



Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2012







A cura di Antonella D'Adamo e Barbara Polistena

Il Sistema Sanitario della Basilicata nel 2012

Le risposte del SSR lucano alla crisi economica

McGraw-Hill Education

Milano • New York • Bogotá • Lisbon • London
Madrid • Mexico City • Montreal • New Delhi
Santiago • Seoul • Singapore • Sydney • Toronto



Copyright © 2013 McGraw-Hill Education (Italy) srl
Via Ripamonti, 89 – 20141 Milano



I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

Date le caratteristiche intrinseche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni negli indirizzi e nei contenuti dei siti Internet riportati.

Nomi e marchi citati nel testo sono generalmente depositati o registrati dalle rispettive case produttrici.

Publisher: Paolo Roncoroni
Acquisition Editor: Daniele Bonanno
Development Editor: Barbara Ferrario
Produzione: Donatella Giuliani
Realizzazione *print on demand*: Ilovebooks, Verdellino Zingonia (Bergamo)
Stampa: Prontostampa, Verdellino Zingonia (Bergamo)

ISBN 978-88-386-7415-0
Printed in Italy

Indice

Prefazione	IX
Premessa	XVII
Executive Summary	XIX
Elenco Autori	XXXVII

SEZIONE I

1	Demografia e caratteristiche socio-economiche della popolazione lucana	1
	<i>Polistena B.</i>	
1.1	Caratteristiche demografiche della Regione Basilicata	1
1.2	Caratteristiche socio-economiche della Regione Basilicata	7
1.3	Riflessioni finali	14
2	L'assistenza extra-ospedaliera in Basilicata: rete strutturale e dotazioni organiche	17
	<i>Ploner E.</i>	
2.1	Introduzione	17
2.2	L'evoluzione dell'assistenza di base	18
2.3	L'andamento di spesa e consumo del settore farmaceutico	32
2.4	Le tendenze in atto dell'assistenza specialistica ambulatoriale	44
3	L'assistenza ospedaliera in Basilicata: appropriatezza e mobilità	57
	<i>d'Angela D., Piasini L., Polistena B.</i>	
3.1	Introduzione	57
3.2	L'assistenza Ospedaliera nella Regione Basilicata	65

VI Indice

3.3	Analisi dell'ospedalizzazione per l'anno 2011	85
3.4	Mobilità	97
3.5	Analisi dell'efficienza e dell'appropriatezza dei Presidi Ospedalieri nella Regione Basilicata	102
3.6	Riflessioni finali	105
4	Finanziamento e spesa del Sistema Sanitario Regionale	107
	<i>Polistena B.</i>	
4.1	Il sistema di finanziamento	107
4.2	La spesa del SSR	120
4.3	Risultato economico di esercizio	149
4.4	Riflessioni finali	153
5	Focus: la disabilità e la non-autosufficienza	155
	<i>Ploner E.</i>	
5.1	Le definizioni di disabilità e di non autosufficienza	155
5.2	Gli approcci internazionali e nazionali al tema della disabilità	157
5.3	Gli approcci regionali al tema della disabilità e della non-autosufficienza	162
5.4	La diffusione del fenomeno della disabilità	168
5.5	Il grado di utilizzo dei servizi domiciliari e dei benefici di natura economica	173
5.6	La spesa dei Comuni per la disabilità e la non-autosufficienza	188
5.7	Riflessioni finali	191

SEZIONE II

6	Governance, coordinamento e gestione della rete dei servizi socio sanitari territoriali	193
	<i>D'Adamo A., D'ambrosio F., D'Attis A.</i>	
6.1	Introduzione	193
6.2	Le specificità organizzative dei servizi territoriali	194
6.3	Le forme associative complesse di assistenza territoriale	195
6.4	La gestione integrata del bisogno assistenziale	197
6.5	Il macrolivello territoriale	202
6.6	I servizi territoriali: possibili scenari per il loro sviluppo	205
7	L'assistenza primaria	209
	<i>D'Adamo A., D'ambrosio F.</i>	

INIZIARE A PAG
SEGUENTE

7.1	Introduzione	209
7.2	Le forme di Assistenza Primaria nella Regione Basilicata	210
7.3	Le forme di Assistenza Primaria “in fase di sperimentazione” nella Regione Basilicata	216
7.4	Conclusioni	218
8	Il sistema delle cure domiciliari in Italia e in Regione Basilicata	223
	<i>D’Adamo A., D’Attis A.</i>	
8.1	Introduzione	223
8.2	Gli aspetti della normativa nazionale in tema di cure domiciliari	223
8.3	Gli aspetti della normativa regionale in tema di cure domiciliari	227
8.4	Il modello organizzativo delle cure domiciliari in Regione Basilicata	230
8.5	I sistemi di monitoraggio delle cure domiciliari integrate	234
8.6	Conclusioni	243
9	L’assistenza residenziale	249
	<i>Conte A., D’Adamo A.</i>	
9.1	Introduzione	249
9.2	Le prestazioni residenziali e semiresidenziali: framework normativo e teorico di riferimento	251
9.3	La prestazione Residenziale nel sistema dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA	253
9.4	I criteri di accesso e di valutazione delle prestazioni residenziali	253
9.5	Le caratteristiche temporali della erogazione delle prestazioni	254
9.6	La classificazione delle prestazioni ed analisi del case-mix assistenziale	255
9.7	Il Sistema della residenzialità e semiresidenzialità in Regione Basilicata	257
9.8	I sistemi di monitoraggio	267
9.9	Riflessioni conclusive e implicazioni di policy	268
10	Il Processo di innovazione organizzativa nelle Aziende Sanitarie	275
	<i>D’Adamo A.</i>	
10.1	Introduzione	275

VIII Indice

10.2	Le linee portanti del processo di riforma del Sistema Sanitario Nazionale	275
10.3	Le linee portanti del processo di riforma del Sistema Sanitario della Regione Basilicata	277
10.4	L'assetto organizzativo e il processo di innovazione organizzativa	278
10.5	I fabbisogno organizzativi delle Aziende Sanitarie	287
10.6	Il modello a rete in sanità	290
10.7	Il modello a rete in Regione Basilicata	291
10.8	Riflessioni conclusive	293
11	La rendicontazione sociale delle aziende sanitarie della Regione Basilicata: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo"	299
	<i>D'Adamo A.</i>	
11.1	Introduzione	299
11.2	La rendicontazione sociale in Regione Basilicata	300
11.3	La rendicontazione sociale nell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo"	301
11.4	Strutturazione dell'offerta	306
11.5	Andamento della produzione	306
11.6	Gli strumenti di partecipazione attivati	313
11.7	Le linee di sviluppo strategico	316
11.8	Conclusioni	319

Prefazione

Il dibattito che ruota attorno all'esigenza di contenere e razionalizzare la spesa pubblica nasce dalla presenza di una crisi strutturale dell'economia, sia nazionale che internazionale, che rischia di compromettere la sostenibilità del sistema a fronte di una divaricazione sempre più preponderante tra le risorse esistenti e la crescita del costo dei servizi erogati. Lo stesso dibattito trova conferma in una serie di provvedimenti emanati nel corso del 2012, in linea di continuità con quanto previsto nel 2011, con l'obiettivo di coordinare l'attività di approvvigionamento di beni e servizi e di assicurare una riduzione della spesa degli stessi. Il Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c. d. *spending review*), convertito nella L. 135/2012, contiene, oltre a norme volte alla riduzione della spesa delle amministrazioni pubbliche, disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa sanitaria, volte a garantire il rispetto degli obblighi comunitari, la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 dispone per il settore sanitario una serie di misure alcune delle quali appaiono particolarmente dirimenti in relazione all'impatto che esse hanno sull'equilibrio complessivo del sistema e sulla sua sostenibilità:

1. riduzione del livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale, e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, nella misura di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2000 milioni di euro per l'anno 2014 e di 2100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015;
2. riduzione dello standard di posti letto per 1000 abitanti, che dovrà essere portato dall'attuale valore di 4 posti letto per 1000 abitanti a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungo-degenza post-acuzie;
3. riduzione della spesa farmaceutica, che dovrà passare dall'attuale 13,6% del finanziamento complessivo del servizio sanitario nazionale, al 13,1% nel 2012 e all'11,35% dal 2013;

X Prefazione

4. rideterminazione delle tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per remunerare le prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale;
5. riduzione del 5 per cento degli importi e delle connesse prestazioni relativi a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci;
6. obbligo di utilizzo, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali;
7. riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto di tutti i contratti vigenti nell'esercizio 2012 per la fornitura da soggetti privati accreditati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera in misura percentuale tale da ridurre la spesa complessiva annua a livello delle singole Regioni e Province autonome rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;
8. estensione agli anni 2013, 2014 e 2015 dell'obbligo attualmente vigente per gli anni 2010, 2011 e 2012, di riduzione delle spese di personale, nella misura dell'1,4% rispetto alle spese sostenute nell'anno 2004.

Nel periodo 2012-2015 il **Servizio Sanitario Nazionale italiano** dovrà rinunciare a circa 25 miliardi di euro tra il fabbisogno finanziario stimato ante-manovre e quello reale post-manovre (*DI 78/2010, DI 98/2011, DI spending review e decreto di stabilità 2013*).

Affrontare il tema del governo della spesa sanitaria, e ancor più di una sua possibile riduzione a invarianza di livelli di assistenza, chiama in causa molteplici competenze: epidemiologica, statistica, economica, sociologica e richiede una conoscenza profonda del sistema e del suo divenire. La sfida più grande che i *policy maker* si trovano ad affrontare è riuscire a mettere al servizio della sanità pubblica metodologie, tecnologie e competenze, già mature in altri settori, in grado di ottimizzare le risorse a parità di qualità del servizio prestato e nel rispetto dei principi sottostanti il Servizio Sanitario Nazionale: la gratuità delle cure, l'universalità del sistema, l'omogenea copertura dei bisogni sul territorio nazionale.

Il tutto in linea con quello che potrebbe essere l'andamento futuro della spesa in sanità e i possibili interventi di contenimento.

La governance sanitaria regionale: il processo avviato dalla Regione Basilicata

Il processo di analisi e revisione della spesa sanitaria in Regione Basilicata è stato avviato con legge regionale n. 16 dell'8 agosto 2012 come metodologia di lavoro attento e costante. In particolare, con il fine di rivedere la spesa e di cercare di garantire elevati standard di qualità nell'assistenza, è stata istituita la Centrale unica di acquisto nel settore sanitario e, a decorrere dal 1 ottobre 2012, il Dipartimento

interaziendale “Centrale di Committenza”, finalizzato alla gestione della rete regionale degli acquisti del Servizio sanitario regionale, con sede presso l’Azienda ospedaliera “San Carlo” di Potenza. La Centrale di committenza avrà l’obiettivo di contenere la spesa nel settore della sanità attraverso l’aggregazione della domanda e il monitoraggio della spesa, aumentare l’efficienza e l’efficacia delle procedure di appalto grazie alla continua attività dedicata alla maggior entità della spesa e al maggior potere contrattuale, nonché per mezzo del monitoraggio finale dell’esecuzione/fornitura. La Centrale si occuperà inoltre di promuovere e utilizzare, compatibilmente con le disposizioni di legge, innovative forme di contrattazione e nuove strategie d’acquisto. In pratica, le quattro aziende sanitarie saranno in grado di acquistare servizi al prezzo minimo oggi pagato da una di esse. Si stima una riduzione della spesa per l’approvvigionamento di beni sanitari e non sanitari e servizi non sanitari almeno del 2%.

Altra operazione di politica sanitaria risiede nella gestione diretta del rischio per responsabilità civile nel sistema sanitario regionale, un’Autoassicurazione equivalente e alternativa del sistema sanitario regionale finalizzata alla copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile delle strutture sanitarie e al contenimento della spesa sul premio assicurativo delle aziende sanitarie. Il premio annuo attualmente pagato dalle aziende sanitarie alle assicurazioni ammonta a circa 9 milioni, a fronte di una media annua di indennizzi per risarcimento danni a carico delle Assicurazioni pari a 1 milione. Per far fronte alla gestione diretta dei sinistri, sarà istituito un Dipartimento interaziendale per la gestione dei sinistri, la cui direzione verrà affidata a un dirigente del ruolo amministrativo con incarico di struttura complessa, individuato tra i dirigenti di ruolo in servizio presso le aziende regionali. Sarà inoltre istituito il Comitato interaziendale per la valutazione dei sinistri, cui competerà la decisione finale in ordine alla quantificazione degli indennizzi.

L’efficacia degli interventi adottati, con l’obiettivo di individuare ambiti di inefficienza, migliorare l’azione di programmazione e conseguire l’ottimale utilizzo delle risorse in un contesto storico nazionale e internazionale di evidente scarsità delle stesse, dovrebbe produrre un risparmio di 9,5 milioni di euro (5 milioni con il sistema dell’autoassicurazione, 4,5 milioni con l’allestimento della centrale di committenza).

Alla razionalizzazione della spesa, deve accompagnarsi una fondamentale capacità strategica delle Aziende del SSR di garantire le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza attraverso l’adozione di misure utili a riorganizzare i processi produttivi aziendali e l’individuazione di possibili margini di “efficientamento” conseguibili.

Le Aziende sanitarie che compongono il Sistema Sanitario Regionale hanno adottato delle azioni di miglioramento della qualità dei servizi, ospedalieri e territoriali, di riorganizzazione della struttura aziendale e di contenimento della spesa sanitaria.

A titolo esemplificativo, si riportano alcune azioni implementate nel corso del 2012.

L’Azienda Sanitaria di Potenza – ASP – ha registrato risultati positivi in ordine agli obiettivi di razionalizzazione economica e miglioramento della qualità dei servizi: *prevenzione primaria e secondaria* – ottenendo buoni risultati nel settore delle cure vaccinali, degli screening oncologici, dei controlli veterinari e riducendo il tasso di ospedalizzazione – *spesa farmaceutica per capite* – in calo, con aumento dell’inci-

XII Prefazione

denza delle prescrizioni di farmaci equivalenti, meno costosi e altrettanto efficaci – *assistenza domiciliare agli anziani* – ove si registra una riduzione del consumo di farmaci antibiotici – *degenza* – in calo le giornate di degenza pre-operatorie e la percentuale di tagli cesarei – piena utilizzazione dei *fondi per investimento* per adeguamenti strutturali.

L'Azienda Sanitaria di Matera e l'Ordine dei Medici della provincia di Matera hanno istituito un tavolo permanente di confronto sull'appropriatezza allo scopo di approntare misure di risparmio e contenimento dei costi, migliorando nel contempo i tempi di risposta e la qualità dei servizi sanitari. Il lavoro sull'appropriatezza riguarderà, anzitutto, la gestione delle liste d'attesa, con l'introduzione di classi di priorità per patologia. Le liste dipenderanno dalla gravità/specialità della patologia e dal tipo di prestazione sanitaria. La collaborazione tra ASM e Medici (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) favorirà l'emissione di prescrizioni corrette rispetto alla gravità/peculiarità della patologia, in modo da dare priorità alle patologie più urgenti.

L'Azienda Ospedaliera "San Carlo" di Potenza ha ottenuto nel mese di aprile 2013 un riconoscimento nazionale come Azienda del Sistema Sanitario Nazionale più veloce dell'intero Mezzogiorno nei pagamenti dei fornitori. Il Sole 24 Ore Sanità cita: *"Con i 130 giorni di pagamento il San Carlo supera le migliori aziende della Sicilia (Asp Trapani 146), della Calabria (Ao Reggio 259), della Puglia (As Bat 160), della Campania (Ao Moscati di Avellino 166). La performance del Lazio oscilla tra i 268 giorni dell'Asl Roma A e i 619 del Policlinico Gemelli. Il Piemonte (Asl Vercelli 169) e la Toscana (Asl 4 Prato 141) sono superate dall'efficienza organizzativa del San Carlo"*.

"Per la media dei pagamenti la Basilicata si colloca al 5° posto, con 138 giorni, dopo Trentino Alto Adige (84), Val d'Aosta (88), Friuli V. G. (90) e Lombardia (105). Il valore è nettamente superiore a quello espresso da regioni di ottima fama come Emilia Romagna (272) e Toscana (264)".

L'IRCCS di Rionero in Vulture svolge numerosi progetti di ricerca nell'ottica della razionalizzazione dei costi in Oncologia, come risposta alla *"spending review"*.

La politica di controllo dei costi attivata dalla Regione Basilicata non è la politica dei tagli lineari ma la ricerca di continui miglioramenti di efficienza a partire dalla più ampia diffusione della cultura dell'appropriatezza.

Alcune questioni aperte

Nel 2013 per effetto dei nuovi tagli si riduce il finanziamento statale rispetto a quello dell'anno precedente. Nel frattempo, l'Italia sta vivendo un processo di invecchiamento della popolazione molto più veloce rispetto ad altri paesi, con un rapporto tra popolazione anziana e popolazione giovane che già nel 2010 ha superato il 145%, e che le previsioni demografiche prospettano essere superiori al 250% nel 2050. Visti gli stringenti vincoli di finanza pubblica, con queste previsioni demografiche è dif-

¹ Per approfondimenti si veda: "Le tendenze di medio – lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2013, Rapporto n.14, Maggio 2013".

Tabella 1 Stime sulle previsioni di spesa in Italia (miliardi di euro)

Anni							
2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
133,2	166,8	207,6	255,4	310,7	379,0	456,9	548,4

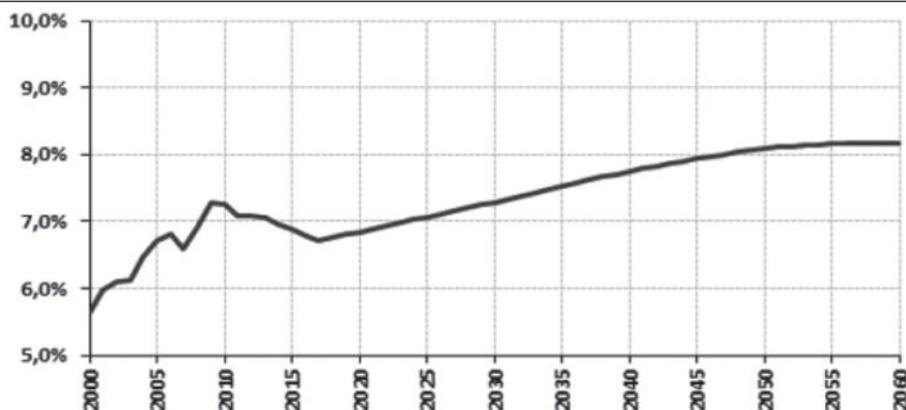
Fonte: Rapporto n. 14, Maggio 2013, Ragioneria Generale dello Stato

ficile immaginare una strategia in grado di garantire le risorse necessarie. Insistere solo nella logica dei tagli alla spesa potrebbe penalizzare le persone più bisognose.

Se si considerano alcune tra le stime sulle previsioni di spesa¹ disponibili in letteratura (Tabella 1), emerge un valore di spesa al 2050 pari a 548 miliardi di euro. In termini di rapporto rispetto al PIL, le stime della Ragioneria Generale dello Stato prevedono una crescita della spesa al 2050 fino all'8,7%.

Secondo tale stima, nel 2050 la spesa complessiva in termini reali (Figura 1) dovrebbe aumentare di circa 2,1 miliardi di euro che risulterebbe poco conciliabile con l'attuale situazione della finanza pubblica che sta, invece, imponendo tagli severi alla spesa sanitaria (Figura 2).

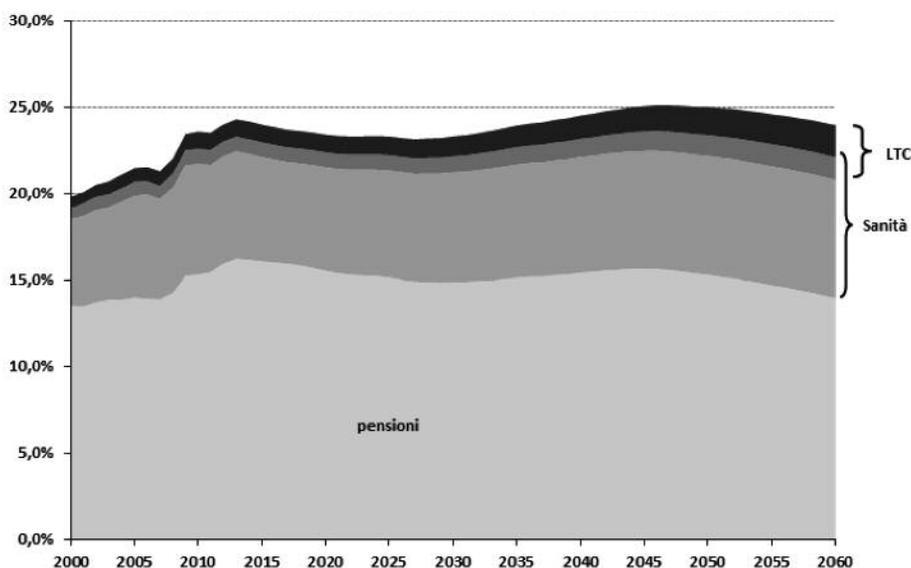
L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha lanciato una serie di programmi di ricerca per valutare gli effetti delle politiche in favore della prevenzione. Nel rapporto "Fit not Fat" (OCSE, 2010), il focus è incentrato sui programmi di prevenzione, in particolare sulla previsione di un pacchetto completo e multidimensionale di campagne di prevenzione che, secondo l'OCSE, agirebbe su diversi fronti, utilizzando misure ritenute efficaci nella prevenzione. Tra queste, ci sarebbero le politiche legate all'educazione alla salute nelle scuole, alla regolamentazione delle pubblicità attraverso i media da parte dello Stato e del settore privato, alle campagne informative nei media, agli interventi informativi sui posti di lavoro, alla consulenza con i medici di medicina generale e i dietologi, alle informazioni nu-

Figura 1 Spesa pubblica per sanità – Scenario nazionale base. Spesa in rapporto al PIL

Fonte: Rapporto n. 14, Maggio 2013, Ragioneria Generale dello Stato.

XIV Prefazione

Figura 2 Spesa pubblica complessiva per pensioni, sanità, LTC – Spesa in rapporto al PIL



Fonte: Rapporto n. 14, Maggio 2013, Ragioneria Generale dello Stato

trizionali sulle etichette alimentari e, infine, a varie misure fiscali. L'OCSE stima che, introdotti singolarmente, tali programmi porterebbero a ridurre le morti dovute a malattie croniche in Italia fino a 50.000 persone, mentre un mix di tutti i programmi sarebbe in grado di diminuire tale mortalità di ben 75.000 persone. Inoltre, secondo l'OCSE l'introduzione di un programma di consulenze personalizzate offerte dai medici di medicina generale ai pazienti con eccesso ponderale porterebbe un guadagno di 70.000 anni di vita in buona salute. In termini di spesa, l'OCSE mostra, che la maggior parte di queste campagne di prevenzione costerebbe meno di 100 milioni di euro l'anno, mentre le consulenze personalizzate presso i medici di base comporterebbero un ulteriore costo di 580 milioni di euro.

Tutti i programmi considerati sarebbero costo-efficaci nel lungo periodo, mentre solo alcuni, legati alle misure più intrusive come le tasse, le etichette alimentari, o le consulenze specifiche, porterebbero a un guadagno anche nel breve e medio termine.

Come appare chiaro anche da questi esempi, l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È perciò necessaria una decisa inversione di tendenza, in special modo in Italia che, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione, dietro a Turchia, Messico e Corea.

Adottare un tale approccio significherebbe, quindi, guardare alla spesa sanitaria più in termini di spesa per investimenti che di spesa di parte corrente. La razionalizzazione di alcuni servizi di assistenza potrebbe essere operata, infatti, senza particolari costi aggiuntivi, mentre il costo delle nuove campagne di prevenzione e degli incentivi all'adozione di nuove tecnologie (sia in campo farmacologico, che diagnostico) po-

trebbe essere più che compensato dai minori costi in termini di ospedalizzazione, specialmente degli individui appartenenti alle classi di età intermedie e avanzate.

I recenti provvedimenti del Governo che mirano a ridurre la spesa pubblica (“*Spending Review*”, Decreto Balduzzi, Legge di Stabilità) stanno inoltre producendo nel settore sanitario una rapida accelerazione della riorganizzazione degli ospedali e dei servizi sul territorio. L’organizzazione sanitaria sarà chiamata sempre più a evolversi in base al cambiamento della domanda, in maniera da garantire un’assistenza più adeguata alle esigenze della cittadinanza. Occorrerà, quindi, potenziare le strutture territoriali (Case della Salute, Strutture Intermedie, assistenza domiciliare, ambulatori di patologia per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, etc.), incrementare l’integrazione Ospedale – Territorio (dimissione protetta, PDTA per la presa in carico delle patologie croniche), revisionare il ruolo dei medici di continuità assistenziale.

Per rispondere al cambiamento, occorrono metodi e strumenti di gestione complessi, ma soprattutto professionalità e competenze in grado di gestirli; è inoltre auspicabile che, nelle diverse posizioni di responsabilità, si creda nei principi fondamentali della collaborazione e dell’integrazione.

La Regione Basilicata è aperta al percorso di cambiamento e di innovazione a patto di preservare, al contempo, la qualità dei servizi e delle prestazioni per i cittadini.

L’Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla Persona e alla Comunità
Regione Basilicata
Dr. Attilio Martorano



Premessa

Il IV Rapporto CEIS Basilicata è il risultato di un progetto di collaborazione scientifica tra la Regione Basilicata e il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali), Università Tor Vergata di Roma.

Si compone di due sezioni e approfondisce i temi contenuti nelle seguenti parti.

1. Demografia e caratteristiche socio-economiche della popolazione Lucana.
2. Assistenza extra-ospedaliera in Basilicata: rete strutturale e dotazioni organiche.
3. Assistenza ospedaliera in Basilicata: appropriatezza e mobilità.
4. Finanziamento e spesa del Sistema Sanitario Regionale.
5. Focus: la disabilità e la non autosufficienza.
6. Governance, coordinamento e gestione della rete dei servizi socio sanitari territoriali.
7. Assistenza primaria.
8. Sistema delle cure domiciliari in Italia e in Regione Basilicata.
9. Assistenza residenziale.
10. Processo di innovazione organizzativa nelle Aziende Sanitarie.
11. Rendicontazione sociale delle aziende sanitarie della Regione Basilicata: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo".

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli autori che hanno contribuito con entusiasmo alla realizzazione di questo libro. Un particolare ringraziamento va a tutti gli attori privilegiati, regionali e aziendali, con cui siamo venuti in contatto per la realizzazione della pubblicazione. La ricerca, senza il loro prezioso supporto, non sarebbe stata possibile.

Si ringraziano il dr. Giuseppe Montagano, coordinatore regionale di progetto e dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento Salute della Regione Basilicata, e il dr. Massimiliano Gallo, *Project manager* regionale, per la loro preziosa attività di coordinamento tra il CEIS e gli attori istituzionali regionali e aziendali coinvolti.

XVIII Premessa

Rapporto CEIS Sanità 2012 – Regione Basilicata	
Soggetti	CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità)
Coordinamento regionale	Giuseppe Montagano
<i>Project manager</i> regionale	Massimiliano Gallo
Coordinamento CEIS	Marco Meneguzzo, Antonella D'Adamo, Federico Spandonaro, Barbara Polistena
Gruppo di lavoro	La presente ricerca è stata realizzata dai ricercatori dell'Università Tor Vergata: Anna Conte, Antonella D'Adamo, Francesca D'Ambrosio, Daniela d'Angela, Andrea D'Attis, Marco Meneguzzo, Laura Piasini, Esmeralda Ploner, Barbara Polistena, Federico Spandonaro; grazie al coinvolgimento e alla collaborazione dei referenti regionali: Lucia Colicelli, Carolina Di Lorenzo, Massimiliano Gallo, Rocchina Giacoia, Stefano Lorusso, Vito Mancusi, Giuseppe Montagano, Carmela Saponara, Domenico Tripaldi, Maria Luisa Zullo

Executive Summary

Senza soluzione di continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Basilicata, anche quest'anno si è tentato di mettere a "fattor comune" le informazioni utili per monitorare le dinamiche del sistema sanitario della Basilicata.

Come sempre, la convinzione è che i numeri parlino da soli, e possano in modo sufficientemente oggettivo dar conto dei cambiamenti in corso.

In altri termini, si supporta la volontà regionale di rendere *accountable* le proprie politiche: un dovere di trasparenza che ancora poche Regioni onorano adeguatamente, e di cui, a maggior ragione, va dato merito alla Regione Basilicata.

I dati vanno peraltro interpretati, anche per renderli utili in termini prospettici, per pianificare le ulteriori evoluzioni del sistema.

Non si è, quindi, rinunciato a indagare punti di forza, ma principalmente quelli di debolezza del sistema, cercando di cogliere le eventuali opportunità di miglioramento.

Come rimarcato già nelle precedenti edizioni del Rapporto, le politiche regionali devono fare i conti con alcune debolezze strutturali, derivanti in particolare dalle dimensioni contenute del territorio, e dalla sua peculiare conformazione orografica.

Un fenomeno esplicativo è quello della mobilità sanitaria, inevitabile data le caratteristiche sopra esposte. Malgrado ciò è stata negli anni contenuta, e progressivamente riportata su valori "normali", in linea con la media nazionale, dimostrando che si può operare per dare stabilità, efficienza e coerenza al sistema.

Le politiche devono anche fare i conti con una strutturale debolezza dell'economia regionale: evidentemente non ineluttabile ma, almeno nel breve periodo, pur sempre una variabile esogena, e un vincolo rilevante.

Ancora, la popolazione lucana presenta delle specificità non sempre sufficientemente sottolineate, quali una elevata prevalenza di cronicità (si pensi a quella di diabete, in assoluto fra le più alte d'Italia), e conseguentemente, tassi altissimi di disabilità.

Prevenzione, cronicità, diabete, caratteristiche socio-economiche, deprivazione, etc., sono tutti elementi strettamente correlati fra loro; la scommessa, quindi, è duplice: rendere il SSR coerente e compatibile con le caratteristiche regionali, e allo

stesso tempo funzionale ad un superamento delle debolezze socio-economiche che minano alla base lo sviluppo della Società lucana.

Si è, quindi, voluto quest'anno sviluppare un focus sulla disabilità e la non autosufficienza, convinti che i SSR del futuro, e a maggior ragione quello lucano per motivi che saranno evidenti nel seguito, saranno adeguati solo se riusciranno a integrare l'assistenza sanitaria e quella per la non autosufficienza in un modello unico e sinergico.

Tornando alle politiche regionali, la sintesi dei risultati ottenuti appare abbastanza facile: la Regione ha, se non concluso, almeno messo in atto delle riforme interne definite nell'ultimo quinquennio, ottenendo il risanamento in larga misura della situazione finanziaria del SSR.

La Regione è l'unica del Sud ad avere sempre avuto una gestione complessivamente in equilibrio: non di meno le riforme operate, ad iniziare dall'accorpamento delle ASL, per finire con gli interventi sulla mobilità passiva e sul sistema di assistenza primaria, hanno certamente avuto un costo, ma hanno posto le condizioni per il risanamento definitivo.

Nel 2012 la spesa sanitaria della Regione Basilicata, secondo i dati dei Conti Economici (CE), si sarebbe ridotta di circa € 30 Mil. rispetto al 2011, riducendo il disavanzo a meno di € 4 Mln. e portando ormai la gestione ad un livello di assoluto equilibrio.

La Regione si accinge ora ad affrontare i temi sopra esposti, con i "conti a posto" e quindi avendo raggiunto le condizioni necessarie per poter programmare investimenti mirati.

Va quindi dato merito alla Regione per la coerenza e la determinazione dimostrata nel perseguire la razionalizzazione del sistema, anche perché realizzata in una fase di forte recessione dell'economia nazionale e regionale, e quindi in un contesto di forte limitazione delle risorse: malgrado ciò, il cambiamento è avvenuto, anche grazie ad una maggiore responsabilizzazione della popolazione, ma senza abbandonare i principi di universalismo del sistema sanitario.

Ovviamente le cose da fare rimangono molte, e alcuni suggerimenti sono descritti nel Rapporto; ci limitiamo qui a sottolineare alcuni dati eclatanti che ci sembra debbano essere acquisiti nel dibattito politico regionale (e anche nazionale, ad esempio in fase di riparto delle risorse), vincolando scelte e priorità.

Iniziamo dalle specificità regionali (senza ripetere quelle ovvie di tipo geografico): gli elementi chiave ci pare siano il *gap* socio-economico della Regione e l'enorme prevalenza di disabilità.

Come dati a supporto, senza pretesa di esaustività citiamo:

- la Basilicata, ha un PIL pro-capite inferiore del 29,28% rispetto a quello medio nazionale; ha però fatto registrare un incremento medio annuo nell'ultimo quinquennio (2,22%) maggiore di quello medio italiano (1,18%) e di quello delle Regioni del Sud (1,39%); non di meno la fase di profonda recessione attraversata dall'Italia negli ultimi anni ha riportato il valore del PIL pro-capite in termini reali a un livello inferiore a quello registrato nel 2006: nell'ultimo quinquennio la riduzione è stata del -4,80% in Basilicata, del -5,76% in Italia e del -6,48% al Sud;

- in Basilicata, nel 2011, il 46,10% della popolazione tra i 25 e i 64 anni di età ha conseguito come titolo di studio più elevato la licenza di scuola media; tale valore risulta ancora significativamente superiore rispetto a quello medio italiano (44,30%), del Nord (41,35%) e del Centro (37,00%);
- secondo gli ultimi dati Istat (seppure datati), il tasso di disabilità dei residenti in Basilicata era pari al 5,84%, valore superiore tanto a quello della ripartizione di appartenenza, che a quello delle altre ripartizioni geografiche (Nord 4,23%, Centro 4,91% e Sud 5,37%);
- la spesa sanitaria pubblica in Basilicata è passata da € 913 Mil. nel 2006 a € 1.060 Mil. nel 2011 con un incremento medio annuo nominale del 3,02% (2,70% medio annuo in termini reali) superiore a quello medio nazionale, a quello del Sud (1,62% in termini nominali e 1,30% in termini reali) e del Centro (1,60% in termini nominali e 1,27% in termini reali), ma in linea con quello medio del Nord (2,94% in termini nominali e 2,61% in termini reali); va osservato che standardizzando per l'età la Basilicata ha una spesa sanitaria pro-capite nettamente inferiore a quella media italiana (€ 1.801,17 vs € 1.853,28 della media Italia);
- se a livello di spesa pubblica, il dato della Basilicata è abbastanza in linea con quello medio italiano, guardando alla spesa sanitaria totale si nota come questa sia, invece, nettamente inferiore: nel 2011 era del 6,41%, inferiore rispetto alla media nazionale;
- in effetti, la spesa sanitaria privata, nella Regione Basilicata è pari, nel 2011, a € 191,83 Mil.; anche se il valore è in crescita nell'ultimo quinquennio (+2,57% medio annuo) e rispetto all'anno precedente (+3,13%), più della media nazionale;
- ad esempio, la componente privata della spesa farmaceutica relativa ai farmaci posizionati in fascia A, ha avuto degli incrementi ragguardevoli in tutte le ripartizioni: il valore massimo è proprio quello della Basilicata (+49,56%), contro il minimo del Nord (+9,73%); complessivamente, però, la quota di spesa territoriale privata, destinata cioè all'acquisto sia di prodotti di classe A-SSN, che di prodotti non rimborsati (C, SOP, OTC), ha in Basilicata il valore minimo (30,50%) contro il 42,21% del Nord;
- a riprova della debolezza della domanda privata, e quindi della necessità per il SSR di farsi carico dei bisogni della popolazione, ma anche della "sobrietà" delle popolazione lucana, il mercato in valore dei farmaci equivalenti in Basilicata, ha raggiunto nel 2011 il 33,20% della spesa di fascia A-SSN, con un incremento del 2,60% rispetto all'anno precedente, risultando uno dei più alti in Italia;
- stante l'attuale sistema di riparto delle risorse il finanziamento per residente della Basilicata pur essendosi progressivamente avvicinato al valore medio nazionale raggiungendo i € 1.806,03 pro-capite nel 2011, rimane significativamente inferiore rispetto a quello medio delle Regioni Centro-Settentrionali (Nord € 1.971,83 e Centro € 1.838,38);
- in Basilicata ci sono stati 14.923 ricoveri in mobilità attiva, pari al 15,30% dei ricoveri totali, mentre quelli in mobilità passiva ammontano a 22.539, pari al 23,11% dei ricoveri dei residenti; ne consegue un saldo di mobilità negativo di

7.616 ricoveri per acuti (7,81% dei ricoveri); gran parte della mobilità attiva (92,68%) proviene dalle Regioni limitrofe: il 41,86% dei ricoveri riguarda i residenti in Campania, il 35,09% residenti in Puglia e il 15,73% residenti in Calabria; ma anche per la passiva si assiste ad elevata incidenza dei ricoveri in Regioni limitrofe (56,64% dei ricoveri), a cui si aggiunge quella verso Lazio (14,18%), Lombardia (7,25%), Emilia Romagna (6,76%) e Toscana (6,51%); va comunque osservato che il saldo della mobilità sanitaria si è dimezzato, passando da € -57,94 Mln. nel 2001 a € -27,94 nel 2011, con una riduzione media annua del 7,03% (-51,78% complessivo).

Quindi assistiamo ad una generale deprivazione socio-economica, che si riverbera sulla spesa pubblica, sia in assoluto, sia in termini relativi (ovvero per la scarsità di quella privata); a fronte di ciò il finanziamento rimane lontano da quello di Regioni, certamente (per ora) più anziane, ma più ricche e presumibilmente più sane.

Mettiamo fra le peculiarità la mobilità, che seppure si è di molto ridotta, dimostrando l'efficacia delle politiche regionali, rimane in larga misura ineliminabile per le caratteristiche geografiche della Regione.

Fra i *trend* che meglio caratterizzano l'evoluzione del SSR lucano, sempre senza pretesa di esaustività, citiamo le seguenti evidenze:

- la speranza di vita alla nascita si è allineata a quella media nazionale (79,40 per gli uomini e 84,60 per le donne), grazie all'aumento nell'ultimo ventennio di 4,22 anni per gli uomini e di 4,39 anni per le donne; si noti che, a differenza di quello che è avvenuto a livello medio nazionale, in Basilicata sono le donne che hanno guadagnato più anni di vita attesa, riducendo il gap tra i sessi;
- la quota di anziani (*over 65*) è aumentata più rapidamente in Basilicata che in Italia: nello specifico una variazione media annua del +6,06% (+1,62% per gli *over 85*) in Basilicata, a fronte di una pari a +5,21% (rispettivamente +1,52%) in Italia; la naturale conseguenza di tutto ciò sarà uno slittamento dell'età media della popolazione dagli attuali 42,91 anni a 53,70 anni nel 2061 (da 42,99 a 49,80 in Italia), così che la Basilicata diventerà la Regione più "vecchia" d'Italia;
- nel 2011, le donne lucane residenti hanno avuto in media 1,17 figli, valore che l'ISTAT stima ancora in riduzione rispetto al 2001 (1,21), in controtendenza con la ripresa avviata a partire dalla seconda metà degli anni '90 in Italia; il dato della Regione Basilicata è pari a quasi la metà della cosiddetta "soglia di rimpiazzo" (circa 2,1 figli per donna), che garantirebbe il ricambio generazionale; nei prossimi anni questo porterà la Basilicata non solo ad invecchiare più rapidamente di quanto non avverrà nelle Regioni del Nord, ma anche a modifiche delle strutture familiari, il che suggerisce un drastico calo della cosiddetta assistenza informale ai non autosufficienti;
- peraltro recenti analisi statistiche (Polistena 2013) mostrano come la probabilità di morte si stia spostando in avanti, così come anche l'età di insorgenza di molte patologie (Cislaghi, 2013); in Basilicata, se con i classici indicatori di invecchiamento si ottiene che nei prossimi 50 anni la quota di *over 65* e *85* aumenterà rispettivamente del 21,45% e del 9,30%, le analisi sul numero di persone che richiederanno assistenza sono più tranquillizzanti, riportando un incremento del

- 4,86% (considerando gli anziani entrati nella fascia del decennio precedente all'età pari alla speranza di vita alla nascita);
- la Basilicata, già nel 2010, era dotata di 3,17 posti letto per acuti in regime ordinario per 1.000 abitanti, valore inferiore rispetto a quello medio delle altre Regioni del Sud (3,26 per 1.000 abitanti), a quello medio nazionale (3,56 per 1.000 abitanti); inoltre la Basilicata è la Regione che nel periodo 2005-2010 ha registrato la maggiore riduzione di posti letto in rapporto alla popolazione (-3,37% medio annuo) a fronte di una riduzione media nazionale pari a -1,58%;
 - la Basilicata ha un tasso medio di ricovero per acuzie in regime ordinario dei propri residenti (e quindi considerando anche i ricoveri fuori Regione) decisamente inferiore rispetto alla media nazionale e in continua riduzione: nel 2010 il tasso di ricovero della popolazione lucana è pari a 114,41 per 1.000 residenti, valore inferiore del 4,77% rispetto alla media nazionale (120,15); ma, mentre, le differenze più significative si registrano nella classe d'età 1-14 (in cui il tasso è inferiore rispetto alla media nazionale del 7,55%) e nella classe di età adulta (-9,66%), viceversa valori superiori alla media nazionale si osservano nelle classi di età over 65 (rispettivamente +2,53% e +0,90%);
 - la quota di ricoveri inappropriati dei residenti in Basilicata, nel 2010, risulta essere inferiore a quella media nazionale e delle altre Regioni meridionali, sia per i DRG medici che per quelli chirurgici; è interessante sottolineare che fino al 2009 tale quota era, invece, maggiore rispetto alla media nazionale.

Una dinamica demografica "estrema" è, in definitiva, l'elemento certamente più caratterizzante l'evoluzione del SSR della Basilicata. Dinamica che riteniamo, però, non sia tanto foriera di incrementi sul versante dei bisogni sanitari, quanto su quello dell'assistenza sociale ai non auto-sufficienti: infatti prevarrà l'effetto della modificazione delle strutture familiari.

Considerando che un ulteriore *trend* rilevante è quello che riguarda la progressiva razionalizzazione, sia quantitativa (posti letto), sia qualitativa (inappropriatezza dei ricoveri), operata sulla rete ospedaliera, appare evidente come il futuro del SSR si giocherà sulla capacità di integrazione dell'aspetto della non autosufficienza.

Su questo le politiche regionali sono più indietro, come emerge anche dalle criticità che ancora si osservano sul versante dell'assistenza primaria.

In termini di potenziali criticità ci sentiamo, infine, di evidenziare:

- il personale dipendente del SSR è pari a circa l'1,05% del personale nazionale e al 4,99% di quello del Mezzogiorno, valori eccedenti rispetto alla dimensione della popolazione, che rappresenta lo 0,98% di quella italiana e il 2,82% di quella meridionale; anche se va considerata la minore presenza di erogatori privati: su questo aspetto andrebbe promosso un approfondimento;
- la Basilicata ha il numero più elevato di ricette farmaceutiche per medico di base (11.779 vs 10.943 media Italia), con un incremento del 9,46% rispetto al 2008 (7,63% media Italia), sebbene l'aumento delle ricette sia controbilanciato dalla riduzione del costo medio delle stesse; in particolare la Basilicata riporta una variazione di segno negativo (-9,52%) della spesa netta di classe A, superiore a quella delle ripartizioni Centro Settentrionali, che fa sì che la Regione possa ri-

- spettare i tetti fissati per la spesa territoriale; ma va sottolineato che tra il 2010 ed il 2011 si è assistito ad un incremento della spesa ospedaliera, il cui valore massimo è raggiunto proprio dalla Basilicata (in termini pro-capite +14,82%);
- la Basilicata, sempre con dati confrontabili reperiti, relativi al 2010, ha registrato il numero di prestazioni specialistiche della branca clinica pro-capite, per popolazione pesata, più alto della media delle varie ripartizioni geografiche (peraltro con un incremento di quasi il 6,00% rispetto all'anno precedente); però si è posizionata all'estremo opposto per la diagnostica e le analisi di laboratorio dove ha registrato i decrementi maggiori: -8,84% per le prestazioni di laboratorio fra il 2009 e il 2010, e -2,68% per la diagnostica; osserviamo che in Basilicata prosegue la razionalizzazione dell'offerta di assistenza specialistica, con un incremento del bacino medio di ambulatori e laboratori allineato alle Regioni del Nord;
 - la Basilicata ha il più alto tasso di ricoveri prescritti dalla Continuità Assistenziale: nel 2010 417,00 ricoveri per 100.000 residenti, contro i 296,16 della media Italia;
 - i ricoveri per riabilitazione in Basilicata, pur essendo aumentati tra il 2007 e il 2010 del 10,33%, comportano dei tassi inferiori rispetto alla media nazionale (3,80 ricoveri ogni 1.000 abitanti nel 2010, contro i 4,92 dell'Italia); analizzando i tassi per età si nota come le differenze tra Basilicata e la media nazionale siano particolarmente elevate nelle classi d'età più anziane, ove nella fascia d'età 65-74 (10,45 vs 13,72), e ancora di più nella fascia d'età successiva (14,70 vs 20,35); a parte una presumibile carenza di offerta, si noti che l'analisi dei tassi di ricovero per riabilitazione per sesso evidenzia, come è ovvio per l'età media più alta, un ricorso maggiore al ricovero delle donne in tutte le aree considerate, ma in Basilicata tale differenza è massima (i tassi di ricovero delle donne sono maggiori del 59,91% rispetto a quelli degli uomini), suggerendo l'esistenza di un problema di genere nella prevalenza della non autosufficienza;
 - in effetti, circa il 66,00% dei disabili sono donne, ma considerando la distribuzione per genere dell'Indennità di Accompagnamento, emerge che solamente nelle Regioni del Nord la concessione del beneficio economico riflette la prevalenza delle disabilità per genere: la Basilicata sembrerebbe essere la Regione in cui è maggiore la discrasia fra prevalenza della disabilità per genere e concessione del beneficio economico (solo il 60,84% delle indennità è destinato al genere femminile);
 - la Basilicata registra ancora una quota di famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie private pari al 2,12%: dato in linea con il valore medio del Sud (2,35%), ma nettamente superiore alle ripartizioni con reddito pro-capite maggiore (Nord 0,55% e Centro 1,09%).

Possiamo, quindi, concludere, che il SSR della Basilicata deve completare il suo processo di ammodernamento, dovendo ovviamente tenere in conto le peculiarità strutturali della Regione, e approfittando della capacità avuta di mettere in "ordine i conti". Gli investimenti da fare devono prioritariamente incidere su alcuni aspetti "di popolazione", quali quello della disabilità, che non dipendono solo dall'aspetto assistenziale, ma anche dalle politiche di prevenzione e promozione della salute (su cui la Regione è in effetti fra le più virtuose), e dalle politiche economiche in senso lato. In termini assistenziali il settore ospedaliero è quello dove il processo di miglioramento è più avanzato: l'assistenza primaria, in tutte le sue sfaccettature, e in parti-

colare in quella dell'integrazione dell'assistenza sociale ai non autosufficienti, sono la prossima frontiera.

La sezione II del Rapporto analizza l'organizzazione dei servizi socio-sanitari attraverso due modalità assistenziali: territoriale - primaria, domiciliare e residenziale-deputate alla risposta dei bisogni sanitari e socio-sanitari; ospedaliera - per le cure e l'assistenza al paziente in fase acuta.

Il quadro demografico ed epidemiologico italiano, letto nell'ottica delle implicazioni per l'assistenza territoriale, evidenzia:

- un accrescimento della popolazione, soprattutto per effetto dell'aumento della presenza di cittadini stranieri regolari;
- il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della quota di popolazione anziana;
- un aumento di mortalità caratterizzata principalmente da patologie croniche.

L'azione riorganizzativa muove dall'esigenza di recuperare e valorizzare il ruolo centrale del livello territoriale in una logica di integrazione e di sistema. Ciò si realizza sviluppando percorsi di cura ed assistenza nell'ottica della continuità assistenziale.

Per indagare i fabbisogni di governo dei servizi territoriali è necessario analizzare le caratteristiche peculiari di questo settore, affinché gli strumenti manageriali utilizzati risultino coerenti con le sue specificità.

La lettura delle specificità del settore, specularmente alle caratteristiche dei servizi ospedalieri, può essere effettuata tenendo in considerazione che i servizi territoriali:

- hanno spesso natura preventiva o di diagnosi/intervento precoce, il cui *end point* vuole essere il mantenimento dello stato di salute, che talvolta può essere misurato attraverso la riduzione dell'accesso, da parte dell'utente, alle prestazioni specialistiche ospedaliere;
- cercano di promuovere ambiti di cura prossimi - il più possibile - ai bisogni del paziente, favorendo i centri diurni ai luoghi di ricovero, il domicilio ai centri diurni, etc.;
- affrontano il tema della cronicità, della prevenzione, dell'intervento precoce in una logica di continuità della presa in carico;
- hanno spesso una componente socio-sanitaria integrata (si pensi ai servizi per le non autosufficienze), in cui non sempre è possibile enucleare chiaramente la prestazione sanitaria da quella sociale. In alcuni casi, infatti, l'intervento sanitario contribuisce esclusivamente alla riduzione del danno sociale; in altri, la componente sociale è ausiliaria a quella sanitaria, senza poter distinguere chiaramente le diverse componenti;
- hanno spesso natura multidisciplinare, coinvolgendo differenti specialità mediche (es. MMG, oncologo, ginecologo, etc.), diverse professioni sanitarie (infermieri o riabilitatori) e anche operatori di natura socio-assistenziale (es. assistenti sociali e psicologi).

Le caratteristiche dei servizi territoriali rendono necessaria l'organizzazione di forme associative complesse di assistenza territoriale idonee a garantire la gestione integrata

del bisogno assistenziale attraverso la presa in carico e la costruzione di percorsi assistenziali integrati.

Alla complessità del sistema dei servizi territoriali corrisponde una forte eterogeneità dei modelli organizzativi e degli strumenti manageriali adottati nelle diverse realtà regionali; conseguenza diretta di azioni a diversi livelli (nazionale, regionale, territoriale) non sempre organiche ed omogenee. In particolare, la risposta alle cronicità ha visto lo svilupparsi di alcuni modelli assistenziali regionali che sono da ritenersi innovativi: il sistema CReG (Chronic Related Group) della Lombardia, i Nuclei di Cure Primarie e le Case della Salute dell'Emilia Romagna, il Chronic Care Model e i «Moduli» della Toscana. Tali esperienze, precorritrici di un cambio epocale, manifestano una decisiva attenzione verso modelli di *disease management*. In effetti si caratterizzano per una nuova classificazione degli utenti, non più solo per patologia ma anche per profilo assistenziale (cronicità, acuzie, non autosufficienza, etc.) e ambito di cura (ospedale, territorio). Tuttavia i modelli presentati degli elementi fondati e catalizzatori dell'innovazione differiscono. Il modello introdotto dalla regione Lombardia - basato sui CReG (Chronic Related Group)- (DGR IX/937 del 01/12/2010) risulta analogo al sistema DRG (Diagnosis Related Group) e basato sulla definizione di raggruppamenti isorisorse di patologie croniche ai quali è associata una tariffa. L'innovazione organizzativa è rappresentata dall'introduzione di un soggetto «garante della presa in carico» (che può essere il MMG, una ONLUS, una Fondazione, un' Azienda Ospedaliera, un privato accreditato), indicato anche come «gestore del CReG». Il gestore, nel caso in cui il MMG viene individuato per mezzo di una gara pubblica, ha il compito di garantire, in continuità, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare etc.) necessari per una buona gestione clinico - organizzativa delle patologie croniche riconducibili ai CReG. Esperienza diametralmente opposta è quella della Regione Emilia Romagna il cui sistema dei servizi territoriali è sviluppato intorno a:

- Nucleo di Cure Primarie- NCP (comprende e integra i principali professionisti dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria) che servono aree territoriali omogenee (popolazione compresa tra i 15.000 e i 30.000 abitanti), con gli obiettivi di rafforzare la continuità assistenziale e l'integrazione delle attività territoriali e l'operato di tutte le figure professionali coinvolte, di garantire il governo clinico in relazione agli obiettivi di salute, migliorare la qualità delle cure attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica;
- Casa della Salute, sede fisica del Nucleo con particolari caratteristiche strutturali e modalità di funzionamento, che rappresenta il nodo strutturale di una rete integrata di servizi.

Tale sistema permette di accostare logisticamente diverse figure professionali dei servizi territoriali, e diventa leva per una progressiva integrazione dell'operato dei singoli, ovvero, permette una erogazione unitaria dei servizi. Il modello, pur conservando una natura pubblica, cerca di catalizzare lo sviluppo e l'innovazione del sistema delle cure primarie, fornendo una spinta allo sviluppo professionale dei medici, dei professionisti convenzionati, di altre figure coinvolte, stimolando la condivisione del-

le informazioni e l'apprendimento, assicurando l'accesso ad una piattaforma strumentale e tecnologica, attraverso meccanismi centripeti.

La regione Toscana, invece, ha identificato un modello di presa in carico dei pazienti cronici - *Chronic Care Model* (CCM) - e in particolare la sua evoluzione, il *Expanded Chronic Care Model*, in cui il singolo paziente è calato nella più ampia dimensione della comunità, e gli aspetti clinici del singolo sono integrati con quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione alle determinanti di salute. Gli elementi costitutivi principali del modello sono: la valutazione dei bisogni della comunità, attraverso l'elaborazione di profili di salute e l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio; la promozione della salute; l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, supportato da scelte politiche e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse; il supporto all'auto-cura (self-management); i sistemi informativi in grado di fornire il raggruppamento dei pazienti per patologie e la classificazione degli stessi per profilo di rischio all'interno di un gruppo; un sistema di allerta che aiuti i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di feedback per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati. L'innovazione del modello toscano consiste nell'identificazione della cronicità come fenomeno sociale, per cui è necessario rafforzare le attività di prevenzione, migliorare gli stili di vita, e per alcune patologie istituire il regime di autocura con il supporto dei familiari e della comunità. Tutto ciò è realizzato attraverso una valorizzazione delle risorse professionali e sociali a disposizione del sistema, così da perseguire un'allocazione costo - efficace delle risorse economiche. Il motore del modello è sicuramente una evoluzione culturale e politica che si fonda su un senso di appartenenza alla comunità e al rigore professionale degli operatori del settore.

In definitiva i tre modelli, brevemente sintetizzati, fanno luce sulla necessità di attivare dei motori di cambiamento e di innovazione, siano essi finanziari, organizzativi, culturali; evidenziano di fatto la necessità di definire un approccio differente che tende alla costruzione di una rete di servizi socio sanitari territoriali.

La rete necessita del coinvolgimento di tutti i "produttori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente.

In particolare, l'*Assistenza Primaria* rappresenta il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche integrate. Partendo da questo principio, l'*Assistenza Primaria* rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso in senso lato "come prendersi cura di" assumendo, così, una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa. La valorizzazione dell'*Assistenza Primaria* è fondamentale per consentire una presa in carico globale della persona, con continuità dell'assistenza a forte integrazione sociosanitaria.

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

XXVIII Executive Summary

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

- il lavoro in team;
- l'implementazione della Medicina d'iniziativa e di prossimità che sappia intervenire, prima dell'evento acuto, nella prevenzione e nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio;
- il miglioramento del sistema informativo integrato nell'Assistenza Primaria, di collegamento tra MMG, PdF, MCA e le strutture sanitarie.

Spingendosi in tale direzione, la Regione Basilicata ha avviato la sperimentazione di alcune forme innovative di Assistenza Primaria da testare sull'area di intervento, tenuto conto delle caratteristiche territoriali, demografiche e delle principali evidenze epidemiologiche.

- L'Ambulatorio per la gestione dei codici di minore gravità (bianchi); trattasi di un ambulatorio da attivare presso i presidi ospedalieri nei quali il Pronto Soccorso registra frequentemente un iperafflusso di utenti (accessi/anno al di sopra di 25.000). Ha la finalità di garantire una risposta sanitaria a quei soggetti che non presentano patologie a carattere di emergenza-urgenza. Può essere collocato nella struttura ospedaliera o nelle sue immediate vicinanze, con percorsi di accesso ben differenziati da quelli del Pronto Soccorso. I pazienti vi affluiranno una volta effettuato il Triage presso il Pronto Soccorso. Qualora all'esito della visita medica venga accertato un livello più grave di patologia rispetto alla classificazione "codice bianco", attribuita al medesimo nell'ambito del Triage del Pronto Soccorso, si provvederà a reinserire il paziente stesso nel canale "ordinario" del Pronto Soccorso. In altri casi, se necessario, dopo la valutazione, al fine di garantire una continuità di cura con quanto intrapreso, il paziente può essere indirizzato ad una struttura specialistica ambulatoriale attraverso un percorso agevolato che preveda, eventualmente, la prenotazione per esami e/o ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi.
- I Punti di Primo Intervento sono strutture che, distribuite omogeneamente sul territorio e con orario di attività articolato nell'arco delle 12 o 24 ore giornaliere secondo le esigenze locali, dispongono di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità.
- Il Presidio Ambulatoriale Distrettuale costituisce un punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino in cui identifica un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in h 24. Si tratta di ambulatori distrettuali gestiti dai Medici di Continuità Assistenziale per effettuazione di visite e prestazioni sanitarie, collocati strategicamente in strutture situate in aree distanti da presidi ospedalieri. L'ambulatorio deve essere collocato in sede distinta dal Pronto Soccorso per evitare che i cittadini continuino ad identificare il PS come luogo unico al quale rivolgersi per qualsiasi problema. Le prestazioni erogabili sono quelle tipiche dell'ambulatorio del medico di MMG e del PLS: visita medica, prescrizione

di farmaci salvavita, certificazione per turnisti, medicazioni, prestazioni urgenti che richiedono un servizio di primo soccorso.

- L'Ambulatorio Territoriale Integrato consiste in un presidio territoriale in cui operano i professionisti che svolgono insieme la loro attività, secondo precise modalità organizzative ispirate alla Medicina di Gruppo. "L'ambulatorio integrato" è aperto almeno dieci ore al giorno, dispone di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali; vi operano MMG e/o PLS, personale infermieristico ed eventualmente personale amministrativo.
- L'Assistenza Territoriale Integrata consiste nello sviluppo di una collaborazione fra più professionisti che rende possibile lo scambio di opinioni e pareri clinici, la condivisione di spazi e attrezzature per una loro ottimale fruizione, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività sia ambulatoriale che domiciliare, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile con possibilità di visite e altre prestazioni su appuntamento.

Un settore complesso come l'Assistenza Primaria necessita di coordinare comportamenti e azioni che fanno riferimento a organizzazioni, figure assistenziali e addirittura sistemi assistenziali differenti. Occorre attivare strategie di integrazione che sappiano individuare strumenti capaci di realizzare un effettivo coordinamento per garantire l'offerta di servizi efficienti ed efficaci, evitando duplicazioni, inefficienze o vuoti e carenze del sistema. L'eccessiva frammentazione del processo di cura nel campo sanitario ha messo il cittadino nella condizione di non partecipare ai singoli processi assistenziali ma di dover interpretare e rendere compatibili le diverse indicazioni ed essere lui stesso il tramite e il collegamento tra i vari professionisti.

Le cure primarie sono strategiche per rispondere ad un bisogno di salute in cambiamento e costruire una politica nazionale organica di long term care. L'orientamento deve essere alla Medicina d'iniziativa e alla presa in carico; questi obiettivi richiedono un sostegno chiaro nella programmazione, nella formazione, nella destinazione delle risorse.

Sarebbe necessario perseguire le seguenti linee strategiche:

1. migliorare la Programmazione Strategica regionale e aziendale, favorendo le forme organizzative complesse della Medicina di famiglia (es. UTAP e/o Medicine di Gruppo), sostenendo in particolare il valore del lavoro in team multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, assistenti sociali).
2. potenziare gli aspetti gestionali e organizzativi:
 - rafforzare il ruolo degli infermieri e del nursing nelle cure primarie;
 - spostare la gestione ed il monitoraggio del paziente cronico a livello territoriale (es. diabete, ipertensione, etc.);
 - privilegiare l'attivazione di ambulatori integrati su pazienti con pluripatologia ed incentivare l'attività di consulenza degli Specialisti in diretta connessione con i Medici di famiglia;
 - potenziare il sistema della residenzialità intermedia (es. RSA, Hospice, etc.);
 - estendere l'approccio delle dimissioni protette e le ammissioni protette;

- investire nel settore, anche con forme di agevolazione fiscale per le forme aggregative;
 - attivare un Call center territoriale collegato al Punto Unico di Accesso, etc.
3. sviluppare la Medicina di iniziativa e/o proattività degli interventi: la medicina di iniziativa ed il *follow up* delle malattie croniche trova il suo massimo espletamento nel distretto, nelle sue strutture e professionalità. Le attività di prevenzione, screening, diagnosi (precoce) e *follow-up* integrano le consuete attività cliniche e assistenziali;
 4. promuovere l'adozione di linee guida o percorsi assistenziali;
 5. potenziare il sistema informativo/informatico;
 6. avviare piani di formazione e comunicazione, in forma integrata, tra i diversi Professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie;
 7. migliorare il sistema delle relazioni all'interno della rete, anche adottando strumenti operativi: cartella clinica integrata, case manager, distretto come garante istituzionale e facilitatore della rete dei rapporti tra cure primarie, ospedale e residenzialità territoriale, interfaccia per tutti gli interventi correlati alle dimissioni protette, mediante l'adozione di procedure semplificate e unitarie per l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e medico-legale;
 8. individuazione di strumenti appropriati di misurazione e di Clinical Governance del territorio.

Tra le forme integrative di assistenza, le cure domiciliari rappresentano una valida opzione terapeutica alternativa al ricovero ospedaliero. Esse permettono di far fronte ai bisogni di salute del paziente mantenendolo, per quanto possibile, nel proprio ambiente familiare a garanzia di una maggiore qualità della vita e di un intervento qualificato ed efficiente. Nello specifico le cure domiciliari integrate rispondono a bisogni complessi dell'utente in cui le componenti sanitaria e sociale non sono operativamente indistinguibili. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta un modello assistenziale finalizzato alla soddisfazione dei bisogni plurimi - prevedendo l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio assistenziali - e alla realizzazione di una presa in carico dell'utente/paziente, sulla base di una valutazione completa del livello di bisogno e della programmazione e pianificazione dei necessari interventi che dovranno essere continuativi e coordinati. Tale modello organizzativo, se ben strutturato, permette una migliore aderenza alle esigenze dell'utenza, favorisce una maggiore collaborazione tra i professionisti coinvolti, spingendo ad un approccio multidisciplinare sia in fase di valutazione del bisogno che in fase di progettazione degli interventi, rappresenta un catalizzatore per la costruzione di una rete territoriale di servizi socio sanitari. La Regione Basilicata ha dimostrato, negli anni, una attenzione particolare al tema della domiciliarità, che trova la sua massima espressione nella pubblicazione delle linee guida per l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare (D.G.R. n. 862 del 10 Giugno 2008). Il modello organizzativo delle cure domiciliari si sviluppa intorno al Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative che assicura il governo dei servizi assistenziali domiciliari, ha sede distrettuale, attiva l'Unità di Valutazione Integrata per la valutazione multidimensionale del paziente, propedeutica alla stesura del piano di assistenza individuale. La presa in carico continuativa viene garantita, anche, dall'individuazione al-

l'interno dell'UVI di un facilitatore, il case manager, che costituisce un riferimento per l'utente in tutta la fase di assistenza. Le politiche sanitarie lucane, che già hanno portato, come dimostrano i dati su scala nazionale, ad ottimi risultati in termini di percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata, sono orientate verso una crescente innovazione organizzativa e tecnologica del sistema delle cure domiciliari favorita da una necessaria e omogenea informatizzazione dei flussi dei dati. L'analisi di contesto nazionale e regionale ha evidenziato la presenza di diversi sistemi di valutazione delle forme assistenziali in esame. Tali sistemi prevedono l'utilizzo di specifici indicatori per misurare e osservare le forme di assistenza domiciliare dal punto di vista clinico (es. tipologia di paziente assistito), di processo assistenziale (es. numero delle prese in carico in un determinato arco temporale), di appropriatezza dell'intervento e del livello di efficacia assistenziale territoriale (percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata). A tal proposito, come sopra menzionato, sarebbe necessario progettare dei modelli e sistemi di raccolta ed elaborazione dei dati (numero dei pazienti trattati, dati anagrafici, patologie, etc.) che permettano il monitoraggio continuo degli indicatori presenti in letteratura e comportino un indispensabile allineamento dei sistemi di valutazione e osservazione implementati a livello regionale con quelli suggeriti dal Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della Salute. Altro tassello fondamentale, nel processo di innovazione, è rappresentato dall'allocazione delle risorse finanziarie che, tra l'altro, deve essere tale da poter permettere una formazione specifica degli operatori e dei professionisti coinvolti. Sarebbe auspicabile, come accade già per altri modelli assistenziali implementati sul territorio nazionale, una sempre maggiore *empowerment* e responsabilizzazione dei pazienti e dell'intera comunità. In definitiva il sistema delle cure domiciliari lucane dovrebbe proseguire il suo sviluppo orientandosi su un modello tale da garantire un efficace coordinamento, collaborazione ed integrazione tra le diverse istituzioni e professionisti coinvolti, così da permettere l'adozione di percorsi di assistenza socio sanitaria che raggiungano il cittadino-utente sul territorio senza determinare l'allontanamento dal proprio ambiente di vita e che abbiano al centro non solo il paziente ma anche la sua famiglia.

Parallelamente allo sviluppo dell'assistenza di tipo domiciliare, negli ultimi anni si è assistito ad una crescente attenzione anche verso l'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera, tale attenzione è legata ad una pluralità di fattori, quali:

- una crescita della domanda, alimentata da un progressivo invecchiamento della popolazione;
- una crescente necessità di riduzione della spesa, soprattutto alla luce della recente normativa che introduce la revisione della spesa – nota come “*spending review*”;
- una maggiore attenzione verso il cittadino inteso come utente dei servizi sanitari.

Per “*prestazione residenziale o semiresidenziale*” si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione. Pertanto, la prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

Le strutture residenziali, nelle loro differenti declinazioni terminologiche - che variano da Regione a Regione - costituiscono ormai un pilastro consolidato, ma con caratteristiche in continua evoluzione. A fronte dell'invecchiamento della popolazione e della crescita di situazioni di fragilità non più gestibili a domicilio, la struttura residenziale ha finora assicurato un livello di assistenza medica coincidente con quello della medicina generale, integrato da assistenza infermieristica, riabilitativa ed accompagnato da un elevato livello di tutela assistenziale ed alberghiera.

Ora però il tipo di servizio non appare più solo come una risposta al bisogno di soluzioni residenziali definitive, attestate su livelli standardizzati. La domanda in tale senso rimane alta, ma si accompagna anche alla ricerca di soluzioni personalizzate, legate a necessità specifiche.

Il sistema della residenzialità e semi-residenzialità in Regione Basilicata, congiuntamente a quello delle cure domiciliari e delle post acuzie, rappresenta il fulcro della rete territoriale dedicata alla presa in carico della popolazione fragile nelle sue diverse declinazioni (anziani, disabili, portatori di patologie croniche). Pertanto, la Regione Basilicata ha investito sull'intensificazione delle unità di offerta individuando quattro principali tipologie di prestazioni ad utenti non autosufficienti:

- prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani;
- prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili;
- prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche;
- prestazioni nei Centri residenziali per cure palliative/hospice.

L'obiettivo è quello di giungere alla realizzazione di un sistema integrato di attività dedicate e funzionali agli stakeholder (soggetti trattati) che persegua obiettivi di appropriatezza ed efficacia.

Le unità operative distrettuali Cure Domiciliari e Residenziali costituiscono, insieme al Punto Unico di Accesso (PUA) per la presa in carico del cittadino con fabbisogni sociosanitari la sede specifica per la presa in carico, la realizzazione dei Piani di Assistenza per queste tipologie di cittadini e la risposta adeguata a garanzia del bisogno.

Allo stato attuale l'offerta residenziale sul territorio lucano, seppur qualitativamente adeguata, non risulta ancora equamente diffusa sul territorio.

Si può affermare che il sistema delle strutture residenziali sta crescendo, dal punto di vista degli assetti istituzionali (nuove forme giuridiche e sviluppo di network), dei modelli di servizio, dal punto di vista gestionale, ma parallelamente la complessità della sfida e il livello degli obiettivi attesi si sta innalzando.

Il quadro informativo a cui si dovrebbe collettivamente ambire dovrebbe basarsi su elementi conoscitivi, quali le rette pagate dagli utenti, i trasferimenti pubblici, gli standard di servizio e i costi di produzione. Ciò permetterebbe di conoscere i margini di miglioramento e d'investimento disponibili e, conseguentemente, giustificare eventuali modifiche di policy o contributi finanziari aggiuntivi esterni al perimetro tradizionale del sistema, qualora quest'ultimo abbia raggiunto i propri livelli massimi di funzionalità.

Inoltre, la consapevolezza di una dinamica critica per un fattore produttivo (per esempio, la scarsità di medici o infermieri disponibili a lavorare nelle strutture per

anziani non autosufficienti), dovrebbe invitare le singole Regioni ad intervenire attraverso adeguate politiche attive del lavoro.

In antitesi alla modalità assistenziale territoriale - primaria, domiciliare e residenziale, troviamo l'assistenza di tipo ospedaliera, oggi chiamata ad una profonda rivisitazione, sia dal punto di vista organizzativo sia dal punto di vista clinico-assistenziale.

Infatti, nel prossimo futuro, gli assessorati sanitari regionali e i Direttori delle strutture sanitarie saranno chiamati a scegliere come ridisegnare l'assetto degli ospedali, come razionalizzare il numero dei posti letto e delle unità operative, come creare nuove strutture e servizi territoriali.

L'attuale organizzazione delle cure richiede una profonda revisione per:

- rispondere ai nuovi bisogni (cronicità, fragilità, continuità delle cure, etc.);
- rendere più efficiente l'articolazione dei servizi ospedalieri;
- garantire la continuità delle cure al domicilio e nelle strutture territoriali e l'integrazione con le prestazioni ospedaliere.

I modelli che si affacciano nell'organizzazione dei servizi sanitari (l'organizzazione degli ospedali per aree di degenza per intensità di cura, il medico tutor, le piattaforme assistenziali, le reti, le Case della Salute, i PDTA, il potenziamento dell'assistenza domiciliare, etc.) devono essere funzionali al miglioramento dell'organizzazione esistente.

Le ricadute dei modelli che si stanno implementando porteranno a cambiare:

- le modalità di collaborazione e integrazione tra specialisti e professionisti (lavoro in team);
- il perimetro dell'azione e delle responsabilità dei professionisti;
- il ruolo di chi dirige le equipe (sviluppo delle competenze professionali dell'equipe, presidio dei percorsi e valutazione sistematica degli esiti).

Occorrerà, inoltre, immaginare e sviluppare nuovi ruoli – ad esempio il *bed manager*, il *flow manager* di pronto soccorso, il *process-owner* dei processi organizzativi, l'*operations manager* per la gestione delle regole di uso delle piattaforme condivise, etc. – e modificare ruoli già esistenti – ad esempio i coordinatori dell'assistenza, le direzioni mediche di presidio ospedaliero, etc.

L'invecchiamento della popolazione aggravato dalla presenza di pluripatologie e dall'isolamento sociale dell'anziano, crea un aumento del bisogno di sostegno alle famiglie per il reinserimento dell'anziano dimesso e non autosufficiente presso il proprio domicilio. In queste condizioni risulta a volte difficoltoso organizzare un percorso clinico che consenta al paziente il rientro a domicilio o in struttura e spesso i *care giver* trovano difficoltà nell'integrazione dell'aspetto clinico con le problematiche sociali. La dimissione "difficile" non viene identificata all'ingresso e spesso non vengono attivate le procedure corrette (assistente sociale, UVG) creando così difficoltà alla dimissione del paziente che necessita di supporto.

L'organizzazione sanitaria è dunque chiamata ad evolversi in base al cambiamento della domanda, in maniera da garantire un'assistenza sempre più adeguata alle esigenze della cittadinanza e le massime condizioni di sicurezza per i pazienti ricoverati.

Occorre, quindi, implementare strumenti operativi in grado di migliorare la capacità di creare “disponibilità” in termini di posti letto, più rapidamente per l’organizzazione e con un maggior livello di confort e sicurezza per il paziente.

Occorre ridisegnare i percorsi fisici dei pazienti in base al concetto di intensità di cura, superando la tradizionale assegnazione di risorse e spazi basata sul criterio della specialità clinica e quindi del reparto.

In particolare, la figura del “*bed manager*” è responsabile della gestione del percorso del paziente in ospedale con l’ausilio del personale medico e infermieristico al fine di raggiungere il *setting* assistenziale adatto. Svolge una funzione di “cerniera” tra reparto di ricovero e Pronto Soccorso (PS), al fine di collocare il paziente in arrivo dal Pronto Soccorso nel *setting* assistenziale più adeguato.

Il Responsabile delle dimissioni (*Discharge manager*) gestisce le dimissioni complesse, attraverso il coordinamento con le strutture intermedie, con i MMG, con i servizi sociali e con chiunque potenzialmente può essere coinvolto in una dimissione di un paziente fragile, vulnerabile, o che semplicemente necessita di iter riabilitativo o assistenza domiciliare.

Il Responsabile dei percorsi fisici (*Flow manager*) ottimizza e garantisce fluidità ai percorsi dei pazienti che attraversano diverse aree produttive dell’ospedale (sala operatoria, ambulatori, aree di degenza, terapia intensiva).

Occorrerà progettare percorsi di sviluppo organizzativo per accompagnare il cambiamento con la messa in contesto dei nuovi ruoli. Anche la strumentazione gestionale dovrà essere affinata; diverse innovazioni riguarderanno le procedure operative, quali la gestione delle liste di attesa, la programmazione di sala operatoria, l’avvio del processo di continuità assistenziale per il paziente ricoverato, etc.

Occorrerà, infine, potenziare le strutture territoriali (Case della Salute, Strutture Intermedie, assistenza domiciliare, ambulatori di patologia per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, etc.), incrementare l’integrazione Ospedale – Territorio (dimissione protetta, PDTA per la presa in carico delle patologie croniche), revisionare il ruolo dei medici di continuità assistenziale.

Come in ogni processo di cambiamento occorrerà tener conto delle eventuali criticità attuative che devono essere studiate ed affrontate, con trasparenza ed il coraggio di ritornare sulle decisioni, quando necessario.

Per rispondere al cambiamento, occorrono metodi e strumenti di gestione sofisticati, ma soprattutto professionalità e competenze in grado di gestirli; è inoltre auspicabile che, nelle diverse posizioni di responsabilità, si creda nei principi fondamentali della collaborazione e dell’integrazione.

Nel Rapporto viene dato risalto, inoltre, al tema della rendicontazione sociale per le Aziende sanitarie su cui il Dipartimento Salute della Regione Basilicata ha lavorato a lungo nel corso del 2012 approfondendolo in una logica di rafforzamento della governance e del grado di accountability del Sistema sanitario regionale nel suo complesso.

La Regione Basilicata ha posto in essere una serie di politiche sanitarie regionali:

- si è dotata di un Piano integrato della salute per avviare una “politica per la salute” che si realizza attraverso un processo di programmazione negoziata con le Aziende sanitarie;

- nel “Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 Ammalarsi meno, curarsi meglio” (approvato con D.C.R. 24 luglio 2012 n. 317) pone l’attenzione sulla necessità di rendere conto in maniera trasparente delle azioni svolte dalla sanità regionale;
- nel 2012 ha definito degli obiettivi puntuali per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie.

L’Azienda Sanitaria di Potenza e l’Azienda Ospedaliera “San Carlo”, nel 2012, hanno adottato lo strumento “Bilancio sociale” per rendicontare l’attività erogata ai cittadini-utenti, ai dipendenti e al personale interno, alla cittadinanza organizzata, agli Enti locali.

Le Aziende, seppur abbiamo dovuto operare in un contesto congiunturale caratterizzato da limitazioni economiche e da interventi di razionalizzazione dei servizi, sono riuscite ad indirizzare la propria mission verso obiettivi di sana ed equilibrata gestione economica al fine di mantenere invariata la qualità e la quantità dell’offerta sanitaria.

L’azienda Ospedaliera Regionale “San Carlo”, con lo strumento Bilancio Sociale in forma di Bilancio di Missione, ha inteso “Dare conto”, da un punto di vista sociale, delle attività, delle caratteristiche e del funzionamento dell’AOR partendo dalla descrizione del contesto in cui l’Azienda opera, fornendo informazioni economiche e di efficienza gestionale relative alle attività realizzate e ai principali progetti attivati, allo stato di avanzamento delle linee di sviluppo, alle attività di ricerca portate avanti dai professionisti dell’Azienda e le iniziative attuate per lo sviluppo delle competenze connesse alla ricerca e all’innovazione.

L’introduzione del Bilancio sociale costituisce uno stimolo fortissimo a ripensare il ruolo e l’operato delle Aziende sanitarie all’interno di un processo di accountability. Questo dovrebbe implicare la costruzione di una maggiore circolarità e coerenza tra i momenti della programmazione (Piano Sanitario Regionale, Piani Strategici e Piani Attuativi Locali delle aziende, Bilanci di previsione, processi di budgeting) e momenti di rendicontazione (monitoraggio del Piano, bilanci di esercizio, valutazione delle performance), in un rapporto di confronto e dialogo permanente con il territorio e la comunità di riferimento.



Elenco Autori

CONTE Anna

Assegnista di ricerca in Sviluppo di logiche di gestione per competenze e di performance management nelle aziende sanitarie. Cultrice delle materie di Management Sanitario, CSR e Rendicontazione Sociale. Collabora con il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali) – Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” – in progetti di ricerca nel campo del management e dell’organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

D’ADAMO Antonella

Dottore di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”. Collabora con il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali), Facoltà di Economia. È Professore a contratto di Economia Aziendale, Organizzazione aziendale e Management Sanitario presso le Facoltà di Economia e Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

D’AMBROSIO Francesca

Dottoranda di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”. Collabora con il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali) – Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” – in progetti di ricerca nel campo del management e dell’organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

D’ANGELA Daniela

Ingegnere biomedico.

Laureata in ingegneria biomedica presso l’Università di Pisa.

Master in management and clinical engineering presso l’Università di Trieste.

Ricercatore dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” afferente al CREA Sanità e al CEIS.

D’ATTIS Andrea

Ingegnere Clinico e Biomedico in staff alla Direzione Generale del San Camillo Forlanini in Roma. Collabora con il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali)

– Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” – in progetti di ricerca nel campo del management e dell’organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche.

MENEGUZZO Marco

Professore ordinario in Economia delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche e in Economia delle Aziende non profit presso la Facoltà di Economia dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”. È professore a contratto di Management pubblico e non profit presso l’Università della Svizzera Italiana.

Direttore del Master in Innovazione e Management delle Amministrazioni Pubbliche e del Master Lavorare nel non profit dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, docente di diversi programmi di Master a livello nazionale e internazionale e coordinatore di progetti di ricerca presso il CEIS Sanità dal 2003.

PIASINI Laura

Economista.

Corso di Perfezionamento in Economia e Gestione Sanitaria – Facoltà di Economia Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

Ricercatore dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” afferente al CREA Sanità e al CEIS.

PLONER Esmeralda

Economista.

Laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso la Facoltà di Economia dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

Ricercatore dell’Università degli studi di Roma “Tor Vergata” afferente al CREA Sanità e al CEIS.

POLISTENA Barbara

Statistica.

Laureata in Scienze Statistiche Demografiche e Sociali presso la Facoltà di Statistica dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.

Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari e Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Dottoranda di ricerca in Metodi Di Ricerca Per L’Analisi Del Mutamento Socio-Economico.

Ricercatore dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” afferente al CREA Sanità e al CEIS.

SPANDONARO Federico

Economista.

Laureato in Economia e Commercio presso la Facoltà di Economia dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.

Professore aggregato di Economia e Management Sanitario presso l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

Membro del Comitato Scientifico a supporto della Direzione della Programmazione del Ministero della Salute e Consulente della Commissione Parlamentare bicamerale “antimafia”.