2002, di cui alla DCR n. 1280 del 22.12.1999, e dell'precedente assetto del sistema socio-assistenziale come delineato dalla L.R. n. 25 del 19.05.1997.

Il nuovo PRSS, per la parte relativa al sistema dei servizi alla persona, dovrà sviluppare le nuove indicazioni normative, con le principali leggi di settore, la ricostruzione delle norme che definiscono l'ambito ottimale per l'esercizio delle funzioni, il raccordo programmatico ed operativo tra le nuove asl, i distretti, gli ambiti territoriali.

Il principale riferimento è costituito dalla L.R. 14.2.2007, n. 4 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

1.2 Gli interventi per la promozione della Cittadinanza solidale

Il Piano dovrà riprendere quanto previsto dalla L.R. 19.01.2005, n. 2 "Promozione della Cittadinanza solidale", che approva uno specifico

Programma di integrazione del reddito e altri interventi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, con relativo sistema di monitoraggio degli interventi

1.3 La programmazione finanziaria regionale

In relazione alla programmazione finanziaria regionale, il Piano indicherà *l'utilizzo del FNPS, le risorse regionali, le risorse per l'integrazione sociosanitaria;*

1.4 Lo stato di attuazione dei Piani di Zona ed il passaggio ai Piani intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari (PISS)

Il Piano, in coerenza con la scelta di definire uno strumento unitario di programmazione sociale e sociosanitaria di livello locale, dovrà indicare le priorità per la definizione del PISS con superamento degli strumenti di pianificazione tradizionale, costituiti dai Piani di zona sociali e dai programmi delle attività territoriali distrettuali. La scelta è di tipo strategica ed intende favorire la realizzazione di azioni integrate nell'area della fragilità e della cronicità-

Il Piano fornirà indicazioni anche per il monitoraggio dei PISS, e dei rapporti finali.

1.5 Le caratteristiche strutturali ed evolutive della popolazione lucana

Il Piano fornirà una descrizione generale del sistema dei servizi, con i dati disponibili, aggregati per Regione, Province, Ambiti territoriali e Comuni. I principali indicatori sociodemografici, la popolazione residente per classi di età e sesso, superficie territoriale, densità abitativa per comune, tasso di occupazione, indici di vecchiaia, tasso di natalità, tasso di mortalità, gli indici di carico sociale, il movimento naturale e migratorio della popolazione, la composizione dei nuclei familiari, la presenza di immigrati, previsioni di crescita e caratteristiche della popolazione.

Va rilevato che risulta necessario implementare un apposito Sistema informativo Sociale Regionale per l'organizzazione dei flussi informativi dei soggetti operanti nella rete regionale integrata, come previsto dall'art. 19 della legge regionale n. 4 del 2007.

Verrà definita la domanda di assistenza ed indicate le aree prioritarie di bisogno - sulla base dei dati e dell'analisi dei bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle aree di bisogno indicate dalla programmazione regionale: famiglie e minori, anziani, disabilità, giovani e dipendenze, salute mentale, immigrati, povertà.

Per quanto riguarda il Terzo settore verranno indicate possibili soluzioni per la valorizzazione dello stesso nell'ambito delle politiche di inclusione sociali. Rispetto al volontariato verrà fornita una breve descrizione della situazione attuale e delle potenzialità del settore (esempio: n. associazioni

volontariato, settori di intervento e principali caratteristiche, ripartizione territoriale e n. di iscritti; esperienze di servizio civile).

2. Le politiche di intervento

2.1 Le scelte strategiche per le politiche di cittadinanza sociale – Le linee di indirizzo politico, sulla base delle principali rilevanze delle indagini già effettuate e di quelle in corso

2.2 La rete regionale dei servizi di cittadinanza sociale: dalle aree di bisogno ai livelli essenziali - Dalle aree di bisogno ai livelli essenziali

2.3 Gli obiettivi di affermazione e garanzia dei diritti di cittadinanza sociale - Gli obiettivi operativi, gli indirizzi della programmazione regionale

2.4 Gli indirizzi operativi per l'integrazione delle politiche - L'integrazione socio-sanitaria, l'integrazione con le altre politiche

2.5 L'integrazione con gli obiettivi della programmazione comunitaria regionale 2007/2013 - *L'integrazione con i Programmi Operativi FSE e FESR, gli Obiettivi di Servizio*

2.6 Le risorse finanziarie a sostegno della programmazione - *La nuova programmazione finanziaria*

3. Gli assetti istituzionali ed organizzativi dei servizi territoriali

3.1 Il governo locale delle politiche sociali: assetti istituzionali e organizzativi - *Gli indirizzi per funzionamento del conferenza istituzionale dell'ambito, l'assetto organizzativo dell'Ufficio del Piano Sociale*

3.2 Ruolo e funzioni degli attori istituzionali - *Le forme di coordinamento e collaborazione degli attori istituzionali: ASL, Comuni, Province*

3.3 Ruolo e funzioni degli attori sociali - *Forme di partenariato pubblico privato, il ruolo del volontariato, della cooperazione sociale*

3.4 La governance dei Piani Intercomunal dei servizi sociali e socio-sanitari - *I processi di costruzione dei PISS, la sussidiarietà orizzontale*

3.5 Gli standards quantitativi e qualitativi dei servizi e degli interventi - I servizi da potenziare, i livelli da garantire, il rapporto prestazioni/servizi/popolazione

3.6 I criteri di efficacia e di efficienza - Introduzione di forme di controllo di gestione

Veranno introdotte modalità di controllo direzionale e di gestione per valutare anche i vantaggi delle economie di scala. L'efficacia è misurata sul livello di ottenimento dei risultati conseguiti, mettendoli a confronto con gli obiettivi prefissati. L'efficienza è monitorata, internamente, con la verifica del rapporto tra la quantità fisica delle risorse e dei fattori produttivi impiegati con i volumi di produzione del prodotto/servizio; la stessa può anche essere intesa, esternamente, quando viene determinata attraverso il controllo dei prezzi unitari di acquisto o reperimento del prodotto/servizio.

3.7 L'Osservatorio regionale delle politiche sociali e il Sistema informativo sociale: le azioni di monitoraggio e valutazione - *Il Sistema informativo sociale Regionale, l'Istituzione dell'Osservatorio, le attività dell'Osservatorio a supporto della programmazione locale.*

4. Linee guida per la stesura dei Piani Intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari (PISS)

4.1 Il percorso per la stesura dei PISS - *Modalità di presentazione e di approvazione dei PISS; Schemi e modelli;*

4.2 I sistemi di monitoraggio del processo e dei risultati.