



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PIANO ATTUATIVO LOCALE
AZIENDA SANITARIA ASP DI POTENZA
TRIENNIO 2015-2017



PREMESSA/INTRODUZIONE

P.A.L. è lo strumento che traduce in interventi e servizi la programmazione di ambito sanitario, con l'obiettivo di trasformare le istanze di salute ed assistenziali in azioni concrete attuabili da parte dell'Azienda Sanitaria, secondo quanto indicato nel Piano Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità 2012-2015. Ammalarsi meno, curarsi meglio – D.C.R. del 24 luglio 2012 n. 317 pubblicato sul BUR n. 32 del 1° settembre 2012. e negli atti di programmazione regionale.

Il contesto economico nel quale si colloca la programmazione sanitaria pone in primo piano la problematica relativa alla sostenibilità finanziaria del Sistema Sanitario Regionale, quale condizione imprescindibile per perseguire l'interesse generale della promozione e tutela della salute di chi vive e lavora in Basilicata. Occorre prendere atto infatti, che “gli scenari nazionali che si prospettano nel medio periodo non appaiono favorevoli per perseguire tali obiettivi generali. La ricorrente messa in discussione dei principi stessi dell'impianto universalistico del sistema pubblico di assistenza” richiedono interventi finalizzati ad una sempre maggiore razionalizzazione della spesa sanitaria, nonché ad una riqualificazione della stessa nel senso della sua appropriatezza. La scelta della Regione Basilicata è stata (ed è) quella di perseguire gli obiettivi fissati mediante la programmazione pubblica, quale elemento qualificante e fattore discriminante rispetto ad altri modelli gestionali, ottenendo il risultato di un Sistema Sanitario Regionale che ad oggi non risulta gravato da debiti delle gestioni precedenti.

Il Piano Attuativo Locale, in coerenza con la programmazione regionale, deve muovere dunque da una realistica valutazione delle previsioni di finanziamento per il triennio 2015-2017.

Per garantire poi efficacia, efficienza ed economicità della gestione aziendale, occorre potenziare le tecniche del controllo di gestione già implementate, sviluppando sempre più la gestione per budget e puntando sulla responsabilizzazione dei dirigenti, in particolare introducendo sistemi operativi di “governo clinico”.

Rilevanza verrà data all'attuazione della delega dei poteri gestionali dalla Direzione Aziendale ai Responsabili dei macro-livelli organizzativi aziendali, con la conseguente opportunità di assicurare rapidità ed appropriatezza degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi individuati, e allo sviluppo di azioni necessarie ad assicurare le condizioni per “costruire una organizzazione in grado di apprendere dai suoi problemi e di garantire la pronta e tempestiva adozione delle innovazioni organizzative e gestionali realizzate, che sono continuamente introdotte nel SSR”, che rappresenta “il fine ultimo del «governo clinico»

L'introduzione del “governo clinico”, peraltro, non implica l'abbandono della strumentazione gestionale classica basata sulla programmazione e sul controllo di gestione, che deve invece essere sempre di più rafforzata, prevedendo il costante monitoraggio dei costi sostenuti per la produzione dei servizi offerti



dall'Azienda, già effettuato con cadenza trimestrale, al fine di garantire la tempestività degli interventi gestionali laddove si evidenzino significativi scostamenti dalle previsioni fatte in sede di budget.

Per le modalità della sua costruzione, per le nuove responsabilità che attiva, per le connessioni che sviluppa tra soggetti diversi, questo PAL è uno strumento di programmazione caratterizzato fondamentalmente dalla partecipazione e dalla democraticità del metodo.

Rafforza la relazione tra la comunità locale ed i cittadini, poiché da un lato gli Enti Locali territoriali assumono un ruolo di grande responsabilità nella configurazione del sistema socio-sanitario provinciale e da un altro lato sono i livelli decisionali ad avvicinarsi ai luoghi ove si esprimono i bisogni reali della comunità.

Sono stante potenziate le relazioni tra gli Enti Locali e l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in ordine alle competenze attinenti il rapporto tra la programmazione e la gestione.

L'Azienda oggi ha acquisito esperienze importanti, ricche di luci e di ombre, forse anche necessarie per segnare le esigenze di cambiamento in particolari momenti storici.

Assume rilevanza a livello territoriale il nuovo rapporto tra Enti Locali e l'Azienda ASP di Potenza. Se appare ormai scontato e condiviso che i primi sono titolari del processo di programmazione e alla Azienda spetta la responsabilità della gestione, l'innovazione sostanziale è nella modalità attraverso cui il rapporto tra queste due funzioni si sviluppa.

E noi pensiamo che la cosiddetta programmazione negoziata, quella cioè che distingue tra ruoli e competenze diverse, ma allo stesso tempo impegna a realizzare una sintesi progettuale partecipata e condivisa a livello locale rappresenti una grande svolta sul piano concettuale.

Il Sistema sanitario pubblico costituisce uno dei fattori più rilevanti per la costruzione della coesione sociale e la qualità della vita nel nostro territorio, tanto più in questo momento di crisi che mette a dura prova tutti noi, in particolare le classi sociali più deboli ed esposte. Per far crescere questo Sistema e renderlo sempre più capace di rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini abbiamo realizzato un percorso che partendo dai bisogni perviene a proposte concrete, per consolidare e accrescere i nostri servizi sanitari e sociosanitari. I risultati di questo lavoro costituiscono questo documento.

Importanti sinergie si intendono realizzare con le altre Aziende operanti nel Sistema Sanitario Regionale. Infatti, per la prima volta, si realizza una piena e forte intesa programmatica tra l'Azienda ASP di Potenza e l'Azienda AOR San Carlo. Questo patto è stato ampiamente perseguito ed il prodotto finale testimonia una programmazione unitaria e condivisa: un insieme di strategie e obiettivi per un Servizio sanitario integrato e complementare, una premessa fondamentale per garantire pari opportunità assistenziali e alti livelli di equità, efficienza ed efficacia delle prestazioni per tutti i cittadini residenti sul territorio provinciale.

Puntiamo a costruire la Sanità del futuro investendo come non mai nell'innovazione e nei processi di miglioramento. Sono così state sviluppate ex novo quattro aree sulle quali avevamo avvertito segni di



criticità: l'accessibilità ai servizi, la continuità assistenziale, lo sviluppo tecnologico, le risorse professionali.

Non si tratta di impegni generici o di promesse facili: per il modo stesso con cui è nato questo documento, oggi sappiamo che potrà davvero essere realizzato. Sappiamo, infatti, di poter contare, nella nostra provincia, su un patrimonio di risorse umane, tecniche e professionali di primo ordine. Siamo orgogliosi di questo patrimonio. Non è poca cosa poter contare su professionisti seri e preparati, pronti a mettersi in gioco non solo per realizzare le prestazioni attese, ma anche a concorrere ai processi di innovazione del sistema per il quale operano.

Sappiamo di poter contare su un metodo capace di garantire l'efficacia delle nostre azioni, partendo dal territorio, costruendo sulle risorse disponibili, coinvolgendo la comunità nelle sue espressioni, producendo capacità di governo nella pluralità delle responsabilità e dei ruoli.

L'impegno nostro e di tutti coloro che hanno impostato, coordinato ed elaborato questo documento da lì poi ripartirà, per trasformare insieme obiettivi e progetti individuati in risultati, per la qualità della vita e il benessere delle nostre comunità.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO ED EPIDEMIOLOGICO

PROFILO TERRITORIALE

***Piano Attuativo Locale 2015-2017
Azienda Sanitaria Locale di Potenza
Direttore Generale dott. Giovanni Battista Bochicchio***

L'ambito territoriale aziendale corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza: 100 comuni con una superficie di **6.594,44 km²**. Rappresenta una realtà complessa in rapporto all'assetto orografico del territorio e alle problematiche socio-economiche che la connotano, in gran parte montuosa, intersecata da vallate, e servita da infrastrutture non sempre sufficienti a garantire adeguati collegamenti.

Il territorio della provincia si caratterizza per la molteplicità delle tipologie degli ambienti che lo compongono: al suo interno sono presenti poli industriali e diverse aree industriali, aree protette e parchi, l'area urbana di Potenza capoluogo di provincia in cui sono concentrati la maggior parte dei servizi della pubblica amministrazione.



Difatti al suo interno sono presenti vari poli industriali, come quello di San Nicola di Melfi, ma anche ambienti prettamente naturali come i laghi di Monticchio, la costa di Maratea (unico sbocco sul mare della provincia), la zona centrale della foresta lucana, il massiccio del Monte Sirino ed il vasto Parco nazionale del Pollino, condiviso con la Calabria e con sede a Rotonda, nella parte meridionale della provincia.

Fanno parte del territorio provinciale i laghi di Monticchio, il lago Sirino ed i laghi artificiali di Monte Cotugno, del Pertusillo, di Acerenza e del Rendina. È attraversata dall'autostrada A3, alla quale si ha accesso attraverso quattro svincoli presenti nei comuni di Lagonegro (Nord e Sud) e Lauria (Nord e Sud).

DENSITA' ABITATIVA ED URBANIZZAZIONE.

Estensione territoriale della Provincia di POTENZA e relativa densità abitativa, abitanti per sesso e numero di famiglie residenti, età media e incidenza degli stranieri



TERRITORIO

Regione **BASILICATA**

Sigla **PZ**

Comune capoluogo **POTENZA**

Comuni nella provincia **100**

Superficie (kmq) **6.594,44**

Densità abitativa
(abitanti/kmq) **56,91**

DATI DEMOGRAFICI ((01/01/2015 - ISTAT))

Popolazione (n.) **375.314**

Famiglie (n.) **153.962**

Maschi (%) **48,9**

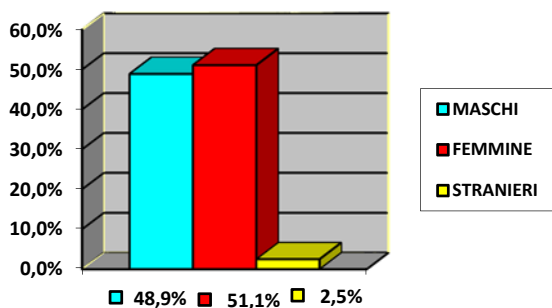
Femmine (%) **51,1**

Stranieri (%) **2,5**

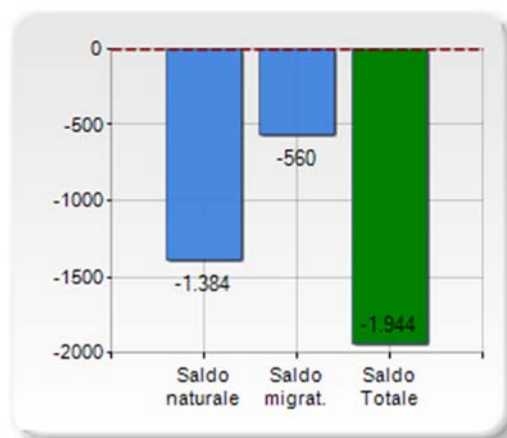
Età media (anni) **44,5**

Dati ISTAT al 31 dicembre 2014 . Rielaborazione TUTTITALIA.IT

INCIDENZA MASCHI, FEMMINE E STRANIERI



BILANCIO DEMOGRAFICO










CLASSIFICHE

I 5 comuni più popolosi sono: **Potenza, Melfi, Lavello, Rionero in Vulture e Lauria;**

Le statistiche sono quelle ufficiali elaborate dall'ISTAT.

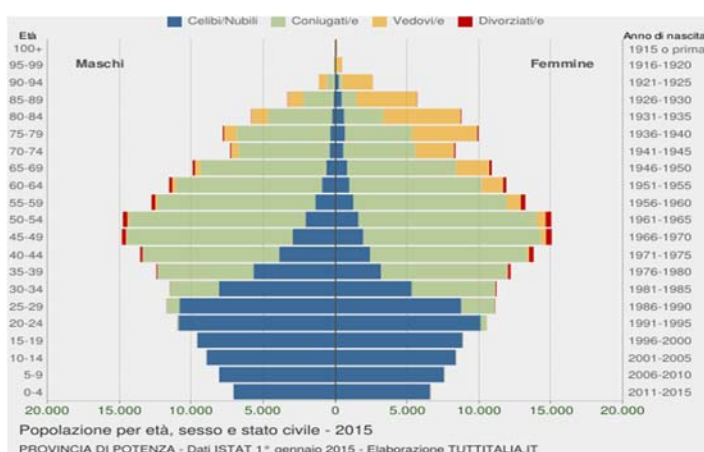
Di seguito vengono elencati i comuni con più di diecimila abitanti:

Stemma	Comune	Popolazione aggiornati al 01/01/2015 (ISTAT)	Superficie
	Potenza	67.348	175,43 kmq
	Melfi	17.718	206,23 kmq
	Lavello	13.715	134,67 kmq
	Rionero in Vulture	13.302	53,52 kmq
	Lauria	13.033	176,63 kmq
	Venosa	11.933	170,33 kmq
	Avigliano	11.697	85,48 kmq

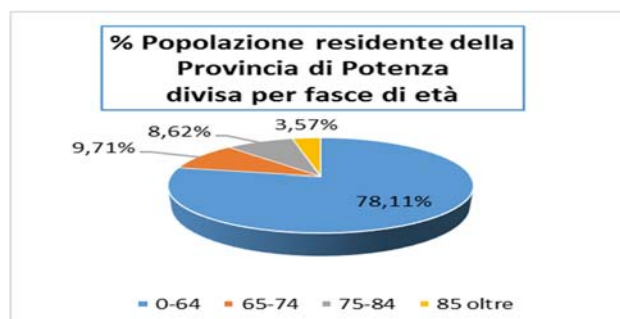
PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'Asp di Potenza risiedono **375.314** abitanti di cui **67.348** nella città capoluogo (**dati Istat al 01.01.2015**), per una densità abitativa media di **56,91** ab/kmq.

Le figure e le tabelle sottostanti descrivono i più significativi dati demografici relativi alla provincia di Potenza, a partire dalla piramide della popolazione, che già da sola è indicativa della composizione per età dei residenti



Popolazione residente	
375.314	abitanti
48,9%	uomini
51,1%	donne





Distribuzione della popolazione 2015 – Basilicata

Età	Celibi /Nubili	Coniugati /e	Vedovi /e	Divorziati /e	Maschi	Femmine	Totale	
					%	%		%
0-4	21.618	0	0	0	51,5%	48,5%	21.618	3,7%
5-9	24.398	0	0	0	51,9%	48,1%	24.398	4,2%
10-14	27.182	0	0	0	51,7%	48,3%	27.182	4,7%
15-19	28.742	23	0	0	51,9%	48,1%	28.765	5,0%
20-24	32.543	780	1	7	51,3%	48,7%	33.331	5,8%
25-29	29.993	5.067	14	39	51,5%	48,5%	35.113	6,1%
30-34	20.687	14.536	41	123	50,8%	49,2%	35.387	6,1%
35-39	13.866	24.311	92	381	50,6%	49,4%	38.650	6,7%
40-44	9.766	31.417	264	724	49,9%	50,1%	42.171	7,3%
45-49	7.428	35.979	609	1.031	49,4%	50,6%	45.047	7,8%
50-54	5.469	37.119	1.095	1.083	49,3%	50,7%	44.766	7,8%
55-59	3.917	33.184	1.716	940	49,2%	50,8%	39.757	6,9%
60-64	2.749	29.688	2.628	711	49,1%	50,9%	35.776	6,2%
65-69	2.111	25.732	4.064	483	48,1%	51,9%	32.390	5,6%
70-74	1.451	17.744	4.995	240	46,7%	53,3%	24.430	4,2%
75-79	1.493	16.913	8.108	195	43,9%	56,1%	26.709	4,6%
80-84	1.214	10.745	9.607	87	40,8%	59,2%	21.653	3,8%
85-89	773	4.652	7.660	58	37,9%	62,1%	13.143	2,3%
90-94	341	1.159	3.834	15	32,0%	68,0%	5.349	0,9%
95-99	57	99	671	1	26,1%	73,9%	828	0,1%
100+	14	7	134	1	19,9%	80,1%	156	0,0%
Totale	235.812	289.155	45.533	6.119	49,0%	51,0%	576.619	

Fonte dati :ISTAT - Rielaborati TUTTITALIA

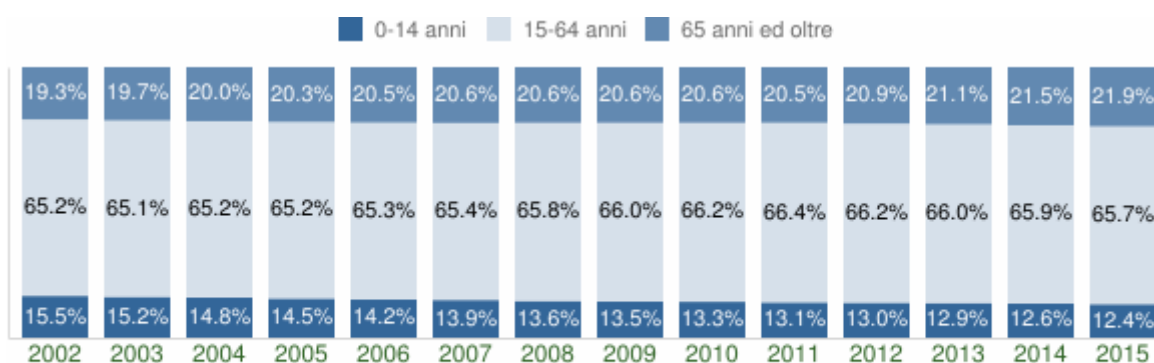
L'età media della popolazione residente, così come evidenziato dai dati sopra riportati, è piuttosto avanzata ed in linea con quella regionale e dell'intera nazione, anche se la percentuale degli over 65 è inferiore di circa due punti percentuali rispetto alla media italiana. Anche nel territorio provinciale di Potenza notevoli sono le differenze fra le zone costiere/collinari e quelle

interne. Queste ultime, infatti, vedono una età media della popolazione più avanzata rispetto alle altre aree della provincia, una realtà che va di pari passo con lo spopolamento, la minore dinamicità economica e le difficoltà nei collegamenti viari.

Spopolamento, denatalità e invecchiamento sono fenomeni che incideranno sempre più sulla spesa sanitaria in correlazione con l'aumento della prevalenza delle malattie cronico - degenerative e della non autosufficienza.

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE DAL 2002 AL 2015

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario



Struttura per età della popolazione

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2002	60.742	256.471	75.959	393.172	40,5
2003	59.560	255.796	77.357	392.713	40,8
2004	58.324	256.008	78.422	392.754	41,1
2005	56.990	255.750	79.478	392.218	41,4
2006	55.574	254.599	79.895	390.068	41,7
2007	54.112	253.703	80.003	387.818	42,1
2008	52.788	254.809	79.598	387.195	42,3



Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2009	52.014	255.248	79.569	386.831	42,6
2010	51.140	254.934	79.235	385.309	42,9
2011	50.231	254.719	78.841	383.791	43,2
2012	49.072	249.739	78.701	377.512	43,5
2013	48.379	248.224	79.579	376.182	43,8
2014	47.690	248.473	81.095	377.258	44,1
2015	46.600	246.540	82.174	375.314	44,5

L'invecchiamento della popolazione residente nel territorio dell'Azienda deriva da un basso indice di natalità pari a 6,8 nati ogni 1000 abitanti a fronte di un dato nazionale del 8,5 nati per ogni 1000 abitanti anche se il tasso di fecondità supera quello nazionale di circa 2,3 punti percentuali (23,3 bambini di età fino a 4 anni rispetto al numero di donne in età feconda -15-49 anni).

Tab.4- Principali indicatori statistici relativi alla popolazione residente in provincia di Potenza con raffronto Regionale e Nazionale. Fonte ISTA periodo 2013

	Provincia Potenza	Regione Basilicata	Italia
tasso di natalità (x 1000 ab)	6,8	7,1	8,5
tasso di mortalità (x 1000 ab)	10,8	10,3	10,0
speranza di vita alla nascita (ultimo anno disponibile 2011)	M: 78.7 anni F: 84.5 anni	M: 79,4 anni F: 84.6 anni	M: 79 anni F: 84.1 anni
indice di vecchiaia	157%	151%	145%
tasso di fecondità (x 1000 ab)	23,3	23,4	21

La speranza di vita alla nascita (o vita media) esprime il "numero medio di anni vissuti da una generazione di nati". E' un indicatore sociale di estrema importanza per la valutazione della salute di un individuo poiché si correla anche alla qualità e quantità dell'offerta e all'utilizzo di servizi sociali e sanitari di prevenzione e di assistenza. Per quanto concerne la Basilicata continua il buon andamento della sopravvivenza della popolazione lucana che, rispetto al medesimo dato italiano, registra negli anni valori stabili e pressoché sovrapponibili e ciò per ambo i generi - i dati positivi riguardano sia i valori alla nascita che quelli a 65 anni.

Nel 2012 la speranza di vita dei lucani giunta a 79,9 anni per gli uomini e a 84,3 per le donne (Italia, rispettivamente 79,6 e 84,4)- a 65 anni le aspettative di vita danno 18,7 anni per

gli uomini e 21,7 anni per le donne (Italia, rispettivamente 18,3 e 21,8). Al 2013 (stima) i valori non sembrano rivelare mutamenti sostanziali (anno 2013- Basilicata: alla nascita maschi 79,6); femmine 84,6 - a 65 anni maschi 18,7; femmine 21,9 - Italia: alla nascita- maschi 79,8:feminine 84,6- a 65 anni - maschi 18,5; femmine 22,0). Permangono disuguaglianze territoriali e sociali. Particolarmente significativo è l'indice di vecchiaia (numero di residenti di età > a 65 anni /ragazzi di età < a 14 anni) superiore di 12 punti percentuali a quello nazionale e di solo 6 punti a quello regionale. Altro effetto di una popolazione con una età media elevata è il tasso di mortalità, che nel 2011 è stato di 10,3 decessi per ogni mille abitanti, con un dato nazionale relativamente allo stesso periodo di 9,1.

Il dato, speranza di vita alla nascita, è in linea con quello nazionale sia per le femmine che per i maschi, segno che gli stili di vita sono ancora sani e l'assenza di grandi centri abitati, favorisce una migliore qualità della vita.

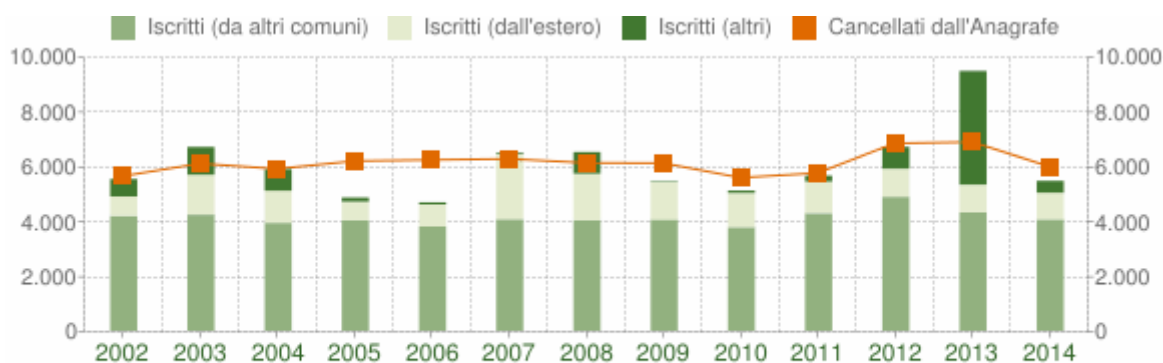
Tab.5- indicatori su composizione dei nuclei familiari e su saldo naturale relativi alla popolazione residente in Provincia di Potenza (Fonte dati ISTAT 31/12/2013)

Nuclei familiari	numero medio di componenti per famiglia	saldo naturale		saldo migratorio ed altro	
		nati	morti	In	Out
154.02 (di cui 171 convivenze)	2,44	2.578	4.056	5.104	5.608
		saldo naturale 2013 : -1.478		saldo 2013:-504	

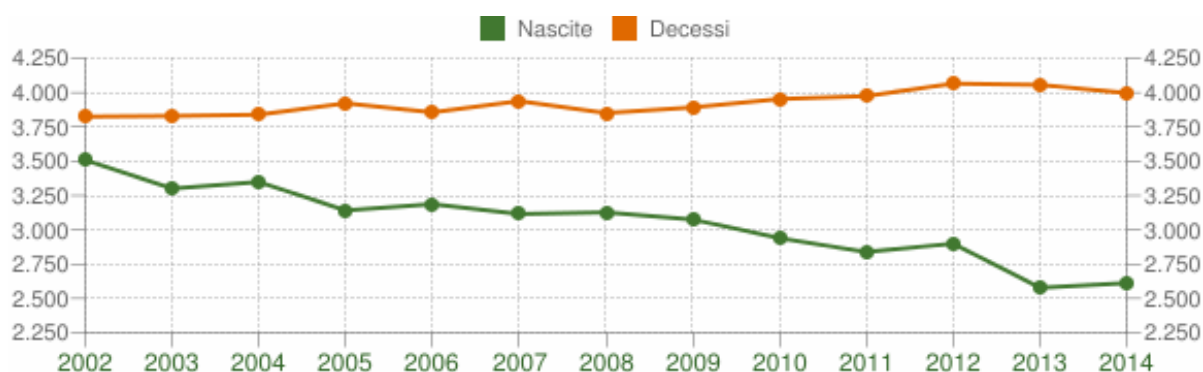
La situazione fin qui descritta ci porta ad evidenziare un saldo naturale che nel 2013 è stato negativo per 1.478 unità, sconcertato ulteriormente da un saldo negativo dell'immigrazione.

Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la provincia di Potenza negli ultimi anni. I trasferimenti di residenza sono riportati come **iscritti** e **cancellati** dall'Anagrafe dei comuni della provincia.

Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri motivi (ad esempio per rettifiche amministrative).



Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.



Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La tabella seguente riporta il dettaglio del comportamento migratorio dal 2002 al 2014.

gen-31 dic	Iscritti			Cancellati			Saldo Migratorio con l'estero	Saldo Migratorio totale
	da altri comuni	da estero	per altri motivi (*)	per altri comuni	per estero	per altri motivi (*)		
2002	4.186	704	637	5.227	280	161	+424	-141
2003	4.227	1.454	1.014	5.217	677	231	+777	+570
2004	3.930	1.169	786	5.261	537	133	+632	-46
2005	4.017	683	148	5.324	695	198	-12	-1.369
2006	3.795	804	77	5.229	900	128	-96	-1.581
2007	4.063	2.378	51	5.449	708	135	+1.670	+200
2008	4.022	1.698	788	5.395	532	221	+1.166	+360
2009	4.054	1.349	32	5.468	438	234	+911	-705
2010	3.773	1.243	88	5.056	366	186	+877	-504

gen-31 dic	Iscritti			Cancellati			Saldo Migratorio con l'estero	Saldo Migratorio totale
	da altri comuni	da estero	per altri motivi (*)	per altri comuni	per estero	per altri motivi (*)		
2011 ⁽¹⁾	3.053	903	44	3.601	267	100	+636	+32
2011 ⁽²⁾	1.228	247	173	1.544	72	196	+175	-164
2011 ⁽³⁾	4.281	1.150	217	5.145	339	296	+811	-132
2012	4.880	1.023	794	5.984	501	375	+522	-163
2013	4.313	1.008	4.140	5.257	461	1.189	+547	+2.554
2014	4.058	967	432	5.177	477	363	+490	-560

(*) sono le iscrizioni/cancellazioni nelle Anagrafi comunali dovute a rettifiche amministrative.

⁽¹⁾ bilancio demografico pre-censimento 2011 (dal 1 gennaio al 8 ottobre)

⁽²⁾ bilancio demografico post-censimento 2011 (dal 9 ottobre al 31 dicembre)

⁽³⁾ bilancio demografico 2011 (dal 1 gennaio al 31 dicembre). È la somma delle due righe precedenti.

La tabella seguente riporta il dettaglio delle nascite e dei decessi dal 2002 al 2014. Vengono riportate anche le righe con i dati ISTAT rilevati in anagrafe prima e dopo l'ultimo censimento della popolazione.

Anno	Bilancio demografico	Nascite	Decessi	Saldo Naturale
2002	1 gennaio-31 dicembre	3.507	3.825	-318
2003	1 gennaio-31 dicembre	3.301	3.830	-529
2004	1 gennaio-31 dicembre	3.349	3.839	-490
2005	1 gennaio-31 dicembre	3.141	3.922	-781
2006	1 gennaio-31 dicembre	3.187	3.856	-669
2007	1 gennaio-31 dicembre	3.115	3.938	-823
2008	1 gennaio-31 dicembre	3.127	3.851	-724
2009	1 gennaio-31 dicembre	3.075	3.892	-817
2010	1 gennaio-31 dicembre	2.939	3.953	-1.014
2011 ⁽¹⁾	1 gennaio-8 ottobre	2.236	3.113	-877
2011 ⁽²⁾	9 ottobre-31 dicembre	602	861	-259
2011 ⁽³⁾	1 gennaio-31 dicembre	2.838	3.974	-1.136
2012	1 gennaio-31 dicembre	2.899	4.066	-1.167



2013	1 gennaio-31 dicembre	2.578	4.056	-1.478
2014	1 gennaio-31 dicembre	2.612	3.996	-1.384

(¹) bilancio demografico pre-censimento 2011 (dal 1 gennaio al 8 ottobre)

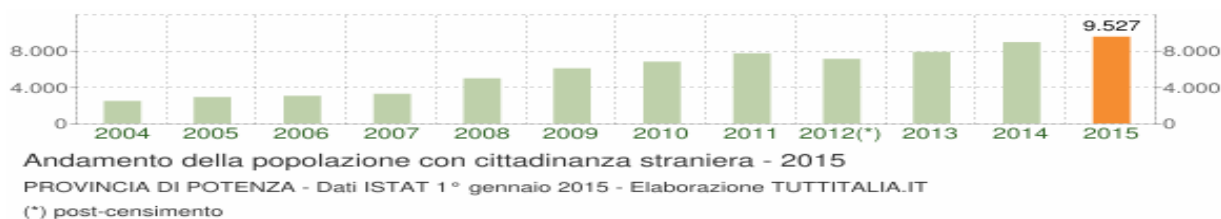
(²) bilancio demografico post-censimento 2011 (dal 9 ottobre al 31 dicembre)

(³) bilancio demografico 2011 (dal 1 gennaio al 31 dicembre). È la somma delle due righe precedenti.

Le popolazioni della provincia presentano ampie differenze culturali, persino etniche, che si traducono in rapporti di non completa coesione. Vasti strati di popolazione e dell'opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alle loro realtà locali e ai loro ambiti territoriali che si manifestano con l'esigenza di sostituire ai meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Tuttavia, nei singoli ambiti territoriali la relazione con il contesto sociale di riferimento non prescinde da un patrimonio acquisito di "partecipazione sociale". Sul piano comportamentale è evidente la volontà di "prendere parte" ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone. Le differenti comunità della provincia esprimono, sia pur per ambiti territoriali e contesti culturali distinti, elementi significativi riconducibili da una parte al capitale sociale nelle sue accezioni di reciprocità e di impegno civico, quali strumenti fondanti il vivere la società e dall'altra alla coesione sociale come ricchezza diffusa basata sull'identità. La ricchezza del capitale sociale e della coesione sociale (espressa per ambiti) rappresentano per l'Azienda un riferimento fondamentale per un processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di attore del progetto di salute visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità.

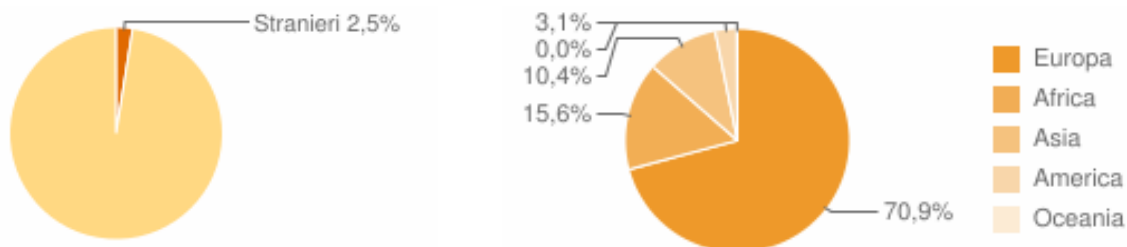
CITTADINI STRANIERI 2015 – PROVINCIA DI POTENZA

La popolazione straniera residente in **provincia di Potenza** al 1° gennaio 2015. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

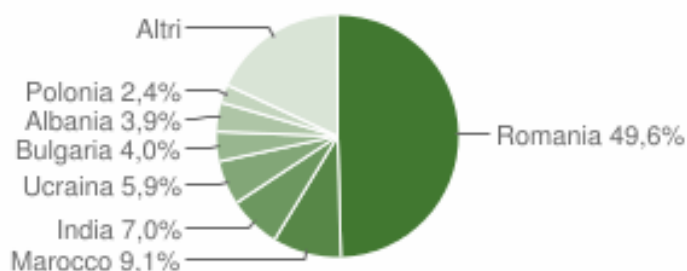


DISTRIBUZIONE PER AREA GEOGRAFICA DI CITTADINANZA

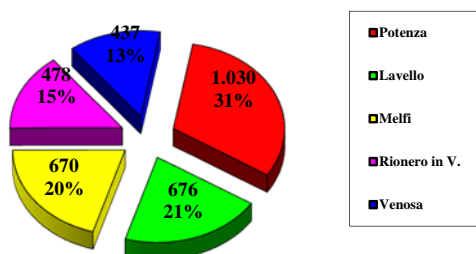
Gli stranieri residenti in provincia di Potenza al 1° gennaio 2015 sono **9.527** e rappresentano il 2,5% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 49,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (9,1%) e dall'**India** (7,0%).



Dalla classifica dei comuni in provincia di Potenza per popolazione straniera residente emerge che i comuni con più intensità di popolazione oltre il capoluogo di provincia sono Lavello, Melfi, Rionero in Vulture e Venosa, paesi ricadenti nell'area del Vulture – Melfese. Tale fenomeno è dovuto prevalentemente alla facilità degli immigranti di trovare lavoro come braccianti agricoli. Trattasi di una opportunità per queste zone, soprattutto in virtù della giovane età e del conseguente alto tasso di natalità presente in questa nuova categoria di residenti.





Particolare attenzione va dedicata alla tutela della salute delle popolazioni migranti. La Regione Basilicata ha emanato specifici provvedimenti in materia al fine di rimuovere i problemi sanitari anche per i residenti di nazionalità italiana. L'Azienda intende favorire e potenziare l'integrazione delle persone immigrate con i servizi socio-sanitari e gli operatori e rimuovere gli ostacoli all'accesso dei servizi sanitari, tenendo in conto le differenze culturali di provenienza degli immigrati. Quale che sia il patrimonio di salute iniziale del migrante, esso viene più o meno rapidamente minato da una serie di fattori di rischio legati alle generali condizioni di vita. Pertanto, devono essere assicurati, anche per tale fascia di popolazione, livelli essenziali di copertura delle prestazioni. La progettualità che s'intende mettere in campo si pone l'obiettivo di valorizzare l'inclusione sociale degli immigrati, anche attraverso una politica di tutela della salute volta ad attuare una piena parità degli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. La promozione e il mantenimento della salute pubblica, come attività di prevenzione delle malattie, si assicura anche con il mantenimento dello stato di salute degli stranieri immigrati, anche irregolari. Un'area di particolare attenzione è quella comprendente la salute della donna e del bambino, quella del disagio in tutte le sue manifestazioni e quella delle malattie infettive. Molto preoccupante, ad esempio, è l'elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.) fra le donne in età fertile, con un tasso superiore di circa 3 volte quello rilevato nelle donne italiane. Per questo motivo un'azione peculiare concerne l'organizzazione di una offerta di assistenza volta a favorire gli interventi di natura preventiva, la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati. Nel dettaglio s'intende promuovere un'attività d'informazione e orientamento, fornendo un supporto per la creazione nella ASL di servizi informativi socio-sanitari transculturali, che operino anche nei Pronto Soccorso, con mediatori culturali in grado di interpretare anche linguisticamente i bisogni degli immigrati, specie nella fase di accesso ai servizi. Saranno predisposti programmi di formazione degli operatori sanitari in ordine alle problematiche emergenti dai bisogni di salute espressi da queste nuove fasce di popolazione. Sarà potenziata l'attività di ricerca rivolta alla rilevazione dei bisogni di salute di tali fasce marginali della popolazione. Si tratta di indurre l'utenza ad attuare comportamenti protettivi per la salute e a massimizzare l'orientamento ai servizi esistenti, in particolare attraverso la produzione di materiale informativo ad hoc, l'adeguamento della Carta dei Servizi Aziendali, l'organizzazione e la gestione degli Uffici Relazione con il Pubblico (URP) prevedendo l'utilizzo di personale in grado di dare informazioni nelle principali lingue di uso internazionale. In tutte le attività sarà sempre ricercato il



coordinamento e la collaborazione con i soggetti istituzionali e quelli privati impegnati nel sociale a favore dei soggetti senza dimora e dei nomadi.

La presenza di persone migranti non si presenta più come problema contingente, ma costituisce un fenomeno strutturale anche per i servizi sanitari e sociali. L' Azienda è orientata a promuovere attività sanitarie rivolte alla popolazione straniera, ne favorisce l'accesso ai servizi della rete sanitaria e sociale rendendo efficaci i percorsi attraverso la formazione continua degli operatori ed una programmazione sanitaria che tenga conto delle nuove richieste culturalmente determinate.

criticità maggiori

- Necessità di adeguare la cultura e l'organizzazione dei servizi alle esigenze espresse dalle popolazioni migranti;
- Necessità di assicurare interventi di sostegno alla genitorialità, per le famiglie con figli in età minore, che esprimono difficoltà socio culturali all'integrazione;
- Residuali carenze organizzative sui percorsi di invio/consulenza fra servizi sanitari e socio-sanitari per la casistica multiproblematica.

contenuti generali del mandato

Assicurare processi di miglioramento continuo della qualità socio-assistenziale a favore di cittadini immigrati, con particolare riguardo all'accesso ed alla fruibilità dei servizi della rete e impostare interventi coordinati e mirati di prevenzione in area sociosanitaria con particolare riguardo alla fascia minorile e adolescenziale.



PROFILO SOCIO-ECONOMICO

DISTRIBUZIONE DEI REDDITI

Basso reddito, calo dell'occupazione e crescita dei livelli di povertà relativa non possono non avere effetti negativi sulle condizioni di salute della popolazione. E' noto dalla letteratura che la condizione socio-economica di un individuo, intesa come l'insieme delle variabili di reddito, livello culturale, radicamento nel tessuto sociale, rappresenta uno dei determinanti delle sue condizioni di salute, accanto all'ambiente e agli stili di vita. Il reddito pro-capite nell'anno 2013 registra una perdita rispetto all'anno 2010; infatti, passa da 13.226 € a 13.205 €.

Al basso reddito pro capite si associano alti livelli di disoccupazione. Infatti confrontando il tasso di disoccupazione della Regione Basilicata con quello a livello nazionale si evidenzia un tasso più alto di circa 2,9 punti percentuali

RICCHEZZA (anno 2013)

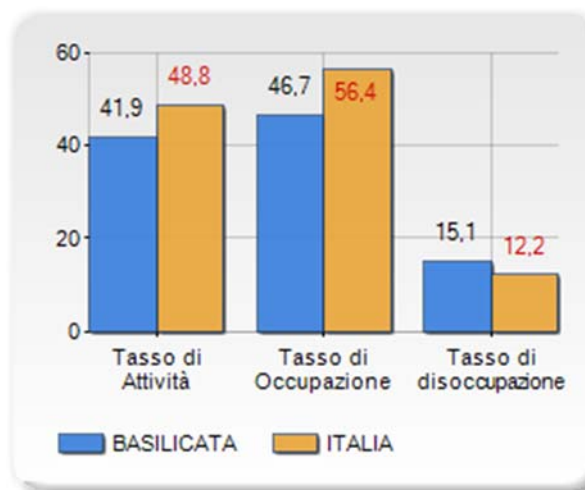
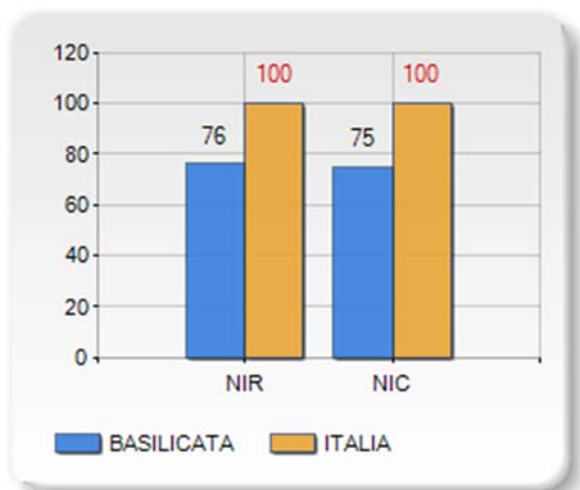
Reddito Disponibile pro-capite (€)	13.205
Numero Indice Reddito Disponibile (Italia = 100)	76
Consumo Complessivo pro-capite (€)	11.776
Numero Indice del Consumo (Italia = 100)	75

NUMERO INDICE DEL REDDITO E DEL CONSUMO

LIVELLI OCCUPAZIONALI (anno 2013)

	(%)
Tasso di Attività	41,9
Tasso di Occupazione	46,7
Tasso di Disoccupazione	15,1

TASSI RELATIVI ALL'OCCUPAZIONE



Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT - Contabilità Nazionale e del Ministero dell'Economia e delle Finanze (reddito imponibile delle persone fisiche ai fini delle addizionali Irpef)

1. Δ Reddito Disponibile = Reddito - Tasse (prelievo fiscale)
2. Δ Numero Indice del Reddito comune A = (Reddito comune A / Reddito Medio ITALIA) * 100
3. Δ Tasso di Attività = (Forze Lavoro / Popolazione di 15 anni o più) * 100
4. Δ Tasso di Occupazione = (Occupati / Popolazione dai 15 ai 64 anni) * 100
5. Δ Tasso di disoccupazione = (disoccupati / Forze Lavoro) * 100

SEGMENTAZIONE % DELLE IMPRESE PER SETTORE

Settore	(%)
Agricoltura e pesca	31,2
Estrazione di minerali	0,2
Attività manifatturiere	10,2
Energia, acqua, gas	0,2
Edilizia	12,0
Commercio	26,8
Alberghi e ristoranti	4,4
Trasporti	3,0
Attività finanziarie	2,0
Servizi	5,2
Istruzione	0,7
Sanità	0,4
Altre attività	3,7
Totale	100,0

CLASSIFICHE

- > è al 18° posto su 20 regioni per Indice di Reddito
- > è al 18° posto su 20 regioni per Indice di Consumo
- > è al 17° posto su 20 regioni per Tasso di Occupazione

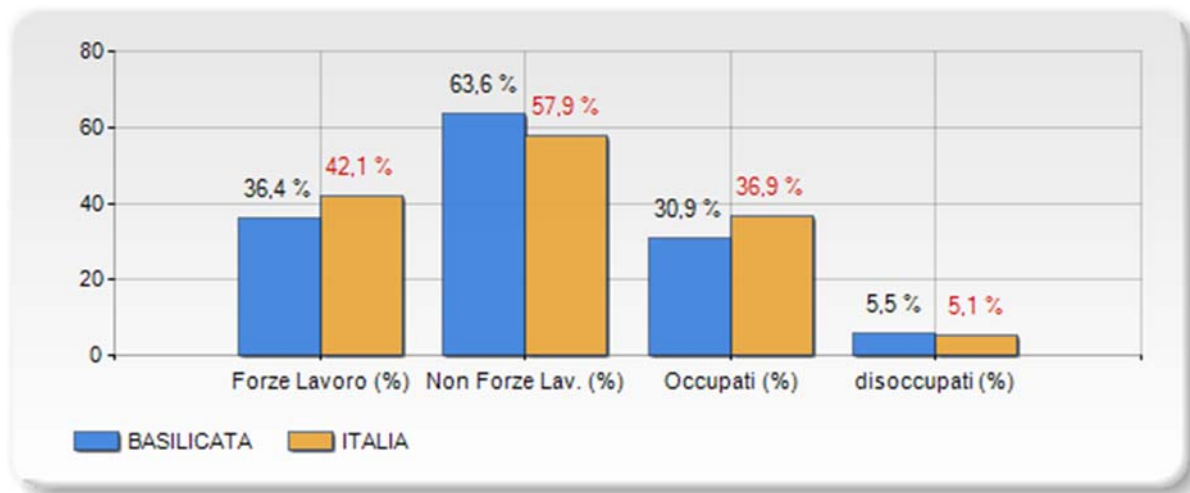
SITUAZIONE OCCUPAZIONALE

OCCUPAZIONE (anno 2013)



	(% pop)
Non Forze Lavoro	63,6
Forze Lavoro	36,4
Occupati	30,9
Disoccupati	5,5

OCCUPAZIONE (anno 2013)



CLASSIFICHE

- > è al 17° posto su 20 regioni Tasso di Attività
- > è al 17° posto su 20 regioni Tasso di Occupazione
- > è al 7° posto su 20 regioni Tasso di disoccupazione

Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

1. [^](#) Dati ISTAT elaborati da Urbistat
2. [^](#) Tasso di Attività = (Forze Lavoro / Popolazione di 15 anni o più) * 100
3. [^](#) Tasso di Occupazione = (Occupati / Popolazione dai 15 ai 64 anni) * 100
4. [^](#) Tasso di disoccupazione = (disoccupati / Forze Lavoro) * 100



PROFILO EPIDEMIOLOGICO

GLI STILI DI VITA

Alimentazione

Le modalità d'assunzione del cibo e la sua ripartizione tra i pasti della giornata sono elementi di analisi per l'adozione di stili di vita più salutari in tema di corretta alimentazione.

Come nel 2012, anche nel 2013, i dati riportati dall'Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" riferiscono di una Basilicata dove la distribuzione e le modalità di assunzione dei pasti quotidiani presenta caratteristiche peculiari. Sebbene il pranzo costituisca il pasto principale tanto in Basilicata che in Italia, nella nostra regione raggiunge una numerosità ben più considerevole anche rispetto ai valori espressi dalle altre regioni del Sud (Anno 2013 - Basilicata: 84,6% - Sud: 78,7%; Italia: 67,8%; Anno 2012 - Basilicata: 80,9% - Sud: 80,1% - Italia: 68,0%). Tuttora il pasto consumato velocemente fuori casa rimane poco diffuso, in gran numero è consumato in casa e, per la percentuale molto rappresentativa che esprime, rivela una regione ancorata sia alla tradizione familiare che ad una scelta attenta degli alimenti che non sempre consente un pasto fuori casa. La cena quale pasto principale dei lucani è in forte incremento con valori percentuali significativi a fronte di un dato nazionale stabilmente consolidato, nel medesimo confronto temporale.

La colazione continua a costituire anello debole della sana distribuzione dei pasti quotidiani nella popolazione lucana maggiore di 3 anni. Mentre a livello nazionale i valori rimangono stabili nel periodo raffrontato, in Basilicata il dato riguardante la percentuale di popolazione che pratica una corretta nutrizione al mattino cala ulteriormente nel 2013, rivelando scarsa attenzione verso questa buona abitudine alimentare e ciò soprattutto da parte degli adulti maschi.

La consuetudine alla distribuzione e al consumo dei pasti giornalieri è fortemente condizionata dalle attività svolte che vincolano sia per la distanza dal proprio domicilio che per la quantità di tempo da dedicare al consumo del pasto. Non sfugge, tuttavia, una pronunciata differenza di genere legata anche al doppio ruolo di lavoratrice e casalinga che le donne svolgono.

Per quanto riguarda la qualità degli alimenti assunti, il cittadino lucano consuma pane e pasta più della media italiana e delle altre ripartizioni territoriali. Il modesto consumo di latte non è supplito da un maggior consumo di formaggi che si pone ben al di sotto della media nazionale, sebbene in linea con i consumi registrati nel resto del Sud. Il consumo generale di carni appare di poco superiore a quello osservato in tutta Italia - le carni di maiale e i salumi sono assunti, settimanalmente, in misura superiore, al pari dell'assunzione di uova.



I lucani a tavola si mostrano, comunque, saggi consumatori di legumi e di pesce il cui utilizzo settimanale è mediamente superiore al dato italiano. Non dimostrano pari attenzione nel consumo di snack che è ben superiore alla media nazionale, quantunque il consumo di dolci sia mediamente più contenuto. Il sale e/o i cibi salati sono utilizzati con parsimonia e molto elevato è il consumo di sale arricchito con iodio, ben al di sopra del dato medio nazionale e delle altre regioni del Sud. Tuttavia una regione tradizionalmente agricola come la Basilicata registra tra i suoi residenti un basso consumo di frutta e verdura come da linee guida internazionali (5 a day) - anno 2013: Basilicata 2,5% vs Italia 4,7% ; anno 2012: Basilicata 1,7% vs Italia 4,7%. E' da rimarcare, però, che il basso utilizzo è particolarmente evidente nei riguardi delle verdure e degli ortaggi, mentre per la frutta il gap con il consumo nazionale è meno pronunciato. Beve acqua nelle quantità giornaliere consigliate - nella misura giornaliera di almeno un litro e mezzo - solo il 53,3% dei lucani (Italia 54,7%) - inferiore al dato nazionale il consumo giornaliero di acque minerali e di bevande gassate.

Fumo

Malgrado da anni sia nota la stretta correlazione tra il fumo di sigaretta e l'insorgenza di patologie cronico-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e del sistema cardiovascolare, la quota di popolazione di 14 anni e più che fuma rimane elevata e relativamente stabile negli anni, a dispetto delle numerose campagne di dissuasione intraprese nel corso degli anni. Anche nel 2013 è elevata la quota di fumatori presente in Italia sebbene in calo costante, con una distribuzione diversificata sul territorio. L'abitudine al fumo è leggermente più diffusa tra i residenti nell'Italia centrale (22,5%) e nella ripartizione Isole (21,9%), a seguire le ripartizioni Nord ovest e Sud con valori pressoché sovrapponibili (rispettivamente è pari al 20,5% e 20,6%). Nel 2013, tra le regioni italiane la quota più alta di fumatori si è osservata nel Lazio (23,6%), seguita dalla Campania (22,9%), per contro il dato più basso è stato riscontrato nella Provincia Autonoma di Trento (16,2%) seguita dalla Calabria (18,2 %). Per la Basilicata - dati 2013 - si riscontrano valori in calo significativo, che rinforzano e consolidano il buon andamento del 2012. E' bene ricordare, tuttavia, che il numero di coloro che non hanno mai fumato rappresenta la maggioranza della popolazione italiana di 14 anni e (oltre il 54%) con importanti differenze di genere - non ha mai fumato il 41,2% dei maschi vs il 66,3% delle femmine. Rispetto all'anno precedente, nel 2013 sia in Basilicata che in Italia ed in tutte le ripartizioni italiane aumenta la quota dei non fumatori, quantunque con valori diversificati tra i vari luoghi.



Diversificata e l'abitudine al fumo anche per le fasce d'età. Al 2012 (fonte HFA 2014) la fascia d'età che registra la maggiore percentuale di fumatori e quella 25-34 anni per la Basilicata (rispettivamente Basilicata: 33,92% vs Italia 28,58%) mentre per l'Italia e la classe 45-54 anni (rispettivamente Basilicata: 30,41% vs Italia 28,65%) . Il numero di fumatori lucani decresce a partire dai 45 anni in su con valori sicuramente inferiori al dato nazionale. Colpisce la percentuale elevata di giovani fumatori (15/24 anni) sia in Basilicata che in Italia (rispettivamente Basilicata: 22,55% vs Italia 20,70%) - al riguardo il dato lucano mostra una certa tendenza al rialzo a fronte di un dato nazionale sostanzialmente stabile (fonte HFA 2014). Il numero di sigarette fumate al giorno si è di poco modificato negli anni e ciò riguarda sia la Basilicata che il dato medio nazionale; a tale riguardo non si evidenziano, altresì, delle differenze di genere. Il numero di grandi fumatori lucani, pressoché esclusivo appannaggio del sesso maschile (grandi fumatori M-FF: anno 2010 Basilicata 8,14% vs Italia 6,37% - anno 2011 Basilicata 6,23% vs Italia 6,04% - anno 2012 Basilicata 7,35% vs Italia 5,8% - fonte HFA 2014), in andamento altalenante negli anni raffrontati, è uno dei più elevati d'Italia e al di sopra della media nazionale; al 2012 è il Friuli Venezia Giulia che ha registrato il maggior numero di grandi fumatori (7,56%) e la gran parte delle altre regioni riportano valori inferiori al 6%; il rilievo più positivo è stabilito dal Veneto con il 2,84% di grandi fumatori ambo i generi. Dal confronto con il primo dato disponibile (anno 1993: Basilicata 11,67% vs Italia 10,83%) appare chiaro il rilevante cambiamento che si è determinato nell'ultimo ventennio, con una forte contrazione della percentuale dei grandi fumatori, nonostante l'andamento instabile rilevato nel corso degli anni.

Alcool

L'impatto dell'alcol sulla salute ha vane sfaccettature, poiché ad un danno personale si affiancano un danno sociale ed un danno economico. Le prestazioni sanitarie erogate agli alcolisti sono più elevate rispetto al resto della popolazione. L'impatto dell'alcol sulla salute nel suo insieme può essere misurato attraverso la mortalità e la morbosità per alcune patologie correlate al suo consumo. Nel 2013, in Basilicata, il 59,4% (Italia 63,9%) della popolazione residente di 11 anni e più ambo i generi, ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (anno 2012: Basilicata: 56,5% vs Italia 64,6%). L'andamento, in incremento rispetto all'anno precedente, mostra tuttavia oscillazioni annuali che non delineano un andamento consolidato a fronte di un valore nazionale in debole ma costante flessione. Molto evidente è la differenza di genere, soprattutto per la Basilicata, con una abitudine all'alcol da parte delle donne più limitata, particolarmente nell'uso quotidiano. Si consolida la quota di quanti consumano alcol sempre durante il pasto (superiore al dato nazionale) e ciò per ambo i generi - nel



contempo diminuisce il numero di quanti hanno fatto uso di alcol almeno una volta fuori pasto (inferiore al dato medio italiano).

Anche in Basilicata i "consumatori a rischio" rappresentano una situazione da "attenzionare" e monitorare stabilmente. Le assunzioni non moderate di bevande alcoliche sono riferite non solo al binge drinking ma anche ad un uso non controllato di sostanze alcoliche sia giornaliero che solo ai pasti. Nel 2013 i valori riguardanti i due sessi sono nettamente dissimili con una numerosità ben più significativa per i maschi (valore pressoché in linea con la media italiana e superiore alle ripartizioni Sud e Isole) - per le femmine, invece, i dati si presentano inferiori sia alla media nazionale che a tutte le ripartizioni italiane ed influenzano positivamente la numerosità complessiva. Nel 2013, del 59,4% dei lucani di 11 anni e più che ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, il 45,7% ha consumato vino (Italia: 51,6%); il 41,4% ha consumato birra (Italia: 45,3%). Nel 2012 i lucani di 11 anni e più che avevano consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno erano stati il 56,5%, di essi il 44,6% aveva consumato vino (Italia: 51,9%), il 38,0% birra (Italia: 45,8%). Il confronto del biennio 2013 vs 2012 evidenzia, per la Basilicata, un trend in crescita nei consumi riguardante entrambi i prodotti; il consumo nazionale, per contra, mostra fluttuazioni poco significative.

Attività fisica

E' ormai ampiamente documentata l'efficacia che una costante attività fisica, anche se di lieve intensità, ha nel proteggere le persone di ogni età verso patologie ad elevata incidenza nella popolazione. Praticare attività fisica, anche moderata, per 30 minuti al giorno e per cinque giorni alla settimana, ha finalità principalmente preventive; possono essere recuperate, consolidate e migliorate le funzioni che permettono il mantenimento di una completa autonomia e di una condizione di benessere psico-fisico. Una sana educazione motoria previene, ad ogni età, l'insorgenza di patologie quali: le malattie cardiovascolari, il diabete, le osteoartriti, l'osteoporosi. Nei bambini e negli adolescenti la pratica di un'attività sportiva migliora lo sviluppo muscolo scheletrico. Nella popolazione anziana e riferita l'efficacia non solo nella riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari in generale e della insorgenza del diabete mellito non insulino-dipendente, ma un effetto benefico è riportato anche riguardo alle osteoartriti (in quanto previene le artriti in età avanzata ed ha effetti coadiuvanti della terapia) e alle cadute (in quanto migliora il tono muscolare e la postura, prevenendo in modo particolare le fratture del femore e mantenendo una condizione di maggiore autosufficienza). Una ricaduta estremamente positiva riguarda la qualità della vita nella sua ampia accezione, poiché l'attività fisica ritarda il declino funzionale, favorisce la socializzazione e scongiura



L'isolamento sociale che è causa e aggravante di numerose patologie. L'analisi territoriale mostra una differente propensione alla pratica sportiva tra le diverse regioni, forse anche per una diversificata presenza qualitativa e quantitativa di impianti ginnici che invogliano alla pratica sportiva e all'attività fisica ad ogni età della vita. Nel 2012 il numero dei lucani che hanno praticato sport, sia in maniera continuativa che discontinua, è stato inferiore sia al dato medio italiano (Basilicata: 16,8% vs Italia: 21,9%) che delle ripartizioni del Centro e del Nord; nei confronti del dato medio riportato dalle altre regioni del Mezzogiorno (Sud e Isole) la Basilicata si colloca al di sopra, per quanto riguarda una assidua pratica sportiva, mentre si colloca al di sotto nell'attività sportiva non continuativa. In linea con il dato medio nazionale e la percentuale di lucani che praticano una qualche attività fisica, mentre molto negativo è il valore riguardante quanti non praticano alcuno sport o attività fisica (Basilicata: 47,0% vs Italia: 39,2%). Confrontando l'andamento della pratica sportiva in Basilicata (in maniera continuativa e saltuaria) - periodo 2000/2012 - emerge un dato altalenante che non mostra un deciso convincimento a praticare sport o una semplice attività fisica. Ancora oggi la pratica sportiva rimane un'attività particolarmente attuata dai giovani nel tempo libero con una differenza di genere a svantaggio delle donne: pratica sport oltre il 37% dei maschi a fronte del 25% circa delle femmine e ciò a tutte le fasce d'età tranne che tra i bambini (3-5 anni) quando la quota di praticanti si equivale tra i due generi. Con il passare degli anni diminuisce, soprattutto tra le donne, l'impegno sportivo ed aumenta l'interesse per le attività fisiche soprattutto tra i maschi. Considerando la diffusione della pratica sportiva per categorie sociali si evince che l'attività fisica è appannaggio soprattutto degli studenti, seguono i dirigenti, gli altri impiegati, gli operai: le casalinghe si collocano in ultimo.

Obesità/Sovrappeso

A livello mondiale la prevalenza dell'obesità segue un gradiente nord-sud che vede Europa e Stati Uniti come le regioni a maggiore prevalenza (rispettivamente 20% e 30% di prevalenza): invece, stando ai dati degli ultimi anni, in Italia la prevalenza segue un gradiente opposto che vede le regioni meridionali quelle a maggior prevalenza (circa 30% di obesi) e la percentuale sale al 50% se si comprendono i BMI tra i 25 e 30 (cioè i soggetti in sovrappeso)- fonte Istat. Al 2013 le percentuali più elevate di adulti obesi si registrano in Molise (13,5%), Puglia (12,9%), Basilicata (12,6%) ed Abruzzo (12,4%) - fonte Istat. Tra le regioni del Mezzogiorno, quindi, la Basilicata si caratterizza per dei valori preoccupanti riguardanti la popolazione lucana nelle varie classi d'età ed ambo i generi. La percentuale di persone obese o in sovrappeso, nella nostra regione, è decisamente aumentata nel corso degli anni per quanto con andamento incostante. Il problema legato al sovrappeso/obesità non



risparmia i bambini lucani e se il trend dovesse essere confermato, i bambini italiani rischiano di essere i più grassi d'Europa e quelli lucani grassi d'Italia. Le conseguenze, gravi per le implicazioni di salute (particolarmente di tipo cardio-circolatorio e metabolico) sono pesantissime anche per le casse della sanità poiché le patologie collegate all'eccesso di peso costano al Servizio Sanitario Nazionale, già allo stato attuale, circa 8,3 miliardi di euro annui. I dati in Basilicata riferiscono altresì di una diversa distribuzione del sovrappeso tra i due generi: al 48% di sovrappeso tra i lucani si contrappone un 33% tra le lucane; superiore al 12%, per ambo i generi la popolazione adulta lucana obesa. Per quanto riguarda l'infanzia, nella fascia d'età degli 8 anni, il sovrappeso/obesità riguarda circa il 40% della totalità dei bambini lucani (fonte: Okkio alla Salute - Risultati dell'indagine 2012). Da "Okkio alla Salute - Risultati dell'indagine 2012" risulta anche che tra gli stessi bambini:

- il 9,6% 6 obesa ed il 3,4% in condizione di obesità severa per cui la Basilicata si colloca a livello alto, con valori di obesità infantile, oltre che di sovrappeso, superiori alla media nazionale;
- il 9% non fa colazione ed il 31% non la fa in maniera qualitativamente adeguata;
- il 32% consuma la frutta 2-3 volte al giorno, il 38% una sola volta ed il 29% mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana;
- il 23% assume bevande zuccherate una volta ed il 3% più volte al giorno.

Dati che confermano la diffusione tra i nostri bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso, tra l'altro in considerazione del fatto che la medesima indagine ne evidenzia la sedentarietà per il trascorrere di molto tempo a guardare la televisione e a giocare con i videogiochi, rischio che può essere limitato anche tramite un appropriato sostegno ai bambini e alle loro famiglie da parte della scuola. **MORTALITÀ**

In Basilicata, come in tutta Italia - periodo 2004/2013 (2013: dati provvisori di fonte Istat) il tasso di mortalità per tutte le cause mostra un andamento discontinuo. I tassi di mortalità, solitamente, hanno andamenti crescenti al crescere dell'età e gli uomini presentano livelli di mortalità sempre più elevati rispetto alle donne coetanee. Il tasso di mortalità lucano (mortalità totale espressa in tassi grezzi per 1.000 abitanti, per entrambi i sessi e per tutte le età), praticamente in linea con il dato italiano e superiore a quello riportato dalle ripartizioni Mezzogiorno e Sud, risente dell'andamento della mortalità rilevato nella provincia di Potenza che, più sfavorevole della provincia di Matera, finisce per influenzare negativamente il trend media regionale.

Tasso di mortalità - Basilicata, province di Potenza e Matera, Italia e ripartizioni - vari anni



Territorio	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Potenza	9,8	10,1	10,0	10,2	10,0	10,2	10,4	10,5	10,8	10,8
Matera	8,3	8,8	9	8,9	8,6	8,9	8,5	9,3	9,7	9,5
Basilicata	9,3	9,7	9,6	9,8	9,6	9,7	9,7	10,1	10,4	10,3
Italia	9,5	9,8	9,6	9,8	9,9	10,0	9,9	10,0	10,3	10,0
Nord	10	10,2	10	10	10,3	10,3	10,2	10,2	10,5	10,2
Nord Ovest	9,9	10,2	10,1	10,1	10,4	10,4	10,3	10,2	10,6	10,3
Nord Est	10	10,1	9,9	10	10,2	10,1	10,1	10,1	10,4	10,1
Centro	10,2	10,4	10,2	10,3	10,6	10,6	10,5	10,5	10,9	10,4
Mezzogiorno	8,5	8,9	8,7	9,1	9,1	9,4	9,2	9,5	9,7	9,4
Sud	8,3	8,8	8,6	8,9	8,9	9,2	9,1	9,3	9,5	9,3
Isole	8,8	9,2	9,1	9,5	9,4	9,7	9,4	9,8	10,1	9,7
FONTE ISTAT										

Viene preso come riferimento di analisi dell'andamento della mortalità regionale il tasso standardizzato per 100.000, fonte Istituto Superiore di Sanità (ISS), periodo di osservazione 2007/2011.

"Il tasso standardizzato è calcolato con il metodo diretto, ed è sempre riferito a tutte le età. Esso si utilizza per effettuare confronti dei livelli di mortalità di popolazioni diverse, o della stessa popolazione osservata in periodi diversi, eliminando il possibile effetto delle relative strutture per età". Esaminando i dati di mortalità e quindi il tasso standardizzato per 100.000 si osserva che:

- la mortalità totale in Basilicata presenta una contrazione fino al 2010 ed un incremento nel 2011, mentre in Italia si evidenzia una contenuta flessione anche se stabile negli anni;
- la mortalità dei maschi in Basilicata è in contrazione fino al 2010 ed incrementa nel 2011; in Italia si registra uno stabile decremento in tutto il periodo considerato;
- la mortalità delle femmine in Basilicata è in costante decremento nell'arco del quinquennio a in conformità con il dato Italia: fino al 2010. Nel 2011 in Italia si rileva una lieve crescita.

La prima causa di decesso in Basilicata è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio, a seguire dalle patologie neoplastiche nel loro insieme, sia per gli uomini che per le donne. Tra le donne è particolarmente rilevante il tumore della mammella e tra gli accidenti cardio e cerebro-vascolari è significativa la quota occupata dall'ictus. Inoltre la neoplasia polmonare, causa di decesso molto frequente tra i maschi, e sempre più emergente nel sesso femminile, anche per l'abitudine al fumo che tra le donne, pure in età giovanile, e molto praticata. D'altra parte, i programmi di screening relativi alle neoplasie della mammella e dell'utero, avviati in Basilicata da alcuni anni, sono ancora troppo recenti per aver già potuto incidere in modo importante nei riguardi della mortalità specifica,



tuttavia la loro potenziale efficacia e elevata, potendo ridurre la mortalità di un terzo nella fascia di età bersaglio. Le positive ricadute sulla mortalità derivanti dalle attività di prevenzione continuamente eseguite su tutto il territorio regionale si potranno evidenziare in un futuro "molto prossimo" anche in considerazione dell'azione preventiva nei confronti del cervico-carcinoma legata alla vaccinazione "anti-papilloma virus" offerta gratuitamente alle giovani lucane a partire dal 2007. Aspettative interessanti riguardano, altresì, il carcinoma del colon-retto, atteso che la Basilicata ha investito nello screening dedicato risorse umane ed economiche già da qualche anno. Nel campo della prevenzione delle neoplasie di origine occupazionale con il "Piano Amianto", dopo una fase dedicata al censimento dei siti inquinanti per contenere l'esposizione e ridurre il rischio, si è avviata una fase di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti cui si affianca, tuttora, una attività di studio multidisciplinare volta a delineare future strategie regionali comuni. Oltre che per il genere, la mortalità per causa si esprime diversamente a seconda delle classi d'età considerate. Il dato italiano rivela come causa più rappresentata (fonte Istat):

- nella classe 1-14 anni: le malformazioni congenite, le anomalie cromosomiche, le leucemie e gli incidenti stradali;
- nella classe 15-24 anni: per primi gli incidenti stradali e altre cause "violente", a seguire tumori del tessuto linfatico ed emopoietico;
- nella classe 25-44 anni: prevalgono le cause "violente", in primis gli incidenti stradali, a seguire il tumore del seno tra le donne, ma anche le neoplasie dell'apparato respiratorio (trachea, bronchi e polmone) sia per i maschi che per le femmine e le cardiopatie particolarmente tra i maschi;
- nella classe 45-64 anni: sono molto rappresentate le malattie oncologiche e cardiache, tra i maschi le neoplasie dell'apparato respiratorio (trachea, bronchi e polmone) e le malattie ischemiche del cuore ed altre malattie cardiache; tra le donne le malattie neoplastiche maggiormente a carico del seno, dell'apparato respiratorio, del colon-retto;
- nella classe 65-84 anni: si registra il maggior numero di decessi per le malattie del sistema circolatorio precedono quelle oncologiche. In questa classe tra i maschi sono molto rappresentate le malattie croniche delle basse vie respiratorie, tra le femmine in incremento la demenza e la malattia di Alzheimer;
- nelle classi 85 anni e +: le cardiopatie ischemiche tra i maschi e le malattie cerebrovascolari tra le femmine si confermano la causa di decesso più frequente.



Cresce la rilevanza di malattie ipertensive in ambo i generi e tra le femmine la demenza e la malattia di Alzheimer. Come già detto, le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte sia in Italia che in Basilicata e a questo gruppo è attribuibile più del 30% dei decessi totali regionali. Tra le malattie del sistema circolatorio, le più rappresentate, sia in Basilicata che in Italia sono le cardiopatie ischemiche (comprendenti l'infarto acuto del miocardio, altre cardiopatie ischemiche acute, le cardiopatie ischemiche croniche). Altra categoria significativa è costituita dalle malattie cerebrovascolari (ictus e relativi esiti) che rendono conto di un consistente numero di decessi, particolarmente tra gli anziani, con una differenza di genere non tutti gli anni a svantaggio delle donne. In ogni caso, nonostante l'andamento altalenante riscontrato nel corso del tempo, si può valutare come, per ambo i generi, vi sia stata una riduzione della mortalità, anche se il calo più marcato ha riguardato il dato nazionale più di quello lucano.

Malattie del sistema circolatorio -Tasso di mortalità anni 2009- 2010- 2011						
Territorio	tasso di mortalità malattie sistema circolatorio			tasso di mortalità malattie sistema circolatorio a 65 anni e +		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
TOTALE						
Basilicata	39,2 0	38,3 2	40,6 2	183,28	175,7 3	187,0 6
Italia	37,1 6	36,4 6	36,4 8	172,40	168,7 0	168,4 9
N.B. anno 1990 Basilicata 42,54 vs Italia 41,24				N.B. anno 1990 Basilicata 270,92 vs Italia 245,1		
MASCHI						
Basilicata	37,3 3	36,2 9	39,1 1	187,50	178,4 5	196,1 6
Italia	33,2	32,6 9	33,1 5	169,27	166,0 2	165,1 3
N.B. anno 1990 Basilicata 42,49 vs Italia 43,15				N.B. anno 1990 Basilicata 283,43 vs Italia 258,63		
FEMMINE						
Basilicata	41,0 0	40,2 7	42,0 6	180,04	173,6 5	180,0 8
Italia	40,9	40,0 2	40,5 7	174,67	170,6 4	170,9 5
N.B. anno 1990 Basilicata 42,59 vs Italia 43,15				N.B. anno 1990 Basilicata 260,86 vs Italia 235,85		

Sono i tumori, nelle diverse manifestazioni cliniche, la seconda causa di morte in Basilicata come in Italia con un tasso standardizzato di mortalità regionale per 10.000 ancora inferiore alla media nazionale, per ambo i generi.



Tutti i Tumori -Tasso di mortalità std anni 2009- 2010- 2011						
Territorio	MASCHI			FEMMINE		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Basilicata	31,09	29,96	29,48	15,95	16,31	15,77
Italia	35,6	34,93	34,55	19,39	19,03	19,05
N.B. anno 1990 Basilicata 31,75 vs Italia 43,94				N.B. anno 1990 Basilicata 15,8 vs Italia 22,34		

Tutti i Tumori -Tasso di mortalità anni 2009- 2010- 2011						
Territorio	Tasso di mortalità tumori - tutti			tasso di mortalità tumori tutti a 65 anni e +		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Basilicata	25,11	25,16	25,39	98,39	101,47	98,13
Italia	28,93	28,85	29,22	113,74	113,38	113,39
N.B. anno 1990 Basilicata 18,23 vs Italia 12,79				N.B. anno 1990 Basilicata 88,15 vs Italia 118,47		
MASCHI						
Basilicata	30,89	29,87	30,45	137,42	138,16	134,47
Italia	33,62	33,57	33,95	153,07	152,41	151,55
N.B. anno 1990 Basilicata 23,33 vs Italia 31,52				N.B. anno 1990 Basilicata 91,49 vs Italia 78,35		
FEMMINE						
Basilicata	19,57	20,65	20,54	68,37	73,31	70,27
Italia	24,5	24,4	24,78	85,21	84,94	85,44
N.B. anno 1990 Basilicata 13,25 vs Italia 20,93				N.B. anno 1990 Basilicata 59,17 vs Italia 85,34		

Tutti i Tumori -Tasso di mortalità BASILICATA vs Province di Potenza e Matera, Italia anni 2009/2011												
ANNO	Provincia di Potenza			Provincia di Matera			Basilicata			Italia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2009	32,89	20,08	26,34	27,11	18,61	22,78	30,89	19,57	25,11	33,62	24,5	28,93
2010	31,11	22,39	26,65	27,53	17,35	22,34	29,87	20,65	25,16	33,57	24,4	28,95
2011	30,79	20,3	25,43	29,8	20,99	25,31	30,45	20,54	25,39	33,95	24,78	29,22
Primo dato disponibile HFA -ambo i generi - anno 1990 Basilicata 18,23- anno 2003 Provincia di Potenza 22,13- Provincia di Matera 21,84												

La tempestività delle diagnosi e gli appropriati interventi terapeutici hanno ormai reso queste patologie malattie croniche da fronteggiare per lunghi anni. In conseguenza di ciò risulterebbe decisivo studiare, nello specifico territorio, il genere e le età più colpite, tutti i possibili fattori di rischio, la relativa latenza ed il carico diagnostico-terapeutico dei servizi, anche in funzione degli incrementi di incidenza attesi.



Le più significative potenzialità di successo sono sicuramente legate alla prevenzione primaria (promozione di stili di vita corretti, sane abitudini alimentari comprese; ridotta esposizione a rischi ambientali e lavorativi, etc.) e alla prevenzione secondaria (implementazione degli screening oncologici ed ampia adesione agli stessi da parte della popolazione bersaglio, etc.)

Al 2011 in Basilicata la mortalità per diabete mellito resta più alta della media italiana per ambo i sessi. Per il genere maschile, il confronto tra il primo e l'ultimo dato disponibile (1990 vs 2011 - fonte HFA 2014) non mostra in Basilicata cambi di tendenza anche per l'andamento discontinuo che ha assunto nel corso degli anni, a fronte del dato italiano in modico decremento. Tale andamento si osserva anche per il tasso di mortalità a 65 anni e +. Per il genere femminile si rilevano, negli anni, risultati migliori, sia come andamento regionale che italiano - il trend favorevole per i territori a confronto si rileva, altresì nel tasso std. a 65 anni e più.

Diabete Mellito - Tasso di Mortalità std Anni 2009,2010,2011						
Territorio	MASCHI			FEMMINE		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Basilicata	3,53	4,5	3,91	3,74	3,59	3,54
Italia	3,25	3,19	3,21	2,69	2,56	2,58
N.B. anno 1990 Basilicata 3,98 vs Italia 3,8				N.B. anno 1990 Basilicata 5,68 vs Italia 4,6		

Diabete Mellito - Tasso di Mortalità std a 65 anni e+ per genere Anni 2009,2010,2011						
Territorio	MASCHI			FEMMINE		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Basilicata	16,37	22,19	18,82	18,49	18,62	17,38
Italia	15,56	15,24	15,4	13,53	12,88	12,97
N.B. anno 1990 Basilicata 19,15 vs Italia 17,68				N.B. anno 1990 Basilicata 26,84 vs Italia 22,64		

Le malattie dell'apparato respiratorio, nella loro totalità, costituiscono rilevanti cause di morte, particolarmente tra gli uomini, sia in Basilicata che in Italia e, maggiormente a nella classe d'età 65 e + anni. Negli anni la mortalità legata alle patologie respiratorie ha manifestato un andamento altalenante, anche nel confronto tra l'ultimo con la prima data disponibile (1990 vs 2011 fonte FIFA 2014) andamento riproposto anche nelle classi d'età più anziane (65 e + anni) per ambo i generi. La mortalità per malattie dell'apparato digerente, superiore al dato nazionale nel 2011 (Basilicata: 4,38; Italia: 3,79 - fonte HFA 2014) con un modesto scostamento tra i due sessi (anno 2011 - Maschi: Basilicata 4,98 vs Italia 3,79; Femmine: Basilicata 3,80 vs Italia 3,74) rileva un lieve aumento rispetto



al 2009 (anno 2009 - Basilicata: 3,92; Italia: 3,91). Il dato italiano, a comparazione presenta una sostanziale stabilità con una differenza di genere poco significativa, più sfavorevole per i maschi nelle classi d'età più avanzate (65 anni e +). Per quanto riguarda le malattie infettive, nel corso degli anni, in Basilicata come in Italia, la mortalità ha mostrato un andamento discontinuo sebbene vane circostanze favorevoli (quali le migliorate condizioni igienico-sanitarie ed ambientali, la cura più attenta e puntuale della persona e delle sue condizioni di vita e di lavoro, la diffusa pratica vaccinale sia obbligatoria che raccomandata, l'introduzione di farmaci efficaci, l'assistenza sanitaria gratuita e diffusamente garantita, etc, abbiano creato le condizioni per un cambiamento favorevole. La tendenza, in linea con il dato italiano, riguarda entrambi i generi ed è espressa da un tasso std. pressoché sovrapponibile. Si osserva, inoltre, che nella nostra Regione, così come in Italia, per entrambi i generi, la mortalità per tubercolosi nel corso degli anni ha manifestato un trend discontinuo. La mortalità per traumatismi-avvelenamenti presenta in Basilicata un trend, al momento superiore al dato nazionale che, per contro, lentamente, si è contratto. Si confronta una differenza tra i generi, negativa per i maschi, sia in Basilicata che in Italia con un dato regionale superiore al corrispettivo nazionale. Per il genere femminile il valore lucano è in linea con il riscontro italiano.

Anche la mortalità per incidenti stradali, che ha mostrato nel corso degli anni un andamento oscillante, al 2013 (ultimo dato disponibile) evidenzia un calo in Basilicata, andamento comprovato anche dal corrispettivo dato nazionale. L'andamento regionale positivo, determinato dal miglioramento riportato in entrambe le province lucane, rimane tuttora una rilevante causa di mortalità prematura evitabile che riguarda spesso le fasce più giovani della popolazione, soprattutto maschile.

I suicidi: da fonte Istat emerge che l'Italia, tra le Nazioni OCSE, registra uno dei livelli più bassi di mortalità per suicidio e che negli anni comparati, con modeste variazioni, è scesa da 8,0 suicidi ogni 100.000 abitanti del 1994 a 5,9 suicidi ogni 100.000 abitanti del 2010. Tra le ripartizioni italiane sono quelle del Nord Est e Nord Ovest a mostrare i valori più preoccupanti, a fronte di valori vicini alla media nazionale e inferiori alla media nazionale espressi rispettivamente dalle ripartizioni Centro e Isole da una parte e Sud dall'altra.

Tuttavia i suicidi rappresentano tuttora una causa di morte evitabile non trascurabile anche per i relativi costi sociali, stimati in milioni di euro, da collegarsi al potenziale economico delle vite perdute, ai trattamenti medici e psicologici dei tentati suicidi, alla sofferenza e al carico sociosanitario del contorno parentale. Necessita, nondimeno, ricordare che i dati sul suicidio sono estremamente difficili da determinare e, per certo, spesso sottostimati a causa delle difficoltà tuttora presenti, legate



talora ad un "reporting" spesso sommario o inesistente. Ad essi vanno sommati suicidi non rilevati perché attribuiti ad altre cause, classificati talvolta come "morte improvvisa" o da "causa sconosciuta" ovvero assegnati ad incidentalità stradale, dove è difficile evidenziare la volontarietà del trauma o a overdose volontaria nei tossicodipendenti. Già da svariati anni l'inclinazione al suicidio si esprime maggiormente tra gli uomini, spesso con scolarità non elevata e si incrementa con l'aumento dell'età. La mortalità per suicidio mostra per i maschi lucani valori pressoché sovrapponibili negli anni e poco discordanti dai valori nazionali. Per le donne lucane l'andamento mostra piena assonanza con il dato italiano e ad esso è praticamente sovrapponibile (fonte HFA 2014). Le modalità di esecuzione, differenti tra i due generi, vedono il prevalere tra gli uomini di "impiccagione e soffocamento"(52,1%), tra le donne di "precipitazione" (35,1%) e "impiccagione e soffocamento" (33,4%)(Fonte Istat). I fattori di rischio variano in relazione a tradizioni e cultura, condizioni sociali, disagio economico, etc. Si stima che i disturbi psichici (in particolare depressione, schizofrenia, disturbi della personalità) siano associati ad un elevatissimo numero di suicidi. Tra i fattori ambientali da menzionare le conflittualità familiari (divorzi, separazioni, etc.) ed i problemi relazionali, le violenze subite, i lutti, altri eventi traumatizzanti e, non ultima, la solitudine. Particolarmente negli ultimi anni influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, i tracolli finanziari, la povertà sopraggiunta, la disoccupazione, l'emigrazione ed il mancato inserimento sociale. Sono fattori di rischio alcune occupazioni che mettono in contatto con sostanze letali (agricoltori, medici, farmacisti, etc.) ed in generale la disponibilità di mezzi idonei a commettere un suicidio.

Mortalità infantile Il contrasto alla mortalità neonatale ed infantile è da sempre considerato un requisito imprescindibile in un sistema sociale e sanitario progredito. Rappresenta una proiezione obiettiva dell'assistenza sanitaria e dell'attenzione sociale che hanno accompagnato la gravidanza, il parto ed il puerperio. Per monitorare il trend si utilizzano due indicatori: la mortalità neonatale, (numero di morti entro il primo mese di vita ogni 1.000 nati vivi) e la mortalità infantile (numero di morti entro il primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi).

Come in tutt'Italia, anche in Basilicata il tasso di mortalità infantile si è gradualmente ridotto registrando, al momento, valori meno distanti dal dato medio nazionale, quantunque esso sia stato lungamente e tuttora permanga tra i più problematici d'Italia. Gli indicatori descrivono per la Basilicata una condizione più gravosa del comparato dato italiano, con un trend allarmante negli anni - condizione che riguarda entrambe le province lucane, quantunque con una numerosità differente ed una negatività che alternativamente interessa i due territori provinciali a fronte dei miglioramenti



determinati da una assistenza sanitaria di base e specialistica gratuita ed estesa a tutto il territorio lucano che, insieme alle migliorate condizioni sociali, economiche, lavorative hanno fortemente contrastato le cause neonatali e post-neonatali di mortalità perinatale ed infantile. Come in tante altre regioni, anche in Basilicata le cause più frequenti di morte alla nascita rimangono "l'Estrema immaturità del neonato di peso 500-749 grammi" e la "Sindrome da stress respiratorio neonatale" mentre nel primo anno di vita sono preponderanti le malformazioni congenite (quelle dell'apparato cardiovascolare tra le più significative). Per quanto riguarda l'Italia si sottolinea una tendenza positiva, costante nel tempo.

Mortalità evitabile La mortalità evitabile fa riferimento a tutti i decessi che si verificano in fasce d'età definite (attualmente 0-74 anni) e che opportuni ed efficaci interventi riguardanti gli stili di vita, la prevenzione primaria, le diagnosi precoci, le cure tempestive ed adeguate, una assistenza sociosanitaria efficiente, potrebbero attivamente contrastare con risultati veramente favorevoli.

In modo particolare, il dettaglio territoriale dei dati di mortalità evitabile, con interventi di prevenzione primaria, consente approfondimenti utili alla valutazione sia dell'impatto di specifiche iniziative in terra socio-sanitaria che del recepimento e dell'adesione da parte dei cittadini programmi indirizzati a favorire l'abbandono di atteggiamenti e comportamenti che concorrono a determinare un irreversibile danno alla salute. I principali gruppi diagnostici di mortalità evitabile riguardano il sistema circolatorio, le malattie neoplastiche, i traumatismi ed avvelenamenti e le cause di morte evitabili afferiscono fondamentalmente a tre tipologie principali:

Prevenzione primaria: decessi legati a stili di vita (quali alimentazione scorretta, consumo di alcol e tabacco, gastrite alcolica), malattie infettive (quali epatiti, HIV/AIDS), patologie neoplastiche (quali tumori maligni di labbra, cavità orate, faringe, esofago, etc), deficienze nutrizionali, malattie cardiovascolari (quali malattie ischemiche del cuore embolia polmonare, etc.), malattia epatica cronica e cirrosi, malattie a trasmissione sessuale, traumatismi e avvelenamenti.

Diagnosi precoce e terapia: riguardano le cause di morte contrastabili con diagnosi e trattamento tempestivi (quali: tumori maligni del colon, della pelle, della mammella della donna, del testicolo, della tiroide).

Igiene ed assistenza sanitaria: comprende le cause di morte contrastabili attraverso pratiche sanitarie quali le vaccinazioni, la gestione corretta delle cronicità, altre cause da interventi inefficaci o erranei (malasanità).



Infatti, sebbene l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia tradizionalmente classificato le morti secondo il tipo primario di malattie o lesioni, tuttavia le cause di morte possono essere classificate anche in termini di fattori di rischio prevenibili (come fumo, dieta scorretta, comportamento sessuale a rischio, etc.) che contribuiscono ad una serie di malattie diverse - questi fattori di rischio di solito non vengono registrati direttamente sui certificati di morte - fonte Istat e MEV(i) ed. 2014.

In Basilicata i giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile differiscono tra i due sessi poiché una numerosità pressoché in linea con la media italiana riguardante le femmine (Basilicata: 11,43 vs Italia: 11,97) si confronta con una numerosità superiore alla media italiana riguardante i maschi (Basilicata: 22,75 vs Italia: 20,91).

Il dato lucano espresso dal genere femminile si manifesta positivamente non solo nel confronto con le altre regioni del Mezzogiorno (Molise escluso) ma anche riguardo a regioni del Nord e del Centro; per contro i giorni di vita perduti dal genere maschile lucano sono superiori alla gran parte delle regioni italiane, fatta eccezione di Valle d'Aosta, Sicilia, Campania e Sardegna.

MORBOSITA'

La morbosità-è il rapporto tra il numero di soggetti malati e la popolazione. E' un indicatore della statistica sanitaria che esprime la frequenza di una malattia tra gli abitanti di un territorio definito ed è fondamentale per analisi epidemiologiche.

Poter misurare la morbosità su una popolazione sorvegliata significa poter conoscere i bisogni quali/quantitativi connessi alle patologie croniche. Il combinato miglioramento delle condizioni sociali e dell'assistenza sanitaria hanno consentito il superamento di stati clinici che in passato risultavano fatali determinando, progressivamente, una profonda trasformazione dei bisogni sanitari e sociali.

I pazienti con più patologie croniche-definite dall'OMS "... problemi di salute, che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni ..." - hanno, infatti, un maggiore rischio di aumentare la morbosità, sia fisica sia psicologica, con aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, un aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, una peggiore qualità di vita ed un aumentato rischio di mortalità.

E' indubbio che gli anziani richiedano una maggiore e più assidua assistenza socio-sanitaria anche per le limitazioni più o meno gravi che condizionano la loro vita familiare e di relazione. Vien da se considerare le ricadute in termini di impegno socio-sanitario ed economico che la sanità già oggi



affronta anche alla luce delle previsioni epidemiologiche che calcolano in circa il 70-80% le risorse sanitarie da utilizzare per la gestione di queste condizioni in un contesto demografico sempre più vecchio. Le esigenze configurate dalle patologie croniche, talora presenti anche in classi d'età più giovani, pur essendo presenti in tutta l'Italia, si esprimono con una numerosità ben più rilevante nelle regioni del Mezzogiorno. In questi pazienti, nei quali la soluzione del quadro clinico è piuttosto problematica, gli atti assistenziali sono di preferenza finalizzati al miglioramento dello stato funzionale, alla gestione della sintomatologia dolorosa, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita - in sintesi ad evitare una precoce esclusione sociale.

L' Istat conduce annualmente un' indagine nazionale - "Aspetti della vita quotidiana"- volta ad acquisire informazioni sulla percezione dello stato di salute, sulla presenza di malattie croniche, sugli stili di vita ed alcuni consumi sanitari da parte degli italiani.

Comparando gli anni 2009/2013 si osserva come i residenti lucani continuino a percepire il proprio stato di salute meno favorevolmente rispetto alla media italiana.

Nel corso degli anni all'aumentare dell'età si riduce, consistentemente, il numero di residenti lucani che dichiarano uno stato di "buona salute" ed una condizione fisica soddisfacente (molto bene, bene) con valori inferiori alla media italiana. La percentuale di lucani che esprimono una condizione negativa (male, molto male), con modeste oscillazioni negli anni, si attesta sempre a valori più elevati del corrispettivo data nazionale.

Anche le ultime indagini Istat evidenziano che i cittadini lucani (per tutte le fasce d'età) percepiscono le proprie condizioni di salute più fragile rispetto alla media italiana ed inferiore alla media è il numero di cronici che dichiarano di godere di buona salute. La percentuale di cittadini lucani affetti da una o più malattie croniche, incostante negli anni, è sempre più elevata della media italiana il cui valore risulta relativamente stabile.

Tuttavia diminuiscono in entrambi i contesti il numero di coloro che dichiarano uno stato di "buona salute".

Di seguito si riportano le patologie più frequenti:

- Le malattie osteoarticolari sono la condizione patologica più lamentata dai lucani, quantunque in leggero calo rispetto agli anni precedenti (anno 2013 - Basilicata: 18,8 vs Italia: 16,4; anno 2012 - Basilicata: 20,7 vs Italia: 17,1; anno 2008 - Basilicata: 24,7 vs Italia: 16,7);



- L'ipertensione che mostra un andamento relativamente costante, in linea con i dati nazionali (anno 2013 - Basilicata: 17,0 vs Italia: 16,7; anno 2012 - Basilicata: 16,8 vs Italia: 16,4; anno 2008 - Basilicata: 19,5 vs Italia: 15,8);
- Le malattie allergiche (anno 2013- Basilicata: 9,5 vs Italia: 10,0; anno 2012 - Basilicata: 11,0 vs Italia: 10,6; anno 2008 - Basilicata: 10,8 vs Italia: 19,6).
- L'osteoporosi (anno 2013 - Basilicata: 9,0 vs Italia: 7,4; anno 2012- Basilicata: 8,0 vs Italia: 7,7; anno 2008 - Basilicata: 10,2 vs Italia: 7,3).
- Il diabete (anno 2013 - Basilicata: 6,7 vs Italia: 5,4; anno 2012 - Basilicata: 6,9 vs Italia: 5,5; anno 2008 Basilicata: 6,7 vs Italia: 4,8).
- I disturbi nervosi (anno 2013 - Basilicata: 3,6 vs Italia: 4,0; anno 2012- Basilicata: 4,7 vs Italia: 4,4; anno 2008 - Basilicata: 7,1 vs Italia: 4,6);
- La bronchite cronica e l'asma bronchiale (anno 2013 - Basilicata: 7,1 vs Italia: 5,9; anno 2012- Basilicata: 6,8 vs Italia: 6,1; anno 2008 - Basilicata: 9,6 vs Italia: 6,4);
- L'ulcera gastrica e duodenale (anno 2013 - Basilicata: 4,0 vs Italia: 2,7; anno 2012 - Basilicata: 4,0 vs Italia: 2,7; anno 2008 - Basilicata: 4,5 vs Italia: 3,1) in un contesto che registra un consumo di farmaci dichiarato in linea con il dato nazionale ed un trend incostante sia per la Basilicata che per l'Italia.

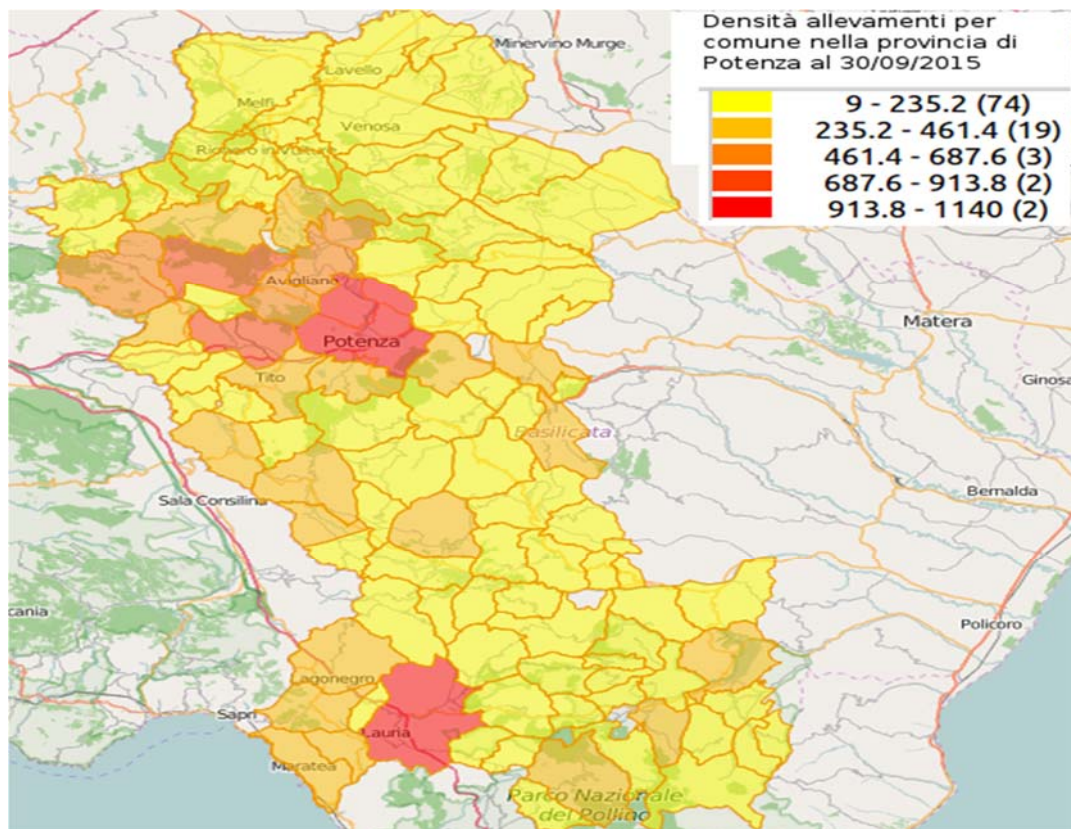
PROFILO TERRITORIALE E DEMOGRAFIA DEGLI ALLEVAMENTI

La distribuzione degli allevamenti, intesa come densità totale e densità degli allevamenti per intervalli di consistenza, disegna una cartina dell'intero territorio Regionale perfettamente sovrapponibile:

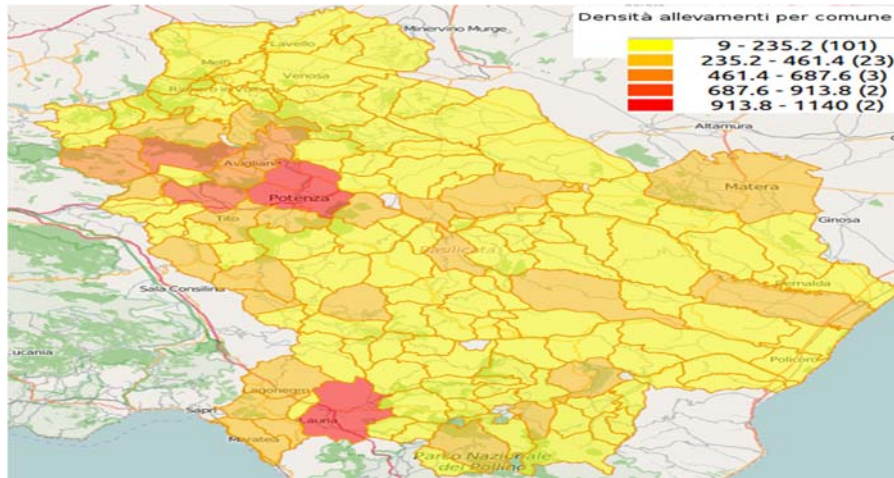
- tanti i comuni che vedono una presenza diffusa di allevamenti;
- pochi restano ancora i comuni (seppure in aumento rispetto al passato) sul cui territorio insistono grandi allevamenti

La nostra rimane una zootecnia diffusa con una quantità limitata di grandi realtà aziendali. I numeri confermano la preminenza delle attività zootecniche che negli ultimi anni, pur subendo una significativa e costante contrazione in termini di numero di addetti e di aziende, ha in pratica conservato lo stesso numero di capi di bestiame.

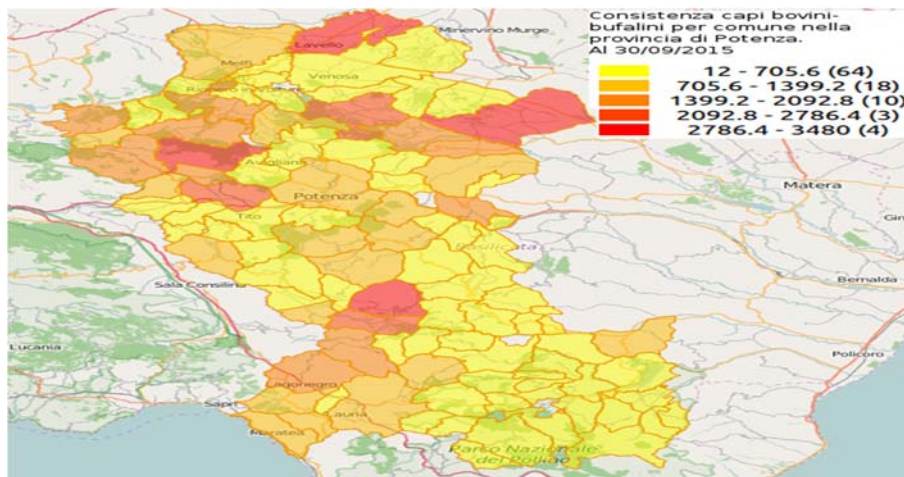
Densità totale n. allevamenti per comune nel territorio



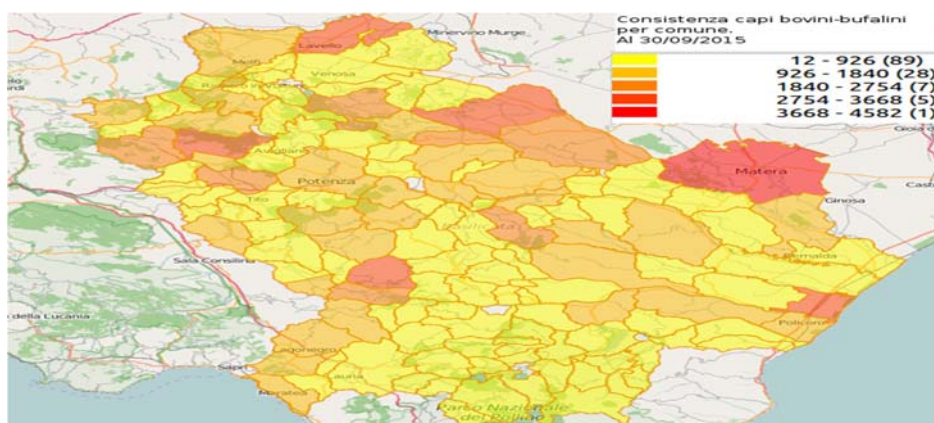
Densità totale n. allevamenti sull'intero territorio Regionale



Densità allevamenti per intervalli idi consistenza sul territorio ASP



Densità allevamenti per intervalli idi consistenza sull'intero territorio Regionale

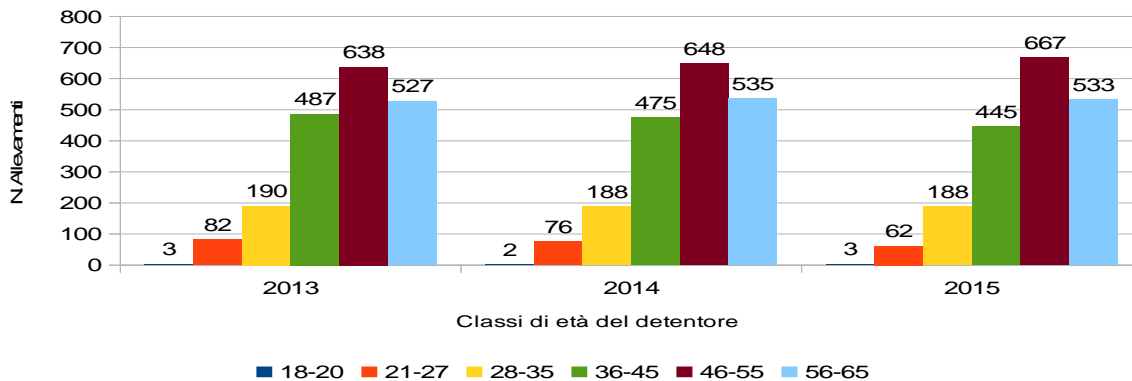


Invariato rimane anche un altro elemento caratterizzante, l'età dei titolari delle aziende zootecniche. Infatti la nostra zootecnia, la cui classe più consistente raggruppa gli allevatori dai 50 anni in su, lamenta il mancato ricambio generazionale da più parti auspicato. Si evidenzia quindi che anche nel

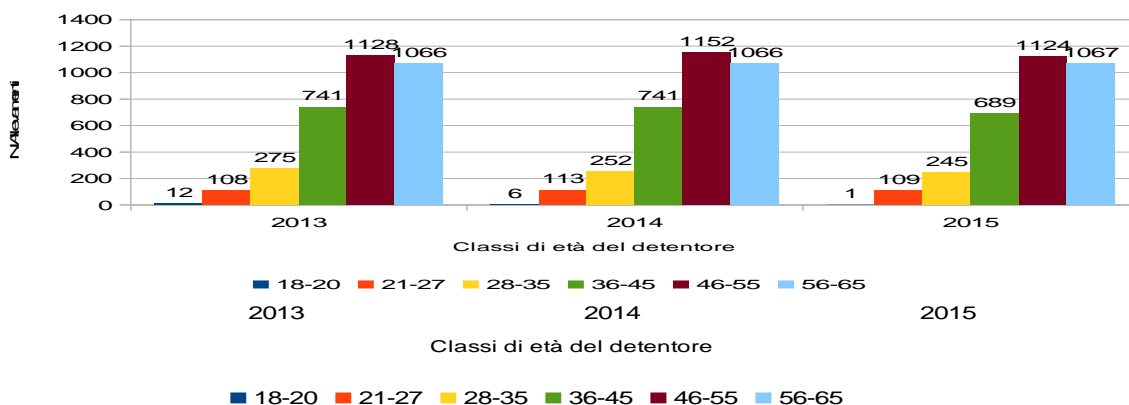


campo della prevenzione della sanità e del benessere animale, vale quanto verificato a proposito della distribuzione anagrafica, per classi di età, della popolazione umana.

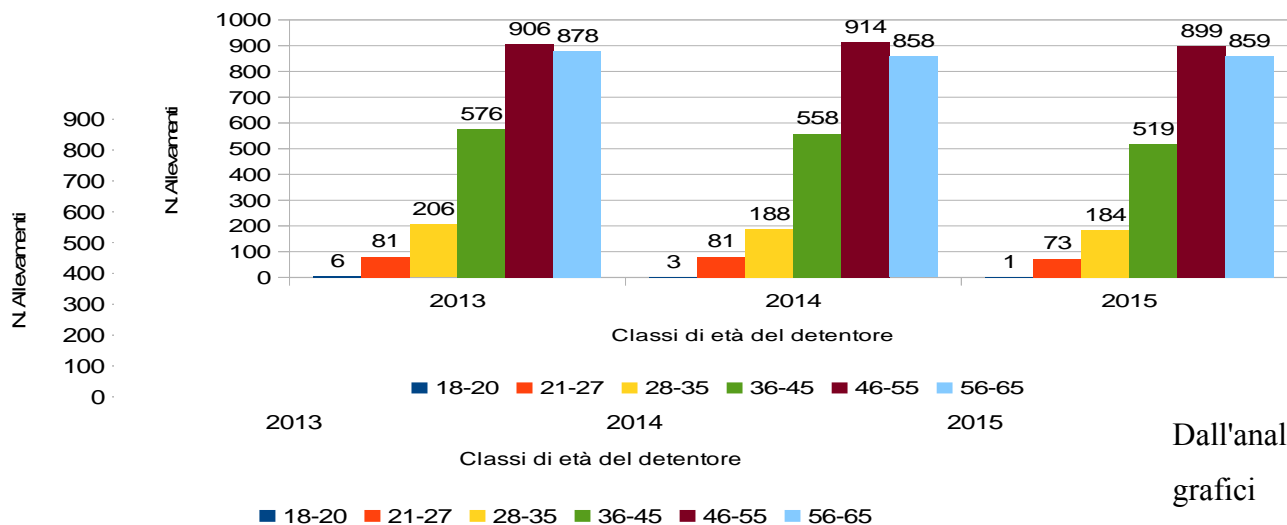
Allevamenti Bovini-Bufalini Provincia di Potenza



Allevamenti Ovini-Caprini Regione Basilicata



Allevamenti Ovini-Caprini Provincia di Potenza



Dall'analisi dei grafici si



evidenzia un'altra particolarità: Gli allevatori degli Ovi-caprini rientrano per la maggior parte nella classe di età che va dai 60 anni ed oltre. In netto contrasto con gli allevatori della specie bovina che invece vede al primo posto i titolari con classe di età tra 40-50 anni.

Possiamo quindi aspettarci, per il futuro, una ulteriore contrazione degli allevamenti nel settore degli Ovi-caprini

Risultati delle Azioni di Sorveglianza Epidemiologica

L'attività di risanamento espletata, in ossequio ai regolamenti concernenti i piani nazionali per l'eradicazione della Tuberculosis, Brucellosi, Leucosi Bovina/Bufalina e della Brucellosi Ovicaprina ha consentito la libera movimentazione dei capi di bestiame, la concessione ed il mantenimento delle qualifiche sanitarie ed in ultimo la corresponsione a tutti gli aventi titolo dei premi previsti dalla politica agricola comunitaria (PAC). La favorevole situazione epidemiologica, consente ad alcuni ambiti la possibilità di richiedere il diradamento delle prove cosa che, una volta avuta l'approvazione Ministeriale, consentirà di "aggregare" i pochi focolai di malattia infettiva (Brucellosi Bovina) ancora presenti sul territorio e giungere nell'arco di due anni al riconoscimento della qualifica di Territorio "Ufficialmente indenne" dell'intero territorio Provinciale.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LA PIANIFICAZIONE REGIONALE E LA NUOVA OFFERTA AZIENDALE



LA PIANIFICAZIONE REGIONALE

La Regione Basilicata, in un momento di difficoltà finanziaria dell'intero Paese ha comunque posto in essere la propria attività di programmazione, in un settore così importante per la vita dei cittadini quale il settore dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari attraverso l'approvazione del nuovo Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità.

Esigenza regionale è quella di garantire alla sanità pubblica, nonostante i tagli ai trasferimenti nel presente, e ancor più quelli che si annunciano per il prossimo futuro, un quadro di riferimento che non sia dettato dalla logica dei numeri ma da quella dei bisogni dei cittadini, pur dovendo necessariamente tener conto delle esigenze finanziarie. Per questo la Regione Basilicata ha predisposto una pianificazione che pone al centro la necessità di fornire servizi di qualità ai cittadini e in campo strumenti organizzativi e di governance per garantire la sostenibilità economica. Questo a tutela della garanzia costituzionale del diritto alla salute”.

L'anno 2015 vede l'Azienda ASP di Potenza interessata dal processo di rinnovo dei vertici direzionali aziendali, avviato con la nomina, in data 13.01.2015, del Direttore Generale da parte del Presidente della Regione Basilicata e conclusosi con la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario in data 27.04.2015.

Ciò ha portato l'Azienda ad adottare con deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 31.01.2015 il Piano Aziendale Triennale della Performance 2015-2017 e a prorogare gli obiettivi di budget anno 2014 (Delibere D.G. n. 327/2014 e n. 426/2014) nelle more di definizione da parte della Regione Basilicata degli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria e del budget operativo aziendale anno 2015.

Il presente documento è lo strumento aziendale redatto in aderenza ai contenuti e alle scelte di pianificazione adottate dalla Regione Basilicata e dall'azienda.

Questo PAL è stato elaborato prendendo a riferimento:

- gli obiettivi individuati nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014);
- gli obiettivi di mandato definiti ed assegnati con DGR n. 26 dell'8 gennaio 2015;
- gli obiettivi strategici ritenuti fondamentali dal PSN e dal Patto per la Salute 2014-2016 (Intesa Stato –Regioni 10 luglio 2014),
- gli obiettivi di salute e programmazione sanitaria per l'anno 2015 approvati con DGR n.662 del 19.05.2015,



- gli obiettivi risultanti dal Piano triennale della Performance 2015-2017 adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 31.01.2015 integrati con quelli di cui alla DGR 662/2015;
- il rispetto dei vincoli economici imposti dalle normative vigenti.
- Il rispetto della direttiva vincolante “Obiettivi Economici” trasmessi dalla Regione Basilicata con nota protocollo 14714/13A1 del 26.01.2015.

Questo sarà un triennio volto alle sfide e al cambiamento, che vedrà l'intera Azienda impegnata a costruire una relazione positiva e una comunicazione costante sia interna sia esterna, affinché l'azienda possa essere riconosciuta quale struttura che promuove salute e benessere pronta ad intercettare i bisogni, con un occhio particolare alla presa in carico delle vecchie e nuove fragilità.

Da qui nasce l'esigenza di far leva sulla ricchezza del capitale umano, perché solo valorizzando gli operatori e offrendo loro significative occasioni di crescita professionale in ambienti di lavoro stimolanti, si potrà affrontare la grande sfida proposta dagli obiettivi di salute su cui fondare la nuova organizzazione.

L'Azienda ASP di Potenza, per rispondere in maniera efficace ai nuovi bisogni emergenti della popolazione, deve saper disegnare le strategie, partendo non dall'analisi dei servizi o dell'offerta, ma dallo studio dei bisogni e della domanda.

Di seguito si riportano le disposizioni di programmazione regionale e nazionale a cui tale documento fa riferimento:

- PSN e Patto per la Salute 2014-2016(Intesa Stato –Regioni 10 luglio 2014),
- Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni 13 novembre 2014);
- L 135/2012 ‘spending review’;
- L 189/2012 ‘decreto Balduzzi’;
- DL 179 ‘ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese
- Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009;
- DGR n.225 del 2/3/2012 "direttive in materia di fascicolo sanitario elettronico"
- DGR n. 138 del 14/2/2012 - governance farmaceutica territoriale - direttiva vincolante
- DGR n.140 del 14/2/2012 - approvazione del documento - manuale classi di priorità - modifica ed integrazione della DGR n.1896 del 28/12/2007;
- DGR n. 662 del 19.05.2015;
- l.r. n. 34 del 27.03.1995;



- l.r. n.17/2011 assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013
- piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015
- l.r. n.16/2012-assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2012
- l.r. 16 aprile 2013 n. 7 modifica della legge regionale 08 agosto 2012 n. 16;
- l.r. 30 aprile 2014 n. 7
- l.r. n. 4 e l.r. n. 5 del 31/01/2015

Le linee per la gestione 2015-2017 si inseriscono in un contesto di particolare complessità influenzato principalmente dalla consistente riduzione dei finanziamenti del SSR e dalla presenza di norme nazionali vincolanti per la Regione e le Aziende (L 135/2012 'spending review'; L 189/2012 'decreto Balduzzi'; DL 179 ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese").

La Regione Basilicata con DGR 26 dell'08.01.2015 ha individuato ed attribuito al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale – ASP, ai sensi dell'art. 3 bis, comma 5, del D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni gli obiettivi di mandato.

Tali obiettivi, così come elencati "nell'allegato 1" della suddetta deliberazione si distinguono in due sottogruppi che di seguito si elencano.

OBIETTIVI A PENA DI DECADENZA

- **Livelli Essenziali di Assistenza(LEA):** assicurare i livelli essenziali di assistenza e garantire l'implementazione di tutte le attività finalizzate al raggiungimento del livello totale di adempienza rispetto agli adempimenti previsti dal questionario LEA;
- **Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione:** l'equilibrio economico deve essere assicurato in sede di approvazione di bilancio preventivo e consuntivo; nel rispetto dell'art. 31 della LR 34/1994 e smi.
- **Garanzia del rispetto del corretto, completo e tempestivo adempimento del debito informativo,** con particolare riferimento ai flussi informativi obbligatori nazionali(debito informativo intesa Stato-Regione del 23.03.2005) e regionali.

OBIETTIVI PER L'ACCESSO AL TRATTAMENTO INTEGRATIVO DI CUI AL COMMA

5

DELL'ART. 1 DEL DPCM 502/1995.

- **Liste di Attesa:** rispetto pieno della tempistica prevista per le liste di attesa in classi di priorità (RAO); per le prestazioni di specialistica ambulatoriale non in classe di priorità va realizzato il contenimento delle liste di attesa, rilevate annualmente anche attraverso specifici accordi

46



interaziendali con la finalità di riportare tendenzialmente le prestazioni delle branche di cardiologia e di diagnostica per immagine entro un valore massimo di 90 giorni.

- **Mobilità Sanitaria:** riduzione rispetto all'anno di compensazione precedente del saldo economico dei ricoveri in mobilità sanitaria interregionale.

Sono ulteriori obiettivi della Direzione Generale le disposizioni e gli indirizzi prescritti da leggi e atti programmatori nazionali e regionali, nonché le direttive e gli obiettivi stabiliti dalla giunta regionale. Relativamente agli obiettivi assegnati, questa Direzione subito dopo il suo insediamento ha avviato con i competenti uffici aziendali una serie di verifiche e approfondimenti sulle tematiche afferenti agli obiettivi assegnati, al fine di valutare quanto già realizzato in merito e definire al contempo le ulteriori azioni da attivare. Tali verifiche hanno riguardato anche i rapporti di collaborazione e di integrazione in atto con le altre aziende sanitarie regionale, in particolare con l'AOR San Carlo, al fine rilevare quanto già realizzato e favorire la individuazione di ulteriore aree di integrazione. Gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria sono stati approvati dalla Regione Basilicata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 662 del 19.05.2015.

Il documento regionale "Sistema di Valutazione 2015-2017" è caratterizzato da obiettivi declinati in due allegati in cui risultano esplicitate le metodologie e le schede degli indicatori che di seguito si allegano. Nell'"*Allegato 1*" sono state individuate cinque principali aree di risultato ed i relativi obiettivi assegnati alla Azienda Sanitaria di Potenza per il triennio 2015-2017. Tali aree sono:

- tutela della salute;
- performance organizzative e cliniche aziendali;
- gestione economico finanziaria;
- conseguimento di obiettivi strategici regionali;
- obiettivi di empowerment;

Il sistema di valutazione è articolato in 16 obiettivi misurati da 43 indicatori. Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo. È previsto, così come risulta dalla tabella sottostante, un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero ed un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Il punteggio di ogni indicatore, con l'esplicitazione dell'intervallo, per ogni obiettivo e area di riferimento, è indicato nella scheda allegata. Alcuni dei 43 indicatori sono anche finalizzati alla



conferma dell'incarico del direttore generale all'18-esimo mese e alla valutazione globale di performance:

1. parere di conferma:

- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- Consumo di farmaci antibiotici
- % di anziani in Cura Domiciliare
- Imprese attive sul territorio controllate
- % utilizzo farmaci biosimilari
- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)
- Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015
- Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche

2. performance globale dell'azienda(V.G.P.)

- % utilizzo farmaci biosimilari
- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
- % di anziani in Cura Domiciliare
- % di abbandono di pazienti in terapia con statine
- Consumo di farmaci antibiotici
- Consumo di farmaci oppioidi



L'OFFERTA AZIENDALE

AREA DELLA PREVENZIONE

IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELL'AZIENDA ASP DI POTENZA

La salute non identifica più semplicemente la cura della malattia ma, prima ancora, la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali.

Si deve incidere sui modelli di organizzazione sanitaria spostando l'attenzione dalla fase acuta, alla prevenzione primaria e secondaria, promuovendo corretti stili di vita ed implementando i rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro.

Gli interventi di prevenzione devono mirare a ricostituire un tessuto di relazioni tra cittadino, MMG, Territorio e l'Ospedale. Il decreto sui LEA, che definisce i livelli essenziali di assistenza, precisa che, sono esclusi gli interventi di prevenzione individuali, mentre sono valorizzate le attività di prevenzione finalizzate a programmi sulla popolazione (vedi vaccinazioni e screening oncologici). Nell'attuale contesto questo orientamento prospetta un coordinamento tra Dipartimento di Prevenzione e Distretto per quanto riguarda la prevenzione primaria, mentre all'Ospedale competono la prevenzione secondaria e quella riabilitativa, fermo restando che la visione è circolare e non lineare. Ad esempio, le campagne di screening, qualora non siano richieste attrezzature tecnologicamente complesse, possono essere svolte a livello territoriale, riservando all'Ospedale solo i casi di diagnosi positiva, ovvero interventi diagnostici e terapeutici che necessitano di ricovero ordinario e/o D.H.. La prevenzione collettiva e l'assistenza sanitaria primaria hanno due ragioni per essere tra loro coordinate: la prima è che si praticano in aree geograficamente definite e comuni; la seconda è che ambedue, utilizzano l'epidemiologia, quale strumento per individuare i bisogni e/o i problemi di salute, individuando gli interventi più efficaci e valutando i risultati.

Il comune impegno di promozione alla salute potrebbe essere realizzato attraverso la messa a punto di specifici progetti-obiettivo da parte del Dipartimento di Prevenzione e delle Strutture Territoriali. Sviluppo delle attività di prevenzione, in un ottica più ampia, non significa solamente interventi sanitari, ma anche e soprattutto uno stretto collegamento tra i vari attori coinvolti, che si identificano in soggetti istituzionali e sociali con il coinvolgimento anche di soggetti del terzo settore. Attualmente l'Ospedale si trova a dover fronteggiare la richiesta di interventi di prevenzione secondaria e terziaria, come se fossero situazioni di urgenza, a causa spesso, di scarse risorse e carenza di percorsi definiti e condivisi, a scapito dei pazienti e degli operatori. Oggi l'eccessiva frammentazione del processo di cura in campo sanitario e la parallela crisi d identità e di risorse in campo sociale hanno 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 ed il collegamento tra i vari professionisti. Per contro le attività di prevenzione possono e devono prevedere una pianificazione organizzativa, sicuramente più puntuale in termini di risorse e costi sostenibili. Dal quadro epidemiologico regionale rappresentato si evince, fondamentalmente, la necessità di implementare le azioni di promozione degli stili di vita salutari, con particolare riguardo ai giovani, come da programma nazionale "Guadagnare Salute", per ridurre il carico delle malattie croniche non trasmissibili, contrastando i fattori di rischio noti e modificabili, unitamente alla necessità di sviluppare un'indagine che, sulla base dei dati socio-economici e sanitari correnti, consenta di aggiornare gli ambiti territoriali maggiormente deprivati e di definire interventi mirati a contenere lo svantaggio evidenziato.

Con il Piano Regionale della prevenzione 2014/2018 si intende altresì rafforzare le iniziative di prevenzione oncologica oltre che la screening audiologico neonatale già avviato con il precedente Piano di Prevenzione. Si intende inoltre continuare a lavorare per la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro, che ancora costituiscono priorità di intervento in Basilicata come nel resto del Paese, nonché definire ulteriori percorsi di sorveglianza e prevenzione delle malattie professionali, sviluppando le attività già in itinere. Riguardo alle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, si intende aumentare l'efficienza dei controlli ufficiali per aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli Ufficiali.

A parere dell'OMS, negli ultimi dieci anni circa, il 75% delle nuove malattie dell'uomo è stata causata da patogeni presenti negli animali e nei loro prodotti, non sottovalutando la presenza di contaminanti e sostanze pericolose che possono essere entrate nella catena alimentare con danni elevati alla salute e pertanto risulta necessario affrontare anche il fenomeno dell'antibiotico-resistenza del settore zootecnico. Si intende altresì dare continuità e piena attuazione ai programmi di "sicurezza alimentare, controllo e riduzione delle malattie trasmesse da alimenti" e di "controllo e riduzione della echinococcosi/idatidosi nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata" oltre che dare esecutività ad un programma specifico di sorveglianza epidemiologica di sostanze contaminanti in aree a rischio attraverso il biomonitoraggio in matrici alimentari e mangimi animali. Le strategie di cambiamento sono sotto indicate:

- **C.1 Riorganizzare le attività per funzione e non per struttura**
- **C.2 Implementare il ruolo del dipartimento nell'ambito della prevenzione**



C.1 Riorganizzare le attività per funzione e non per struttura:

- razionalizzare e ridurre le sedi operative,
- creare una sola anagrafe per Area di Sanità Pubblica Veterinaria e Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, ai sensi dell'Allegato A Sezione 6 del D.L.vo. 194/2008,
- informatizzare e quindi ottimizzare l'attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro.

C. 2 Implementare il ruolo del dipartimento nell'ambito della prevenzione ed uscire dalla logica di un ruolo quasi esclusivo di vigilanza e certificazione

- incentivare la cultura della prevenzione finalizzata al miglioramento degli stili di vita,
- sviluppare l'integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione e Distretti,
- integrare e potenziare i programmi di screening nei piani di prevenzione attiva

La ASP intende elaborare una serie di iniziative e progetti che coinvolgendo anche gli Enti locali e la Regione permettano migliorare gli stili di vita della popolazione provinciale per incrementare l'attività fisica, migliorare l'alimentazione e contrastare l'obesità ed il sovrappeso, ed anche la prevenzione dei rischi da fumo e alcol. Queste sono tutte misure preventive mirate a ridurre anche i ricoveri ospedalieri e la spesa farmaceutica.

linea intervento	programma/progetto
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	<ul style="list-style-type: none">• Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSN• Promozione della salute verso i neo genitori (seggiolini, ecc..)
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	<ul style="list-style-type: none">• rendere sicure le sostanze pericolose (sostanze chimiche e cancerogeni)• Prevenzione in edilizia, agricoltura
Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni



linea intervento	programma/progetto
Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	<ul style="list-style-type: none">• Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali• Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche
prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini Formazione nelle scuole e verso i neogenitori Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo Prevenzione dell'iniziazione al consumo di alcol e sostanze
Tumori e screening	Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati
Malattie cardiovascolari	Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale
Diabete	Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze
Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	Monitoraggio della copertura della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani



ALTRE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NEL TRIENNIO

Una civiltà in cui le funzioni di protezione della persona e della comunità restino capisaldi irrinunciabili e valori di riferimento, impone di pensare ad interventi strutturali, sia sul versante dei fattori di crescita economica, sia sull'assetto del welfare, al fine di riallineare le risorse con i livelli di assistenza da erogare in condizioni di efficienza, appropriatezza ed economicità, e quindi in condizioni di sostenibilità.

Tanto ancor di più perché i cittadini possano sentirsi garantiti nella salute cioè in quello che risulta essere oggi il bene più prezioso.

Nel solco delle su indicate linee generali rinvenienti dal Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità – patto per la salute 2013/2015 – , l'Azienda si deve sentire impegnata ad essere più aderente possibile a questa attesa ed a tal fine deve operare con il massimo della competenza e della professionalità, rispettando la dignità e i diritti delle persone e la protezione dei soggetti più deboli.

In tale contesto, l'Azienda intende porre in essere una serie di iniziative che consentono un intervento a tutto tondo, capace di incidere concretamente sia sulla prevenzione, sia nella fase della cura e della riabilitazione, ben consapevole che tali iniziative devono essere strettamente collegate alla più completa e trasparente informazione, veridicità e completezza dei dati fondamentali di cui si avverte la necessità, pur nel pieno rispetto dei principi che consentono la tutela della privacy.

Le azioni concrete sono mirate alla “comunità”, intesa come insieme dinamico di cittadini che esprimono caratteristiche omogenee per condizioni demografiche e socio-economiche, giacché sono queste che ne condizionano i bisogni di prestazioni sanitarie e di interventi per la salute.

Sono, inoltre, connotate dalla capacità di eliminare le diseconomie derivanti da un'organizzazione per certi versi ancora rispondente a vecchie forme di assistenza e devono tendere a sviluppare le sinergie interne del sistema, migliorandone la qualità e elevandone il livello di attrattività.

Nel contesto del territorio aziendale, si impone peraltro una strategia che tenga conto dei fattori che determinano l'aumento del fabbisogno di interventi per la salute – quale ad esempio l'incremento dell'aspettativa media di vita della popolazione – e dei fattori che determinano una diminuzione della capacità di generare le risorse necessarie – quali il calo demografico e la sostanziale stagnazione degli indicatori di crescita dei prodotti interni lordi.

Ciò richiede un intervento che parta da un sistema di monitoraggio di rilevazione dei fattori che incidono direttamente/ indirettamente sulla salute.



Al riguardo, il territorio in cui opera l'Azienda non si discosta in maniera significativa, relativamente al versante produttivo/industriale, dal territorio nazionale, atteso che, unitamente alla presenza di grandi poli, registra l'attività di piccole e medie imprese operanti nei più svariati settori agro-industriali.

Peraltro il territorio medesimo è caratterizzato dalla presenza di risorse naturali, quali acqua e ambiente, che assicurano un valore aggiunto alla capacità di generare risorse per la comunità.

Il territorio dell'Azienda Sanitaria coincide con l'intero territorio della Provincia di Potenza, e le ipotesi di intervento non devono essere indirizzate e/o specifiche per un solo ambito, caratterizzato ad esempio da insediamenti industriali, quanto piuttosto devono connotarsi dalla capacità di essere applicabili in un'area più vasta, pur in presenza di specificità territoriali diverse, per le quali l'Azienda ha provveduto a potenziare le attività di prevenzione.

Va rimarcato, infatti, che l'Azienda già opera nell'attuazione di programmi di monitoraggio annuali in ossequio a norme nazionali e regionali, come ad esempio il piano nazionale residui, il piano nazionale alimentazione animale, il piano annuale di monitoraggio sulla radioattività ambientale, attraverso gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione di Salute collettiva umana e Sanità e benessere animale.

E' da rilevare, peraltro, che le azioni già intraprese non consentono di rispondere in maniera esaustiva sia alla necessità di sorveglianza territoriale che alle domande/aspettative provenienti dalla comunità preoccupata dalla presenza di nuovi e rilevanti fattori di rischio, di cui ritiene possano essere responsabili le mutate condizioni ambientali, per effetto degli insediamenti industriali realizzati sul territorio.

Dati questi presupposti si ritiene opportuno effettuare uno screening in matrici biologiche finalizzato alla ricerca dei principali e più pericolosi composti tossici derivanti usualmente da fonti di inquinamento di carattere industriale presenti nella zona di interesse. Naturalmente, sarebbe auspicabile uno screening quanto più esteso (sia in termini di territorio che di matrici analizzate) possibile; le risorse economiche disponibili inducono a focalizzare l'attenzione su quelle aree che più probabilmente possono essere soggette a problemi sanitari/salute indotti da inquinamento ambientale. Per l'individuazione delle aree più sensibili presenti nel territorio della ASP è stata consultata la documentazione presente presso il Dipartimento Ambiente della Regione Basilicata, con particolare riferimento all'inventario delle emissioni e procedure autorizzative per emissioni in atmosfera. Le considerazioni che seguono sono state effettuate valutando sia gli scenari attuali di distribuzione dei



maggiori insediamenti industriali che, a scopo preventivo, i futuri insediamenti con particolare riferimento alle richieste di controllo che provengono da larghi strati della popolazione.

Le aree critiche individuate potrebbero essere le seguenti:

- area industriale di Melfi (in particolare Fenice)
- area industriale di Barile (cementificio Costantinopoli)
- area industriale di area Potenza (in particolare Ferriere Nord e cementificio Lucania)
- area industriale di Viggiano (Centro Oli ENI)
- area Corleto Perticara (insediamento futuro Centro Oli TOTAL)
- area Centrale ENEL del Mercure
- area Lauria-Lagonegro (in quest'area risultano solo poche attività importanti, essenzialmente attività di estrazione da cava, ma per una migliore copertura del territorio provinciale potrebbe essere presa in considerazione)

I composti da ricercare saranno i seguenti:

- PCDD/F e PCB
- IPA
- Metalli pesanti

Sono stati presi contatti con alcuni Istituti di rilievo Nazionale, come Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" – TERAMO che risulta Laboratorio Nazionale di Riferimento per Diossine (PCDD/PCDF) e Policlorobifenili (PCB), e con Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata – Foggia per le analisi dei metalli pesanti.

Altra attività che la Azienda si propone di attuare è uno **studio di coorte sugli effetti delle esposizioni ambientali e occupazionali sulla morbosità e mortalità della popolazione della Provincia di Potenza.**

La presenza di attività industriali presenti sul territorio della provincia di Potenza, i lavoratori addetti ad occupazioni a rischio in diversi comparti, le particolarità del quadro sociale, sono tutti fattori potenzialmente responsabili del quadro sanitario dei residenti. I dati disponibili, tuttavia, non hanno consentito una valutazione accurata della situazione epidemiologica sul territorio in relazione al fenomeno ambientale ed occupazionale anche tenendo in dovuto conto delle caratteristiche sociali.

Scopi progetto di lavoro saranno:



1. Fornire il quadro epidemiologico in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri e incidenza di tumori della popolazione residente in prossimità dei siti industriali tenendo conto dei fattori di deprivazione sociale;
2. Valutare la relazione tra esposizioni ambientali legate ai complesso industriali e mortalità/morbosità della popolazione residente;
3. Valutare il quadro sanitario dei lavoratori impiegati presso i siti.

Lo studio sarà condotto con un approccio di coorte di popolazione basato sulla ricostruzione della storia anagrafica di tutti gli individui residenti, il loro successivo follow-up, e il computo dei tassi di occorrenza di malattia e di mortalità.

Le caratteristiche di esposizione considerate da prendere in esame saranno:

1. il livello individuale di esposizione a polveri PM10 (emissioni primarie) di origine industriale o di eventuali altri indicatori stimati all'indirizzo di residenza alla data di arruolamento nella coorte attraverso un modello di dispersione che ha usato dati raccolti durante il periodo di follow-up;
2. aver lavorato negli anni precedenti presso il sito industriale.

Il modello statistico dovrà individuare rischi relativi di morte e/o di malattia (Hazard ratio) attraverso una analisi di sopravvivenza. I risultati tengono conto del genere e dell'età dei residenti e anche di un altro importante fattore di confondimento, l'indicatore di stato socioeconomico, calcolato a livello di sezione di censimento della residenza di ciascun soggetto della coorte.

L'area considerata in questo studio è quella dei quartieri e dei comuni limitrofi ai siti inquinanti. Per la selezione della coorte verranno utilizzati gli archivi anagrafici forniti dai comuni all'ultimo censimento ISTAT. La coorte è composta dai soggetti residenti nel periodo di riferimento e da tutti quelli che sono successivamente entrati come residenti nell'area per nascita o immigrazione fino alla data di fine per individuazione della coorte. I file anagrafici trasmessi verranno sottoposti a rigorose operazioni di controllo di qualità, controllo dei record doppi e di esclusione dei soggetti iscritti all'AIRE (Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero). Saranno calcolati:

- tassi di mortalità, tassi di persone ricoverate (più semplicemente detti ricoveri), e tassi di incidenza standardizzati con il metodo diretto (usando come popolazione standard la popolazione italiana al 1991) (per 100,000 abitanti).
- una analisi di sopravvivenza (Cox proportional hazard model) al fine di valutare l'associazione tra le esposizioni di interesse (PM₁₀, occupazione) e mortalità/morbosità



- rischio attribuibile di popolazione in termini percentuali (%) e in termini di casi attribuibili per il PM₁₀ da industria o ad eventuali altri indicatori di esposizione presi in considerazione.

La gestione dei data base sarà effettuata utilizzando il software statistici.

Nella prima parte dello studio verranno presi in considerazione i potenziali siti di inquinamento in prossimità della città di Potenza (impianto siderurgico “Ferriere Nord”) , della città di Melfi (inceneritore “La Fenice”) e del comune di Tito (“sito di interesse nazionale dell’aria industriale di Tito”).

L’analisi epidemiologica sarà condotta dal Dipartimento di Scienze Mediche Preventive – Università degli Studi di Napoli – Federico II coadiuvato da personale medico e tecnico afferente al Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana ed al Dipartimento Sanità e Benessere Animale della Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

AREA DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE IL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA

Una delle priorità è quella di assicurare al territorio lucano un adeguato sviluppo delle risorse di cui il Sistema 118 possa disporre, attraverso il consolidamento di servizi integrati con il territorio, con particolare riferimento alla rete delle automediche mediante lo sviluppo delle necessarie sinergie ed integrazioni tra le postazioni territoriali del soccorso di base. Altro elemento degno di approfondimento, soprattutto per le realtà di volontariato meno strutturate, è la ricerca di un equilibrio nello svolgimento della attività che consenta di garantire sia l’esecuzione dei trasporti ordinari alle categorie di aventi diritto sia l’attività di emergenza territoriale. Di seguito si riportano gli obiettivi che l’azienda intende perseguire:

- 1. Consolidare l’integrazione tra gli ospedali della Azienda ed il sistema emergenza – urgenza.**
- 2. Definizione di protocolli per la gestione dei trasporti secondari tra i centri Hub & Spoke.**

Interventi:

- definizione di protocolli di esecuzione dei trasporti medicalizzati / professionalizzati dei pazienti tra gli ospedali aziendali
 - prevedere meccanismi di rientro dei pazienti dal centro Hub verso gli Spoke quando non di pertinenza.
- 3. Sviluppare sinergie ed integrazioni nell’organizzazione dell’offerta.**



Interventi:

- sviluppare l'integrazione all'interno delle reti cliniche territoriali di assistenza primaria;
- valorizzare il ruolo delle professioni sanitarie;
- definire la fattibilità di sinergie tra le varie sedi in modo tale da garantire meccanismi di collaborazione che consentano lo svolgimento dell'attività ordinaria e di emergenza.

4. Organizzazione di soccorso sanitario nel caso di maxi-emergenze.

Interventi:

- predisposizione di protocolli operativi condivisi tra Aziende Sanitarie e Volontariato da attuarsi nelle prime fasi del soccorso tramite attivazione di un gruppo di lavoro specifico.

5. Consolidare i meccanismi di collaborazione tra il Sistema dell'Emergenza-Urgenza e le reti cliniche territoriali di assistenza primaria (Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale).

Interventi:

- formazione dei Medici di Continuità Assistenziale in relazione alle tematiche dell'emergenza
- urgenza con particolare riferimento all'urgenza pediatrica;
- attivare momenti informativi/formativi rivolti ai Medici di Medicina Generale ed ai Medici di Continuità Assistenziale sui comportamenti corretti da attuarsi in occasione di quadri sintomatologici di urgenze a maggiore frequenza. Particolare attenzione andrà riservata a:- dolore toracico (percorso IMA)- sintomatologia neurologica (percorso ictus ischemico).

È tra i compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, garantire la presa in carica rapida del paziente critico e il suo trasporto in condizioni di sicurezza nei centri attrezzati per il trattamento delle specifiche patologie. A tal fine in ogni regione opera la rete dell'emergenza-urgenza che assicura l'assistenza alle persone che subiscono "eventi acuti". L'attuale organizzazione del sistema emergenza-urgenza della Basilicata comprende: un sistema di allarme sanitario, costituito dalla centrale operativa di Potenza che raccoglie le telefonate al 118 e attiva il soccorso più tempestivo e appropriato in funzione delle condizioni del paziente: dall'invio, se opportuno, dell'ambulanza all'identificazione dell'ospedale più idoneo a trattare il caso, verificando anche la disponibilità dei posti letto. Un sistema territoriale di soccorso, che dovrebbe garantire l'intervento in tempi brevi (circa 8 minuti in area urbana e circa 20 minuti in area extraurbana), organizzato da un lato secondo un



livello di soccorso avanzato (medicalizzato), composto da personale dipendente delle Asl. un sistema ospedaliero articolato su diversi livelli di operatività, dai punti di primo intervento, ai pronto soccorso ospedalieri e dipartimenti di emergenza, urgenza e accettazione (DEA)



MIKE mezzo di soccorso medicalizzato con medico, infermiere, autista soccorritore



SKY TEAM elicottero HEMS con: Medico, Anestesista Rianimatore, Infermiere



INDIA mezzi non medicalizzati con medico, infermiere, autista soccorritore



ALFA infermiere, autista, medico



Pronto Soccorso Attivo

RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Lo sviluppo del processo organizzativo del Sistema Sanitario Regionale ridefinito dalla legge di riforma, secondo un'articolazione su base provinciale delle Aziende Sanitarie Locali ha richiesto, un necessario approfondimento sul versante territoriale della rete distrettuale, al fine di garantirne la piena operatività nel quadro programmatico complessivo.

La prima azione strategica, effettuata dalla regione con le leggi L.R. 12/08 e L.R. 4/07 ha definito ambiti territoriali omogenei, coerenti con la riforma della governance, garantendo la coincidenza tra l'ambito territoriale distrettuale e l'ambito territoriale sociale.



L'altra importante azione strategica ha definito un nuovo ruolo del Distretto, nella logica della piena integrazione sociosanitaria e di incremento della progettualità relativa alla tutela del benessere complessivo, attraverso la presa in carico della persona e dei suoi bisogni, con il passaggio da una medicina d'attesa ad una medicina d'iniziativa che valorizza la prevenzione e non solo la cura.

Questa impostazione richiede non solo una ridefinizione degli assetti organizzativi, ma anche una partecipazione attiva da parte di tutti gli operatori del sistema; pertanto le indicazioni esplicitate nella parte territoriale del Piano costituiscono gli indirizzi generali per questo nuovo processo, che non potrà che essere "a costruzione progressiva" e come tale richiederà necessariamente ulteriori dettagli, da definire con successivi atti anche sulla base delle stesse esperienze e best practices che saranno realizzate sul territorio.

L'idea che sottende la riorganizzazione del sistema dei servizi territoriali è la costruzione di un Distretto (Distretto della Salute) che assuma in sé il ruolo di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi soprattutto dei soggetti fragili e non autosufficienti.

Il Distretto assume un ruolo di governance attraverso l'adozione di progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina e adotta strumenti validi per il miglioramento continuo della qualità, diventando così luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria.

Il risultato atteso è un modello del servizio sanitario regionale "a rete", che comprenda e integri anche la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In particolare l'area distrettuale costituisce il livello ottimale di programmazione "dal basso" su cui costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona, lavorando in sede di programmazione di zona all'analisi dei bisogni, all'offerta dei servizi, alla individuazione di obiettivi di crescita del benessere territoriale. Il Distretto della Salute garantisce l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e di integrazione sociale.

IL DISTRETTO DELLA SALUTE E LA SUA ORGANIZZAZIONE

Il Distretto della Salute, voluto e delineato dalla Regione Basilicata nel "Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità", si pone, quindi, come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali.



Deve offrire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

E' una macro-organizzazione complessa con autonomia di risorse e di gestione, alla stessa stregua delle altre macrostrutture aziendali.

E' il luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi.

Come centro di " governo " , il Distretto deve seguire tutto il processo tra domanda e offerta, ossia raccogliere la domanda di salute e di cura dei cittadini ed organizzare modalità semplificate di accesso ai servizi; Il Distretto deve inoltre coordinare i percorsi assistenziali per rispondere alla domanda, da realizzare nei servizi direttamente gestiti o collocati al di fuori di esso, operando quindi una delicata opera di integrazione. Una funzione che richiede l'identificazione di obiettivi, risorse e di programmazione delle attività, in stretto coordinamento con gli enti locali per la grande fascia delle "fragilità". Altrettanto ampia deve essere la funzione di "produzione di servizi", considerando che ad essa si riconducono tutte le funzioni della "primary care", ed implicano che il Distretto sia capace di valorizzare ed integrare realmente i suoi principali presidi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e sia in grado di coordinare l'assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le attività specificamente dedicate ai soggetti "fragili", di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Con le nuove normative Regionali (L.R. 4/2007, L.R.12/2008), la Basilicata rilancia questo tipo di cultura, con il coinvolgimento anche dei Comuni, della società civile, delle associazioni, dell'esperienza dei suoi servizi territoriali, che prevede cinque aspetti qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali,
- garanzia di qualità e di appropriatezza,
- controllo e certezza dei costi,
- universalismo ed equità,
- imprenditorialità non profit.

La normativa prevede per i Comuni un ruolo non solo di programmazione e controllo, ma, attraverso la Conferenza Istituzionale di Ambito, di compartecipazione ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e il Comune diviene a tutti gli effetti cogestore dei servizi



sociosanitari ed assistenziali. Si realizza appieno, nell'ambito del **Distretto della Salute**, l'integrazione sociale e sanitaria, e la tutela dell'ambiente e della salute.

Rientrano nell'assistenza distrettuale le seguenti attività che saranno strutturate in unità operative definite in specifici atti organizzativi che dovranno prevedere anche il livello di complessità (struttura complessa, struttura semplice, etc.):

- Assistenza primaria
- Assistenza farmaceutica
- Assistenza domiciliare nelle sue varie forme ed intensità con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche
- Assistenza specialistica ambulatoriale e protesica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza consultoriale familiare pediatrica e psicologica
- Assistenza socio-sanitaria
- Assistenza dipendenze
- Assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

Oltre alle attività sopramenzionate nel distretto della Salute vengono espletate funzioni amministrative attraverso strutture che svolgono le attività interne (contabilità direzionale distrettuale), le attività rivolte all'utenza (rilascio tessere sanitarie, attestati di esenzione, centro di prenotazione etc.) e le attività di coordinamento con le altre macro-strutture aziendali.

Attualmente l'Azienda è composta da sei Distretti Sanitari.

I DISTRETTI DELLA SALUTE E LA RETE TERRITORIALE

Le recenti indicazioni legislative, nazionali e regionali, sottolineano con forza la necessità di un riordino della sanità territoriale e indicano nel potenziamento dell'attività territoriale la chiave di qualificazione di tutto il sistema sanitario regionale.

Fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione del quadro epidemiologico, lo sviluppo delle conoscenze scientifiche, l'innovazione tecnologica, richiedono un attento governo dei consumi sanitari, nonché un progressivo ri-orientamento della rete di offerta in funzione dei reali bisogni di salute (es. bisogni socio-sanitari, patologie cronico-degenerative, ecc).



In questo nuovo approccio ai bisogni salutari, il Territorio (Distretto e Assistenza Primaria, compreso gli Ospedali Distrettuali), rappresenta uno snodo fondamentale nel rapporto tra cittadini ed offerta del SSR con funzione di coordinamento di tutte le figure professionali.

Inoltre, la crescente criticità del rapporto tra bisogni e risorse disponibili, evidenzia, ancor più che in passato, la centralità del ruolo di Medico di Medicina Generale (MMG).

In definitiva, quindi, sia i fenomeni in atto, sia il processo di contenimento della spesa in chiave di riqualificazione della stessa, comportano nuove aspettative nei confronti dei Medici del Territorio (MMG, PLS, Specialisti SUMAI e Ospedalieri), ai quali si chiede di:

- ✓ svolgere un ruolo di interfaccia rispetto alle esigenze degli assistiti, in virtù sia di specifiche competenze professionali, sia della presenza territoriale, impedendo che richieste improprie entrino nel meccanismo di offerta, incrementando i costi in modo inappropriato;
- ✓ diventare punto di riferimento per alcune prestazioni sanitarie offrendo maggiori prestazioni dirette o specialistiche rispetto alla domanda di salute dei propri pazienti (es. pazienti diabetici, ipertesi, ecc.);
- ✓ alimentare virtuosamente il circuito dell'offerta, orientando e dirottando la domanda verso soluzioni efficaci ed appropriate dal punto di vista sia prescrittivo che organizzativo.

Per governare il “sistema” è necessario dare forza, tra l'altro, alla rete integrativa territoriale, che vede da un lato lo sviluppo delle forme associative dei Medici di Medicina Generale, costituiti in team multi professionali (MMG, P.L.S., M.C.A., Specialisti Ambulatoriali, Infermieri, Assistenti Sociali, Amministrativi), e dall'altro ad una sempre maggior partecipazione dei Medici del Territorio alle azioni Distrettuali, affidando loro la missione di svolgere, altresì, un'azione “proattiva”, secondo il **Chronic Care Model**, tale da garantire un efficace sistema di controllo della progressione patologica che, se non efficacemente contrastata, porta, inevitabilmente, a ripetuti ricoveri, molto onerosi sia sotto l'aspetto economico che sociale.

Pertanto i Distretti della Salute devono rappresentare il riferimento delle azioni coordinate per la gestione complessiva delle patologie croniche e dei pazienti fragili, sia con le Strutture Ospedaliere Distrettuali che con la U.O. di Assistenza Primaria.

In quest'ottica, l'ASP intende elaborare una piattaforma volta, sia a decentrare servizi su base territoriale (es. Case della Salute, Strutture Cure Intermedie e Residenziali, Day Service per patologie croniche quali diabete, sindrome metaboliche, BPCO e Ipertensione, presa in carico del paziente cronico, ecc.), sia a sperimentare strumenti gestionali in grado di monitorare i fenomeni sanitari,



ridurre l'inappropriatezza dei consumi, riallocare le risorse disponibili in funzione di priorità assistenziali condivise. In definitiva, la Rete Territoriale deve mirare al ripensamento delle modalità di interazione tra ASP con i propri dipendenti, sia Ospedalieri che Territoriali e i MMG di modo che, attraverso nuove formule organizzative (es. AFT e UCCP) piuttosto che nuovi strumenti di lavoro (es. linee guida, report periodici, ecc.) si possa alimentare nel tempo una capacità comune di governo della sanità locale, sia a livello clinico che gestionale, nell'interesse degli assistiti, dei Medici di Assistenza Primaria, Specialisti, e Dirigenti Medici dell'ASP .

In tal senso le AFT e le UCCP, attraverso obiettivi orientati, sia alla qualità assistenziale che all'uso consapevole delle risorse, può favorire una responsabilizzazione congiunta, da cui l'opportunità di avviare una sperimentazione presso l'ASP, proprio per supportare la qualità dell'attività medica, per incrementare l'orario di assistenza, gestire i cosiddetti "codici bianchi" per evitare il ricorso improprio all'utilizzo dei Pronto Soccorso, per monitorare i fenomeni sanitari, specie quelli cronici e per decentrare servizi e prestazioni sul territorio a favore degli assistiti.

Obiettivi del Distretto della Salute

✓ Miglioramento dell'appropriatezza

E' prioritario realizzare interventi volti al miglioramento dell'"appropriatezza clinica", attraverso la condivisione fra clinici di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali (PDTA). Gli obiettivi mirano al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una concreta continuità assistenziale, con riduzione della spesa farmaceutica e di quella per la diagnostica (grazie al miglioramento della qualità dei trattamenti) e un appropriato livello di costo degli altri sottolivelli assistenziali ottenibile con la corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata *nel "Percorso di cura"*. Tra gli obiettivi primari ***l'appropriatezza prescrittiva***, che abbisogna di linee guida condivise, frutto di tavoli di discussione che coinvolgano le componenti professionali intra ed extra ospedaliere e le rappresentanze sindacali. Di pari importanza è ***il miglioramento della "appropriatezza di livello"***, ottenibile attraverso interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico dei pazienti cronici. Anche in questo caso è fondamentale il lavoro di condivisione tra professionisti Ospedalieri e Territoriali, medici e non, attraverso gruppi di lavoro misti che elaborino soluzioni condivise.

✓ Presa in carico territoriale

Il Distretto deve realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico. La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono quindi un forte sistema di



relazioni in grado di integrare i passaggi nella cura del paziente fra i diversi erogatori di servizi, se non si vuole che questi diventino elementi di criticità e frammentazione. E', di conseguenza, necessario attivare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. E' necessario realizzare una concreta continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

1. l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche.
2. l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia
3. l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o il domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie.
4. un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Tale registrazione dei casi funzionerà come supporto di un'unica Centrale Operativa Territoriale.

La Centrale Operativa Territoriale deve essere un reale strumento di integrazione fra i servizi territoriali (Cure Domiciliari – incluse le cure palliative, continuità assistenziale) fornendo ai cittadini la percezione della capacità del Territorio di prendersi carico con continuità del paziente, e di essere un'efficace alternativa all'Ospedale.

Tale Centrale Operativa Territoriale permette la gestione di un sistema finalizzato verso diverse funzioni:

- ✓ l'accesso alle Cure Primarie, e in particolare: alla Continuità Assistenziale, per quelle prestazioni non gestite dalla Rete delle Emergenze;
- ✓ l'accesso alle Cure Domiciliari;
- ✓ l'accesso alla Valutazione Multidimensionale;
- ✓ la tracciabilità del percorso;



- ✓ la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
- ✓ la ricerca attiva dei pazienti per garantire la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti (“medicina di iniziativa”) e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia;
- ✓ un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.

Per comprendere come sarà organizzato il servizio di presa in carico del paziente cronico riacutizzato da parte dell'ASP è necessario distinguere tra i pazienti che arrivano al sistema emergenza/urgenza con un problema risolvibile da altri livelli assistenziali, e quelli già ricoverati.

Per il primo gruppo di pazienti è previsto il collegamento tra il sistema 118/PS e i MMG attraverso un'integrazione tra il sistema informatico 118/PS e il sistema LUMIR (Lucania Medici in Rete).

Per il secondo gruppo di pazienti, si può prevedere un Team di presa in carico, per il percorso post-dimissione, formato da personale sanitario (infermieri con specifica formazione e attitudine) coordinato da un medico specialista (tipicamente, un geriatra), che possa accedere al data base dei casi. Al momento della segnalazione di un caso clinico, una persona del gruppo prende in carico il paziente e ne cura la definizione del percorso diagnostico terapeutico, il progetto di cura, insieme all'Unità di Valutazione Multidimensionale, nonché, successivamente, tutti i passaggi da un livello assistenziale all'altro. Questo “case manager” sarà, inoltre, in stretto contatto con i “case manager” presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente.

Dovrà essere presidiato anche il percorso inverso, per la presa in carico di un paziente che è assistito a domicilio o in struttura extra ospedaliera e richiede visite specialistiche / procedure diagnostiche in tempi brevi. L'impossibilità di organizzare in maniera efficiente quanto è necessario esita inevitabilmente in ricovero; per questo motivo oltre alle dimissioni “protette” con le modalità prima specificate è necessario definire percorsi di ammissioni “protette”, in sostituzione di ricoveri per acuti.

Attivazione dell'“Ambulatorio Medico Orientato” (AMO) Day -Service Ambulatoriale territoriale.

Attività ambulatoriale dedicata alla gestione degli AMO/ Day – service.

Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche i pazienti sono suddivisibili in sub-target a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il sub-target più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale



dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri.

Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul follow-up attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (case-management, follow-up infermieristico, educazione del paziente e dei caregiver familiari all'autogestione) utilizzati in setting che prevedano strutture ad accesso facilitato, team di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.

L'AMO - Day Service Ambulatoriale Territoriale- gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata. L'AMO- Day Service Ambulatoriale Territoriale- che farà riferimento alle attività individuate dai Distretti Sanitari, verrà gestito in collaborazione con la funzione infermieristica professionale e integrato, quando necessario con procedure concordate con i servizi specialistici, di laboratorio e diagnostici dell'ASP.

Restano in capo al MG: tutta la responsabilità e l'attività organizzativa del percorso educativo, preventivo, diagnostico, terapeutico e di follow up del singolo paziente o di eventuali gruppi di pazienti per quanto riguarda l'educazione sanitaria e gli stili di vita.

All'infermiere, sotto il diretto controllo del singolo MG a cui è iscritto il cittadino inserito nell'AMO, verranno affidate le mansioni di verifica dei parametri biometrici e dei valori clinici di base che interessano l'attività del singolo AMO. L'attività di counselling e di educazione sanitaria, svolgibile con procedure concordate dalla funzione infermieristica, nell'ambito di progetti che definiscono i vari compiti e attività, resta sotto il controllo clinico del singolo medico generale.

All'interno della attività degli AMO dedicati alla gestione della patologie cronico- degenerative e dei percorsi diagnostico- terapeutici è possibile la distribuzione diretta di farmaci e presidi integrativi, anche attraverso la struttura delle Equipos Territoriali dei Medici di Medicina Generale.



Lo Sportello Unico di Accesso al Sistema dei Servizi Socio-Sanitari

Compete ai Distretti la funzione di erogatore diretto nella gestione delle attività degli “Sportelli Poliambulatoriali Distrettuali”, quali punti di front-office avanzati nella gestione delle istanze dell’utenza e garantendo un decentramento delle attività amministrativo-sanitarie.

Lo “Sportello Unico” sanitario-socio-assistenziale nasce dall’esigenza di individuare una unica porta d’ingresso per tutte le istanze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali dell’utenza, con l’obiettivo di una presa in carico “ globale ” del bisogno complessivo dell’utenza, con l’attivazione della rete dei servizi idonea a dare la risposta più immediata ed appropriata. Detto strumento costituisce comunque il punto d’arrivo di un processo d’integrazione e di raccordo fra Servizi, Enti, Agenzie Pubbliche e Private che forniscono risposte unitarie all’utenza.

Lo Sportello unico :

- fornisce informazioni aggiornate (e possibilmente disponibili on line per gli operatori sanitari e sociali) relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema dei servizi, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio,
- raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, ai servizi competenti,
- effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno,
- fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l’Unità di Valutazione Integrata quando necessario, per i bisogni complessi.

Lo Sportello Unico costituisce, pertanto, il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l’interazione e l’integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi.

L’attivazione dello stesso è elemento importante per l’incremento e la misurazione dell’efficienza, dell’efficacia e della qualità dell’intero sistema dei servizi territoriali e prima di tutto per le cure domiciliari.

Lo Sportello unico è ubicato in ambito distrettuale e può avvalersi, al fine di garantire la facile fruibilità e raggiungibilità da parte degli utenti, di sedi decentrate presso gli “ sportelli distrettuali “. Ogni sede deve possedere requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale,



organizzativo e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Il personale che vi lavorerà sarà rappresentato da professionisti preparati all'accoglienza e alla valutazione sociale e sanitaria, che devono lavorare a stretto contatto con Referenti di area (minori, anziani ecc) dell'Ufficio di Piano.

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

CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto della salute per fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra il SSN e il cittadino e per garantire i livelli essenziali d'assistenza sanitaria e sociosanitaria propri del distretto nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione. Alcune delle criticità di tale rapporto sono riconducibili:

- alla dispersione dei punti di erogazione dei servizi che si trovano in una moltitudine di sedi spesso molto distanti fra loro, creando non poche difficoltà ai cittadini;
- alla tradizione strutturale di isolamento organizzativo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

L'idea è quella di portare sul territorio la cultura e la tipologia organizzativa della "equipe integrata", tipica del modello ospedaliero, un modello che, in virtù della contiguità spaziale, rende rapida ed efficace la collaborazione di vari specialisti che si dedicano in sinergia alla soluzione del caso perché non sempre le attività sanitarie territoriali riescono a garantire risposte altrettanto collegate ed integrate.

La casa della salute è un progetto che, per l'alto livello di integrazione e di flessibilità organizzativa, permette di risolvere tale problema e di costruire un sistema sanitario "in divenire". Non solo, essa aiuta ad affrontare positivamente problemi vecchi e nuovi presenti nel sistema sanitario, come ad esempio "la non autosufficienza", facendone una questione che coinvolge l'intera comunità, come pure "la questione della salute degli immigrati", dove solidarietà e lotta a malattie della povertà si



coniugano in una visione della "responsabilità e della tolleranza" e così via. Le criticità hanno una probabilità d'essere affrontate correttamente solo e nella misura in cui esse divengono problema dell'intera comunità locale sia in termini conoscitivi, ma soprattutto in termini di soluzioni condivise da parte della popolazione e del suo coinvolgimento nell'attività di promozione.

La Casa della Salute si propone come sede unica degli studi dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, svolgendo in concreto la Convenzione nazionale con soluzioni che innalzano la qualità professionale e l'autorevolezza della cure primarie. Inoltre deve garantire una presenza medica di 24 ore, comprendendo i Medici di famiglia e la guardia medica.

E' possibile che alcuni Medici famiglia, per ragioni oggettive e/o soggettive compreso problemi logistici, non siano in grado di trasferire i propri studi nella sede unica. Anche in questo caso la Casa della Salute si costituisce come struttura di riferimento, di coordinamento e di ricomposizione per tutte le attività comuni, sanitarie e sociosanitarie, da sviluppare nel territorio.

È, in secondo luogo, la sede comune della continuità assistenziale, degli specialisti ambulatoriali, degli infermieri, dei terapisti e dei servizi sociali per realizzare l'integrazione operativa nell'unità di tempo e di spazio. E', inoltre, la sede che attiva rapporti di collaborazione sistematici con l'ospedale di riferimento, concordando con esso protocolli d'intesa per le dimissioni programmate e per ricoveri appropriati, anche tramite l'aiuto di tecnologie informatiche, con particolare riferimento alla trasmissione di referti e cartelle cliniche e per l'attivazione di consulenze in tempo reale (la telemedicina – Sistema Informativo Centro Operativo Distrettuale “SICOD”).

E' la sede per lo scambio di informazioni tra i MMG e medici di guardia medica attraverso l'elaborazione e l'analisi dei dati contenuti nella cartella clinica elettronica. La disponibilità di dati epidemiologici e lo studio dei casi clinici, attuato in gruppo cioè con la metodologia del “briefing”, consente di fare della Casa della Salute la sede comune per l'aggiornamento e la formazione degli operatori e per la programmazione territoriale del Distretto della Salute.

La Casa della Salute rappresenta il contesto dove l'insieme del personale del Distretto (specialisti ambulatoriali, medici del lavoro, medici che operano c/o l'unità operativa ADI, medici della prevenzione, personale infermieristico, tecnico, amministrativo, della riabilitazione, operatori socioassistenziali, ecc..), in sinergia con i MMG e Pediatri di libera scelta, realizzano un lavoro multidisciplinare, assicurando un forte coordinamento atto a garantire, anche attraverso la contiguità spaziale, la unitarietà e l'integrazione dei servizi, i livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie.



Sono i principi fondamentali affermati dal D.lgs 229/99, dalla L. 328/2000, dal DPCM 14/02/01, finora scarsamente applicati.

La Casa della Salute come risposta alle modifiche epidemiologiche

Il problema che la sanità italiana dovrà affrontare nei prossimi decenni è rappresentato dalle malattie croniche, dalle patologie che richiedono una gestione continuativa del paziente, anche per anni. Il cambiamento, in corso da decenni, ma che continua tuttora in misura accentuata, è dovuto ad un insieme di fattori: la riduzione delle patologie acute, la sopravvivenza dei pazienti con malattie croniche, la maggiore durata della vita media, l'elevata percentuale di popolazione anziana che caratterizza il nostro Paese. Quest'ultimo fenomeno è la conseguenza di due fattori: il già menzionato prolungamento della durata della vita e la ridotta natalità che caratterizza la realtà italiana. Si prevede pertanto che nel 2040 oltre 1/3 della popolazione italiana avrà un'età superiore ai 65 anni. Di conseguenza le malattie croniche e/o a carattere degenerativo rappresenteranno fra pochi decenni l'80% delle malattie della popolazione italiana. Si è così passati, nel corso di alcuni decenni, da una situazione di prevalenza di malattie acute ad una forte prevalenza di malattie cronicodegenerative. La gestione di un paziente cronico pone problemi complessi di appropriatezza ed efficacia che devono essere affrontati nella loro multifattorialità e cioè l'aspetto clinico, sociale, infermieristico, educativo e partecipativo. Il disegno di realizzare la Casa della Salute trova, pertanto, la sua prima ragione in questa modificazione del quadro epidemiologico e nella necessità di offrire una risposta più appropriata rispetto al passato con particolare riferimento alla:

1. presa in carico del paziente con il monitoraggio delle sue condizioni cliniche e della sua qualità di vita;
2. prevenzione orizzontale e per tutta la vita;
3. assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare;
4. continuità assistenziale nelle 24 ore.

L'Ospedale deve rappresentare un momento del percorso assistenziale di breve durata ed il meno frequente possibile, caratterizzato com'è dall'elevata concentrazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e quindi da costi elevati. Infatti l'obiettivo che il sistema sanitario si pone, per motivi di appropriatezza e di qualità della vita, è di limitare l'intervento ospedaliero a fasi di acuzie e/o di necessaria stabilizzazione del paziente. Uno degli end point propri di ogni ricerca sull'assistenza del malato cronico è, infatti, quella di ridurre le durate di degenza e le pre-ospedalizzazioni. Tali obiettivi sono tuttavia perseguibili solo se vi sono strutture territoriali prossime al cittadino, capaci di una



risposta qualificata e multi-professionale, in grado di assicurare una continuità assistenziale, in grado di operare, quindi, in alternativa all'ospedale in modo coordinato e interconnesso. In una parola si sente la necessità di una struttura che gli anglosassoni definiscono come responsiveness, vale a dire che abbia la capacità e la sensibilità di rispondere alle esigenze della cittadinanza, di esserci, cioè, nel momento giusto e nel modo giusto. Anche la realizzazione di percorsi assistenziali più coordinati ed informatizzati porta ad un netto miglioramento dell'uso dei servizi e quindi della risposta ai bisogni dei cittadini sia in termini alternativi al ricovero ospedaliero (potranno essere gestiti i codici bianchi e verdi) che come assistenza post ricovero, rendendo più “fluida” il trasferimento dall'ospedale alle strutture intermedie (RSA, riabilitazione) o all'assistenza domiciliare integrata. Di conseguenza si avrebbe una netta diminuzione delle prestazioni ospedaliere rese in forza di una domanda inappropriata (i ricoveri impropri oscillano intorno al 35-45%, determinando intasamento e sovraffollamento), una significativa diminuzione degli oneri economico-finanziari e professionali ed un innalzamento del livello qualitativo della risposta ospedaliera. Da questo punto di vista, la Casa della Salute rappresenta un filtro di elevata qualità: si pensi, per esempio, quanti ricoveri impropri si potrebbero risparmiare tramite consulto telefonico tra medico del PTPI (punto territoriale di primo intervento) e medici- specialisti ospedalieri oppure tramite consulto radiologico per via telematica. La grande importanza dei sistemi informatici ed il loro apporto indispensabile per costruire un sistema socio-sanitario più snello e veloce, in grado di dare risposte appropriate, verranno trattati nel capitolo dei servizi ed attività sociali.



Caratteristiche ed obiettivi della Casa della Salute

La Casa della Salute è una struttura fisica che contemporaneamente rappresenta "il centro ed il volano" per la riorganizzazione di una serie di servizi che caratterizzano le attività territoriali. Essa si colloca nell'ambito del distretto della salute, quale quello individuato, anche in termini dimensionali, dall'attuale normativa. La popolazione che dovrebbe ricadere nel territorio della Casa della Salute dovrebbe aggirarsi sui 5000-10000 abitanti. Questo dato va valutato, ovviamente, in relazione ad una realtà non urbana come la nostra che ha caratteristiche orografiche che non aiutano i collegamenti, valutando in contempo la localizzazione ed il numero delle sedi periferiche di continuità assistenziale, nell'intento di non sguarnire il territorio di presidi essenziali. E' un centro attivo e dinamico al servizio della Comunità Locale in grado di raccogliere la domanda di salute dei suoi cittadini ed organizzare le risposte nelle forme e nei luoghi più appropriati per il miglioramento del benessere degli stessi.

Gli obiettivi che la Casa della Salute deve perseguire sono:

- **Centralità del cittadino:** la Casa della salute è costruita e realizzata sul principio della centralità dei cittadini;
- **Riconoscibilità:** la Casa della salute dev'essere visibile e riconosciuta come il luogo fisico al quale il territorio fa riferimento per la presa in carico e la continuità assistenziale;
- **Accessibilità:** deve essere realizzata in maniera tale da essere fisicamente accessibile (nessuna barriera architettonica!) ed organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni;
- **Unitarietà:** la Casa della salute dovrebbe essere preferibilmente la sede unica dei servizi e degli operatori e quindi di attività che altrimenti resterebbero frammentati e dispersi sul territorio. Le attività caratterizzate da sufficiente autonomia di gestione possono essere ubicate in una sede diversa, come per l'RSA, gli Hospice ed i Day Service ubicati, di solito, presso gli ospedali Distrettuali. Ma l'unitarietà può essere realizzata solo se vi sono strutture adeguate. Riveste un ruolo importante, nella costruzione della Casa della salute, il problema logistico che può risolversi, nella nostra realtà e sarebbe auspicabile, nell'ambito di edifici preesistenti da ristrutturare;
- **Integrazione:** la casa della salute è costruita per garantire i servizi integrati in rete tra sanitario e sanitario e tra sociale e sanitario;



- **Semplificazione:** privilegia la semplificazione burocratica in particolare per il riconoscimento della invalidità e/o della indennità di accompagnamento, per i rimborsi, segnalazione di disagi, disservizi, danni, reclami;

Le sue caratteristiche sono :

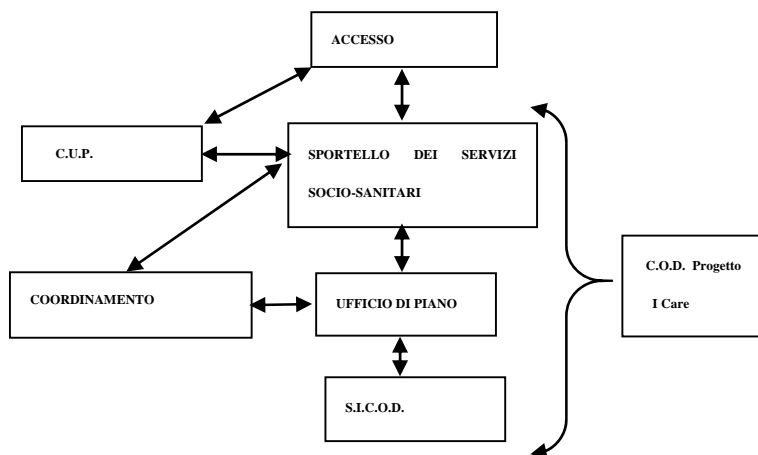
- **Punto di riferimento della rete:** la casa della salute opera in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio, rappresentando il punto di riferimento del progetto I Care;
- **Operare per programmi condivisi** che privilegiano l'integrazione delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali sulla base delle linee guida del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) e del PAL (Piano Attuativo Locale);
- **Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini**, tramite le loro organizzazioni, alla programmazione dei servizi ed alla valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi. Per la realizzazione di un progetto che mira a modificare profondamente il rapporto tra cittadino e l'organizzazione sanitaria, è indispensabile che le scelte siano condivise dalla collettività, pertanto è necessario che venga predisposto un piano della comunicazione specifico ed avviata tempestivamente una attività di informazione e comunicazione interna ed esterna, coinvolgendo le amministrazioni locali, gli ordini ed i collegi, le associazioni dei consumatori, le organizzazioni sindacali, con particolare riguardo a quelle degli anziani.
- **Essere punto di incontro tra domanda di salute ed offerta di servizi**, organizzando e coordinando le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- **Sviluppare programmi di prevenzione e monitoraggio delle patologie** più frequenti per tutto l'arco della vita del cittadino, basati su conoscenze epidemiologiche, su attività programmate di screening e di ricerca sulle cause delle malattie anche in riferimento all'ambiente, all'organizzazione sociale, alle abitudini alimentari ecc.. e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- **Mantenere, tramite il Distretto, rapporti regolari di collaborazione con l' Ospedale di riferimento**, anche in relazione alla definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate e protette;
- **assicurare la continuità assistenziale sulle 24 ore ed il primo soccorso**, organizzando il Punto Territoriale di Primo Intervento anche come sede del 118;

- **assicurare la specialistica ambulatoriale**, con la previsione anche della reperibilità in orario notturno e festivo prevedendo anche procedure di teleconsulto per urgenze codice verde;
- **potenziare e valorizzare le forme associative dei M.M.G. e dei P.L.S.** (AFT e UCCP);
- **ridurre i tempi di attesa** per qualsiasi forma di prestazione.

Comunque, anche per una chiarezza di idee sul ridisegno degli spazi ove si intendono allocare i servizi e per ottimizzare il recepimento delle domande e le relative risposte, è indispensabile organizzare la Casa della salute per aree omogenee che sono:

- Area di accesso del C.U.P (Centro Unificati di Prenotazione), del C.O.D. (Centro Operativo Distrettuale), del Coordinamento Farmacie;
- Area dei Servizi Sanitari;
- Area Servizi Socio-Sanitari;
- Area Servizi ed Attivita' Sociali.

AREA DELL'ACCESSO CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (C.U.P.) CENTRO OPERATIVO DISTRETTUALE (C.O.D.) COORDINAMENTO FARMACIE



La Casa della Salute (CdS) dovrà essere allocata in strutture caratterizzate da adeguati spazi di attesa e dotata di due "sportelli", fra loro in connessione e collaborazione, che sono:

- lo sportello unico di accesso ai servizi socio-sanitario
- il Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

Lo Sportello unico di accesso ai servizi socio-sanitari, unitamente all'Ufficio del Piano Sociale ed al S.I.C.O.D. (Servizio informatico centro operativo distrettuale), formano la struttura del C.O.D.(Centro Operativo distrettuale).

AREE PRESENTI NELLA CASA DELLA SALUTE



A) AREA DEI SERVIZI SANITARI

I Servizi sanitari comprendono le attività di prevenzione e sorveglianza rivolte alla collettività (ad esempio vaccinazioni, screening, educazione sanitaria, consultorio) e si estendono, attraverso le unità di cure primarie alle cure mediche e riabilitative finalizzate alla gestione di percorsi assistenziali nell'ottica, pertanto, del recupero e del mantenimento del maggiore stato di salute e di autonomia possibile. L'azione della Casa della Salute si colloca pertanto anche nell'ottica della gestione della cronicità propria di popolazioni anziane, secondo il Chronic Care Model.

Questo modello si basa sulle seguenti componenti:

- **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici, le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della Comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.
- **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni per cui occorre insegnare alla maggior parte di essi a gestirla nel modo migliore. Un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e la loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati ed i problemi.

L'organizzazione del team. All'interno della Casa della Salute sono previste Unità Operative multiprofessionali composte da medici di famiglia, infermieri, medici specialisti distrettuali, personale socio-assistenziale, ed altro personale di volta in volta attivato a seconda dei bisogni rilevati sulla base delle indicazioni fornite dal Dpcm 14/02/01 (“Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”). Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio analisi per es.) ed assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team. Indispensabile è il coordinamento delle prestazioni di cura ed assistenza alla persona, nonché il collegamento con l'ospedale distrettuale per interventi non risolvibili a livello territoriale.

A1) AREA DELLE CURE PRIMARIE



La casa della salute costituisce la sede del coordinamento per le attività comuni di tutti i medici di medicina generale, sia che operino esclusivamente all'interno sia che mantengano il proprio studio al di fuori della nuova struttura. La vigente Convenzione per la Medicina generale offre, tra l'altro, molte indicazioni e forte sostegno all'Associazione medico, alla Medicina in rete e soprattutto alla Medicina di gruppo, prevedendo anche incentivi per il personale di segreteria, che potrebbe sollevare il medico da incombenze burocratiche e per infermieri direttamente dipendenti dal Medico convenzionato che potrebbero dare maggiore completezza all'atto sanitario. Le attività comuni dei MMG e dei PLS non sono poche o irrilevanti. Anche in base al recente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale esse spaziano dalla definizione di programmi e di protocolli terapeutici alla raccolta dei dati epidemiologici, dalle forme di consulto agli approfondimenti sui farmaci, dall'educazione alla salute dei cittadini alla formazione sui diversi problemi della professione, dalla copertura assistenziale diurna (8-20) alla profilassi vaccinale, dalla prevenzione e sorveglianza degli incidenti domestici a quella sul lavoro.

I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta che si renderanno disponibili avranno ambulatori propri con sale di attesa, spazi per attività collegiali, servizi di segreteria, disponibilità di tecnologie diagnostiche e informatiche (Telemedicina e Teleconsulto), servizi d'informazione direttamente collegati con il C.U.P, archivio informatizzato delle cartelle cliniche. Queste attività sono suscettibili di un salto di qualità notevole se si attua l'integrazione dei MMG e dei PLS con i medici della continuità assistenziale, con gli specialisti ambulatoriali, con gli infermieri, con i terapisti, con gli assistenti sociali, in un raggruppamento unitario che consente non solo di proseguire la normale attività assistenziale negli ambulatori dei MMG e dei PLS, ma anche di mettere a punto strumenti di collaborazione sia all'interno della Casa della Salute che all'esterno con i Servizi e i Dipartimenti che entrano in relazione con il sistema delle Cure Primarie.

Tale integrazione, multidisciplinare ed interprofessionale, prende il nome di AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) oppure della più complessa UCCP (Unità di Cure Complesse Primarie) che rappresenta la forma organizzativa strutturale della Casa della Salute in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

L' U.C.C.P. assicura la continuità assistenziale sulle 24 ore ed il primo soccorso; svolge attività programmata di raccolta dei dati epidemiologici e quindi di ricerca e valutazione dei bisogni di assistenza della popolazione; attività di screening per prevenire e ridurre i rischi cardiovascolari- diabetici- dell'ipertensione- del carcinoma colon retto- dell'apparato genitale- dell'obesità, della



prostata, delle malattie psichiatriche e delle patologie cronico-degenerative più diffuse anche tramite l'organizzazione di ambulatori dedicati (presso alcuni Poliambulatorio Distrettuali sono già operativi i day service dedicati all'ipertensione ed al diabete); uniforma le procedure ed i processi di assistenza con l'adozione di protocolli terapeutici comuni e condivisi; coordina l'interazione con tutti i servizi distrettuali soprattutto con la specialistica e l'ADI; interagisce con i medici dei reparti ospedalieri in termini di decisioni condivise ed operative riguardo i ricoveri, che devono rispondere a requisiti di appropriatezza, nel seguire i pazienti durante il ricovero, nel concordare le dimissioni protette e per un uso appropriato dei servizi quali, per es. cardiologia e radiologia; verifica , inoltre, l'efficacia delle procedure ed ,all'uopo , aggiorna i protocolli e percorsi assistenziali. Una Commissione Distrettuale, composta dal rappresentante dei MMG, dei PLS, degli Specialisti Ambulatoriali Interni, dei Medici Ospedalieri, dei Funzionari Dirigenti Medici, sovrintende alla pianificazione del lavoro ed alla corretta e puntuale osservanza delle procedure ed alla verifica degli obiettivi. Le linee guida sono emanate dalla regione ed attuate attraverso i PAT, PIS, PSZ, piani che vengono sostituiti ,in seguito, dal Piano Intercomunale.

A2) AREA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Un posto importante è occupato dalla specialistica ambulatoriale supportata ovviamente da adeguate apparecchiature dedicate in particolare per l'odontoiatria, per l'oculistica, l'otorino e la ginecologia. La specialistica ambulatoriale, per essere proficua per il paziente, deve essere quanto mai integrata e programmata con le Cure primarie e con l'Ospedale. L'ideale sarebbe che il personale medico ed infermieristico degli Ospedale Distrettuali, operi anche a livello della Casa della Salute. Così si realizzerebbe la continuità del percorso assistenziale: dal MMG, allo specialista, all'ospedalizzazione programmata. Inoltre dev'essere dimensionata in base ai dati epidemiologici forniti dai MMG ed al lavoro di ricerca svolto dall'UCCP che ci diranno quali specialistiche occorrono per soddisfare le esigenze della popolazione ed anche il quantitativo orario settimanale necessario, in modo da ridurre notevolmente i tempi di attesa che, in alcuni casi, rappresentano delle criticità.

La specialistica ambulatoriale della Casa della Salute deve assicurare una diagnostica tecnologicamente semplice ma efficace: si fa riferimento alla ecografia, alla mammografia, spirometria, ecodoppler, prove da sforzo, alle radiografie ed un servizio radiologico ed ecografico domiciliare per le persone difficilmente trasportabili.

Nell'ambito della medicina territoriale ed ambulatoriale si sta proponendo in modo forte l'idea del *Centro Salute Donna*, un progetto che prevede, tra l'altro, l'istituzione di un centro di ginecologia



preventiva, finalizzato alla presa in carico globale della salute della donna, che avrà come obiettivo prioritario quello di fornire una serie di risposte, coordinate in un'unica sede, all'insieme delle esigenze sanitarie e socio-sanitarie tra loro correlate (secondo un'ottica multidisciplinare integrata), che ,invece, spesso vengono fornite in modo frammentato e parcellizzato sul territorio. La struttura si caratterizzerà per la dotazione di attrezzature adatte alla prevenzione e la diagnosi dei tumori. Nello specifico, all'interno della struttura, si prevede di inserire spazi ed ambulatori dedicati all'insieme dei percorsi, anche informatizzati, che si vanno ad elencare:

- screening e mammografia clinica;
- senologia;
- prevenzione dei tumori del collo dell'utero;
- assistenza pre-parto; percorso puerperio protetto; centro menopausa;
- cura della depressione post-partum;
- accesso al consultorio familiare che sarà parte integrante della Casa della Salute per i problemi che questo importante presidio ha sempre affrontato quali la salute sessuale e riproduttiva delle donne, delle coppie, contraccezione, sterilità, ecc. ma anche come aiuto logistico-professionale per l'attuazione dei percorsi sopra elencati.

Il Day Service e/o pacchetti di prestazioni ambulatoriali è un'altra forma di cure primarie già collaudata e molto praticata per indagini sia pre- che post-ricovero ospedaliero sia per indagini diagnostiche che richiedono l'osservazione sulle 12 ore. E' una forma che va ancora meglio strutturata e implementata. Il Day Service, così come la RSA, sono realizzati presso gli Ospedali distrettuali.

B) AREA DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

In tale ambito si colloca il servizio di recupero e riabilitazione funzionale nella accezione più ampia, non solo neuromotoria ma anche cardiologica, pneumologica, foniatria, ecc.. Le attività devono prevedere la possibilità di programmare, potenziare e qualificare le prestazioni riabilitative, tanto per chi sia eventualmente ricoverato (RSA, Hospice, ecc...) che per le utenze esterne (domicilio, case di riposo ecc..). Le prestazioni intervengono nella fase immediatamente postacuta con l'obbiettivo di garantire il recupero di funzioni lese o menomate in modo da ridare autonomia alle persone interessate.

La "Casa della Salute" accoglie due strutture tipicamente sociosanitarie: il consultorio familiare con annesso ambulatorio andrologico ed il centro di salute mentale, strutture largamente consolidate e fortemente conosciute da parte della popolazione. La prima si sta rivelando sempre più una struttura



ove si cerca di elaborare risposte concrete alle problematiche familiari che vanno assumendo un rilievo determinante sul patrimonio demografico ed occupazionale del paese. Rappresenta la sede di promozione della salute della donna e del bambino, dell'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per la prevenzione dell'infertilità, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la lotta ai tumori femminili e maschili e per la lotta alle malformazioni. Tutte queste azioni devono essere attivate in sinergia e coordinate con il centro salute donna di cui sopra, tramite appunto la presa in carico della donna o della coppia o della famiglia nella sua problematica globale, tracciando il percorso più idoneo per la soluzione del problema.

Il Centro di salute mentale è volto a fronteggiare il disagio individuale che diviene con il tempo disagio sociale se non vera e propria malattia mentale. Le prestazioni vengono offerte a ciclo diurno e tendono al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità psichiche e sensoriali o miste, dipendenti da qualunque causa, mentre, all'interno dell'ospedale distrettuale è allocato l'SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura).

Un'altra struttura organizzativa che risponde appieno ai bisogni socio-sanitari di persone, soprattutto anziani, portatori di malattie cronico degenerative, che si trovano, per problemi legati anche a situazioni familiari, senza assistenza e prevalentemente in condizioni di non autosufficienza, è la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), attualmente operative presso l'Ospedale di Maratea e di Chiaromonte. Essa è una struttura di cura e di sorveglianza sanitaria di aiuto alle famiglie per periodi di 1 - 2 mesi, tutta centrata su terapie cliniche, fisiche e psicologiche con intenti riabilitativi e di reinserimento nel tessuto familiare e possibilmente, in quello comunitario.

Una struttura con caratteristiche strutturali analoghe alla RSA, è l'Hospice (attualmente operativo presso l'Ospedale di Lauria) dedicata ai pazienti terminali. L'Hospice nasce come il tentativo da parte dei medici di sviluppare le cure palliative e le terapie del dolore e nel contempo aiutare i familiari dei pazienti terminali -prevalentemente oncologici- a gestire situazioni difficili alle quali si è difficilmente preparati.

Altra struttura socio-sanitaria che rappresenta un valido supporto assistenziale per persone non auto sufficienti è il Centro Diurno. E' rivolto prevalentemente a persone che di giorno non possono stare in famiglia. In questa sede possono essere organizzate anche attività di assistenza domiciliare integrata. Il centro diurno rappresenta un anello fondamentale della rete territoriale di assistenza socio-sanitaria ed ha una dotazione variabile di posti in rapporto al bacino di utenza servito.



Nell'ambito socio-sanitario ricade anche il SERT, servizio indispensabile per contrastare la dipendenza da alcool e da sostanze psicotrope. E' dotato di spazi autonomi ma coordinati con i servizi delle cure primarie e con i servizi sociali.

Altra importante struttura socio-sanitaria è l'Unità Operativa ADI resa operativa tramite l'equipe organizzata ad hoc che è composta dal MMG competente per il caso, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti e medici specialisti appositamente individuati secondo le necessità. Struttura quanto mai utile per il perseguimento di un obiettivo importante della casa della salute che è il mantenimento del paziente quanto più possibile nel suo ambito familiare e sociale;

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è l'attività direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce, con l'aiuto informatico del SICOD, le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, con particolare riferimento a quelle cronico-degenerative ed all'area della fragilità;

La prevenzione è l'attività strategica della Casa della Salute che ha come obiettivo la individuazione delle cause delle malattie e la predisposizione di programmi atti a ridurre l'incidenza. E' lo spazio strategico nel quale si costruiscono i rapporti di collaborazione all'interno dei servizi sociosanitari e tra i servizi ed i cittadini per sviluppare insieme programmi di ricerca anche per ciò che riguarda i fattori ambientali, gli stili di vita, l'alimentazione ecc, dove si elaborano e si pianificano programmi di educazione sanitaria, di educazione alla prevenzione di incidenti domestici e sul lavoro in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e sanità Pubblica, di screening per la prevenzione delle principali e più diffuse patologie. Il coinvolgimento della scuola, degli anziani, delle Associazioni del volontariato, dei patronati ecc. è essenziale per la buona riuscita dei programmi di prevenzione, ma indispensabile rimane l'apporto dei MMG con la loro ingente mole di dati epidemiologici ed il loro rapporto quotidiano con i cittadini.

C) AREA DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITA' SOCIALI (SAS)

Nella Casa della Salute si colloca il Servizio sociale, le attività amministrative e l'area dei servizi informatici che sono di supporto ai medici, agli altri operatori ed ai servizi associativi, ovvero le Associazioni di volontariato, che svolgono attività anche all'interno della Casa della Salute e partecipano alla gestione di attività e di spazi comuni.

Gli uffici per il servizio sociale rappresentano un'area riservata e finalizzata ai colloqui ed all'accoglienza di persone che presentano situazioni di bisogno con l'obiettivo di orientare ed accompagnare il cittadino nella fruizione delle prestazioni offerte dalla rete di servizi, sia pubbliche



che private-convenzionate, con priorità ai disabili, anziani, minori ed in genere l'area della fragilità. Quindi un vera e propria presa in carico.

D) LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE.

La Casa della Salute deve disporre di un'area destinata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per il supporto delle attività sanitarie e sociali, in modo da semplificare ed agevolare i percorsi assistenziali dei cittadini e da “liberare” gli operatori, in particolare i medici di famiglia, dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l'esercizio della professione.

E) I SERVIZI INFORMATICI.

I servizi informatici sono indispensabili per una gestione efficiente ed efficace dell'assistenza socio-sanitaria della popolazione di riferimento, tant'è che la Regione Basilicata ha ritenuto opportuno recepire la proposta del C.N.R., nell'ambito del progetto LUMIR (DGR 329 del 11/03/2008), al fine di realizzare una struttura informativa che, sviluppandosi su due linee, quella operativa e quella strategica, prevede di:

1. potenziare la rete di collaborazione tra i servizi socio-sanitari attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture e l'interconnessione degli operatori;
2. progettazione e sviluppo di un cruscotto decisionale per la configurazione dinamica dei servizi socio-sanitari che potrebbe costituire un sistema di ausilio per la gestione e la presa di decisioni di tipo organizzativo.

La Casa della Salute si propone di dotarsi di una struttura analoga che, basandosi sullo scambio di informazioni e conoscenze, deve permettere la condivisione di:

- informazioni sui servizi erogati dal territorio, loro modalità di accesso, orari e disponibilità dei servizi in tutti i nodi della rete;
- informazioni sul paziente, sia quelle generate all'interno della Casa della salute che quelle provenienti da altre strutture esistenti nel territorio(ad es. la cartella clinica ospedaliera, cartellino di dimissioni, etc..), a qualificati operatori sanitari;
- modulistica necessaria a richiedere prestazioni di tipo socio-assistenziale, a qualificati operatori;
- dati sulle prestazioni erogate e sul bacino d'utenza.

L'implementazione di tale modello ha il vantaggio di permettere l'accesso ai servizi in più nodi della rete. In tale modo si possono prospettare soluzioni e percorsi diversi per soddisfare bisogni complessi.

LE RISORSE UMANE



Per assicurare la funzionalità della Casa della salute, così come è stata ipotizzata, occorre prevedere al suo interno professionalità adeguate a perseguire gli obiettivi prefissati, che possono riassumersi nelle seguenti tipologie di personale:

- Medici di Medicina Generale con il loro studio associato e relativo personale di supporto(collaboratori ed infermieri);
- Medici di Continuità Assistenziale (guardia medica);
- Medici specialisti dipendenti e/o convenzionati;
- Medici con rapporto a tempo di lavoro a tempo indeterminato per il punto di I° soccorso;
- Medici con rapporto a tempo indeterminato per le attività di prevenzione;
- Medici con rapporto a tempo indeterminato per l'assistenza domiciliare;
- Psicologi;
- infermieri (per l'ambulatorio infermieristico, l'Unità di valutazione multidisciplinare, gli ambulatori, il consultorio, l'ADI, centri diurni, centro salute donna ecc ...);
- tecnici di radiologia;
- fisioterapisti, logopedisti;
- personale del Dipartimento di salute mentale;
- personale del Sert;
- operatori sociali(assistenti sociali, OSS, educatori);
- operatori della prevenzione;
- personale amministrativo;
- operatori informatici.

Conclusioni

La realizzazione di una o più Case della salute può rappresentare una soluzione ottimale ad una moltitudine di problemi, in quanto può offrire servizi e prestazioni integrati, nel rispetto di una continuità spazio-tempo fino ad oggi spesso impossibile. I maggiori benefici potranno essere ottenuti dagli anziani, dai disabili e dai pazienti cronici, che potranno avvalersi di una assistenza più completa e di una maggiore condivisione delle informazioni sul loro stato di salute e delle terapie, tra medici di base e specialisti.

Inoltre, l'organizzazione interna tiene conto, soprattutto, degli aspetti funzionali, ponendo massima attenzione al superamento delle barriere, talvolta insormontabili, delle competenze, consentendo di utilizzare appieno la presenza di professionalità qualificate ed , anzi, di favorirne lo sviluppo.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

In sintesi, tutti i protocolli operativi previsti nella Casa della Salute vedono un paziente informato che interagisce con un team preparato e pro-attivo con lo scopo di ottenere una assistenza di alta qualità, una utenza soddisfatta ed un miglioramento dello stato di salute della popolazione



RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

In ambito territoriale, alla luce dei documenti programmatici regionali e aziendali, le linee strategiche aziendali prioritarie sono le seguenti:

A. 1 Assicurare la presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche

A. 2 Assicurare la presa in carico dei soggetti non autosufficienti

A. 3 Assicurare l'accesso al sistema dei servizi territoriali

A. 4 Assicurare l'appropriatezza della spesa farmaceutica convenzionata

A. 1 Assicurare la presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche

- Attivare le Case della Salute ;
- Attuare PDTA per pazienti cronici portatori di diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatie croniche ostruttive nei Distretti in cui è presente la Casa della Salute in quanto la Casa della Salute rappresenta il luogo fisico di incontro tra le organizzazioni dei MMG/PLS e gli operatori distrettuali per la presa in carico condivisa e codificata degli assistiti. Nei PDTA si deve prevedere l'integrazione con le strutture ospedaliere di riferimento cui è assegnato il compito, oltre che della cura degli assistiti già in carico al territorio in fase di scompenso secondo modalità condivise (protocolli di invio e dimissione), anche di luogo di effettuazione di accertamenti strumentali “pesanti”, quali eventualmente previsti dal relativo PDTA, e di consulenza di terzo livello per i casi più complessi.
- Rimodulare l'attività specialistica assicurata dai distretti affinché questa sia prevalentemente volta ad assicurare l'effettuazione dei percorsi per cronici, prevedendo che le attività specialistiche a carattere prestazionale (ovvero non volte alla presa in carico) siano assicurate dalle strutture ospedaliere e/o accreditate presenti sul territorio in cui si concentra attualmente la maggiore offerta specialistica aziendale.
- Rimodulare l'offerta nei distretti al fine di assicurare le prestazioni specialistiche ed infermieristiche di base quanto più vicino ai luoghi di vita dell'assistito concentrando le prestazioni più complesse e quelle non dirette a tale tipologia di assistiti di massima in un solo centro per Distretto ove allocare anche le strutture amministrative a supporto dell'attività clinica e dell'assistenza.
- Sviluppare al rete delle Cure Primarie assicurate dai MMG e PLS favorendo lo sviluppo delle forme associative degli stessi sia monoprofessionali (AFT) che interprofessionali (UCPP) quali definite dalla vigente normativa.

A. 2 Assicurare la presa in carico dei soggetti non autosufficienti

- Sviluppare il ruolo e l'efficienza delle Unità di Valutazione Multidimensionale quali in essere a livello distrettuale che devono costituire la struttura portante per l'identificazione/quantificazione dei bisogni, per definizione complessi, dei soggetti non autosufficienti e contemporaneamente la struttura chiamata ad assegnare, sulla base degli stessi, le risorse (pubbliche e/o accreditate) necessarie ad un loro efficace soddisfacimento nel limite delle risorse disponibili.
- Sviluppare l'importanza ed il ruolo dell'integrazione delle strutture territoriali con i Comuni e con il Terzo settore a livello di locale Distretto della Salute affinché vi sia reale integrazione tra la presa in carico sanitaria e quella sociale
- Sviluppare il ruolo del PUA quale previsto dalla vigente normativa regionale ed attuativa locale (Protocolli d'Intesa Distretti/ASL e Comuni) come luogo non solo di raccolta e decodificazione delle domanda (*front-office*) ma anche di risposta unitaria e sinergica (*back-office*) in particolari dei casi complessi a doppia richiesta, sanitaria e sociale, mediante l'attivazione di PAI condivisi previa mappatura e quantificazione delle risorse pubbliche e private attivabili nel territorio di riferimento
- Sviluppare il pieno controllo dell'attività e dei servizi assicurati dalle strutture sanitarie residenziali e semi residenziali accreditate presenti nel territorio (Strutture riabilitative ex art.26, RSA, *Hospice*) affinché queste si inseriscano a pieno titolo ed in modo efficiente nei percorsi di presa in carico predisposti dalle U.V.M. in accordo con i Comuni in sede di PAI assicurando in particolare il corretto utilizzo delle stesse per intensità/tipologie di cure, specifico per le singole tipologie di strutture, evitando un utilizzo incongruo delle stesse e favorendo la circolarità e la temporalità nelle stesse dei singoli assistiti in relazione alla intensità di cure di volte in volta e al momento necessarie.

A. 3 Assicurare l'accesso al sistema dei servizi territoriali di base

- Programmare l'accorpamento degli uffici e la multiprofessionalità, al fine di favorire l'arricchimento professionale, la visione globale dei processi cui si è assegnati, la continuità dei processi, anche in presenza di carenze momentanee di personale
- Concentrare le attività svolte in *back-office* di massima in una sola sede per distretto al fine di assicurare, tramite i conseguenti risparmi e sinergie di scala nonché il completo controllo dei processi, l'efficienza e la tempestività degli stessi.



- Prevedere, presso la stessa sede distrettuale, un servizio di *front-office* ad apertura continuativa cinque giorni la settimana al fine di rendere temporalmente più facile l'accesso del pubblico ai servizi e dare certezza di tale accesso all'interno del singolo Distretto.
- Rimodulare la presenza sul territorio dell'attività di *front-office* al fine di ottimizzare al massimo il personale, a vantaggio della sede principale, assicurando i servizi in sede locale, previo accordi con i Comuni, di massima presso le sedi PUA comunali e prevedendo al riguardo il massimo utilizzo delle tecnologie informatiche.

A. 4 Assicurare l'appropriatezza spesa farmaceutica convenzionata

- Sistematizzare le azioni necessarie ad assicurare, in ambito aziendale, l'appropriatezza prescrittiva ;

Di seguito, sono esplicitate le linee di attività :

- raccolta e gestione dati sulla normativa
- informazione e formazione dei prescrittori
- monitoraggio della spesa e del comportamento prescrittivo
- rilevamento e sanzionamento delle inappropriatezza prescrittive
- rilevazione ed eliminazione elementi di induzione della spesa
- riduzione dei costi distributivi dei farmaci sul territorio

Modalità attuative:

La qualificazione della spesa farmaceutica della ASP ha individuato le classi di farmaci economicamente rappresentative delle risorse utilizzate dall'Azienda in tema di assistenza farmaceutica ma che la letteratura sull'argomento individua come potenziale fonte di inappropriatezza prescrittiva in termini sia di iperprescrizione che di ipoprescrizione.

Nelle patologie croniche infatti, le terapie continuative sono sicuramente le più auspicabili e sono indice di appropriatezza prescrittiva, anche se una maggiore continuità può aumentare il costo per trattato; in compenso però aumenta la qualità dell'assistenza perché alla lunga consente sicuramente di evitare costi ben maggiori dovuti alla cura di complicanze conseguenti ad una terapia poco efficace come quella discontinua.

Dall'analisi dei dati di spesa farmaceutica e dai risultati osservati scaturisce la necessità di ipotizzare una serie di azioni che puntino al miglioramento della qualità di prescrizione finalizzato alla ricerca di una migliore efficienza allocativa delle risorse messe in campo, ad una migliore efficacia dei trattamenti, alla riduzione di terapie inadeguate e all'incremento delle terapie necessarie anche



individuando nuovi soggetti da trattare. Le classi di farmaci oggetto di possibile inappropriatazza e che necessitano di attenzione sono state considerate in molteplici atti regionali; i vari decreti individuano altresì specifici indicatori il cui target è punto di verifica di appropriatezza

Gli stessi indicatori sono attualmente oggetto dei report inviati ai singoli prescrittori.

Va inoltre considerato il momento specialistico della prescrizione e la relativa appropriatezza perché il MMG è solo uno degli attori del processo prescrittivo nel contesto più generale di presa in carico del paziente ed il mancato accordo tra i due livelli rischia di avere effetti negativi sull'assistito che si trova a dover subire scelte non condivise tra gli operatori sanitari. Spesso a livello specialistico mancano la conoscenza della normativa vigente sulla prescrizione e l'abitudine a valutare le conseguenze sul territorio degli indirizzi terapeutici rilasciati all'atto della dimissione o dopo visita ambulatoriale. Ciò può avere delle ricadute sulla gestione del paziente creando anche una certa conflittualità tra medici territoriali e ospedalieri, nonché tra paziente e medico curante. Pertanto si deve mirare a migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni anche di specialisti, ospedalieri e ambulatoriali.

Ruolo importante è svolto anche dal Servizio Farmaceutico, sia Ospedaliero che Territoriale, e dalla Unità Semplice Dipartimentale di Farmacologia Clinica, che devono svolgere, tra le altre cose, un'attività informativa di supporto, durante gli audit, per:

- Leggere e interpretare i dati di prescrizione
- Informare relativamente alle prove di efficacia disponibili su specifiche categorie di farmaci, utilizzando fonti ritenute attendibili e indipendenti
- Aggiornare sulle modalità di corretta prescrizione e sulle ricadute nella pratica prescrittiva
- Raccogliere quesiti da espletare in occasione degli audit successivi

L'analisi contestuale dei report di prescrizione e del materiale informativo permette ai medici di paragonare le loro abitudini prescrittive con le prove di efficacia disponibili, fornendo spunti per il miglioramento della qualità della prescrizione.

Tra le azioni rivestono importanza :

- Prontuario dei farmaci prescritti sul territorio dell'Azienda per sottogruppo terapeutico con evidenziazione dei farmaci a brevetto scaduto
- spesa del medico per sottogruppi altospendenti - report Lait di prescrizione
- Regole per una corretta compilazione della ricetta farmaceutica
- Normativa sulla prescrizione dei farmaci oppioidi



- Modalità prescrittive di diagnostici e ausili a favore dei pazienti diabetici (linee guida e sistema informatico)
- Note AIFA
- Elenco dei farmaci in PHT
- Schede di farmacovigilanza

L'obiettivo principale è recuperare l'efficienza delle prestazioni di assistenza farmaceutica attraverso l'individuazione di aree di scarsa razionalità nelle prescrizioni di alcune classi di farmaci attraverso l'autovalutazione da parte del singolo MMG mediante l'analisi della reportistica inviata dal Servizio Farmaceutico. Le diverse componenti di spesa, isolate e proposte in autovalutazione al singolo MMG o meglio a piccoli gruppi di MMG, permettono di valutare adeguatamente l'attività prescrittiva e di programmare eventuali interventi correttivi.

Si attendono i seguenti risultati:

- Riduzione della spesa farmaceutica
- Riduzione delle reazioni avverse da farmaco
- Allineamento degli indicatori di appropriatezza ai valori nazionali

INTERVENTI URGENTI PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

Il Piano Regionale per la riduzione dei tempi di attesa individua una serie di interventi per la razionalizzazione e il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali, idonei a contenerne il numero e, conseguentemente, i tempi d attesa. L' invecchiamento della popolazione, la disponibilità di un sempre maggior numero di esami di diagnostica clinica, spesso ad alto contenuto tecnologico, la carenza di implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici standardizzati e condivisi oltre a vari meccanismi di induzione della domanda sono le cause principali della crescente domanda di prestazioni sanitarie. Ciò si traduce in un aumento dei tempi e delle liste d attesa che, oltre a compromettere l'efficacia dell'assistenza, mette in discussione il principio dell'equità dell'accesso. La risposta usuale del sistema per contenere i tempi di attesa consiste nella tendenza all'incremento della produttività, fenomeno diffuso sia nel settore ospedaliero che in altri ambiti assistenziali, con ripercussioni negative sia sull'appropriatezza d'uso dell'offerta assistenziale che sull'utilizzo delle risorse disponibili.

Alla luce di tali considerazioni, la Regione si è impegnata a realizzare interventi tesi a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni appropriate. Tali interventi sono pertinenti principalmente ai seguenti ambiti.



1. Estensione del governo della Regione su tutto il sistema delle prestazioni specialistiche erogate in qualsiasi struttura. Questo significa inserire nel sistema Cup tutti i soggetti erogatori, pubblici, privati;
2. Avvio di un percorso condiviso per identificare le priorità.
3. Per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio regionale è funzionale la definizione di un percorso condiviso per identificare le priorità, e stabilire una classificazione delle classi di priorità per le prestazioni diagnostiche.

In particolare sono state individuate alcune prestazioni critiche, quali ad esempio Ecocolordoppler, TAC, RMN ed Ecocardiografia, su cui elaborare criteri per l'individuazione di classi di priorità nel caso che tali prestazioni siano richieste dai MMG per assistiti non inseriti in percorsi diagnostico-terapeutici già attivi.

4. Separazione dei percorsi per i pazienti cronici.
6. Razionalizzazione dell'assistenza e ottimizzazioni dell'efficienza attraverso il sistema delle reti.
7. Piani specifici per patologie.

Il livello aziendale

Storicamente, l'intervento principe che mira alla riduzione delle liste di attesa è l'incremento dell'offerta.

Questa modalità si è dimostrata ampiamente insufficiente, dal momento che la domanda di prestazioni sanitarie, drogata sia dall'intervento degli erogatori che dai mass media, segue un percorso autoalimentante (più prestazioni vanno sul mercato, più ne vengono richieste).

Se è vero che l'intervento sulle liste di attesa non può prescindere da una valutazione dell'appropriatezza delle richieste, tuttavia va notato che all'interno delle strutture aziendali è presente una certa quota di inefficienza organizzativa che non permette di erogare quanto possibile.

Ferma restando l'esigenza sopra richiamata di un'analisi puntuale della capacità produttiva e la necessità di rendere disponibili nelle agende C.U.P. tutte le ore dedicate ad attività ambulatoriali, ai fini del contenimento delle liste di attesa è necessario agire a vari livelli sia per intercettare quote di inappropriata della domanda sia per ridurre le aree di inefficienza organizzativa:

- Implementazione di criteri di prioritizzazione nell'accesso alle prestazioni sulla base delle patologie (Direttori di Dipartimento);
- Adozione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (Direttori di Distretto - Direttori di Dipartimento);



- Ridefinizione competenze delle commissioni per l'appropriatezza prescrittiva (Direzione - Aziendale);
- Rilevazione dei tempi di utilizzo delle attrezzature (Direttori di Dipartimento - Direttori di Distretto- Direttori Sanitari di Presidio);
- Utilizzo dei tempi morti di cui al punto precedente (Direttori di U.O.C.);
- Messa a disposizione di ulteriore tempo prestazioni (Direttori di U.O.C.);
- Rivisitazione dei carichi di lavoro per rendere disponibili ulteriori ore prestazione (Direttori U.O.C.);
- Su specialità ad alto livello di rinuncia, attivare sistemi di conferma delle prenotazioni;
- Utilizzo dell'overbooking.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO LE DIMISSIONI PROTETTE E LA CONTINUITÀ DELLE CURE

La dimissione è un procedimento organizzato che consente il passaggio da un *setting* di cure ad un altro e che si applica, di norma, a pazienti fragili e/o complessi.

Il campo di applicazione più comune è la dimissione di un paziente dall'ospedale che, al termine della degenza, necessita ancora di sorveglianza medica o di *nursing* infermieristico e/o riabilitativo.

In tal caso, è necessario definire un progetto di cure mediche, infermieristiche e riabilitative integrate, la cui durata è variabile e la cui erogazione avviene a domicilio o in una struttura di degenza extra-ospedaliera.

La dimissione protetta va dunque intesa come un sistema di comunicazione ed integrazione fra diversi operatori sanitari al fine di garantire la continuità dell'assistenza necessaria al paziente.

Da quanto finora affermato, la dimissione protetta è rivolta prevalentemente a soggetti affetti da patologie cronico-degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale che, al termine dell'iter diagnostico-terapeutico, richiedono cure continue e continuità delle cure, con durata ed intensità variabili in ragione dei bisogni espressi.

La centralità della persona in tale processo rappresenta il riferimento fondamentale per la concretizzazione della continuità assistenziale sia nella fase di dimissione che in quella di riammissione al proprio domicilio.

E' necessario, quindi, che tra l'ospedale ed il territorio si creino le condizioni per la *comunicazione, programmazione e il coordinamento*.



I punti qualificanti di una corretta dimissione protetta sono:

- comunicazione bidirezionale tra ospedale – territorio;
- appropriatezza della dimissione ospedaliera;
- riduzione dei fattori di rischio per le riammissioni ospedaliere o nuovi accessi al Pronto Soccorso;
- consenso e preparazione del paziente, della sua famiglia e/o del *caregiver* alla dimissione;
- coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale (in seguito M.M.G.)

L'obiettivo generale è garantire la continuità assistenziale nel percorso dall'ospedale al domicilio – ovvero a strutture protette (RSA – Residenza protetta etc.).

La Azienda Sanitaria intende con l'AOR San Carlo condividere un percorso di presa in carico del paziente all'atto delle dimissioni, virtuoso, che abbia l'obiettivo generale di garantire la continuità assistenziale nel percorso dall'ospedale al domicilio – ovvero a strutture protette (RSA – Residenza protetta etc.).

Gli obiettivi specifici del percorso sono i seguenti:

- adottare funzioni, responsabilità, criteri e strumenti per individuare in modo chiaro ed immediato i pazienti prevalentemente fragili che necessitino di percorsi di continuità assistenziale;
- migliorare e sviluppare il processo di continuità assistenziale attraverso l'attuazione di modalità di comunicazione sistematica e verificabile fra i servizi coinvolti;
- promuovere un ruolo attivo del familiare e della persona/paziente nel percorso di cura;
- promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedalieri e territoriali da parte dei cittadini che ne sono fruitori;
- facilitare l'accesso e la fruibilità delle risorse attivabili nel passaggio dall'ospedale al territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, che sociale;
- migliorare l'efficacia della fase di dimissione ospedaliera, riducendo, in tal modo, il fenomeno dei ricoveri ripetuti per la medesima patologia.

Come parte attiva all'interno del procedimento di dimissioni protette saranno coinvolti:

- I pazienti ricoverati presso l'AOR San Carlo Ospedale Potenza e Ospedale Francesco da Paola di Pescopagano;



- gli operatori sanitari delle UU.OO. di degenza della AOR San Carlo;
- gli ambiti socio-sanitari della ASP di Potenza;
- I M.M.G.;
- le strutture pubbliche e convenzionate di servizi alla persona (case di riposo, residenze polifunzionali);
- i familiari/caregiver;
- le organizzazioni di volontariato accreditato.

I pazienti che costituiscono la popolazione di riferimento per il percorso assistenziale sono quelli dimissibili dalle UU.OO. clinico/assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" che necessitano di una continuità di cura e assistenza, in quanto non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, erogabile a domicilio e con un valido supporto familiare, così come e individuati dalla DDG n. 549 del 23.07.2012 della Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP).

Invero, la dimissione protetta con attivazione delle cure domiciliari è riservata ai sottogruppi di pazienti che presentino un bisogno/complessità di assistenza riferibile ad un indice di Karnofsky inferiore o uguale a 30 e rispettino i requisiti di ammissione alle cure domiciliari.

La fase della "presa in carico" da parte del Distretto ha come obiettivi:

- garantire la continuità delle cure al paziente dimesso dalla Unità Operativa di degenza ospedaliera con attivazione tempestiva (entro 72h) del Piano Terapeutico Individuale;
- provvedere alla fornitura tempestiva dei presidi sanitari ed eventuali ausili prescritti all'atto della dimissione.

Il Percorso di presa in carico riguarderà :

- *l'accesso alle cure domiciliari di primo e secondo livello (pazienti che pur non presentando criticità specifiche e sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano su cinque o sei giorni settimanali):*
 - condizioni di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano delle cure erogabili a domicilio;
 - adeguato supporto familiare;
 - idonee condizioni abitative;
 - consenso informato da parte del paziente e/o della sua famiglia;
 - presa in carico da parte del medico di medicina generale.



- *L'accesso alle cure domiciliari di terzo livello (pazienti che presentano bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche, quindi malati terminali, oncologici e non, malati portatori di patologie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata – SLA, distrofia muscolare etc....- fasi avanzate e complicate di malattie croniche, pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo e minima coscienza):*
 - grado di autonomia che non consente l'accesso ai servizi ambulatoriali (indice di Karnofsky <40 e con performance status >3);
 - consenso al trattamento domiciliare;
 - grado di medicalizzazione compatibile con un programma di cure domiciliari;
 - uno o più referenti per l'assistenza quotidiana;
 - ambiente domiciliare integrato.
- *L'accesso alle strutture intermedie.*

Per i pazienti ricoverati che necessitano di dimissione protetta presso strutture intermedie, il medico della Centrale di Dimissione e il referente per le cure domiciliari provvedono, sulla base delle condizioni cliniche, assistenziali e sociali del paziente a individuare tra le seguenti tipologie di strutture, quella più idonea a soddisfare i bisogni del paziente:

- Lungodegenza semplice post acuzie (codice 60);
- Riabilitazione (codice 56);
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

La “Rete Interaziendale per la Gestione delle Dimissioni Protette” tra ASP ed AOR San Carlo

L'attuale quadro epidemiologico è caratterizzato dalla progressiva riduzione delle patologie acute a fronte di un aumento delle patologie a carattere cronico-degenerative, quale diretta conseguenza dell'allungamento della vita media ed ai progressi fatti registrare dalla medicina in campo tecnologico e scientifico.

Tale situazione ha determinato di fatto un miglioramento generale della prognosi quoad vitam di numerose malattie acute che però, lungi dal risolversi in restitutio ad integrum, cronicizzano con postumi più o meno invalidanti, generando comorbilità sempre più complesse da gestire.

Questi pazienti se non adeguatamente assistito nella fase post acuzie, spesso vanno incontro a riacutizzazioni, con necessità di ricoveri ospedalieri che compromettono la loro qualità di vita e al contempo generano elevati costi assistenziali.



Inoltre, l'introduzione dei DRG e la conseguente accelerazione del turnover dei reparti per acuti, in contrapposizione ai tempi di recupero sempre più lunghi di questi pazienti, ha fatto emergere una nuova esigenza sanitaria: la gestione della fase post-acuta, spesso molto lunga, della malattia.

Non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture ospedaliere in grado di rispondere contemporaneamente ed efficacemente a domande così diversificate, quali quelle provenienti da un paziente acuto ovvero da un paziente disabile da riabilitare o, ancora da un soggetto che necessita di assistenza in lungodegenza dopo un episodio acuto.

Per tali motivi, negli ultimi anni è diventato sempre più necessaria la presenza sul territorio di riferimento di una rete parallela di servizi domiciliari o di strutture intermedie, quali la lungodegenza post acuzie o la riabilitazione, destinate a pazienti più complessi che operano in sinergia con le strutture ospedaliere per acuti.

In particolare, l'Ospedale San Carlo registra in alcune UU.OO., soprattutto quelle internistiche, una costante crescita dei tempi medi di degenza, nonostante l'azione di potenziamento da parte dell'ASP del servizio ADI e l'attivazione di posti letto pubblici e accreditati di Lungodegenza e Riabilitazione.

Tale criticità è da imputare prevalentemente ad una mancata azione di coordinamento tra le due aziende nel processo di dimissione protetta.

Per tali motivi, con il presente protocollo d'intesa l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo (AOR) e l'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) definiscono le modalità organizzative-operative per l'attivazione della "*Rete integrata dei servizi per la gestione delle dimissioni protette*" in grado di completare in maniera appropriata ed efficace il percorso assistenziale del paziente dopo la fase acuta della malattia, tenuto conto delle normative vigenti in materia, delle logiche di appropriatezza e della pratica della clinical governance.

Obiettivi della Rete

Gli obiettivi operativi su cui dovranno convergere le attività della Rete sono i seguenti:

1. integrazione e ottimizzazione delle attività sanitarie volte alla ottimale gestione della fase post acuzie attraverso l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali (ADI, riabilitazione e lungodegenza);



2. razionalizzazione dell'approccio diagnostico e terapeutico attraverso la costruzione ed adozione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e scientificamente validati, che consentano un ottimale utilizzo delle risorse disponibili e un adeguato tempo di degenza del paziente in ospedale;
3. individuazione ed attuazione di modalità di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate;
4. attivazione di settori organizzativi e funzionali, già individuati o da individuarsi all'interno delle strutture della Rete, al fine di garantire una copertura globale, ancorché flessibile, dei bisogni sanitari assistenziali;
5. perseguimento di obiettivi di qualità mediante la stesura di protocolli operativi e procedure scritte per tutte le attività con particolare attenzione a quelle a rischio;
6. individuazione di bisogni formativi e pianificazione di percorsi di formazione per tutti gli operatori mirati a specifici bisogni assistenziali, evidenziati sia in corso di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici sia nella fase di standardizzazione dell'approccio diagnostico-terapeutico;
7. razionalizzazione dell'utilizzo di spazi, attrezzature, tecnologie e personale;
8. contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione per prestazioni di lungodegenza e riabilitazione attraverso il potenziamento dei percorsi diagnostici – terapeutici interaziendali.

La rete integrata dei servizi Ospedale - Territorio

A completamento dell'episodio acuto ospedaliero, per i pazienti non ancora dimissibili, la scelta del modello assistenziale territoriale deve tener conto delle sue condizioni cliniche, delle necessità assistenziali e delle condizioni sociali. In considerazione delle valutazioni e combinazioni di tali aspetti si possono definire le seguenti tipologie di interventi:

- assistenza domiciliare (AD) e domiciliare integrata (ADI);
- ricovero in strutture di Lungodegenza;
- ricovero in strutture di Riabilitazione;
- assistenza in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)



L'ADI si pone come servizio volto a soddisfare le esigenze di tutti i soggetti di qualsiasi età che necessitano di un'assistenza continuativa che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale, (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, etc.) ad interventi misti socio-sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, interventi del podologo, etc.).

L'ADI, garantita in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, prevede l'erogazione a domicilio del paziente di un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali.

Lo staff sanitario sarà composto dal medico di base, dagli infermieri di territorio, dai terapisti della riabilitazione e da assistenti sanitari; quello socio-assistenziale dagli assistenti sociali con funzioni di coordinamento e di collegamento con altri servizi, mentre l'aiuto pratico sarà assicurato dagli assistenti domiciliari, ausiliari incaricati della pulizia personale e delle faccende domestiche. E' previsto laddove necessario, la presenza di altre figure come psicologo, medici specialisti, podologo, assistente religioso e altri.

Lungodegenza medica post acuzie

L'attivazione dei reparti di Lungodegenza medica post-acuzie (L.D.P.A.), rappresenta la risposta assistenziale ottimale nella fase intermedia dell'assistenza a pazienti con malattie croniche, in quanto il ricovero in tali strutture si realizza subito dopo la dimissione dai reparti per acuti e prima di accedere ai servizi territoriali (ADI e Ospedalizzazione domiciliare).

In questo contesto, la Lungodegenza medica post-acuzie rappresenta un tipico esempio di risposta ospedaliera differenziata a problemi di salute diversi da quelli che richiedono un trattamento "acuto".

In tal senso, dalle linee guida della Regione Basilicata, "Direttive per l'organizzazione dell'attività di lungodegenza per l'anziano" del 14-01-2002 si evince che la L.D.P.A. è indicata per forme di assistenza orientate non solo a soggetti non autosufficienti che presentano generalmente una degenza protratta, ma anche a soggetti con equilibrio instabile e con disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano d'assistenza clinica, di sorveglianza continua, anche se con intensità assistenziale inferiore a quella di reparti per acuti ovvero è caratterizzata da una prevalenza di pazienti che, a seguito della fase acuta di definizione diagnostica e trattamento della patologia responsabile del ricovero, in via di regressione, presentano pluripatologie e/o instabilità con quadro clinico a lenta



risoluzione tali da rendere necessario un ulteriore periodo di sorveglianza medica e continua assistenza infermieristica, al fine di recuperare un buon compenso clinico.

La lungodegenza medica post-acuzie, quindi, è una struttura ospedaliera rivolta soprattutto ad anziani che necessitano di prolungare l'intervento assistenziale (di tipo medico-infermieristico e/o di trattamenti riabilitativi non erogabili in regime extraospedaliero) al di là della fase acuta del ricovero, per migliorare lo stato di salute o per evitarne un peggioramento.

Infatti, l'obiettivo prioritario di tali strutture è di facilitare il reinserimento dell'ammalato nel contesto familiare o nell'ambiente protetto che meglio si adatta alle sue condizioni.

La lungodegenza medica post-acuzie rappresenta, quindi, un presidio polivalente in cui vengono assistiti le seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti con malattia ad andamento cronico – recidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessitano di accertamenti di I livello difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale) per il controllo periodico della malattia;
- pazienti con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzati, non autonomi, in cui persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia ed il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza;
- pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza internistica oltre ad interventi riabilitativi mirati;
- pazienti che superata la fase acuta della malattia presentano tuttavia livelli di instabilità clinica tali da non permettere una dimissione, neppure in ADI, e richiedono quindi un ulteriore periodo di degenza ospedaliera finalizzato alla stabilizzazione del quadro clinico (è questa più propriamente la condizione di degenza postacuzie);
- pazienti che, superata la fase acuta della malattia, pur avendo recuperato un buon compenso clinico, presentano tuttavia limitazioni funzionali che richiedono un ulteriore periodo di degenza per attività di riabilitazione di tipo estensivo (la Riabilitazione Estensiva va tenuta distinta dalla



Riabilitazione Intensiva ed ha quale obiettivo principale quello di mantenere e promuovere le abilità funzionali, prevenendone il deterioramento; essa si caratterizza per un intervento riabilitativo a relativamente bassa complessità e intensità).

L'obiettivo generale è quello d'integrare, differenziandoli, i diversi livelli di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, favorendo così lo svolgersi equilibrato di un processo terapeutico che, soprattutto in pazienti anziani, si rivela lungo e complesso e non esauribile efficacemente nelle aree di assistenza per "acuti".

In questo contesto al personale medico spetta la responsabilità clinica dei pazienti, il compito di gestire i protocolli concordati con gli specialisti invianti ed eventualmente integrarli con altre prestazioni sanitarie, la decisione di dimettere il paziente, mentre la responsabilità organizzativa può essere affidata ad un infermiere dirigente.

La dimissione dalla LDPA avviene nel momento in cui si esaurisce la necessità di un controllo medico continuativo e il paziente potrà essere mandato al proprio domicilio, oppure avviato al programma di A.D.I., oppure trasferito nella R.S.A..

Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC)

I soggetti con scarso o nullo potenziale di recupero, con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato, provenienti di norma dalle rianimazioni e/o terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali e che richiedono elevata intensità di cura, accederanno alle strutture di Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC).

La LAIC si caratterizza per il ricovero di pazienti compromessi da un punto di vista emodinamico e respiratorio in quanto versano nelle seguenti condizioni:

- a) pazienti in respiro spontaneo, ma tracheostomizzati che necessitano di un supporto di ossigenoterapia nel lungo termine con cannula tracheale in situ, che necessitano di periodica bronco aspirazione, che possono beneficiare di supporto riabilitativo prevalentemente indirizzato alla componente respiratori e motoria per la prevenzione di un ulteriore degrado funzionale;
- b) pazienti tracheostomizzati, non del tutto autonomi da un punto di vista respiratorio che necessitano occasionalmente di ventilazione assistita, con broncoaspirazione frequente;



- c) pazienti in ventilazione meccanica assistita dopo un periodo di almeno 40 giorni di permanenza in ambiente intensivo rianimatorio, con scarse o nulle possibilità di svezzamento dal ventilatore.

Per quanto attiene i posti letto di LAIC, come standard di personale infermieristico ed Operatori Sanitari è necessario prevedere per ogni turno di servizio almeno un infermiere e 1,5 OSS ogni quattro posti letto, oltre la necessaria sorveglianza medica. Per questa categoria assistenziale è auspicabile prevedere una consulenza anestesiologicala almeno due volte la settimana.

Riabilitazione intensiva

Nelle malattie disabilitanti o a rischio di disabilità trattate presso le strutture ospedaliere per acuti va richiesta la valutazione fisiatrica al fine di stabilire gli obiettivi a breve termine ed il piano di trattamento, stabilendo alla data prevista per la dimissione, l'opportunità di concludere o di proseguire il trattamento riabilitativo con le seguenti tipologie di intervento assistenziale:

1. soggetti con disabilità lieve o media verranno indirizzati al trattamento ambulatoriale;
2. soggetti con disabilità più complesse e con maggiore potenzialità di recupero da trattare in regime di degenza presso le UU. OO. di Riabilitazione per il prosieguo riabilitativo intensivo o di alta specialità.
3. soggetti con scarso potenziale di recupero, ma che richiedono comunque una presa in carico specificatamente riabilitativa, possono ricevere ospedalità nelle strutture di lungodegenza riabilitativa;

I pazienti affetti da disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento, verranno avviati a strutture di riabilitazione intensiva (codice di disciplina 56).

In caso di indisponibilità di posti letto, fermo restando la tipologia della struttura ritenuta idonea, i pazienti verranno indirizzati a strutture di codice di disciplina 56 non comprese nella rete regionale.

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

La RSA viene definita " una struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti. Presupposto per la fruizione delle RSA è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare a domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria ".



Nella RSA è prevista la contemporanea presenza di spazi per le attività sanitarie e per la socializzazione al fine di favorire il più possibile una vita attiva dei ricoverati. Essa, si pone quindi, come struttura ponte tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale.

La RSA si viene a trovare in una posizione del tutto particolare, simile a quella di strutture sanitarie esistenti in altre nazioni, ma sostanzialmente diversa da quella delle strutture residenziali extraospedaliere per l'anziano attualmente presenti in Italia come le case di riposo, le case albergo aventi per gran parte una valenza esclusivamente sociale.

La RSA per la prevalenza sanitaria del suo intervento rientra, a differenza delle altre soluzioni residenziali, nel comparto sanitario, ma per una sua corretta organizzazione gestionale è necessario che le attività svolte siano integrate con il comparto sociale. A tal fine è prevista la collocazione contigua alla RSA del Centro Socio-Sanitario, cioè di un'area funzionale di servizi socio sanitari a ciclo diurno aperta alla fruizione dell'anziano vivente in comunità. E' inoltre importante che avvenga una stretta connessione funzionale tra la RSA e l'ospedale di riferimento per facilitare il lavoro del gruppo interdisciplinare che può garantire la dimissione programmata e ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri impropri.

Attività di supporto

Centrale delle Dimissioni

La definizione dei livelli d'intervento post-acuzia, di diversa intensità in base alla complessità dell'assistenza richiesta, e la costituzione di una rete integrata di presidi e servizi riabilitativi permette l'inserimento del paziente disabile in un processo di trattamento graduato e senza soluzione di continuità per un massimo grado di inserimento sociale. L'efficacia e l'efficienza della "rete integrata ospedale territorio per le dimissioni protette" è conseguibile con un'azione di coordinamento tra la pluralità delle strutture e delle funzioni assistenziali presenti.

Per garantire una appropriata e condivisa gestione del paziente che necessita di dimissione protetta, si concorda di attivare presso l'AOR San Carlo una "Centrale delle Dimissioni" con personale dedicato delle due Aziende al fine di gestire in maniera proattiva le dimissioni protette e la continuità delle cure per le persone assistite in ospedale.

Per garantire la piena operatività della centrale si dovrà identificare in ciascuna delle UU.OO. dell'Ospedale San Carlo un referente per le Dimissioni Protette e la Continuità delle Cure che segnala al responsabile della Centrale delle dimissioni la necessità di attivare un percorso di dimissione



protetta o di continuità delle cure compilando le apposite schede di segnalazione, secondo le procedure indicate nel manuale operativo (Allegato 2).

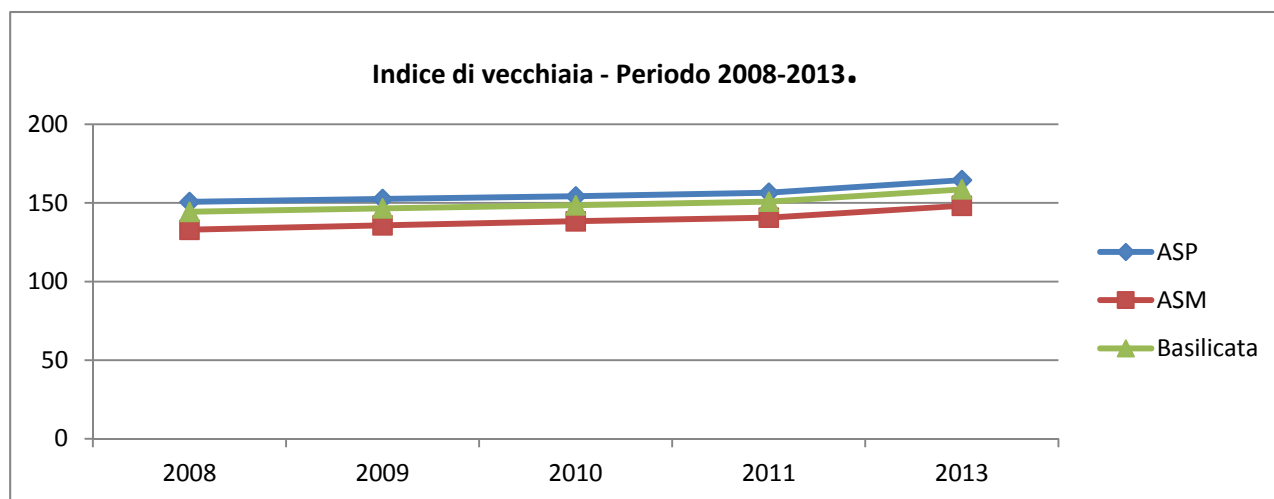
I compiti della Centrale delle dimissioni possono essere così sintetizzati

- definire il PIT per i pazienti da avviare al percorso delle Dimissioni Protette;
- contribuire, per quanto di competenza, alla definizione del PIT, per i pazienti da avviare al percorso delle Cure Domiciliari di I, II, III livello, palliative e terminali;
- identificare e prescrivere presidi ed ausili necessari per l'accettabilità al domicilio, concordandoli con il responsabile delle Cure Domiciliari e Palliative;
- provvedere alla dettagliata compilazione della scheda di monitoraggio delle lesioni da decubito, all'atto delle dimissione ospedaliera;
- educare il caregiver sulle modalità di assistenza al paziente, ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili;
- definire il percorso di trasferimento in strutture intermedie (lungodegenza, Riabilitazione e RSA) nei casi di pazienti non gestibili a livello domiciliare;
- predisporre tutta la documentazione e modulistica per attivazione della dimissione protetta.

UN MODELLO DI TELEMEDICINA PER I MALATI IN CURE DOMICILIARI DEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA.

Le tendenze demografiche in atto vedono in Basilicata un crescente tasso di invecchiamento della popolazione. Nell'ultimo decennio si è assistito ad un cambiamento marcato nella struttura per classi d'età della popolazione lucana, sia a causa dell'aumento della speranza di vita che alla riduzione del tasso di natalità. Tale fenomeno comporta un processo di invecchiamento che andrà progressivamente intensificandosi nei prossimi anni e che inevitabilmente costituirà il fattore organico di maggiore impatto sulle politiche sociali. Questa tendenza è quanto mai marcata nel territorio della provincia di Potenza e del Pollino in particolare, dove l'indice di vecchiaia è tra i più alti su tutto il territorio nazionale (164.5 contro 151.4 dell'Italia e 158.6 della regione Basilicata). Indice di Vecchiaia per

Provincia e per Regione-Periodo 2008-2013 (valori percentuali).



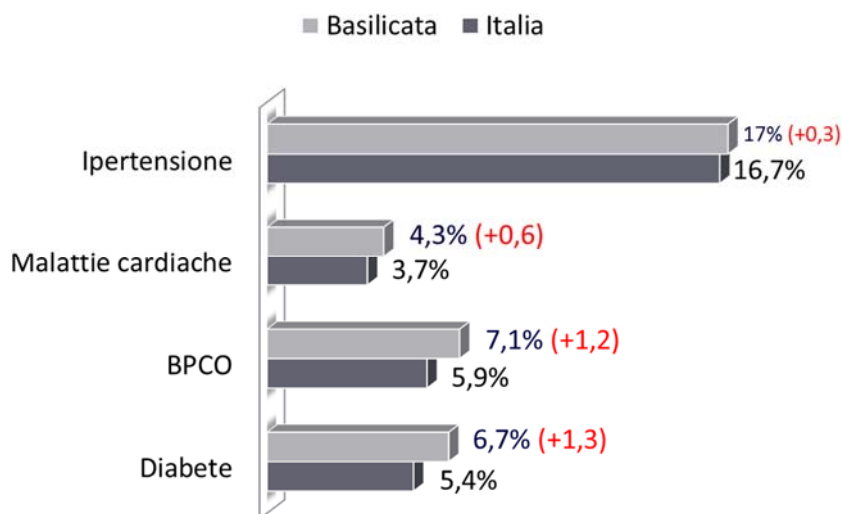
Servizio Sanitario Regione Basilicata – Bilancio Sociale 2014

Le caratteristiche demografiche ed ambientali di questa area ne definiscono le peculiarità e inevitabilmente ne sottolineano le criticità sul piano dei servizi logistici, socio-assistenziali e sanitari. L'elevata montuosità del territorio (74% comuni di montagna nella provincia di Potenza contro 32% dell'Italia e 59% della Basilicata) e una densità media di popolazione piuttosto bassa (57.4 ab./kmq) costituiscono fattori determinanti nel definire le difficoltà logistiche che molto spesso intervengono nella gestione sanitaria-assistenziale di una popolazione anziana e spesso fragile.

Per quanto riguarda le condizioni di salute dei cittadini lucani i dati pubblicati dall'Annuario statistico Italiano 2013 (Indagine Multiscopo) rivelano che che in Basilicata il 64,1% si dichiara in stato di buona salute , il 38,9% dichiara di essere affetto da una malattia cronica o più e il 20,7% da due malattie croniche o più; il 39,7% ha dichiarato inoltre di aver fatto uso di farmaci nei due giorni prima dell'intervista.

L'incidenza delle patologie croniche in Basilicata è maggiore rispetto al resto del territorio nazionale.

Nel grafico sottostante si evidenzia l'incidenza delle principali patologie croniche:



Dati Istat – relativi al 2013

Di seguito un riepilogo sulle malattie croniche dichiarate:

Popolazione per malattie croniche dichiarate – Anno 2013 (per 100 persone della stessa classe di età , sesso e zona)			
Patologia cronica	Basilicata	Mezzogiorno	Italia
Diabete	6,7	6,6	5,4
Ipertensione	17,0	17,4	16,7
Bronchite cronica ,asma bronchiale	7,1	6,8	5,9
Artrosi, artrite	18,8	17,7	16,4
Osteoporosi	9,0	8,8	7,4
Malattie del cuore	4,3	3,7	3,7
Malattie allergiche	9,5	9,7	10,0
Disturbi nervosi	3,6	4,3	4,0
Ulcera gastrica e duodenale	4,0	2,9	2,7

Fonte: Annuario Statistico Italiano 2013.

Vista l'alta incidenza di patologie croniche, in passato la Regione ha cercato di istituire progetti per la gestione delle principali patologie e con il piano **“Ammalarsi meno, curarsi meglio”** (2012-2015), ha chiarito quali obiettivi porsi coniugando in modo del tutto innovativo un sistema che sia principalmente consapevole che la salute è sì un bene morale ma anche materiale, da promuovere con i cittadini e gli operatori sanitari.

Occorre quindi realizzare dei percorsi di cura delle cronicità fondati sull'integrazione, la comunicazione e la partecipazione attiva di varie figure già operanti nel territorio attraverso una metodologia di lavoro in team ed interventi finalizzati a garantire il rispetto dell'individualità del paziente e l'ottimizzazione delle risorse socio-sanitarie.



L'obiettivo è mantenere il paziente cronico in uno stadio "compensato e controllato" e prevenire le complicanze e le riacutizzazioni attraverso un monitoraggio costante e comunque con un'attenzione continua per lo sviluppo nella cittadinanza di una consapevolezza degli stili di vita e dei comportamenti volti a ritardare l'insorgenza o la progressione della cronicità.

Tali obiettivi rientrano in quelle che sono le priorità stabilite dalla Commissione Europea. L'Accordo di Partenariato Italia-Commissione Europea e dei Programmi Operativi Regionali (POR) e Nazionali (PON) infatti, definisce undici obiettivi tematici (OT) strettamente correlati alla Strategia Europea 2020.

Gli undici OT rappresentano le scelte prioritarie. Le regioni nei Programmi Operativi, concentrano le proprie scelte su un numero limitato di obiettivi tematici, in funzione dello status della propria regione (meno sviluppata o più sviluppata, in transizione) e in funzione dell'entità della dotazione finanziaria. I Programmi operativi regionali possono comprendere uno o più OT finanziati da uno o più fondi. Ciascun OT si sviluppa in priorità d'investimento. Tra gli obiettivi tematici si evidenzia l' OT2: Tecnologia della comunicazione e dell'informazione.

Le operazioni di investimento in telemedicina potrebbero essere finanziate in particolare da questo obiettivo tematico del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR): *"migliorare l'accesso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nonché l'impiego e la qualità delle medesime"*, sotto le priorità d'investimento 2b e 2c e per i risultati attesi definiti dall'Accordo di Partenariato:

Priorità d'Investimento	Risultati attesi
b) Sviluppando i prodotti e i servizi delle TIC, il commercio elettronico e la domanda di TIC	RA 2.3 Potenziamento della domanda di ICT di cittadini e imprese in termini di utilizzo dei servizi online, inclusione digitale e partecipazione in rete
c) Rafforzando le applicazioni delle TIC per l'e-government, l'e-learning, l'e-inclusion, l'e-culture e l'e-health	RA 2.2 Digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali pienamente interoperabili

Fonte: Accordo di Partenariato, Allegato IV

I fondi strutturali sostengono delle "operazioni". Queste operazioni sono sviluppate da un soggetto detto beneficiario che può essere un organismo pubblico o privato. In ambito FESR le operazioni possono consistere in: acquisizione beni e servizi, realizzazione investimenti, aiuti. L'ente pubblico beneficiario, tuttavia, potrebbe non essere anche il soggetto che concretamente realizza l'operazione, ma delega l'esecuzione a degli operatori privati. In questo caso l'attuatore si distingue dal beneficiario e l'operazione si svolgerà attraverso un appalto pubblico.

I. Premesse e Pilastri del Progetto:

Il progetto trova nell'ambito delle attività dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) alcuni elementi facilitanti alle luce delle indicazioni Regionali e



aziendali che mirano al riequilibrio del rapporto territorio - ospedale, dando a ciascuno un ruolo più definito in quanto si individua la continuità della cura come l'elemento di maggior efficacia per il paziente.

Il modello assistenziale è stato disegnato sulle esigenze regionali, tenendo conto delle difficoltà ambientali e delle caratteristiche della popolazione locale e delle patologie più incidenti sia a livello sanitario sia a livello sociale. Il servizio oltre ad avere outcomes clinici e economici, inserisce tra i suoi obiettivi quello di supportare il cittadino e le istituzioni locali nell'abbattimento delle barriere che si interpongono tra paziente e strutture sanitarie migliorando la percezione di attenzione e presa in carico (umanizzazione delle cure, coaching nella popolazione) e aiutando la Regione ad efficientare l'erogazione di servizi sanitari grazie all'ausilio della tecnoassistenza.

Prendendo spunto dal Bilancio Sociale ASP 2014 si evidenzia l'importanza di promuovere progetti e le attività realizzate con riferimento ai tre livelli di assistenza (assistenza ospedaliera, assistenza territoriale e assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro).

Il Modello, dopo un'attenta valutazione del contesto, si propone come risposta alle necessità esplicitate dalla Regione, di:

- riorganizzare i servizi distrettuali in modo da qualificare e rafforzare l'assistenza territoriale ponendo particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione;
- appropriatezza delle prestazioni in modo da assicurare servizi e prestazioni adeguati alla domanda evitando quindi ospedalizzazioni improprie a favore di servizi domiciliari e residenziali;
- presa in carico globale del paziente, in modo da garantire una continuità assistenziale fra i vari servizi, evitando risposte incomplete e non appropriate della popolazione.

Di seguito premesse fondamentali del modello assistenziale:

- **Continuità dell'assistenza tra strutture/professionisti:** il territorio è caratterizzato da una estrema frammentazione delle strutture e degli attori e quindi mostra un elevato fabbisogno di integrazione che può essere ottenuto con una gestione opportuna della continuità informativa, tramite notifiche delle attività svolte e condivisione di documenti.
- **Costruzione e adeguamento locale di percorsi assistenziali di riferimento:** i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), basati su evidenza, garantiscono che tutti gli attori siano consapevoli dei ruoli reciproci, secondo criteri di qualità, equità e appropriatezza. I percorsi di riferimento vanno calati nel contesto locale. E' compito del fornitore supportare la Regione nella definizione dei PDTA.



- **Adattamento di un PDTA ed esecuzione del piano di cura:** il piano di cura e assistenza dovrebbe essere concordato con il paziente, adattando il PDTA ai suoi bisogni e alle sue esigenze soprattutto nei casi di assistenza di lungo periodo (Long Term Care, LTC). Se gli obiettivi, le attività, i ruoli di ogni attore ed i dati da condividere sono adeguatamente formalizzati e codificati il sistema informativo è più efficace nella gestione dei dati e dei processi.
- **Ospedalizzazione domiciliare:** l'ospedale può mantenere in carico il paziente tornato al domicilio e garantire (grazie alla **tecnoassistenza**) tutte le prestazioni che normalmente vengono erogate in ospedale nella fase di post acuzie.
- **Educazione terapeutica:** per l'auto-cura e per l'adeguamento degli stili di vita è cruciale che il paziente ed i caregiver siano "esperti" dei problemi di salute e delle procedure terapeutiche sotto il proprio controllo. Per questo parte fondante del processo è il sistema di coaching e formazione individuale con rinforzo remoto per tutto il periodo della presa in carico (non solo istruzioni iniziali), che dovrà essere garantito dal fornitore.

Il modello ha come oggetto il paziente affetto da patologia cronica che, dopo un episodio acuto viene gestito a domicilio in un modello integrato professionale ospedale -territorio, liberando risorse dell'ospedale e permettendo al medico curante una cura "sicura" a domicilio con l'utilizzo di una strumentazione medica certificata.

Il modello si integra all'interno della riorganizzazione delle cure a domicilio e di de-ospedalizzazione precoce, e si inserisce come un nuovo percorso di cura dei pazienti affetti da patologia cronica.

Il nuovo percorso di cure integrate rientra nei modelli di tecnoassistenza. Ciò che si richiede per gestire una popolazione sempre più affetta da patologie croniche è un approccio paziente-centrico che si rivolga in prima istanza ad anziani cronici e/o fragili con multi co-morbidità. Tra i principali vantaggi a cui deve condurre questo percorso vi sono senza dubbio: i) **facilitare** azioni di **follow-up** sul paziente; ii) **empowerment del paziente** e **maggiore aderenza** al patto di cura concordato; iii) la **personalizzazione del piano di cura**; iv) una migliore **analisi dei dati** del paziente **per migliorare i processi decisionali**.

Si stima che per la realizzazione del progetto saranno necessari 200 KIT medicali in grado di garantire l'assistenza domiciliare dei pazienti per 12 mesi. Ogni KIT dovrà essere personalizzato in base alle necessità cliniche del paziente. Qualora un paziente, dovesse uscire dal programma e dovesse essere sostituito da un altro paziente, l'azienda fornitrice dovrà garantire il riutilizzo dei KIT ritirato su un nuovo paziente da assegnare, provvedendo a tutte le attività previste e necessaria a tal fine (attività di logistica, santificazione, collaudo).



Si ravvisa l'esigenza di garantire la gestione dei valori nel database, così come la circolazione protetta delle informazioni attraverso una piattaforma applicativa web-based certificata in Classe IIa, l'assistenza tecnica full-risk per eventuali problematiche tecniche e la formazione ed il supporto tecnico.

La centrale infermieristica è dedicata a:

- attività di triage, i servizi di follow-up verso il medico erogati grazie a personale infermieristico formato e specializzato.
- attività di formazione verso il paziente volte a garantire una maggiore consapevolezza della propria patologia, una migliore gestione del piano di cura e un'attenzione maggiore all'aderenza -.

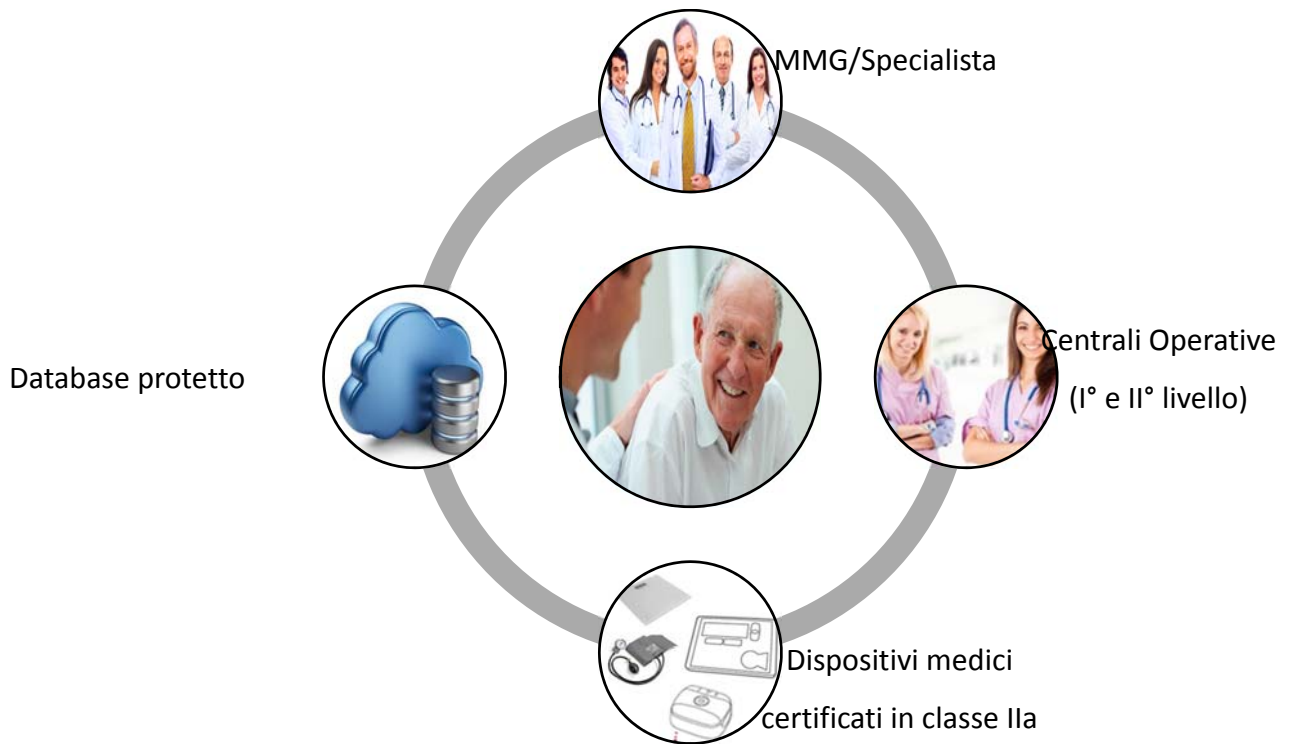
Si procederà ad effettuare analisi periodica degli outcome clinici ed economici del servizio ed il conseguente invio delle evidenze dei trend di studio necessari alla Regione per valutare l'impatto sulla spesa sostenuta e sulla valutazione di questo nuovo modello di presa in carico del paziente cronico.

Dettagli del Progetto – il servizio erogato:

Il modello si pone l'obiettivo di assicurare al paziente un migliore livello di attenzione nell'erogazione del piano di cura, limitandone gli spostamenti e garantendo un monitoraggio H24. Gli attori di questo progetto sono il *Paziente* (beneficiario del monitoraggio), i *Medici* (di base e/o il medico specialista), le Centrali Operative (di I° e II° livello).

La popolazione target è composta da pazienti *cronici complessi*, o in *dismissione protetta*, affetti principalmente, ma non in via esclusiva, da *Diabete*, *Broncopolmonite cronica ostruttiva (BPCO)*, *Scompenso Cardiaco* e *Deterioramento Cognitivo*.

Il grafico sottostante evidenzia la centralità del paziente all'interno del servizio. Gli altri attori sono legati da un flusso continuo di informazioni H24 sull'andamento del quadro clinico del paziente. Ognuno di essi inserisce dati. Medico e centrali infermieristiche possono in qualsiasi momento analizzare i valori e intervenire in caso di criticità (come da protocollo di servizio).



Per consentire al paziente ed al Sistema Sanitario un'ottimale fruizione e erogazione del servizio è cruciale la fase di valutazione e stratificazione della popolazione per valutare con le giuste attenzioni i pazienti da “arruolare”, rappresentando essi stessi il centro del modello. Sulla base della storia clinica e del servizio proposto il medico potrà avvalersi, se del caso, del supporto del fornitore.



Una volta definiti i pazienti “arruolabili”, compito in carico al medico curante sulla base dello screening della propria popolazione, inizia il nuovo percorso di cura. Oltre al MMG possono identificare i pazienti anche gli specialisti e i medici ospedalieri per pazienti in dimissione diretta. Il paziente riceverà, a seconda della propria patologia e situazione sociale un kit contenente dei dispositivi medici certificati per eseguire comodamente da casa delle semplici misurazioni. Oltre ai devices medici, si troverà nel kit un hub. Questo è un dispositivo della grandezza di un modem, che



raccoglie le informazioni inviate via bluetooth dai diversi dispositivi, senza che il paziente debba fare alcuna azione.

Una volta ricevute le informazioni l'hub le invia ad una nuvola protetta. L'accesso al database viene garantito da un software, dispositivo medico certificato di classe IIa, che permetterà al Medico di medicina generale, allo Specialista, alle Centrali di Ascolto (I° e II° livello) ed al Paziente stesso (o eventuale caregiver) di collegarsi da pc, tablet o smartphone per visualizzare lo stato di salute del paziente.

Il software non è solo uno strumento di visualizzazione, ma un sistema per gestire al meglio il paziente. Permette al medico curante di comunicare con lo specialista e le centrali operative e di condividere informazioni relative al piano di cura del paziente in modo da facilitarne il percorso terapeutico.

Sulla base di un protocollo clinico condiviso con il medico, il sistema svolge la funzione di Triage e ogni qualvolta la misurazione/set di misurazioni superano le soglie impostate oppure il paziente non esegue un'attività impostata, viene generato un avviso (Alert) la cui gestione è differenziata in base al livello di criticità (basso; medio; alto). Le centrali operative in caso di Alert, in base al protocollo di servizio, possono intervenire direttamente sul paziente (generalmente criticità bassa e media) o verificare se il medico abbia preso in carico l'anomalia evidenziata dal sistema (criticità rossa).

Oltre a queste funzioni le Centrali operative hanno un ruolo fondamentale nella formazione dei pazienti. Le centrali infatti garantiscono un monitoraggio dei valori H24 e hanno il compito di: i) contattare il paziente in caso di valori fuori soglia e per reminders relativi al suo percorso terapeutico; ii) sollecitare l'intervento del medico quando necessario; iii) eseguire attività di coaching e counseling volte a migliorare la consapevolezza e l'empowerment del paziente; iv) verificare l'aderenza alla terapia del paziente; v) ricevere chiamate e rispondere alle domande e dubbi dei pazienti.

Al termine del servizio, come indicato da linee guida della telemedicina, viene eseguita un'analisi dei risultati clinici ed economici. Questo passaggio è un tassello fondamentale del modello. La valutazione della performance viene eseguita attraverso il: i) monitoraggio dei savings economici; ii) monitoraggio e analisi dei miglioramenti clinici; iii) utilizzo dei dati per supportare le direzioni locali nel ridefinire le strategie territoriali.

II. Tecnoassistenza – i dispositivi medici per l'erogazione del servizio:

Software medico certificato



Il Portale clinico è un software web-based certificato in classe IIa che permette di:

- Raccogliere tutte le misurazioni inviate dai dispositivi medici
- Eseguire un Triage e generare Alerts in presenza di misurazioni anomale rispetto ai range definiti
- Ricevere e generare messaggi per permettere l'allineamento delle figure coinvolte e comunicare direttamente con il paziente
- Visualizzare tutte le informazioni necessarie al medico e al Paziente
- Identificare per ogni paziente il percorso di diagnosi e cura controllando le attività svolte tramite un sistema di alerts e promemoria per medico, paziente e HCM.

Il software medico che consente l'acquisizione, la trasmissione dei dati e la fruizione dei dati biometrici dal domicilio del paziente è la piattaforma di telemonitoraggio.

La Piattaforma offre una interfaccia unica e semplice agli operatori del Centro Servizi per la visualizzazione e gestione dei dati del paziente e dei dati biometrici raccolti dai dispositivi in uso al paziente. Si tratta di una piattaforma interamente web-based, quindi fruibile da qualsiasi dispositivo connesso in rete, a tre livelli: il livello di presentation, fruibile dai browser internet più diffusi; il livello di business-logics che si avvale di tecnologie di load balancing per scalabilità della soluzione e per capacità di resistenza al failure; il livello di storing basato su un database relazionale in Cluster per resistenza al failure e bilanciamento del carico delle transazioni.

Di seguito le principali caratteristiche:

- Funzionalità di modellazione flessibile e personalizzata della struttura organizzativa, basata sui principi RBAC (Role Based Access Control), che consente all'organizzazione di definire liberamente il processo di gestione del paziente nonché ruoli e responsabilità, in pieno accordo con le sue necessità organizzative.
- Funzionalità di memorizzazione, visualizzazione ed analisi dei dati clinici ricevuti da diverse sorgenti (sistemi esterni interfacciati, dispositivi medici o inseriti manualmente).
- Un sofisticato meccanismo di allarmi su soglia e Triage.
- Funzionalità di definizione e gestione di PDTA, Diario e Documenti Clinici e Diagnostici per paziente; reminder terapeutici e questionari per la raccolta di feed-back dal paziente e miglioramento dell'aderenza terapeutica, tutto in modalità remota ed automatica tramite i dispositivi in dotazione al paziente.



- Capacità di condivisione dati ed interoperabilità tramite interfacce aperte (Open System) che consente di integrare dati e business logics con sistemi esterni tramite l'utilizzo di interfacce standard o ad-hoc.
- Software certificato CE classe IIa.
- Piena aderenza alle specifiche del D. Lgs 196/03 e direttiva Europea in materia di gestione dei dati sensibili.

La centrale operativa di Health Care Monitoring (centrale di I° livello)

Il servizio ed i processi di Telemonitoraggio sono gestite dalla centrale operativa HCM costituita da operatori con profilo infermieristico e personale professionalmente qualificato e specificamente addestrato al servizio, operante 12 ore su 24, 6 giorni su 7. La centrale HCM svolge le attività di Monitoraggio, Triage, Follow-up e Coaching nella Gestione del Paziente, secondo le specifiche della Guida al Servizio. La centrale HCM opererà su una piattaforma web medica, il software medico, che permette di raccogliere e gestire dati biometrici ed eventi clinici (Triage) in modo integrato e coordinato con il personale medico che verrà coinvolto da parte dall'ASP/ASM ed il quale avrà lo stesso accesso a tale piattaforma.

Il personale infermieristico appositamente addestrato, avrà il compito di contattare il paziente per telefono, discutere con lui i risultati dell'automonitoraggio e identificare possibili barriere alla compliance o possibili cause di inadeguato controllo metabolico o pressorio.

Nel caso di pazienti con deterioramento cognitivo potrà essere attivato un servizio di "remind" grazie ad un sistema *text to speech* con domande concordate e definite nel protocollo clinico. Un sistema di Alert servirà ad identificare le situazioni "critiche" e si potrà intervenire a seconda delle necessità anche con un sistema di videochiamata.

La centrale servizi (centrale di II° livello)

Basata sul territorio è composta da personale infermieristico disponibile H24. Collegata in real time con la piattaforma clinica, visualizza ed analizza i dati dei pazienti in gestione e rappresenta il punto di incontro tra medico, paziente e centrale di I° livello.

La Centrale di II° livello consente la gestione delle criticità a fronte di un'iniziale filtro ad opera del sistema di triage certificato. Avendo a disposizione diverse figure specialistiche la Centrale può coordinare gli interventi in maniera mirata e specifica. Interfacendosi con il territorio può fronteggiare con maggiore rapidità le esigenze del paziente e garantire un approccio coordinato tra le diverse figure offrendo al paziente una presa in carico olistica e individualizzata.



I dispositivi a casa del paziente

- HUB: un dispositivo medico certificato di tipo IIa in grado di offrire una comunicazione bidirezionale per la raccolta di dati dai dispositivi medici in dotazione al paziente e lo scambio di dati con la piattaforma. L'HUB può comunicare con la piattaforma web certificata tramite una SIM dati interna (fornita) o tramite normale linea analogica domestica (PSTN) e riceve le misurazioni dai dispositivi medici via bluetooth.
- Glucometro: che si connette all' HUB via bluetooth con dato memorizzabile, funzione "average" delle misurazioni e controllo delle aritmie.
- Sfigmomanometro: che si connette all' HUB via bluetooth.
- Bilancia: che si connette all' HUB via bluetooth
- Pulsossimetro: che si connette all' HUB via bluetooth.
- Cerotto ECG a 1 derivazione: che si connette all' HUB via bluetooth con calcolo delle calorie consumate, qualità del sonno, elettrocardiogramma, frequenza respiratoria, Aritmie, Livello attività fisica.
- ECG a 3 derivazioni: che si connette all' HUB via bluetooth.
- Pedometro: che si connette all' HUB via bluetooth, tarato per persone anziane con sistema di rilevamento "uomo a terra". Consente di misurare il livello di attività giornaliera del paziente cronico e di monitorare eventuali eventi avversi.
- Questionario BPCO: per valutare sintomatologia e stato della patologia.
- Questionario CHF: per valutare sintomatologia e stato della patologia.
- Tablet per videochiamate: dispositivo in grado di connettere in modalità video il paziente con i medici e le centrali operative.

In base alle specifiche indicazioni cliniche del protocollo di gestione i pazienti possono ricevere anche:

- Holter pressoreo: che si connette all' HUB, disponibile presso presidio medico locale.
- Holter Cardiaco: che si connette all' HUB, disponibile presso presidio medico locale.

** La connessione tra i diversi dispositivi medici e la connessione da e con la nuvola deve essere e sarà garantita anche in aree rurali attraverso l'utilizzo di sistemi in grado di superare e ovviare a problematiche dovute alle connessioni locali ed a condizioni ambientali e infrastrutturali sfavorevoli.*

Assistenza Tecnica

I KIT devono essere garantiti da vizi di fabbrica e forniti in condizioni di perfetto funzionamento. In caso di problemi di natura tecnica, l'Helpdesk Tecnico è dotato di strumenti per la rilevazione e

correzione di problematiche in modalità remota ovvero senza la necessità di intervento al domicilio del paziente. Nel caso in cui si rendesse necessaria la sostituzione parziale o totale del KIT medicale, verrà avviata una procedura di sostituzione coordinata dalla Centrale HCM.

Il flusso dei dati:



III. Obiettivi del Progetto per categoria:

Il progetto ha diversi obiettivi che si differenziano in base ai diversi soggetti coinvolti: paziente, medico, sistema sanitario.

Il paziente sarà messo in condizione di gestire in modo proattivo la propria malattia, acquisendo una maggior consapevolezza sulla patologia in grado di responsabilizzarlo e aiutarlo nella gestione giornaliera del proprio piano di cura. Una gestione consapevole della propria cronicità potrà portare ad una diminuzione degli accessi al Servizio Sanitario Nazionale e ad una riduzione degli spostamenti (diminuendo costi sociali). Questo modello dovrà assicurare una continuità di cura che dovrà facilitare un miglioramento del quadro clinico e della qualità di vita.

Tra gli obiettivi primari del Sistema Sanitario Regionale vi sono la riduzione degli accessi al pronto soccorso, la riduzione della durata delle ospedalizzazioni e la spesa relativa ai consumabili, etc.



Il medico, attraverso una presa in carico quotidiana ed efficiente, potrà migliorare il rapporto di fiducia con il paziente e di conseguenza rafforzare la centralità del proprio ruolo sul territorio. La piattaforma software favorirà la comunicazione tra le diverse figure coinvolte che potranno coordinarsi tra loro. Questo vale per medico di medicina generale, specialista e altri operatori sanitari. Inoltre Il medico coadiuvato e supportato da un sistema con doppia Centrale Operativa (I° e II° livello), potrà identificare immediatamente situazioni anomale sulle quali poter intervenire tempestivamente modificando la terapia, andando così a focalizzarsi sugli interventi realmente necessari, razionalizzando il carico di lavoro.

Una chiave di volta fondamentale sarà la maggior facilità con cui il paziente potrà comunicare con il proprio medico e/o infermieri specializzati delle Centrali Operative, le quali, attraverso l'attività di coaching aiuteranno il paziente ad aumentare la comprensione del proprio piano di cura, a conoscere meglio la propria malattia e la sua gestione, oltre a sottolineare l'importanza di uno stile di vita sano e "aderente" al piano di cura prescritto.

Promuovere la salute ed il benessere attraverso una gestione consapevole garantisce al paziente maggiore padronanza del proprio stato di salute ed al Sistema Sanitario di interfacciarsi con individui coscienti e proattivi nella cura di se stessi.

IMPLEMENTAZIONE E SVILUPPO DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO: PROTOCOLLO D'INTESA TRA A.O.R. SAN CARLO E AZIENDA SANITARIA DI POTENZA

In questi ultimi anni, anche sulla spinta di specifiche direttive nazionali e regionali, si è dato forte impulso all'implementazione e allo sviluppo di protocolli operativi volti a favorire sempre più l'integrazione tra ospedale e territorio nell'ambito di numerosi percorsi di diagnosi e cura relativi soprattutto a patologie cronico degenerative.

Il Piano della Salute 2012 – 2015 pone forte attenzione su tali processi, in quanto da un lato consentono alle strutture sanitarie di fornire risposte eque ed adeguate rispetto ai bisogni di salute e dall'altro di perseguire risultati economici positivi e al contempo favorire il recupero della mobilità passiva fuori regione.

In tale contesto con la delibera n. 543 del 30.12.2014 avente ad oggetto "Piastra Ambulatoriale – Protocollo d'intesa tra AOR San Carlo e Azienda Sanitaria di Potenza per l'attivazione del primo nucleo operativo" è stata attivata una prima e significativa esperienza di integrazione tra le due



Aziende, caratterizzata dalla condivisione di professionalità, tecnologie e spazi con l'obiettivo comune di erogare prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale.

Su questa linea di sviluppo strategico l'AOR San Carlo e l'ASP di Potenza con il presente documento individuano e sviluppano ulteriori aree progettuali di integrazione ospedale territorio.

Integrazione tra presidi ospedalieri e servizio Emergenza Urgenza (118).

Il servizio di emergenza urgenza regionale – 118, assicura, ex lege 21/99, il raccordo funzionale tra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

Sono garantiti, pertanto, dal servizio 118 gli interventi assistenziali per eventi sviluppatasi sia a livello territoriale che all'interno dei presidi ospedalieri che hanno il carattere dell'emergenza-urgenza; tali trasporti primari sono garantiti sia attraverso trasporti su gomma sia attraverso il servizio di Eliambulanza, che ha carattere integrativo e non sostitutivo (a titolo esemplificativo mancanza di autoambulanze –carenze di personale).

Ospedale di Pescopagano - Integrazione con il PTS.

Il presidio di Pescopagano ospita in alcuni ambienti, ubicati in prossimità dell'ingresso dell'Ospedale, una Postazione Territoriale del servizio di emergenza / urgenza regionale (PTS), con la presenza di personale infermieristico e di autisti.

Tale servizio di emergenza, operando in h/24, sospende le attività in caso di momentanea carenza di personale infermieristico e/o autista, con contemporaneo allertamento della PTS più vicina ed operante presso il comprensorio di Muro Lucano- San Fele; come già registrato in passato tale situazione determina inevitabilmente disagi per l'utenza e per gli operatori sanitari, nonché costi aggiuntivi per l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Per tali situazioni le due Aziende concordano di attivare un utilizzo funzionale, sulla PTS carente, del personale infermieristico in forza presso il Presidio di Pescopagano per la copertura di turni risultanti scoperti per carenza di personale infermieristico del PTS, ferma restando la necessità di acquisire il consenso del personale interessato e di sottoporre lo stesso ad un'adeguata formazione.

Trasferimento del servizio di continuità assistenziale del Comune di Pescopagano



Viene stabilito di trasferire il servizio di continuità assistenziale all'interno dei locali del Presidio di Pescopagano, in precedenza utilizzati dal pronto soccorso. In particolare il programma prevede la individuazione di spazi adeguati e idonei sia per i requisiti strutturali ed impiantistici che per la sicurezza passiva dei medici da destinare al Servizio di Continuità Assistenziale.

Attività ambulatoriale integrate presso il P.O. di Pescopagano

Il progetto per la realizzazione presso l'Ospedale di Pescopagano di un Centro di Riabilitazione di Alta Specializzazione (III livello), prevede, per la sua piena attuazione, oltre che attività di degenza, anche il potenziamento di attività ambulatoriali che uniscano competenze e professionalità presenti nell'AOR San Carlo e nell'Azienda Sanitaria di Potenza.

Tale obiettivo può trovare compimento in quanto presso il presidio ospedaliero di Pescopagano sono disponibili presso il Padiglione C del plesso ospedaliero appositi spazi realizzati con il contributo, rinveniente nell'ambito dei piani di offerta integrata dei servizi a valere sul programma operativo FESR 2007-2013 – Asse VI “inclusione sociale” obiettivo specifico VI.I “Potenziamento e qualificazione della rete regionale dei servizi volti alla promozione dell'inclusione sociale” di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale di Basilicata n. 744 del 5-05-2009 e nel rispetto di un progetto predisposto come soggetto capofila dalla Comunità Montana Melandro e da una partnership istituzionale che vede la partecipazione dell'AOR “S.Carlo”, dell'Azienda Sanitaria del Potentino, della Amministrazione Comunale di Pescopagano e dell'ex Comunità Montana del Marmo Platano e Melandro.

La condivisione di ambulatori comuni, oltre che liberare ulteriori spazi nel resto del plesso ospedaliero da destinare alle attività riabilitative di alta specializzazione, consente di offrire una serie di servizi integrati funzionalmente e strutturalmente, tanto da costituire una vera e propria “cittadella della salute” quale luogo in grado di fornire risposte alle istanze del territorio in cui insiste il presidio e, al contempo, “alleggerire” le liste di attesa che si registrano in altri centri.

Gli spazi destinati all'attività ambulatoriale ubicati su due piani, sono utilizzati in maniera integrata, per le attività afferenti all'Azienda Territoriale e per quelli afferenti ai servizi ambulatoriali dell'Azienda Ospedaliera.

In particolare, sono già operativi le attività di Igiene e Medicina Preventiva e quelle consultoriali, nonché gli ambulatori di Diabetologia, di Oculistica, di Cardiologia, di Reumatologia, Ematologia,



Chirurgia Generale, Dermatologia, Ortopedia, Medicina Fisica e Riabilitazione con annesso servizio di Cardiologia.

L'efficientamento di tale modello contempla la possibilità di utilizzo integrato del personale infermieristico dell'ASP e dell'AOR a supporto di tutte le attività ambulatoriali presenti presso il presidio di Pescopagano.

Inoltre viene stabilito l'utilizzo condiviso dell'ecografo, sia da parte degli specialisti cardiologi dell'AOR nella giornata del lunedì mattina e dagli specialisti dell'ASP il lunedì pomeriggio.

Gli spazi attualmente a disposizione consentono peraltro l'allocazione di ulteriori attività specialistiche non presenti e utili per rispondere alle esigenze e alle richieste del territorio, anche in ragione della notevole richiesta di tali prestazioni per i pazienti esterni e per favorire attività di consulenza per i pazienti ricoverati e eventualmente per pazienti ricadenti in territori limitrofi extraregionali.

In tale contesto, si stabilisce di avviare le procedure per l'attivazione di un ambulatorio di Otorinolaringoiatria con personale ASP, utilizzando specialisti convenzionati interni (SUMAI) ed un ambulatorio di Neurochirurgia, con personale specialista strutturato presso l'AOR.

Infine, si stabilisce di attivare un "Ambulatorio Infermieristico" dedicato alla esecuzione di quelle prestazioni sanitarie di bassa complessità assistenziale (medicazioni, infusioni endovenose ecc) che non necessitano di un ambiente medicalizzato, con personale già presente.

Rimodulazione atto di intesa ex DDG n. 436 del 3/4/2007

Con la deliberazione n. 436 del 3.4.2007, l'AOR San Carlo ha preso atto del protocollo di intesa stipulato con la disciolta ASL n. 1 di Venosa, a seguito del conferimento dell'Ospedale di Pescopagano dall'Azienda Sanitaria USL n. 1 di Venosa all'AOR San Carlo ex lege regionale n. 1/2007, e disciplinante i rapporti economici per l'utilizzo dei locali e del personale del Presidio di Pescopagano necessari alla'ASP (nella quale è confluita la disciolta asl n. 1 di Venosa) per l'espletamento delle attività ambulatoriali di propria competenza.

Dal Gennaio 2015, i servizi dell'ASP sono stati allocati nel 1° piano del padiglione "C" del presidio di Pescopagano, realizzato con l'utilizzo di un contributo, rinveniente nell'ambito dei piani di offerta integrata dei servizi a valere sul programma operativo FESR 2007-2013 – Asse VI "inclusione sociale" obiettivo specifico VI.I "Potenziamento e qualificazione della rete regionale dei servizi volti



alla promozione dell' "inclusione sociale" di cui alla DGR 744 del 5-05-2009 e nel rispetto di un progetto predisposto come soggetto capofila dalla Comunità Montana Melandro e da una partnership istituzionale che vede anche la partecipazione dell' AOR "S. Carlo" e dell' ASP.

Le parti ritengono che la diversa situazione logistica costituisce presupposto per una rivalutazione dei rapporti tra le due aziende circa la determinazione degli oneri connessi all' espletamento delle attività ambulatoriali proprie dell' ASP e svolte presso il PO di Pescopagano.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Occorre che nel prossimo triennio si consolidi il livello organizzativo dell' integrazione istituzionale e si sviluppi più compiutamente il piano operativo riferito sia agli aspetti gestionali che a quelli più specifici dell' integrazione professionale. In questo quadro è necessario far decollare l' integrazione professionale con particolare riguardo alla unificazione dei punti di accesso ai servizi a livello distrettuale (Sportelli sociosanitari integrati, Punti Unici di accesso) nonché la qualificazione dei processi di integrazione a livello della domiciliarità.

Gli obiettivi sono:

- omogeneizzazione dei criteri di valutazione della disabilità e della non autosufficienza;
- qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche;
- armonizzazione delle funzioni *specialistiche* dei servizi con le funzioni di prossimità e accompagnamento;
- sviluppo di programmi di sostegno alle reti sociosanitarie informali e di prevenzione per soggetti fragili e fasce sociali deboli.

Omogeneizzazione dei criteri di valutazione integrata della disabilità e della non autosufficienza.

Interventi:

- costituzione presso la Direzione Sanitaria di un nucleo di monitoraggio aziendale sulla implementazione dei processi di valutazione;
- definizione e avvio di un percorso formativo per operatori sociali e sanitari sui temi della valutazione integrata, con particolare riferimento alla valutazione della disabilità;
- attivazione sperimentale di percorsi valutativi integrati, articolati per territori e livelli di complessità, prevedendone la progressiva trasformazione in UVM , unità di valutazione multidimensionale, per tutte le fasce di età e di problematiche, con il coordinamento dei Dipartimenti aziendali di riferimento e del Coordinamento socio sanitario.



Qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche

Interventi:

- predisposizione di un piano aziendale per le famiglie che, a partire da un percorso formativo multidisciplinare integrato per tutti gli operatori aziendali che si occupano di famiglie, riorganizzi, attraverso una commissione dedicata, i criteri di presa in carico integrata socio sanitaria;
- sviluppo, di un progetto specifico sui disturbi generalizzati dello sviluppo finalizzato alla definizione di nuovi percorsi abilitativi integrati socio sanitari per l'autismo;
- progetti di sostegno alle famiglie che difendono la residenza al domicilio di persone con gravissime disabilità;
- sviluppo di un progetto sociosanitario integrato per l'area delle dipendenze patologiche finalizzato al reinserimento sociale precoce di pazienti con problematiche di comorbilità psichiatrica attraverso la formula dei progetti riabilitativi individualizzati;
- sviluppo di un progetto sociosanitario integrato per l'area della salute mentale finalizzato al superamento della condizione di cronicità nelle comunità e allo sviluppo di forme alternative di domiciliarità;
- sviluppo di un progetto socio sanitario integrato, in collaborazione con i consultori dei disturbi cognitivi finalizzato al sostegno del care giving per le persone affette da demenza;
- rivalutazione dei protocolli di dimissione appropriata con l'Azienda AOR San Carlo ed apertura
- di un tavolo di monitoraggio della continuità assistenziale con i Presidi Ospedalieri Aziendali
- predisposizione di un progetto di intercettazione e di intervento per il supporto ai richiedenti "asilo" e rifugiati;
- integrazione della medicina penitenziaria con il dipartimento del Territorio e il potenziamento della rete sociosanitaria di supporto attraverso lo sviluppo della collaborazione con il volontariato.

Armonizzazione delle funzioni specialistiche dei Servizi con le funzioni di prossimità e di accompagnamento.

Interventi:



- mantenimento costante di un elevato profilo istituzionale e professionale, attraverso la presenza ai tavoli di programmazione degli Uffici di Piano e ai tavoli dei PdZ a livello distrettuale, di rappresentanti aziendali, con mandati specifici ed un loro coordinamento a livello distrettuale, con l'obiettivo di definire azioni socio sanitarie integrate interistituzionali e interprofessionali;
- sviluppo e realizzazione di Piani specifici, a livello distrettuale, per l'unificazione degli accessi ai Servizi, nel triennio, per le aree minori, disabili, anziani, salute mentale, dipendenze patologiche e migranti;
- unificazione e semplificazione, a livello distrettuale, delle interfacce socio sanitarie per tutta l'area Psichiatria Adulti, Dipendenze patologiche, Neuropsichiatria infantile e Psicologia clinica e Migranti, attraverso l'individuazione di un unico interlocutore organizzativo del dipartimento del Territorio per l'interlocuzione con l'area sociale e sociosanitaria di riferimento;
- sviluppo di un piano formativo per operatori delle aree anziani, disabili, minori, salute mentale e dipendenze patologiche, migranti, per l'acquisizione di specifiche competenze di case management;

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità costituisce un'innovativa modalità assistenziale di tipo intermedio. Risponde alla necessità di affrontare nel modo più appropriato ed efficace quei problemi di salute di solito risolvibili a domicilio ma che, in particolari pazienti, in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria (pazienti molto anziani o soli, affetti da più malattie che si scompensano facilmente, ecc.) richiedono di essere assistiti in un ambiente sanitario protetto. Se il "classico" ricovero ospedaliero in un reparto di medicina risulta eccessivo rispetto alle condizioni cliniche del paziente, che pur bisognoso di assistenza non è comunque grave, il medico curante può ricorrere all'Ospedale di Comunità. In questo contesto, la responsabilità clinica e la gestione complessiva del paziente spettano al medico di medicina generale che assume così un ruolo di assoluta centralità nel percorso clinico del paziente. Personale infermieristico, consulenze specialistiche o altre prestazioni sono a disposizione del MMG per assicurare il massimo standard di assistenza al proprio paziente.

L'Azienda, nel piano di riorganizzazione delle strutture ospedaliere, prevede di avviare a livello sperimentale anche un'attività di assistenza ospedaliera di comunità. Oltre a ricercare il confronto sulle diverse modalità organizzative attuate nelle diverse realtà, l'attenzione è posta in particolare alla



valutazione di appropriatezza, efficacia ed efficienza organizzativa degli ospedali di comunità e ad un'analisi comparativa con l'assistenza erogata a domicilio o in regime di degenza ordinaria e di Comunità e l'evidenziazione delle differenze che lo caratterizzano rispetto alle altre strutture ospedaliere ed extraospedaliere, annoverandolo tra quelle, come RSA e Case di Riposo, in grado di fornire le cosiddette cure intermedie. Innanzitutto va segnalata la differenza di obiettivi tra le strutture eroganti assistenza di tipo intermedio considerate. L'ospedale di comunità consente di affrontare problemi di salute per i quali non è sufficiente l'assistenza domiciliare ed è eccessivo un ricovero ospedaliero in un reparto per acuti. Per contro, la residenza sanitaria assistenziale fornisce assistenza continuativa a prevalente carattere sanitario ad elevato livello di assistenza infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un adeguato supporto alberghiero. Fornisce inoltre una "funzione respiro" ai familiari. La casa di riposo fornisce assistenza non necessariamente continuativa a basso/medio livello di assistenza infermieristica e riabilitativa in forma residenziale.

Sono evidenziabili differenze anche nella tipologia di pazienti assistiti. Nell'ospedale di comunità sono assistiti pazienti in condizioni di particolare fragilità sociale e sanitaria in fase acuta e/o sub-acuta, anche oncologici, che non necessitano di particolare assistenza specialistica. In RSA sono ospitati pazienti in temporanea non autosufficienza per motivi sanitari e/o sociali con necessità di cure riabilitative, non in fase acuta. La Casa di riposo, infine, accoglie soggetti in autosufficienza temporanea o in non autosufficienza stabile. Conseguentemente, vista la diversità delle persone assistite, molto diverse risultano anche le relative degenze medie: medio breve nell'ospedale di comunità (15 - 20 giorni); medio - lunga (max. 90 giorni, media 40 giorni) in RSA; molto lunga in casa di riposo. Per quanto riguarda le modalità di accesso, l'ospedale di comunità prevede che il medico di medicina generale gestisca la richiesta di ricovero, di propria iniziativa o su richiesta di un medico ospedaliero prima della dimissione, informando il paziente e successivamente inoltrando la proposta al distretto. Per quanto riguarda l'RSA, il medico di medicina generale od medico ospedaliero fanno richiesta al distretto; l'ammissione avviene in seguito a valutazione dell'unità valutativa distrettuale (U.V.D.). Anche per l'ammissione in casa di riposo la proposta è vagliata dall'UVD.

Spostando l'analisi all'ambito della partecipazione ai costi di assistenza da parte dell'utente, non vi è alcun onere per il ricovero in ospedale di comunità; nel caso della RSA è previsto un onere al di a carico dell'ospite. Le case di riposo fissano invece oneri variabili determinati dalle case di riposo stesse: per gli ospiti non autosufficienti a carico dell'utente (ma in caso di accertate difficoltà



economiche può subentrare a sostegno il comune di residenza del paziente), l'Azienda Sanitaria interviene per i soli costi legati all'assistenza sanitaria. Naturalmente vi sono differenze tra le tipologie di strutture intermedia all'esame nell'organizzazione dell'assistenza fornita. Nell'ospedale di comunità l'assistenza sanitaria è garantita dal medico di medicina generale dell'assistito con la collaborazione del personale infermieristico presente nella struttura. Le consulenze specialistiche o altre prestazioni sono a disposizione del medico di medicina generale per assicurare il massimo standard di assistenza al proprio paziente. La responsabilità organizzativa spetta al direttore di distretto. Il paziente all'interno della RSA ha un'assistenza di tipo infermieristica e riabilitativa a seconda delle necessità rilevate dall'U.V.D. L'assistenza medica è garantita da figure mediche diverse (medico di medicina generale o medico ospedaliero). Anche in questo caso la responsabilità organizzativa è attribuita al Direttore di Distretto. Per quanto riguarda infine la casa di riposo, l'assistenza infermieristica e riabilitativa è erogata in collaborazione con l'Azienda Sanitaria. L'assistenza medica è a carico del medico di medicina generale (con integrazione specialistica qualora necessaria). La responsabilità organizzativa è del Direttore di Distretto o di un medico di medicina generale quando nominato con funzioni di coordinatore. Un punto particolarmente critico per l'erogazione in sicurezza dell'assistenza intermedia riguarda le procedure per fronteggiare situazioni di urgenza/emergenza. Nell'ospedale di comunità l'urgenza è garantita dal medico di medicina generale di giorno ed al servizio di continuità assistenziale (guardia medica) di notte, nei giorni prefestivi e festivi. In caso di non reperibilità del medico di medicina generale curante o nei casi di emergenza, il personale infermieristico di turno attiva il medico dell'emergenza territoriale o, nel caso in cui l'ospedale di comunità è ospitato nell'ambito di un ospedale per acuti, dal medico del pronto soccorso. Nella residenza sanitaria assistenziale, l'urgenza è garantita dal medico di medicina generale di giorno e dal servizio di continuità assistenziale di notte e nei prefestivi e festivi. In caso di emergenza viene attivato il 118. Nella casa di riposo, infine, l'urgenza è garantita dal medico di medicina generale di giorno e dal servizio di continuità assistenziale di notte e nei prefestivi e festivi. Anche in questo caso in situazioni di emergenza viene attivato il 118. Da questo confronto, a nostro avviso, può essere ipotizzato una sorta di decalogo necessario per descrivere ed identificare l'Ospedale di Comunità, una sorta di Carta di identità indispensabile per poterlo catalogare in maniera più precisa tra le diverse soluzioni assistenziali extraospedaliere che possano essere offerte ai nostri utenti. Riteniamo che sia un passaggio obbligato per poter avviare un percorso di confronto e di



valutazione continua non solo sugli aspetti organizzativi e di processo, ma anche di esito. Gli interventi che seguiranno porteranno un valido contributo in tal senso. Pertanto possiamo dire che:

1. Ospedale di Comunità è il termine che più rappresenta la situazione ed il contesto in cui operano queste strutture, fortemente radicate nella società civile nelle comunità, nel territorio.
2. Si tratta di una struttura extra-ospedaliera pienamente inserita nella rete dei servizi distrettuali. E' una delle opzioni assistenziali del Distretto.
3. Si tratta di una struttura di ricovero H24 non necessariamente collocata in un ospedale riconvertito e non necessariamente deve intendersi come la risposta surrettizia alla chiusura degli ospedali.
4. Si tratta di una struttura a valenza prevalentemente sanitaria, dove il ricovero può anche essere motivato da carenze socio assistenziali.
5. Viene fornita prevalentemente assistenza infermieristica e di medicina generale. Si ritiene utile nella stessa struttura la presenza di servizi specialistici e diagnostici. Indispensabile il servizio di urgenza ed emergenza.
6. Deve essere il luogo di massima integrazione tra l'assistenza fornita dal Medico di Medicina Generale e gli altri Servizi Distrettuali Specialistici e Diagnostici per massimizzare efficacia ed efficienza del percorso assistenziale a costi sostenibili.
7. La degenza è gratuita e di durata non superiore ai 20 giorni.
8. Deve essere garantito un adeguato servizio alberghiero anche per gli accompagnatori
9. Devono essere garantiti uno standard adeguato per tipologie e qualità delle cure. Deve portare alla riduzione del tasso di ospedalizzazione impropria e dell'istituzionalizzazione precoce e/o duratura, oltre alla soddisfazione dell'utenza.
10. L'esito atteso per il paziente è il superamento della fase acuta o sub-acuta con invio dello stesso al proprio domicilio.

UTENTI AMMESSI

Il bacino di utenza comprende i residenti nel territorio della Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

L'Ospedale di Comunità appartiene alla rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore di Distretto; opera attraverso la presa in carico globale dei bisogni della persona assicurando ai pazienti continuità di assistenza tra ospedale e domicilio e piani di cura personalizzati.



Gli aspetti organizzativo-gestionali sono curati da un medico Responsabile della struttura appartenente al Distretto. Esso è riservato a quei pazienti che, pur non presentando patologie acute ad elevata necessità di assistenza medica, non possono tuttavia essere assistiti adeguatamente a domicilio per motivi socio sanitari. La degenza in Ospedale di Comunità è finalizzata ai seguenti obiettivi:

- Abbreviazione dei tempi di diagnosi e terapia mediante l'utilizzo, da parte dei MMG, della dotazione diagnostica e tecnologica di base del presidio territoriale dell'Azienda.
- Consolidamento dei risultati ottenuti durante il ricovero in reparto per acuti per tutti quei pazienti in condizioni di fragilità che necessitano di ulteriore monitoraggio clinico.
- Prevenzione delle complicanze e recupero dell'autonomia finalizzato al rientro al domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali.
- Assistenza, sollievo del dolore fisico e psichico, mantenimento della qualità di vita e delle relazioni significative per i pazienti affetti da malattie neoplastiche inguaribili non gestibili a domicilio.

Il Medico di Medicina Generale è il responsabile clinico del paziente: presenta la proposta di ricovero, partecipa all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), esegue le visite, dispone gli accertamenti e comunica al proprio assistito il piano diagnostico terapeutico definito in UVMD. Lo stesso può organizzare le visite con il supporto dei colleghi del gruppo o associazione ed eventualmente farsi sostituire da altri colleghi disponibili per la gestione dei propri pazienti ricoverati. Il Servizio di Continuità Assistenziale garantisce l'assistenza prefestiva, festiva e notturna oltreché gli interventi in emergenza.

MODALITA' DI ACCESSO

La proposta di ricovero in Ospedale di Comunità può essere inoltrata al Responsabile della struttura:

- dal Medico di Medicina Generale per i pazienti provenienti dal domicilio;
- dai Medici di reparto per i pazienti ricoverati.

In ogni caso viene verificata la disponibilità del Medico di fiducia e viene convocata l'UVMD. Si tratta di un gruppo di lavoro composto dal Responsabile della struttura, Medico Curante di ogni paziente, Specialista ospedaliero e Caposala. L'UVMD valuta i bisogni sanitari e assistenziali e



predisporre un programma personalizzato per ogni utente; definisce le modalità e i tempi del ricovero, gli obiettivi e le verifiche. La durata della degenza di norma non supera i 20 giorni.

PRESTAZIONI ESEGUITE.

I pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità usufruiscono delle consulenze specialistiche e delle prestazioni diagnostiche strumentali e di laboratorio previste in regime di ricovero ospedaliero. Non è prevista partecipazione alla spesa per la degenza.

PRESENZA DEI FAMILIARI

Nell'intento di favorire il mantenimento delle relazioni sociali e di promuovere l'umanizzazione e la continuità delle cure nell'Ospedale di Comunità sono previsti orari di visita flessibili, adeguati alle esigenze del malato.

COME AVVIENE IL RICOVERO.

Il medico curante e il personale infermieristico forniscono tutte le informazioni relative al percorso di cura e alle modalità assistenziali. Le visite del Medico di Medicina Generale sono effettuate secondo programma concordato.

PRIVACY

Al momento del ricovero viene richiesto il consenso al trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle attività sanitarie e assistenziali. I pazienti inoltre possono esprimere parere favorevole o contrario a rendere nota la loro presenza presso l'Ospedale di Comunità e indicare le persone autorizzate a ricevere informazioni riguardanti il proprio stato di salute

ALTRI ASPETTI DELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Di seguito si riportano le azioni che si intendono attivare nel triennio di riferimento :

- potenziamento degli ambulatori di neuropsichiatria infantile nel Distretto di Potenza;
- implementazione presso il POD di Chiaromonte della odontoiatria del paziente fragile



- realizzazione presso il POD di Chiaromonte di due moduli residenziali per bambini affetti dallo spettro autistico in età evolutiva;
- Ristrutturazione dei locali del POD di Lauria
 - completamento dei lavori del Centro di Riabilitazione del POD di Maratea
 - realizzazione della Casa della Salute a Senise, Lauria, Venosa, Melfi, Lavello e Villa d'Agri;
 - ristrutturazione della sede distrettuale di Villa d'Agri;
 - ristrutturazione dei locali dell' Ex Casa famiglia di Villa D'Agri e potenziamento delle attività territoriali;
 - completamento della struttura di Via Ciccotti a Potenza e trasferimento delle attività distrettuale, di assistenza primaria, di protesica, di farmaceutica- e di ADI
 - ristrutturazione e potenziamento delle attività del Polo Sanitario in via del Gallitello a Potenza;
 - ristrutturazione dei locali dell'ambulatorio di Picerno, di Oppido Lucano, di Muro Lucano, di Vietri, di Brienza e di Acerenza
 - potenziamento degli ambulatori per gli emigrati nel Distretto di Potenza e nel Distretto di Venosa;
 - lavori di recupero e trasformazione di alcuni ambienti del servizio di lungodegenza nel POD di Venosa
 - interventi di ristrutturazione locali archivio, nonché lavori di completamento del giardino del Nucleo Alzheimer nel POD di Venosa
 - attivazione di n. 10 posti letto per attività residenziale del Nucleo Alzheimer nel POD di Maratea
 - maggiore impulso alla Sanità di Iniziativa e all'approccio proattivo dei servizi territoriali nella gestione della popolazione a rischio, sviluppando tutte le iniziative rivolte al miglioramento degli stili di vita della popolazione
 - miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di esami di diagnostica strumentale;
 - elaborazione di pacchetti di percorso e messa a CUP delle relative agende
 - ulteriore sviluppo del sistema delle cure intermedie per far fronte all'ospedalizzazione impropria e consentire di perseguire, in ambito ospedaliero
 - sviluppo della presa in carico globale del paziente
 - Integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali
 - Omogeneizzazione dell'ADI su tutto il territorio provinciale



- Incremento delle attività di audit per il conseguimento di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

In linea con la riorganizzazione regionale si deve ridefinire l'assetto della rete ospedaliera, come realtà organizzativa unitaria deputata all'offerta del livello di assistenza ospedaliera, articolata in ospedali differenziati per intensità/complessità di assistenza strettamente interconnessi strettamente interconnessi ma differenziati secondo le linee sotto indicate:

- l'area assistenziale medica, chirurgica, intensiva-sub-intensiva, materno-infantile-pediatria,
- il livello di intensità di assistenza intensiva/sub-intensiva, acuzie, sub-acuzie,
- il regime di ricovero ordinario/diurno/ambulatoriale, per percorsi differenziati tra urgenza ed elezione
- il ruolo nell'emergenza.

Pertanto, alla luce dei documenti programmatici regionali e dell'atto aziendale, le linee strategiche aziendali sono le seguenti:

D.1 Implementare il modello organizzativo articolato in aree omogenee per livello di complessità assistenziale

D.2 Orientare l'attività di ricovero programmato ordinario e diurno, attuare percorsi separati fra l'urgenza e l'elezione

D.3 Definire il ruolo dei Presidi Ospedalieri Aziendali nelle reti ed in particolare nella rete dell'emergenza

D.4 Assicurare l'appropriatezza organizzativa, la qualità ed esiti delle cure

D.5 Assicurare l'appropriatezza nell'utilizzazione dei farmaci e dei dispositivi medici

D.6 Nuove attivazioni di servizi/percorsi proposte nel triennio di riferimento

D.1 Implementare il modello organizzativo articolato in aree omogenee per livello di complessità assistenziale

Tendenziale superamento delle aree di degenza di ricovero per specialità, mediante un'organizzazione non più articolata in base alla disciplina, ma per aree omogenee per livello di complessità assistenziale e realizzazione di aree poli-specialistiche per i ricoveri diurni medici e chirurgici.



Il modello organizzativo per area omogenea e per intensità di cure prevede inoltre:

□ Integrazione funzionale tra i reparti di acuzie e quelli di post acuzie attraverso la ridefinizione dei criteri di accesso in post-acuzie medica e riabilitativa, sia in Azienda, che mediante accordi InterAziendali (con l' AOR San Carlo);

- Aggiornamento e revisione dei criteri e protocolli di accettazione, ricovero, trasporto, trasferimento, consulenza
- Adeguato sviluppo e supporto della rete logistica dei trasporti interospedalieri, con idonei criteri e protocolli di trasferimento/consulenza, sia urgente, integrato con 118, che programmato

D.2 Orientare l'attività di ricovero programmato ordinario e diurno, attuare percorsi separati fra l'urgenza e l'elezione

Orientare tendenzialmente l'attività di ricovero programmato ordinario e diurno, e in particolare l'attività chirurgica programmata anche ambulatoriale, coerentemente con le caratteristiche/complessità organizzative dei Presidi Ospedalieri.

Avvio e consolidamento di percorsi ospedalieri separati fra l'urgenza e l'elezione anche attraverso la realizzazione per quest'ultima di aree assistenziali, sia chirurgiche che mediche, aperte cinque giorni a settimana (*week hospital*) che sempre più diventeranno la modalità ordinaria di degenza ospedaliera. Allo scopo l'azienda ritiene strategico informatizzazione il percorso del ricovero programmato, di area chirurgica in particolare.

D.3 Definire il ruolo dei Presidi Aziendali nelle reti ed in particolare nella rete dell'emergenza

Ciò avverrà alla luce del gruppo tecnico di lavoro proposto dalla Regione Basilicata che dovrà rivedere, anche alla luce della normativa vigente sull'orario di lavoro, una organizzazione più efficace e rispondente alle esigenze sia normative che assistenziali;

Assicurare l'appropriatezza organizzativa, qualità ed esiti delle cure

La riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, nonché l'integrazione ospedale - territorio nei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) consentiranno una riduzione dei ricoveri e delle giornate inappropriate con conseguente riduzione della degenza media. La migliore utilizzazione dei posti letto permetterà inoltre di recuperare ricoveri in mobilità passiva. Particolare valenza in tal senso è rivestita dalle azioni che i rispettivi Dipartimenti, nell'ambito delle proprie competenze, rivolgono:

□ alla lotta ai ricoveri ordinari ad alto rischio di inappropriately ed allo sviluppo delle forme di assistenza alternative al ricovero: DH/Day Surgery, Day Service, PAC (pacchetti ambulatoriali complessi),

□ all'adesione strutturata ai programmi nazionali e regionali di valutazione della qualità ed esiti delle cure, ed alle iniziative di informazione, formazione e confronto che ne derivano.

Di seguito si elencano le seguenti azioni :

- ridefinizione della missione delle Unità Operative ospedaliere in funzione di una specializzazione volta al rispetto delle soglie minime di casistica, anche in linea con gli standard nazionali e regionali
- implementazione attività interventistica presso il PSA di Lagonegro della odontoiatria del paziente fragile
- focalizzazione dei presidi ospedalieri per acuti (Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro) su linee produttive standardizzate, attraverso l'incremento della mobilità e della interscambiabilità dei professionisti delle varie unità operative
- ampliamento dei posti letto dei Presidio ospedalieri di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro secondo le tabelle sottostante:

P.O. LAGONEGRO		
RICOVERI ORDINARI	POSTI LETTO attuali	posti IPOTIZZABILI
CARDIOLOGIA	9	9
CHIRURGIA GENERALE	24	16
<i>UOSD Urologia</i>		4
<i>UOSD Ch. Vasc. e D'Urgenza</i>		4
MEDICINA GENERALE	18	20
NIDO	8	8
ORTOPEDIA E TRAUM	10	10
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	13	13
PEDIATRIA	2	4
PNEUMOLOGIA	8	11
RIANIMAZIONE	4	4
RICOVERI DH		
CARDIOLOGIA	1	1
CHIRURGIA GENERALE	2	3



P.O. LAGONEGRO		
DH INTERNISTICO	4	8
ORTOPEDIA E TRAUM	2	2
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	1
PEDIATRIA	2	2
PNEUMOLOGIA	1	0
TOTALI	109	120

P.O. VILLA D'AGRI		
RICOVERI ORDINARI	POSTI LETTO attuali	posti IPOTIZZABILI
CARDIOLOGIA UTIC	9	9
CHIRURGIA GENERALE	15	15
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA	38	24
<i>UOSD Geriatria</i>		12
NIDO	0	0
ORTOPEDIA E TRAUM	14	14
GINECOLOGIA	14	14
PEDIATRIA	7	7
SPDC	9	9
RIANIMAZIONE	4	4
RICOVERI DH		
CARDIOLOGIA	0	0
CHIRURGIA GENERALE	4	4
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA	2	2
ORTOPEDIA E TRAUM	2	2
GINECOLOGIA	2	2
PEDIATRIA	1	1
SPDC	1	1
TOTALI	122	120



P.O. MELFI		
RICOVERI ORDINARI	POSTI LETTO attuali	posti IPOTIZZABILI
CARDIOLOGIA UTIC	10	12
CHIRURGIA GENERALE	17	17
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA	22	22
NIDO	8	8
ORTOPEDIA E TRAUM	12	12
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	18
ORL	2	4
PEDIATRIA	3	4
SPDC	4	6
RIANIMAZIONE	4	4
DETENUTI	1	1
RICOVERI DH		
CARDIOLOGIA		1
CHIRURGIA GENERALE	1	1
MEDICINA GENERALE E PNEUMOLOGIA		2
ORTOPEDIA E TRAUM	1	2
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	2
ORL	1	2
PEDIATRIA	2	2
TOTALI	108	120

- PO di Lagonegro esecuzione dei lavori di ristrutturazione
- Riqualificazione del ruolo del PO di Villa d'Agri attraverso il completamento nuovo ospedale e della struttura di post-acuzie;
- Potenziamento del PO di Melfi attraverso il completamento dei lavori di costruzione dell'eliporto, dei lavori di regolamentazione della zona adibita a parcheggi e dei lavori di ristrutturazione locali utilizzati dagli operatori del servizio 118 adiacenti il pronto soccorso;
- attenzione alla qualità dell'assistenza nei Pronto Soccorsi ed alla soddisfazione degli utenti



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LE PRINCIPALI LINEE DI AZIONE STRATEGICA:



IL RIORDINO DEL SETTORE AMMINISTRATIVO

Oltre alla semplificazione delle aree di responsabilità le altre linee di azione strategica riguardanti il settore amministrativo sono facilmente intuibili alla luce dei principali problemi individuati in fase di analisi:

- introduzione un meccanismo di programmazione degli acquisti che definisca budget di consumo annuali, in modo da tenere sotto controllo e valutare correttamente priorità e correttezza del monte acquisti aziendale complessivo, annullando l'effetto "accaparramento" insito nei sistemi in cui si spende senza criteri chiari il consumabile fino a raggiungimento del tetto soglia;
- uniformità di rilevazione della contabilità di magazzino che consenta di ricostruire il quadro dell'evoluzione temporale delle effettive disponibilità e necessità aziendali a supporto dei processi programmatori;
- completamento in breve tempo del processo di introduzione della contabilità analitica, sia perché risponde a indicazioni normative, sia perché rappresenta con la contabilità economico patrimoniale il contenitore di informazioni minime necessarie per dirigere con cognizione di causa l'azienda;
- predisposizione di regolamenti interni finalizzato a snellire le attuali procedure amministrative: in particolare si fa riferimento alla appropriatezza in termini di contenuti e forma (qualità) delle deliberazioni e determinazioni dirigenziali e installazione di una procedura informatica per la dematerializzazione dei suddetti processi;
- riqualificazione quali-quantitativa del fabbisogno organico del personale

La sburocratizzazione dell'attività amministrativa si poggia tuttavia su un efficace sistema di deleghe che redistribuisca le responsabilità ai vari livelli aziendali, conseguentemente all'aver individuato specifiche aree amministrative di attività a cui assegnare funzioni ed obiettivi chiari: il primo livello di responsabilità sarà pertanto assegnato ai responsabili delle unità amministrative centrali e periferiche su cui poggia la macrostruttura organizzativa.

In generale, i progetti di riorganizzazione del settore amministrativo verranno portati avanti attraverso l'identificazione di gruppi di lavoro trasversali alle unità amministrative con il compito di supportare i responsabili gerarchici nel processo di identificazione dei cambiamenti necessari.

LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA'



Coerentemente con gli strumenti di governance (budget, gestione per processi, ecc) la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda rappresenta un tassello fondamentale non solo nella creazione dell'identità aziendale, ma anche nel più generale processo di crescita e modernizzazione dell'Azienda. La missione condivisa della organizzazione e la sua traduzione operativa costituiscono lo strumento fondamentale di costruzione dell'allineamento dei professionisti. La gestione per processi fornisce la cornice metodologica che definisce lo spazio e gli ambiti della realizzazione di attività di autovalutazione e verifica dell'attività clinica e assistenziale nelle sue connotazioni professionali. Si tratta, infatti, di una verifica segmentale di adeguatezza ed efficacia verso obiettivi (ad esempio outcome) o di conformità verso regole, linee guida, norme, comportamenti su cui si realizza il consenso. Tale verifica acquisisce senso se è coerente fin dall'inizio con una visione d'insieme, che ha il proprio riferimento nell'intero processo di erogazione, nel risultato che ne deve derivare, nel valore creato per il beneficiario finale (il cittadino utente). I professionisti sono coinvolti a diversi livelli nel raggiungimento degli scopi della intera organizzazione. Contribuiscono alla definizione degli obiettivi di programmazione ed alla costruzione degli standard qualitativi delle prestazioni e dei servizi (standard di prodotto), definendone le condizioni di appropriatezza ed efficacia e verificandone il raggiungimento con strumenti appropriati quale l'audit clinico.

Partecipano, insieme ad altri professionisti, ad attività di verifica e miglioramento trasversali che hanno per obiettivo efficienza, tempestività, continuità delle cure, garanzia e soddisfazione degli utilizzatori (mappatura, standardizzazione e garanzia, miglioramento, re-ingegnerizzazione dei processi di erogazione del servizio).

Il governo della attività clinica è dato dal controllo di tutti questi elementi e non può essere realizzato altro che in presenza di una consapevole e complessiva adesione dei professionisti, in un contesto di fiducia reciproca fra i vari attori della organizzazione e di orientamento allo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'apprendimento. Tuttavia, per quanto riguarda il personale, va sottolineato come ci siano dei non trascurabili vincoli economici ed operativi imposti dai dettami normativi e dalla particolare situazione economica del Paese, che si specificheranno di seguito.

LO SVILUPPO DI SISTEMI DI GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT

Il governo clinico o governo della qualità clinica rappresenta l'essenza dell'organizzazione sanitaria. Il controllo dei costi e degli aspetti finanziari deve essere, almeno per larga parte,



conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi, a proposito di salute, l'obiettivo dell'efficienza se non vi è anzitutto garanzia di qualità.

Il governo clinico investe complessivamente il sistema dell'organizzazione sanitaria interessando sia l'ambito strategico che gli aspetti strutturali ed operativi. Accanto alla necessità di rendere fra loro compatibili e solidali la funzione manageriale e la funzione professionale vi è, infatti, anche la necessità di individuare gli strumenti che devono accompagnare i processi tesi ad assicurare, migliorare e valutare la qualità dei servizi. Il problema fondamentale della sanità potentina, al pari di quanto avviene nelle realtà con caratteristiche simili alla nostra, è quello di trovare la strada più agevole, concreta e produttiva per garantire alla popolazione una copertura sanitaria adeguata a costi sostenibili.

Ciò significa assicurare i massimi benefici ovvero la minore quantità di rischi potenzialmente conseguibili, a fronte delle risorse messe in campo e delle modalità più aggiornate ed appropriate del loro consumo. E' fondato ritenere che debba essere l'efficienza clinica (cioè l'uso ottimale, razionale, efficace, appropriato, sicuro e tempestivo delle risorse) il vero ed irrinunciabile punto di attacco. 'inadeguatezza della funzione di governo clinico determina infatti numerose criticità. Tra queste l'insufficiente integrazione e coordinamento tra i diversi servizi sanitari, conseguenza e causa di ridondanza, inefficienza, segmentazione e frammentazione dell'offerta, rappresenta uno dei principali punti di debolezza, anche in considerazione del fatto che provoca disagi per l'utente, portandolo a giudicare scarsa la qualità del servizio ricevuto, anche quando lo standard tecnico delle singole prestazioni sia elevato.

Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione, ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia di qualità, la realizzazione di attività di miglioramento e il controllo della qualità dei prodotti sanitari.

La funzione, posta in capo al direttore sanitario, viene esercitata attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativo-gestionali tesi ad evitare i rischi, ad individuare tempestivamente ed apertamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a diffondere la buona pratica clinica, a garantire che siano messi in opera adeguati sistemi per il miglioramento continuo della qualità.

Il governo clinico come strategia gestionale consiste, sostanzialmente, nello sforzo di integrare gli approcci alla qualità delle cure in un programma organico che comprenda tutte le azioni



derivanti dalle valutazioni continuamente realizzate da tutti i settori operativi (amministrativi, finanziari, gestionali, ecc.) e che orienti il sistema nel suo complesso al miglioramento. Il governo della qualità della produzione clinica richiede che siano adottati di prassi alcuni metodi e strumenti. Devono essere posti in atto processi di miglioramento della qualità come gli audit clinici: ai professionisti è richiesto di revisionare in modo sistematico e coerente l'attività svolta, i risultati raggiunti e le risorse impiegate, sulla base di standard di riferimento espliciti (standard di prodotto connotati, good practice definita sulla base delle migliori evidenze disponibili, ecc.). Si deve ricorrere ad una pratica clinica basata sull'evidenza, con una sistematica diffusione, all'interno dell'organizzazione di buone linee guida. Da qui la necessità di sviluppare la cultura dei professionisti per quanto riguarda le modalità di accesso alle fonti autorevoli di informazione e la valutazione critica delle stesse. Devono essere posti in atto programmi di gestione e di riduzione del rischio clinico. La comunicazione e la informazione resa ai pazienti, agli operatori e ai cittadini in generale, deve creare consapevolezza (erogare servizi sanitari è una attività rischiosa e la gestione del rischio è un affare che riguarda tutti gli operatori) ed essere la più completa possibile. Non deve generare comportamenti difensivi o diversivi, giacché entrambi questi atteggiamenti aumentano gli errori e l'inefficienza del sistema. Devono essere definiti, registrati e studiati gli "eventi sentinella" e gli altri eventi avversi. I reclami devono essere integrati nella revisione della performance e devono essere definite e poi osservate specifiche procedure per la gestione di processi erogativi critici. La individuazione di percorsi clinico-assistenziali - piani che specificano le tappe fondamentali dell'assistenza rivolta a pazienti affetti da specifiche condizioni morbose - è un ulteriore strumento che può consentire l'utilizzo di pratiche efficaci, attraverso la concreta implementazione di linee guida. La loro utilità è evidente nel costruire riferimenti sui quali verificare l'effettivo andamento della pratica clinica (audit), ma anche la continuità e l'appropriatezza delle cure. Il governo clinico beneficia inoltre dell'accreditamento quale strumento per garantire a priori della qualità attesa. Tale processo è infatti la chiave istituzionale attraverso la quale la regione verifica che le strutture sanitarie posseggano le caratteristiche che diano garanzia della qualità dei servizi offerti. L'azienda sanitaria è perciò sollecitata a coinvolgere i professionisti nella individuazione dei contenuti che qualificano i diversi processi clinico-assistenziali e a garantirli nel tempo, a definire standard di prodotto, a controllare i processi erogativi, a monitorare i risultati e a proceduralizzare dei percorsi più critici. Il processo di accreditamento tende alla standardizzazione di comportamenti



organizzativi appropriati e rientra a pieno titolo fra gli strumenti di governo della produzione clinica.

Gli elementi fondamentali del governo clinico sono2:

- **Formazione:** in un moderno servizio sanitario non è più accettabile per nessun clinico astenersi dalla formazione ed aggiornamento continuo dopo la laurea; troppo di quello che viene appreso durante gli studi diventa obsoleto rapidamente. Esistono differenti forme di formazione professionale, con differenti specificità per ciascuna categoria professionale del sistema sanitario, ma che comunque necessitano di fondi e di programmazione e soprattutto devono avere la caratteristica della continuità.
- **Audit clinico:** l'audit clinico è la revisione della performance clinica, la ridefinizione della pratica clinica come risultato e la misura della performance rispetto a standard concordati, un processo ciclico per il miglioramento della qualità della sanità. In una forma o nell'altra, l'audit è stato parte, per generazioni, della buona pratica clinica. Pur essendo stata una prerogativa medica l'audit deve coinvolgere tutto il personale del sistema sanitario. Un formale programma di audit è un processo ciclico che parte dalla selezione degli argomenti e si muove verso standard concordati, misurando la performance rispetto a questi standard, rivedendoli alla luce della performance
- **Efficacia clinica:** è la misura dell'ambito di un particolare intervento. Questa misura è utile, ma diventa importante considerando quale intervento è appropriato e quale è il suo valore economico. In un moderno servizio sanitario, la pratica clinica deve essere ridefinita in rapporto alla evidenza dell'efficacia, ma deve anche considerare gli aspetti di efficienza e sicurezza in relazione alle prospettive del singolo paziente e alla salute della comunità. L'efficacia clinica si rivolge anche alla misura di alcuni aspetti qualitativi della cura che una più ampia definizione della cura deve comprendere. Tra questi aspetti è compresa la continuità della cura, cura che è sensibile alle necessità personali del paziente e cura che è basata su una visione olistica delle necessità del singolo paziente, oltre l'efficacia per ogni particolare intervento.

Risk management: nell'ambito delle politiche aziendali in materia di miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa e di sviluppo della sicurezza del paziente, con deliberazione n. 387 dell'11 maggio 2012, è stata istituita la funzione aziendale di Risk Management,



nominando il “Gruppo di Coordinamento Aziendale Risk Management” e affidando il ruolo di Presidente del Gruppo al Direttore Sanitario.

La composizione del Gruppo riflette, attraverso le professionalità presenti al suo interno, le diverse linee di attività in cui è possibile intercettare il rischio, per realizzare gli interventi correttivi necessari, con riferimento ai processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Nell’istituire il Gruppo è prevalsa, quindi, la dimensione interdisciplinare, di coordinamento ed integrazione tra funzioni. Inoltre, inserendo tra i componenti del Gruppo, un rappresentante di Cittadinanza Attiva TDM, si è voluto dare particolare rilevanza alla partecipazione dei cittadini/utenti nel loro ruolo di fruitori e agenti del miglioramento dei servizi oltre che di “segnalatori” di eventuali rischi, incidenti e/o disfunzioni.

Il sistema di gestione del rischio nell’azienda sanitaria deve essere un sistema integrato e capace di includere i seguenti ambiti:

- Il rischio clinico per gli assistiti che è direttamente o indirettamente legato all’attività assistenziale e clinica svolta dalla struttura;
- Il rischio occupazionale per l’operatore, direttamente collegato all’attività svolta (malattie professionali, infortuni sul lavoro, ecc);
- Il rischio ambientale derivante dallo stato fisico della struttura, degli impianti e delle tecnologie (rischio incendi, rischio da esposizione a radiazioni, rumori e campi magnetici, ecc.).

Dalla realizzazione delle attività di risk management che si andranno a programmare, ci si attende nel lungo periodo il conseguimento dei seguenti risultati:

- messa a regime di un sistema di rilevazione, valutazione e correzione dei rischi, degli errori e dei sinistri;
- sviluppo dell’appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e/o a maggior rischio di errore e di inappropriatezza;
- riduzione dei costi del contenzioso;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e dell’operatore, e più vicina al paziente.

L’obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull’approccio per



processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato.

Ne deriva che l'attenzione non deve essere focalizzata sulla ricerca della responsabilità individuale (che può essere determinata da negligenza, inosservanza delle regole, disattenzione, e/o incompetenza) perché raramente gli incidenti sono causati da un unico errore, umano o tecnico, ma più frequentemente rappresentano il risultato di una sequenza di eventi all'interno di un processo organizzato. Essi spesso sono correlati a sistemi di comunicazione inefficaci, e/o ad inadeguata organizzazione del lavoro, alla mancata manutenzione delle tecnologie, ad un insufficiente addestramento al loro uso, alla mancata motivazione del personale, ad una scarsa supervisione, ad una carente leadership.

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, ***gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management sono:***

- rilevazione, analisi e valutazione dei rischi nelle diverse articolazioni aziendali, a partire dai flussi informativi già esistenti, ed in particolare:

- Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009- SIMES-Eventi Sentinella e raccolta richiesta di risarcimento;
- Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009- SIMES-Denuncia Sinistri;
- Farmacosorveglianza (attività di ispezione e verifica);
- Disamina del contenzioso legale negli ultimi anni;
- Monitoraggio delle segnalazioni e reclami pervenuti dagli utenti/pazienti negli ultimi anni (Fonte:URP) per individuare le aree critiche anche a partire dall'esperienza diretta dell'utente.

- migliorare la sicurezza per il paziente nell'ambito della terapia farmacologica, applicando le procedure necessarie attraverso la piena collaborazione degli operatori sanitari, anche in conformità a quanto contenuto nelle raccomandazioni ministeriali in materia.

- individuare, in collaborazione con i servizi, standard, protocolli e procedure operative da applicare nei servizi e monitorare per prevenire gli errori.

- promuovere negli operatori una concezione dell'errore intesa non come fallimento individuale ma come occasione per il miglioramento dell'intera organizzazione ed incentivare la buona

prassi di segnalare gli eventi sentinella , segnalazione verso cui si registrano ancora diffuse resistenze.

- **sensibilizzare gli operatori e gli utenti alla tematica della sicurezza e della prevenzione degli errori , e divulgare le iniziative intraprese in materia di risk management**, attraverso la costruzione, sul sito aziendale, di un'area a ciò dedicata su cui pubblicare studi, ricerche, normativa, interventi, ecc.

➤ **Ricerca e sviluppo**: una buona pratica professionale ha sempre richiesto il cambiamento alla luce della evidenza della ricerca. Il tempo necessario per introdurre questi cambiamenti potrà essere molto lungo e per ridurlo è necessaria forza nel condurre le ricerche, ma anche nell'utilizzarle ed applicarle. Tecniche come la valutazione critica della letteratura, la gestione dei progetti e lo sviluppo di linee guida, protocolli e l'applicazione di strategie sono tutti mezzi per promuovere l'implementazione delle evidenze della ricerca.

➤ **Trasparenza**: scarsa performance e scarsa qualità professionale sono spesso presenti dietro porte chiuse. I processi che sono aperti al pubblico giudizio, nel rispetto della privacy del paziente e dell'operatore, e che possono essere giustificati apertamente sono una parte essenziale dell'assicurazione di qualità. Procedure e discussioni aperte riguardo agli aspetti del governo clinico devono essere parte integrante del sistema.

Se questi sono gli elementi della “*Clinical Governance*”, è evidente che vi è un cambiamento degli obiettivi da una prospettiva essenzialmente finanziaria ad un riconoscimento del ruolo fondamentale dei medici nei processi di qualità, ponendo la responsabilità di sviluppare e mantenere gli standard clinici all'interno delle organizzazioni dei sistemi sanitari. È anche utile puntualizzare che cosa non è il governo clinico:

- ✓ non è il governo del clinico;
- ✓ non è un coordinamento clinico;
- ✓ non è una funzione di controllo;
- ✓ non è un supporto del clinico per gli aspetti gestionali;
- ✓ non è l'espressione di una carica elettiva di un capo che diventa più capo degli altri;
- ✓ non è il controllo del clinico nei confronti del manager;
- ✓ non è un modo per fare il medico e, contemporaneamente,
- ✓ il supporter della direzione strategica;
- ✓ non è una modalità per abolire la direzione sanitaria;



- ✓ non è la modalità per allontanare un capo dipartimento dalle sue responsabilità dipartimentali.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

L'Azienda ASP di Potenza intende avviare un processo di umanizzazione, ideando ed attuando progetti di miglioramento dell'accoglienza degli utenti con interventi di restyling di alcuni spazi comuni e la realizzazione di centri d'informazione/prenotazione (detti punti gialli) presso alcuni dipartimenti dell'Azienda, fino all'avvio del CUP aziendale. Verranno elaborate ed attivate procedure per la presa in carico di donne vittime di violenza, in collaborazione con la Rete civica antiviolenza. È stato ideato un progetto per il miglioramento dell'accoglienza e presa in carico delle persone con gravi disabilità, potenziando l'ambulatorio preesistente con l'integrazione di un'equipe psichiatrica e creando una struttura di riferimento, in grado di offrire una risposta rapida di orientamento diagnostico-terapeutico ai disabili, compresi i soggetti con deficit comunicativo e non collaboranti: una realtà alla quale "ancorarsi" per ricevere sostegno e aiuto in ambito sanitario ospedaliero. Il progetto prevede l'attivazione di percorsi assistenziali facilitati, coerenti con i diversi bisogni dei soggetti e con un utilizzo appropriato delle risorse.

Verrà data una particolare attenzione ai cittadini stranieri, grazie alla presenza di specifici servizi sanitari (Servizio di medicina dei viaggi, del turismo e delle migrazioni, ambulatori di ostetricia, ginecologia e senologia dedicati alle donne straniere con codice STP) ed all'attivazione di un servizio di mediazione linguistica che attraverso un call center, favorisce la comunicazione tra il personale e i cittadini di nazionalità e lingua straniera.

È stata introdotta la clown terapia in reparti di pazienti adulti.

Verrà avviato il progetto di Umanizzazione delle cure, una formazione-intervento rivolta a un gruppo ristretto di operatori dell'area medica e infermieristica. All'interno delle proprie unità organizzative, i referenti assumeranno il ruolo di facilitatori per favorire la diffusione e lo sviluppo di valori, comportamenti, processi di assistenza e cura capaci di dare significato alla centralità del "sistema paziente", attraverso una piena e qualificata espressione di tutte le potenzialità umane e professionali presenti nell'organizzazione sanitaria.

Il progetto coinvolgerà le unità operative che si dedicano all'assistenza di pazienti oncologici, anziani e cronici (scompenso cardiaco e diabete) e, oltre ad ampliare le conoscenze dei partecipanti, ha lo



scopo di portare alla elaborazione di proposte di miglioramento, idee progettuali condivise e metodologicamente valide. I progetti sostenibili saranno attuati.

Le criticità del contesto organizzativo

Sebbene negli anni siano stati realizzati interventi di miglioramento, un'analisi delle criticità sugli aspetti di umanizzazione, evidenzia una modesta attenzione ai bisogni inespressi dei pazienti e dei loro familiari (bisogni psicologici, pratici, sociali..), una scarsa consapevolezza di alcuni operatori dell'importanza del proprio agire professionale e relazionale sulla percezione della qualità da parte degli utenti e una diffusa conflittualità interpersonale tra gli operatori all'interno dei reparti che si ripercuote sui pazienti. D'altra parte, si rilevano criticità in tema di umanizzazione anche nei riguardi degli operatori che si riverberano negativamente nel rapporto con l'utenza. In particolare, si evidenzia frequentemente un carente coinvolgimento da parte dei dirigenti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali e di unità operativa con conseguente demotivazione del personale, una diffusa incapacità ad avviare politiche del personale che valorizzino realmente il lavoro, le capacità e le competenze relazionali ed una pressante influenza "a cascata" da parte del contesto esterno (ministero, assessorato, direzione strategica, dirigenza, operatori) che complica una ponderata programmazione ed una puntuale realizzazione delle azioni di miglioramento.

Le criticità dal punto di vista degli utenti

Se da una parte è utile fare un'autoanalisi delle carenze organizzative in termini di umanizzazione, è indubbio che, per una corretta pianificazione degli obiettivi di miglioramento, sia di fondamentale importanza il punto di vista dei nostri utenti.

L'analisi dei reclami non mette in evidenza le inadeguatezze, spesso oggettive, legate agli aspetti strutturali e alberghieri e dà invece maggiore rilievo alle difficoltà di accesso ai servizi e alle cure (tempi d'attesa lunghi, complessi meccanismi burocratici aziendali, disorganizzazione interna, mancato rispetto degli orari ambulatoriali, etc).

Obiettivi per il triennio 2015-2017:

Migliorare l'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari ed utilizzare strategie di intervento per rispondere ad essi;

Mettere in atto una più efficace modalità di comunicazione e nuovi modelli relazionali con i pazienti e i familiari e tra gli operatori;

Sviluppare il lavoro in équipe secondo un approccio integrato tra le diverse figure professionali;

Rafforzare il senso d'appartenenza e migliorare il clima interno;



Attivare sinergie tra operatori, pazienti, familiari e associazioni di volontariato.

Le azioni di miglioramento che si intendono portare avanti, tengono conto anche delle proposte dei facilitatori per l'umanizzazione e riguarderanno prevalentemente le seguenti aree di intervento:

Accoglienza (elaborazione di una procedura aziendale sull'accoglienza in reparto);

redazione della Carta dell'accoglienza da consegnare ai pazienti al momento del ricovero;

attivazione di un corso di formazione per migliorare le capacità comunicative e

relazionali degli operatori sanitari e responsabilizzarli sull'importanza della fase di accoglienza nel processo di cura in ospedale);

Comfort alberghiero

Informazione e comunicazione (elaborazione di uno strumento informativo che riporti i diritti e doveri dei pazienti; elaborazione ed affissione nelle unità operative di cartelli indicanti i nominativi e le qualifiche dei medici, il nominativo e la qualifica del coordinatore tecnico-infermieristico e l'orario di ricevimento del personale);

Personalizzazione delle cure (prenotazione delle prestazioni ambulatoriali via CUP con assegnazione di orari personalizzati (o almeno fascia oraria);

Gestione del dolore ed applicazione delle Linee Guida internazionali sul trattamento del dolore a livello ambulatoriale e di ricovero; elaborazione della procedura per il monitoraggio del dolore; elaborazione della procedura per la gestione del dolore in Pronto Soccorso; attività di formazione sul controllo del dolore rivolta al personale medico ed infermieristico; attività di informazione/sensibilizzazione tramite distribuzione di materiale informativo e questionari sul tema del dolore, anche con la collaborazione del volontariato);

Prevenzione (campagna di sensibilizzazione del personale sanitario all'osservazione del divieto di fumo e alla vigilanza del rispetto anche da parte degli utenti);

Partecipazione dei cittadini (valorizzazione del ruolo del CCA nelle scelte aziendali; implementazione di forme di controllo di qualità esercitate direttamente dalle Associazioni, con esclusione dell'Audit Civico; elaborazione e condivisione del Piano di comunicazione con le Associazioni).

ATTIVITÀ GESTIONALI

- riorganizzazione delle attività per la riduzione delle diseconomie
- riorganizzazione del personale amministrativo al seguito della realizzazione della Centrale Unica di Committenza a livello regionale



- azioni di sensibilizzazione per una maggiore appropriatezza prescrittiva nell'ambito farmaceutico.
- riduzione dei costi della farmaceutica ospedaliera attraverso il pieno utilizzo del P.T.O.
- applicazione delle misure previste dalla legge anticorruzione e rafforzamento di quelle già adottate sulla trasparenza
- incremento della collaborazione e dei collegamenti informativi e professionali tra le strutture produttive e quelle di supporto;
- miglioramento dell'efficacia dei controlli aziendali sull'applicazione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate

STRUMENTI MANAGERIALI

- sviluppo del sistema di valutazione delle performance individuali
- potenziamento della rete informatica territoriale ed estensione dell'informatizzazione dei servizi volta a una sempre maggiore dematerializzazione delle attività
- costante monitoraggio dell'anagrafica aziendale e del suo allineamento con il MEF
- verifica periodica sulla corretta alimentazione, in tutte le strutture aziendali, dei flussi informativi verso la Regione ed il Ministero
- completamento dei progetti regionali di informatizzazione "referti on line" e "LUMIR"
- rafforzamento della collaborazione interaziendale attraverso la realizzazione dei Dipartimenti interaziendali regionali e delle strutture complesse interaziendali

L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

L'Azienda ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 770 del 13.11.2015 il piano di contenimento dei costi. Tale documento è stato redatto a seguito delle decisioni assunte dall'Intesa Conferenza Stato – Regioni n. 113 del 02 luglio 2015, in conformità alle disposizioni comunicate dall'Assessore alla Sanità con nota protocollo n. 161678-13 A1 del 07.08.2015.

La legge di stabilità 2015 e l'Intesa Stato – Regioni del 26 febbraio 2015 hanno previsto un contenimento della Spesa Sanitaria Nazionale di circa 2,4 miliardi di euro con una conseguente rideterminazione del Fondo Sanitario occorrente per l'anno 2015.

Alla luce dei vincoli normativi l'Azienda ASP di Potenza ha ravvisato l'esigenza di mettere in campo azioni finalizzate al contenimento dei costi, individuate e descritte in un apposito piano di contenimento aziendale dei costi.



Da ultimo il D.L. 19/06/2015, n. 78, convertito con modificazioni nella L. 6/8/2015, n. 125, e in particolare l'art. 9-bis ha previsto che "in attuazione della lettera E dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 2 luglio 2015, si applicano le disposizioni di cui agli articoli da 9 – ter a 9 – octies".

Tale decreto ha individuato alcune macro aree di intervento per le quali l'Azienda ASP di Potenza deve intervenire con misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa al fine di assicurare l'equilibrio economico.

PRINCIPALI AZIONI DI INTERVENTO DISTINTI PER MACROAREE:

FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Il costo relativo agli acquisti di beni sanitari rileva un incremento stimato rispetto al II semestre 2015 proiettato all'anno di ulteriori 1,926 milioni di euro dovuto a:

- Aumento dei consumi per farmaci anti-Epatite C rispetto all'anno 2014 di euro 7,28 milioni di euro, nonostante il finanziamento regionale di cui alla nota prot. 218093-13a1 del 22/10/2015 per l'anno 2016 di 3,254 milioni di euro, che viene preso come previsione di rimborso del costo dei suddetti farmaci per l'anno 2015;
- Incremento della spesa relativa al consumo di altri farmaci per l'avvio delle attività del "Centro regionale di riferimento per l'Alzheimer";
- Riduzione dei consumi dei farmaci e degli altri beni sanitari derivante da:
- Piena attuazione della Delibera del Direttore Generale ASP n.666/2015 contenente le direttive di gestione degli acquisti di beni e di servizi sanitari al fine della razionalizzazione delle scorte di magazzino a livello delle farmacie ospedaliere. Questo garantisce la disponibilità e di conseguenza la continuità della fornitura del bene farmaceutico e dei dispositivi in relazione alle caratteristiche della domanda espressa dai reparti e dai servizi ospedalieri e territoriali aziendali, determinando il livello corretto delle giacenze al fine di limitare il più possibile il capitale investito nel magazzino ed i rischi di deperimento, scadenza, danneggiamento, obsolescenza;
- Razionalizzazione delle scorte di magazzino a livello di armadi di reparto e di servizi ospedalieri ed a livello di armadi di servizi territoriali aziendali. Ne consegue una riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera e della spesa di dispositivi medici, garantendo il livello



di servizio e determinando il livello corretto delle giacenze per limitare il più possibile il capitale investito nel magazzino ed i rischi di mantenimento delle giacenze (deperimento, scadenza, danneggiamento, obsolescenza);

- Monitoraggio mensile dei consumi di farmaci e dispositivi da parte della U.O.C. Farmaceutica;
- Audit con i medici specialisti prescrittori dei farmaci PHT a livello ospedaliero e per il poliambulatorio Madre Teresa di Potenza;
- Riduzione di euro 50.000 del costo del materiale di consumo del laboratorio Analisi Madre Teresa di Calcutta di Potenza, a seguito del riordino della rete dei Laboratori Analisi dell'ASP.

ACQUISTI BENI E SERVIZI NON SANITARI, MANUTENZIONE, FITTI E CANONI

L'Azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 595 del 10.09.2015 ha individuato l'elenco completo dei contratti in essere sui quali operare le azioni di riduzione, con l'indicazione dei responsabili dell'esecuzione del contratto e/o dei dirigenti che per aver partecipato alla fasi di gara conoscono il contenuto dei capitolati e dei contratti stipulati.

Per le diverse tipologie contrattuali la norma prevede che l'Azienda possa operare una rinegoziazione dei contratti in essere finalizzata a ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, fermo restando al data di scadenza del contratto ed in caso di mancato accordo il diritto di recedere dal contratto stesso, riconosciuto sia all'Azienda sia al fornitore.

Con tale atto sono stati individuati i responsabili del processo di rinegoziazione e/o il responsabile del contratto per operare d'intesa con il direttore della U.O.C. Provveditorato, con il dirigente della U.O. Attività Tecniche dell'area Lagonegro/Potenza, con il dirigente della U.O. Attività Tecniche dell'area di Venosa e con il dirigente della U.O.C. SIA per quanto di propria competenza, la rinegoziazione del contratto.

Successivamente i responsabili di procedimento hanno contattato le ditte fornitrici per ottenere un risparmio nell'ultimo trimestre 2015 e complessivamente sull'importo totale del contratto.

Di seguito si rappresenta una stima del possibile rientro economico negli ultimi tre mesi dell'anno in corso, in considerazione che è in atto l'acquisizione degli ultimi riscontri con le ditte fornitrici.

Nelle more del perfezionamento delle procedure di rinegoziazione si è ritenuto di formulare delle ipotesi di contenimento della spesa applicando alle proposte di rinegoziazione con valori prudenziali di abbattimento dell'2,5%, che determinerebbero sull'ammontare complessivo dei contratti un



risparmio di circa €. 803.000, come esposto di seguito. Al fine di monitorare e compulsare le complesse procedure di rinegoziazione il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo hanno tenuto incontri dedicati all'argomento alla presenza dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori di Struttura Complessa indicati nel provvedimento quali responsabili della negoziazione, dell'UOC Provveditorato e degli Uffici Tecnici. A seguito di tali incontri sono state evidenziate azioni che seppur non finalizzate strettamente alla rinegoziazione del contratto possono far ottenere un considerevole risparmio in termini di spese in acquisto di beni e servizi anche in considerazione del nuovo assetto organizzativo rinveniente dall'approvazione del nuovo atto aziendale.

Gli esiti di tali azioni possono essere riassunti in tre direttive differenti e parallele:

chiusura dei contratti di assistenza e manutenzione di apparecchiature in guasto e per le quali il responsabile ha dichiarato che non vi era la convenienza economica alla riparazione;

richiesta di applicazione delle medesime condizioni contrattuali per l'assistenza e manutenzione delle apparecchiature omogenee individuando il prezzo più favorevole oltre all'applicazione dello sconto; controllo capillare degli interventi di manutenzione, riparazione, sostituzione e dei materiali utilizzati demandato ad un unico responsabile del contratto individuato dalla Direzione Amministrativa.

L'elaborazione complessiva del risparmio atteso potrebbe attestarsi su un valore di risparmio superiore ad € 6.381.000 ove si raggiungesse una percentuale di rinegoziazione stimabile tra il 2,5% e 4 %, in quanto il valore di € 803.000 si incrementerebbe proporzionalmente alla percentuale definitiva di abbattimento.

Peri i canoni delle attrezzature del Laboratorio Analisi la stima di diminuzione del costo è dovuta anche alla riorganizzazione della "rete dei laboratori analisi" caratterizzata dalla chiusura del Laboratorio di Madre Teresa di Calcutta di Potenza e del laboratorio Analisi di Maratea.

Altra manovra importante è la centralizzazione degli acquisiti che è fondamentale per uniformare le procedure di acquisto nelle Aziende SSR. Questa azienda con Deliberazione del Direttore Generale n. 683 del 21.10.2015, ha approvato lo schema di convenzione adottato con la DGR n. 1153 dell'11.9.2015, con il quale sono state individuate e disciplinate le attività e le funzioni della SUA_RB, sia come Stazione Unica Appaltante sia come Centrale di Committenza. Contestualmente sono stati definiti gli impegni che i singoli Enti del Servizio Sanitario Regionale devono assumere nonché gli adempimenti conseguenti e le attività da svolgere in riferimento alla SUA_RB come Stazione Unica Appaltante e come Centrale di Committenza.

FARMACEUTICA TERRITORIALE



Nell' anno 2015 la spesa farmaceutica convenzionata stimata a carico della ASP è di € 52,343 milioni di euro (Il valore nell'anno 2014 è di €. 52.088.615,12), con un incremento dello 0,50 % in termini di spesa netta rispetto al 2014. La distribuzione per conto (DPC) dei farmaci A/PHT evidenzia anche un aumento della spesa a livello di ASP del 1,00 % rispetto all'anno 2014.

L' aumento della spesa è dovuto all' incremento dei farmaci nella lista PHT e all' aumento dei consumi dei nuovi anticoagulanti, nuovi antidiabetici e antianemici emofilici.

Nella spesa della DPC sono inclusi i costi di distribuzione pagati alle farmacie territoriali e ai depositi che nel modello CE sono riportati alla voce BA1740 - B.2.B.1.12.C Altri servizi non sanitari da privato-.

La spesa complessiva della farmaceutica convenzionata e della DPC dei farmaci A/PHT aumenta complessivamente nel periodo del 0,98 % .

Al fine di contenere la spesa farmaceutica territoriale e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, l' Azienda ha individuato specifiche manovre, successivamente poste in essere, nella direttiva approvata con DDG n. 595/2015 che di seguito si elencano:

Farmaceutica Convenzionata

incontri tenuti nel mese di settembre nei Presidi Ospedalieri Aziendali tra il Direttore Sanitario Aziendale, il Controllo di Gestione, i Direttori Medici di Presidio, i Direttori di Distretto e dell' Assistenza Primaria, i Direttori delle Unità Operative Ospedaliere e i Direttori delle UU.OO.CC Farmacia territoriale e ospedaliera sull' andamento della spesa e sulla necessità di rientrare oltre l' incremento dell' 1,3%, finalizzati ad orientare le prescrizioni farmaceutiche su classi di farmaci con rapporto costo/beneficio più favorevole (ad es. farmaci off patent);

assegnazione di obiettivi specifici di contenimento della spesa farmaceutica territoriale e di appropriatezza prescrittiva, alle strutture ospedaliere nella scheda di budget anno 2015;

invio di specifica comunicazione accompagnatoria ai profili prescrittivi dei MMG e dei PLS a firma del Direttore Generale, nella quale viene evidenziato lo scostamento di ciascun medico dalla media aziendale con invito a relazionare entro un termine breve sulle cause dello scostamento. Successivo inoltro delle controdeduzioni all' ufficio UCAD di ciascun Distretto Aziendale per le conseguenti determinazioni;

predisposizione di specifico atto deliberativo contenente le misure operative da attuare al fine del miglioramento dell' appropriatezza prescrittiva, del rigoroso rispetto delle note AIFA e costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per la definizione di percorsi-diagnostici terapeutici aziendali;



costituzione di una Commissione Aziendale per l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica territoriale, con azioni tese alla valorizzazione dei farmaci a brevetto scaduto, dei farmaci che seguono particolari canali di erogazione e/o monitoraggio. Promozione di campagne per l'uso corretto di farmaci relative alle malattie stagionali come l'influenza, finalizzata, ad esempio, al risparmio di antibiotici. Stesura di pacchetti informativi tesi a favorire l'impiego di farmaci a minor costo per giornata di terapia per pari molecola, come i farmaci inibitori di pompa protonica.

Dispensazione in nome e per conto

Incontri tenuti nel mese di settembre con gli specialisti aziendali diabetologi e prescrittori di antitrombotici ed eparine a basso peso molecolare per le soluzioni del caso e per trovare il modo di contenere lo spreco determinato dalla medicina difensiva a proposito delle eparine.

Distribuzione Diretta

Monitoraggio della spesa farmaceutica mensile dei farmaci anti-epatite C finalizzato a conoscere il quadro delle terapie anti-epatite in atto, ai fini di una puntuale rendicontazione della spesa e per la formulazione delle richieste delle note di credito alle varie ditte produttrici in conformità agli accordi negoziali delle varie specialità medicinali.

Produzione di report specifici per monitoraggio dei consumi di farmaci innovativi ad alto costo.

MIGLIORAMENTO SALDO MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA

Nel presente documento alla tabella "costi della produzione" è stata riportata la mobilità infraregionale del bilancio di esercizio 2014, quale ultimo dato disponibile, mentre la mobilità interregionale è quella aggiornata all'anno 2015 trasmessa, anche se provvisoria, dalla Regione in data 14/10/2015. Rispetto all'anno precedente i valori della mobilità risultano in riduzione e nella mobilità attiva non risulta il maggiore importo dei pazienti fuori regione ricoverati presso la Clinica Luccioni.

Il saldo di mobilità infraregionale, pertanto, determina una riduzione dei costi di circa 2,831 milioni di euro.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA, ASSISTENZA SPECIALISTICA E ASSISTENZA RIABILITATIVA

I costi di tali prestazioni sono determinate per importi rilevanti dalla mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale e dalle prestazioni acquistate dai centri accreditati. Nel rendiconto relativo al 3°



trimestre 2015 vengono utilizzati i dati di mobilità come sopra specificata. Le altre voci delle presenti attività riguardano l'acquisto di prestazioni dall'esterno.

La spesa dei servizi sanitari nel suo complesso risulta inferiore rispetto a quella verificata al 31/12/2014 di circa 7 milioni di euro, per la citata riduzione della mobilità ospedaliera interregionale e per l'individuazione dei nuovi tetti di spesa assegnati alle strutture accreditate.

La legge n. 34 del 14/08/2015 ha stabilito che la spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, assistenza ospedaliera e assistenza riabilitativa da privato accreditato sostenuta dall'ASL nell'anno 2015 non può essere superiore alla spesa di competenza consuntivata sostenuta nell'anno 2011 ridotta del 2%.

Con DGR n. 580 del 29.04.2015 la Regione Basilicata ha definito gli indirizzi di carattere generale per la determinazione dei tetti di spesa da assegnare alle strutture private accreditate eroganti prestazioni ex art. 26 della L. 833/78, nel rispetto del principio di equità di accesso e di garanzia della qualità dei servizi.

Ultimamente con DGR 1413 del 03.11.2015 la Regione ha definito anche gli indirizzi di carattere generale per la definizione dei tetti di spesa delle strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali ex art. 25 della L- 833/78.

Gli uffici aziendali competenti hanno provveduto a definire i tetti di spesa e a predisporre la bozza di contratto da sottoscrivere con le strutture interessate ex art. 26 L.833/78.

Per le strutture che erogano prestazioni ex art. 25 della medesima legge di concerto con l'Azienda Sanitaria di Matera verrà individuato il tetto di spesa per ciascuna struttura accreditata e successivamente questa Azienda provvederà a predisporre e sottoscrivere con le singole strutture il nuovo contratto.

Non da ultimo si evidenzia la scelta strategica di centralizzare su un'unica Struttura aziendale, appositamente prevista nel nuovo organigramma e già conferita ed operativa, la gestione dei rapporti con i Centri Accreditati dell'ASP dalla fase del contratto alla fase di liquidazione.

SPESA DEL PERSONALE DIPENDENTE

Le manovre di contenimento del "Costo del Personale dipendente" sono di seguito elencate:

contenimento dei compensi per lavoro straordinario: con la circolare interna prot. n. 108375 del 8/08/2015, a firma del Responsabile dell'UOC Gestione del Personale, questa Direzione ha disposto il divieto assoluto di autorizzare il lavoro straordinario oltre il limite massimo annuo contrattuale



delle 180 ore, previsto dalla vigente normativa per ciascun dipendente del personale del comparto. Una eventuale deroga a tale limite viene concessa solo in presenza di eventi imprevedibili, indilazionabili e non programmabili. La richiesta di autorizzazione, inoltrata dal Dirigente Responsabile del Servizio all'UOC Gestione del Personale, può essere concessa, previa specifica istruttoria, a seguito di parere favorevole del Direttore Sanitario e/o del Direttore Amministrativo.

individuazione del budget per il rimborso spese per l'utilizzo del proprio mezzo di trasporto: con la deliberazione del Direttore Generale n. 262 del 29/04/2015 e successivamente con la deliberazione n. 664 del 12.10.2015 è stato fissato il budget per il primo e secondo semestre 2015. Tale budget rappresenta un vincolo a cui tutte le Unità Operative e i Dipartimenti devono attenersi per garantire il rispetto delle disposizioni di legge l'art. 19 della Legge Regionale n. 16 del 08/08/2012 - Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2012 e del bilancio pluriennale per il triennio 2012-2014, come sostituito dall'art. 13, comma 1, L.R. 30 aprile 2014, n. 8, Legge di stabilità regionale 2014.

individuazione del il tetto di spesa per le attività aggiuntive di cui all'art. 55 del CC.NN.LL. delle aree della Dirigenza dell'8/6/2000 ed alla Legge n.° 1 dell'8/1/2002: con Deliberazione del Direttore Generale n. 491 del 22.07.2015, integrata e modificata con deliberazione n. 672 del 14.10.2015, al fine di contenere i costi nei limiti tassativamente stabiliti dalla norma senza però operare una riduzione quantitativa o qualitativa dei servizi a danno dei cittadini è stato fissato un tetto massimo di importo annuo pari ad 2.733.254,40 €

Controllo andamento fondi contrattuali: con cadenza mensile l'UOC Gestione del personale ha il compito di monitorare l'andamento dei fondi del personale delle aree della Dirigenza e del Comparto, provvedendo a segnalare tempestivamente alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa eventuali possibili sforamenti dei limiti contrattuali per l'assunzione dei provvedimenti conseguenti;

NORMATIVA EUROPEA IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO PER IL PERSONALE SANITARIO:

Dal 25 novembre 2015 entra in vigore la direttiva europea 2003/88/CE del Parlamento Europeo del Consiglio del 04/11/2003 concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, recepita con la L. 161/2014.

L'applicazione di tale disciplina in tutte le Aziende del Servizio Sanitario nazionale, ad invarianza di organico, fera restando la normativo regionale in materia di assunzione per il SSR produrrà una inevitabile contrazione del capito relativo ai costi del personale dipendente. In primis la Direzione si



vedrà costretta a rivedere la programmazione dell'acquisto di prestazioni aggiuntive di cui sopra per effetto dell'equiparazione all'istituto dell'orario di lavoro dell'attività rese in regime libero professionale di cui all'art. 55 del CC.NN.LL. delle aree della Dirigenza dell'8/6/2000 ed alla Legge n.° 1 dell'8/1/2002.

E' in fase di approfondimento un piano di riorganizzazione dell'attività per acuti garantita presso i tre Pronto Soccorso Attivi e della rete dell'Emergenza- Urgenza demandata al DIRES.

In particolare la inevitabile contrazione dei turni per garantire le urgenze notturne e festive a favore di una attività per elezione comporterà una conseguente riduzione dei costi.

AMMORTAMENTI: RIDUZIONE DEGLI INVESTIMENTI PER ACQUISTI DI CESPITI CON CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO

Relativamente agli ammortamenti si è proceduto ad una stima che, per quanto riguarda le immobilizzazioni materiali si tiene conto di un importo complessivo degli acquisti effettuati nell'anno con contributi in conto esercizio di circo 800 mila euro. La Direzione Strategica ha autorizzato solo acquisti urgenti riducendo al 50% il costo sostenuto rispetto all'anno precedente che ammontava ad euro 1.669.000.

Per questa voce di costo non si evidenzia una riduzione complessiva perché il dato risente del trascinarsi delle percentuali di ammortamento degli acquisti effettuati nell'anno 2012, nell'anno 2013 e nell'anno 2014 sulla base delle tabelle di cui all'allegato 3 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 coordinato con il decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126 e la L 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ATTIVITA' ANNI 2013-2014



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Confronto dati di attività degli esercizi 2014 -2013

A decorrere dal 01/01/2012, l'attività ospedaliera per acuti è svolta esclusivamente negli ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso Attivo.

Tali ospedali sono tre ed in particolare : Presidio Ospedaliero di Lagonegro, Presidio Ospedaliero di Melfi e Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri. Il numero dei posti letto per acuti attivi nell'anno 2014 è di 350 di cui 318(comprensivi di 24 culle) in regime ordinario e 32 in regime day hospital. Tali posti letto sono diminuiti di 1 in regime diurno nel Presidio ospedaliero di Melfi.

Negli altri presidi, denominati ospedali distrettuali, può essere svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. in ogni caso sono garantite le attività previste dalla legge regionale 3 agosto 1999, n. 21 e s.m.i.

Tale disposizione di legge nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) ha interessato a partire dal 1° gennaio 2012 i Presidi Ospedalieri di Maratea, di Chiaromonte e di Venosa (essendo il Presidio Ospedaliero di Lauria già riconvertito alle funzioni di ospedale distrettuale), pur trovando fondamento nella esigenza di un appropriato utilizzo di servizi ad alto impegno tecnologico e ad alto costo nel rispetto dei vincoli imposti dal patto per la salute, non intende sminuire il ruolo di alcune strutture sanitarie a favore di altre, né penalizzare alcuni territori a favore di altri creando disuguaglianze tra i cittadini della regione.

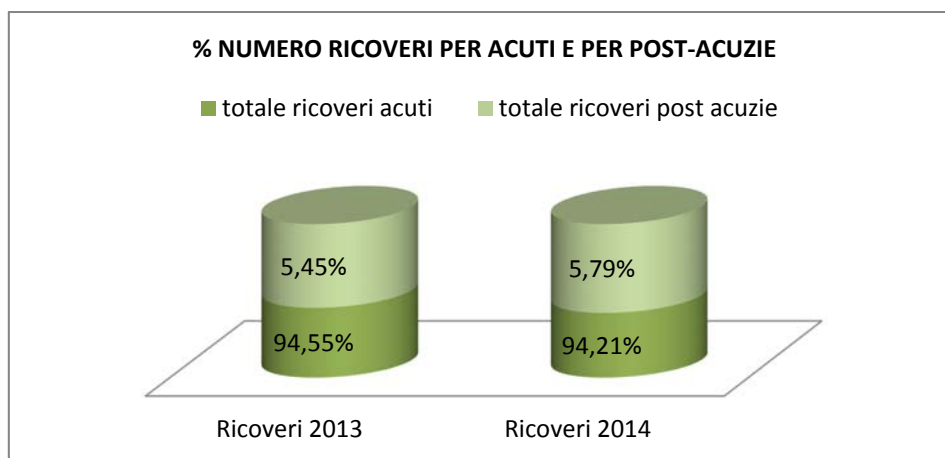
Al contrario, vuole completare e riqualificare l'assistenza territoriale inserendo tra l'ospedale ed il territorio, nel rispetto della "storia" di ciascun presidio e delle esigenze delle rispettive comunità di riferimento, strutture modernamente rimodulate per evitare il rischio di vuoti assistenziali, capaci di garantire la continuità delle cure, la integrazione dell'assistenza e la flessibilità degli interventi.

L'attività di ricovero ospedaliero dell'Azienda Sanitaria di Potenza nel corso degli anni è scesa considerevolmente, tendendo ad adeguarsi agli standard di efficienza più moderni per l'attività ospedaliera anche se l'effettiva applicazione della L.R. 17/2011, con la quale la Regione Basilicata disciplina il riordino della rete ospedaliera per acuti, ha inizio solo al 01/01/2012. Nell'anno 2014 i ricoveri sono stati 16.010 a fronte di un dato 2013 di 16.579 e di un dato 2012 di 18.187 ricoveri. Considerevole è la riduzione dei ricoveri nel triennio 2012-2014. Infatti si registra una riduzione di - 569 ricoveri rispetto all'anno 2013(-3.43%) e di - 2.177 rispetto all'anno 2012(-11.97%).

Tipologia ricoveri	Ricoveri2010	Ricoveri2011	Ricoveri2012	Ricoveri2013	Ricoveri 2014
Ricoveri ordinari chirurgici	3.662	3.584	3.585	3.754	3.754
Ricoveri ordinari medici	12.466	11.630	9.116	8213	8191
totale ricoveri ordinari	16.128	15.214	12.701	11.967	11.945
Ricoveri in regime di DaySurgery	5.284	4.626	2.362	2.321	2.137
Ricoveri in regime di DayHopital	5.107	4.530	2.243	1.387	1.001
totale ricoveri in DH	10.391	9.156	4.605	3.708	3.138
Totale ricoveri per acuti	26.519	24.370	17.306	15.675	15.083
Ricoveri per riabilitazione	84	82	215	233	234
Ricoveri lungodegenti	252	235	666	671	693
Totale ricoveri per post-acuti	336	317	881	904	927
TOTALE	26.855	24.687	18.187	16.579	16.010

NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
totale ricoveri acuti	26.522	24.370	17.306	15.675	15.083
totale ricoveri post acuzie	336	317	881	904	927
TOTALE	26.858	24.687	18.187	16.579	16.010

% NUMERO RICOVERI PER ACUTI E PER POST-ACUZIE					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
% ricoveri acuti	98,75%	98,72%	95,16%	94,55%	94,21%
% ricoveri post acuzie	1,25%	1,28%	4,84%	5,45%	5,79%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%





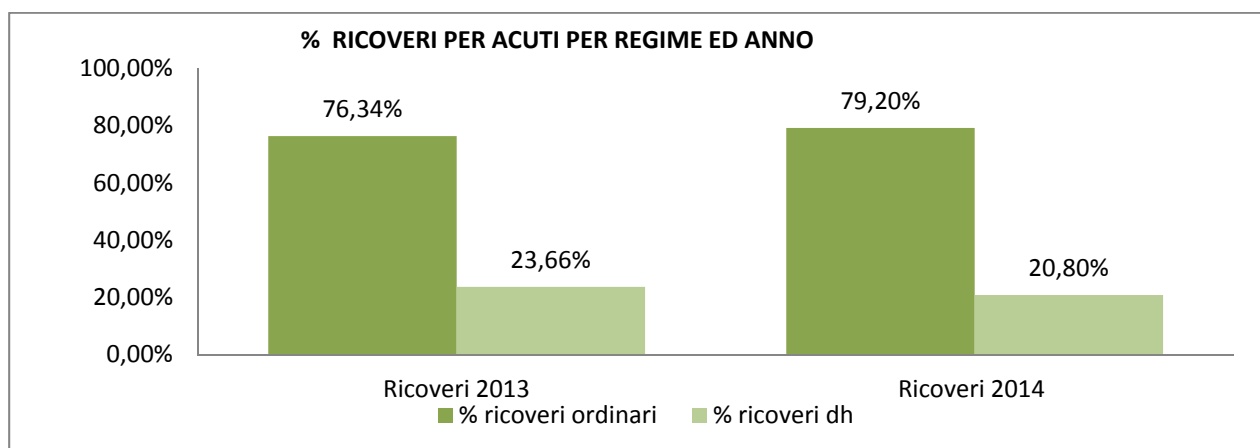
Nell'anno 2014 il 94,21% dei ricoveri sono per acuti, mentre il 5,79% per le post- acuzie a fronte del 94,55% (acuti) e dell'5,45% (post- acuzie) per l'anno 2013 e del 95,16% (acuti) e del 4,84% (post-acuzie) relativamente all'anno 2012. Emerge che nel triennio in esame i ricoveri per lungodegenza e riabilitazione, anche se percentualmente risultano esigui, sono in continuo aumento in conformità alla programmazione regionale e al trend nazionale che vede un incremento dell'assistenza a soggetti anziani e fragili, anche se non sono state completamente concluse le azioni di implementazione dei posti letto previsti dalla programmazione aziendale..

Attraverso una analisi dei ricoveri per acuti nel triennio 2012-2014 risulta che nell'anno 2014 il 76,20% dei ricoveri è in regime ordinario mentre il 20,80% in regime diurno.

Dalle tabelle sottostanti emerge che nel triennio il rapporto ricoveri ordinari/totale ricoveri è in aumento pertanto l'azienda in questo periodo predilige il regime ordinario sul regime diurno. Tale riduzione del rapporto percentuale ricoveri diurni sul totale dei ricoveri è da attribuirsi prevalentemente all'eliminazione dei dh diagnostici e alla conversione di alcuni interventi chirurgici in regime ambulatoriale in conformità a alla programmazione regionale.

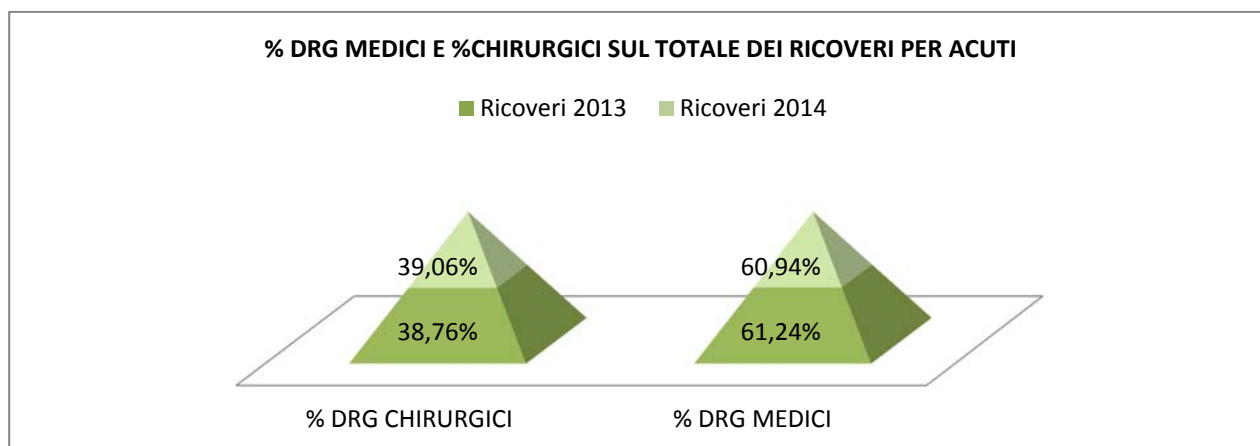
NUMERO RICOVERI PER ACUTI PER REGIME ED ANNO					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
totale ricoveri ordinari	16.128	15.214	12.701	11.967	11.945
totale ricoveri dh	10.391	9.156	4.605	3.708	3.138
totale ricoveri per acuti	26.519	24.370	17.306	15.675	15.083

% RICOVERI PER ACUTI PER REGIME ED ANNO					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
% ricoveri ordinari	60,82%	62,43%	73,39%	76,34%	79,20%
% ricoveri dh	39,18%	37,57%	26,61%	23,66%	20,80%
totale ricoveri per acuti	100%	100%	100%	100%	100%



NUMERO DRG MEDICI E CHIRURGICI RICOVERI PER ACUTI					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
DRG CHIRURGICI	8.946	8.210	5.947	6.075	5.891
DRG MEDICI	17.573	16.160	11.359	9.600	9.192
TOTALE DRG	26.519	24.370	17.306	15.675	15.083

% DRG MEDICI E %CHIRURGICI SUL TOTALE DEI RICOVERI PER ACUTI					
Tipologia ricoveri	Ricoveri 2010	Ricoveri 2011	Ricoveri 2012	Ricoveri 2013	Ricoveri 2014
% DRG CHIRURGICI	33,73%	33,69%	34,36%	38,76%	39,06%
% DRG MEDICI	66,27%	66,31%	65,64%	61,24%	60,94%
% TOTALE DRG	100%	100%	100%	100%	100%



Nell'anno 2014 il 60.94% dei DRG sono medici , mentre il 39,06% sono chirurgici. Si registra una riduzione dei DRG medici rispetto agli anni precedenti ed un incremento di quelli chirurgici.



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA ASP DI POTENZA - Periodo: GEN - DIC 2013									
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi		Venosa	Chiaromonte	Lauria
391	Neonato normale	888	489	213	186		-	-	-
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	680	217	143	271		18	20	11
127	Insufficienza cardiaca e shock	632	188	140	169		15	110	10
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	588	277	53	258		-	-	-
371	Parto cesareo senza CC	547	241	108	198		-	-	-
430	Psicosi	337	-	203	132		2	-	-
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	306	104	89	113		-	-	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	254	156	57	30		4	4	3
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	245	171	13	61		-	-	-
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	211	16	6	189		-	-	-
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	181	56	67	58		-	-	-
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	180	79	43	58		-	-	-
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	173	32	71	70		-	-	-
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	172	44	11	117		-	-	-
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	171	-	71	96		4	-	-
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	5.565	2.070	1.288	2.006		43	134	24
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	12.844	4.437	3.228	4.311		388	255	225
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	43,33	46,65	39,90	46,53		11,08	52,55	10,67



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA ASP DI POTENZA - Periodo: GEN - DIC 2014								
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi	Venosa	Chiaromonte	Lauria
391	Neonato normale	784	467	98	219	-	-	-
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	730	210	170	300	23	19	8
127	Insufficienza cardiaca e shock	585	172	159	185	6	59	4
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	538	261	30	247	-	-	-
371	Parto cesareo senza CC	464	243	65	156	-	-	-
430	Psicosi	300	-	193	107	-	-	-
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	280	94	71	115	-	-	-
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	255	147	81	22	2	-	3
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	238	162	33	43	-	-	-
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	221	96	56	69	-	-	-
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	208	54	84	70	-	-	-
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	194	45	41	108	-	-	-
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	189	31	73	85	-	-	-
422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	178	16	3	159	-	-	-
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	155	37	96	22	-	-	-
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	5.319	2.035	1.253	1.907	31	78	15
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	12.834	4.485	3.258	4.201	415	209	266
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	41,44	45,37	38,46	45,39	7,47	37,32	5,64



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2013					
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi
391	Neonato normale	888	489	213	186
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	631	217	143	271
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	588	277	53	258
371	Parto cesareo senza CC	547	241	108	198
127	Insufficienza cardiaca e shock	497	188	140	169
430	Psicosi	335	-	203	132
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	306	104	89	113
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	245	171	13	61
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	243	156	57	30
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	211	16	6	189
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	181	56	67	58
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	180	79	43	58
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	173	32	71	70
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	172	44	11	117
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	167	-	71	96
TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs		5.364	2.070	1.288	2.006
TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI		11.976	4.437	3.228	4.311
INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)		44,79	46,65	39,90	46,53



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2014					
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Lagonegro	Villa d'Agri	Melfi
391	Neonato normale	784	467	98	219
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	680	210	170	300
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	538	261	30	247
371	Parto cesareo senza CC	516	172	159	185
127	Insufficienza cardiaca e shock	464	243	65	156
430	Psicosi	300	-	193	107
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	280	94	71	115
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	250	147	81	22
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	238	162	33	43
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	221	96	56	69
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	208	54	84	70
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	194	45	41	108
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	189	31	73	85
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	178	16	3	159
015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	155	37	96	22
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	5.195	2.035	1.253	1.907
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	11.944	4.485	3.258	4.201
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	43,49	45,37	38,46	45,39



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE NON PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2013						
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Venosa	Chiaromonte	Lauria	
127	Insufficienza cardiaca e shock	135	15	110	10	
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	125	48	26	51	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	120	66	21	33	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	68	25	-	43	
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	49	18	20	11	
462	Riabilitazione	35	-	-	35	
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	24	23	1	-	
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	23	21	2	-	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	23	23	-	-	
202	Cirrosi e epatite alcolica	22	16	4	2	
023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	17	11	2	4	
316	Insufficienza renale	15	9	4	2	
134	Ipertensione	14	3	11	-	
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	11	4	4	3	
524	Ischemia cerebrale transitoria	10	2	8	-	
TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs		691	284	213	194	
TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI		868	388	255	225	
INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)		79,61	73,20	83,53	86,22	



ATTIVITA' DI RIC. ORD. - I 15 DRG MAGGIORMENTE PRODOTTI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE NON PER ACUTI DELLA ASP - Periodo: GEN - DIC 2014						
DRG	Descrizione DRG	TOTALE ASP	Venosa	Chiaromonte	Lauria	
127	Insufficienza cardiaca e shock	125	43	28	54	
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	122	63	27	32	
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	69	6	59	4	
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	69	26	-	43	
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	69	-	-	69	
462	Riabilitazione	50	23	19	8	
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	37	34	2	1	
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	33	32	-	1	
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	31	27	4	-	
202	Cirrosi e epatite alcolica	26	26	-	-	
023	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	24	4	20	-	
316	Insufficienza renale	16	12	4	-	
134	Iperensione	11	3	4	4	
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	11	7	4	-	
524	Ischemia cerebrale transitoria	10	4	6	-	
	TOTALE DEI PRIMI 15 DRGs	703	310	177	216	
	TOTALE DI TUTTI I DRGs PRODOTTI	890	415	209	266	
	INCIDENZA % (dei primi 15 DRGs vs Numero Totale dei DRGs)	78,99	74,70	84,69	81,20	



Di seguito si riportano le tabelle di sintesi dei ricoveri effettuati nelle strutture aziendali relativi agli anni 2013 e 2014.

RICOVERI EFFETTUATI DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE DELLA ASP PER RESIDENTI ASM E FUORI REGIONE												
MOBILITA' ATTIVA Periodo: GEN-DIC 2014 vs GEN-DIC 2013												
DESCRIZIONE STRUTTURA	RICOVERI ORDINARI											
	Posti Letto			Dimessi			Giornate di Degenza			Valorizzazione DRG		
	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013
OSPEDALE MELFI DI	101	101	0	4.201	4.312	-111	23.614	24.425	-811	13.165.702,89	13.705.584,20	-539.881,31
(*) di cui n° 8 Culle equivalenti a P.L.												
(*) di cui n° 7 P.L. a pagamento												
OSPEDALE VENOSA DI	24	24	0	415	388	27	7.677	7.348	329	1.544.805,32	1.508.317,26	36.488,06
TOTALE	125	125	0	4.616	4.700	-84	31.291	31.773	-482	14.710.508,21	15.213.901,46	-503.393,25
OSPEDALE VILLA D'AGRI DI	121	121	0	3.258	3.228	30	24.330	23.478	852	11.330.944,67	11.022.935,72	308.008,95
(*) di cui n° 11 Culle equivalenti a P.L.												
TOTALE	121	121	0	3.258	3.228	30	24.330	23.478	852	11.330.944,67	11.022.935,72	308.008,95
OSPEDALE LAGONEGRO DI	96	96	0	4.485	4.437	48	24.243	25.596	-1.353	12.533.862,30	12.021.374,03	512.488,27
(*) di cui n° 8 Culle equivalenti a P.L.												
OSPEDALE LAURIA DI	20	20	0	266	225	41	8.234	8.070	164	1.317.124,33	1.267.310,67	49.813,66
OSPEDALE CHIAROMONTE DI	16	16	0	209	256	-47	5.110	5.624	-514	786.940,00	840.591,60	-53.651,60
TOTALE	132	132	0	4.960	4.918	42	37.587	39.290	-1.703	14.637.926,63	14.129.276,30	508.650,33
TOTALE	378	378	0	12.834	12.846	-12	93.208	94.541	-1.333	40.679.379,51	40.366.113,48	313.266,03



DESCRIZIONE STRUTTURA	RICOVERI IN DAY HOSPITAL											
	Posti Letto			Dimessi			Accessi			Valorizzazione DRG		
	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013	2014	2013	Diff. 2014/2013
OSPEDALE DI MELFI	8	9	0	692	826	-134	1.338	1.596	-258	805.052,78	984.601,61	-179.548,83
OSPEDALE DI VENOSA	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0
TOTALE	8	9	0	692	826	-134	1.338	1.596	-258	805.052,78	984.601,61	-179.548,83
OSPEDALE DI VILLA D'AGRI	12	12	0	1.523	1.473	50	3.299	3.181	118	1.813.677,91	1.823.405,36	-9.727,45
TOTALE	12	12	0	1.523	1.473	50	3.299	3.181	118	1.813.677,91	1.823.405,36	-9.727,45
OSPEDALE DI LAGONEGRO	12	12	0	883	1.373	-490	3.246	4.043	-797	1.098.743,86	1.420.486,40	-321.742,54
OSPEDALE DI LAURIA	6	6	0	74	85	-11	1.431	1.598	-167	226.485,95	257.958,12	-31.472,17
OSPEDALE DI CHIAROMONTE	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0
TOTALE	38	18	0	957	1.458	-501	4.677	5.641	-964	1.325.229,81	1.678.444,52	-353.214,71



ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO ANNI 2013 – 2012

L'Azienda ASP di Potenza è caratterizzata da tre Pronto Soccorso Attivo presso ciascun Presidio Ospedaliero per Acuti. In particolare :

- Pronto Soccorso Attivo di Melfi
- Pronto Soccorso Attivo di Villa d'Agri
- Pronto Soccorso Attivo di Lagonegro

Fanno parte del Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Gli obiettivi dei Pronto Soccorso aziendali sono stati per l'anno 2013:

1) Rispondere ai bisogni urgenti di salute della popolazione (Pronto Soccorso):

- assistendo immediatamente i pazienti più gravi;
- assistendo, nel più breve tempo possibile, gli altri pazienti, in relazione alla loro gravità;
- rassicurando i pazienti che non necessitano prestazioni in urgenza e indirizzandoli ad altre competenze sanitarie (Medico di Medicina Generale, Poliambulatori specialistici);

2) Ammettere i pazienti al ricovero ospedaliero con i caratteri di urgenza. La risposta ottimale del Pronto Soccorso ai bisogni urgenti di salute deve essere tempestiva e adeguata: a questo scopo lavorano tutti i componenti dell'equipe medico infermieristica. Medici e infermieri sono a disposizione dell'utenza, 24 ore su 24. In base alla loro esperienza clinica e lavorativa essi sono in grado di identificare chi si rivolge al Pronto Soccorso per motivi inappropriati. Per ottenere una risposta rapida e adeguata ai propri bisogni sanitari è necessario rivolgersi al Pronto Soccorso solo quando sussistono reali necessità. Obiettivo principale è assicurare un'assistenza tempestiva ed efficace al paziente in caso di emergenza-urgenza, sul territorio come in Ospedale. Questo avviene attraverso percorsi assistenziali altamente integrati fra tutte le componenti provinciali del sistema. L'impiego coordinato e sinergico delle professionalità è volto ad ottenere la migliore valutazione, stabilizzazione delle funzioni vitali e terapia possibili. Gli operatori del Pronto soccorso aziendali hanno nell'anno 2013 seguito corsi di formazione specifica ed interdisciplinare e hanno partecipato a momenti di aggiornamento e addestramento continui per il mantenimento di elevati livelli di competenza clinica (clinical competence). Le componenti del sistema, dalle funzioni differenziate fra loro, sono: la Centrale Operativa 118 – di Potenza, dotata di numero di accesso breve ed unico, sulla quale convergono tutti i collegamenti di allarme sanitario e che coordina gli interventi sul territorio; i Punti di Primo Intervento, postazioni sanitarie atte a garantire una prima risposta sanitaria all'Emergenza-Urgenza; i Pronto Soccorso, che svolgono attività di accettazione e trattamento per tutti i pazienti che vi accedono autonomamente o trasportati dalle autoambulanze del 118. I Pronto Soccorso dispongono due posti letto amministrativi dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva), una particolare



articolazione organizzativa che consente una migliore valutazione dei pazienti, esercitando una funzione di filtro per ridurre i ricoveri non appropriati e per dimettere in sicurezza i pazienti che vi accedono. In questa area alcuni pazienti con patologie predefinite (dolore toracico, trauma cranico minore, aritmie ecc.) vengono tenuti in osservazione per un tempo compreso fra le 6 e 24 ore ed effettuano indagini diagnostiche multiple per stabilire la necessità di ricovero o la possibile dimissione. Il Pronto Soccorso è la porta dell'ospedale verso il territorio, cui si possono rivolgere i cittadini per trovare risposte ai propri bisogni urgenti di salute. E' un Servizio molto importante e, come tale, va utilizzato con appropriatezza. Richiede, da parte degli operatori sanitari, particolare impegno e grande preparazione, talvolta difficili da apprezzare da parte degli utenti, a causa delle condizioni di "urgenza" e "concitazione" in cui ci si trova a lavorare. La Mission del Pronto Soccorso è "garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza" Più specificamente è "garantire a ogni cittadino bisognoso un appropriato orientamento diagnostico terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali". A partire dall'anno 2012 i pronto soccorso dell'azienda sono stati caratterizzati da una rivisitazione delle attività. In conseguenza di tale riorganizzazione, si sono modificate sia la quantità che, soprattutto, la qualità delle patologie trattate nei Pronto Soccorso Attivi di Melfi, di Lagonegro e di Villa d'Agri. A questo è doveroso aggiungere l'azione di filtro che nell'anno 2014 si è intensificata sul territorio grazie anche alla collaborazione dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziali.

TOTALE ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO ANNI 2013 -2014														
Struttura	Accessi		Cosciente		Non Deambulante		Non Cosciente		Cadavere		Ricoveri		Deceduti	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Lagonegro	13.315	13.628	12.140	12.366	1.105	1197	67	64	1	1	2.022	2.046	12	23
Villa D'Agri	16.113	16.905	15.938	16.705	175	199	0	1	0	0	1.982	2.203	10	12
Melfi	16.876	18.320	16.193	17.217	674	1086	9	15	0	1	2.901	2.955	12	6
totale	46.304	48.853	44.271	46.288	1.954	2.482	76	80	1	2	6.905	7.204	34	41

Fonte dati AIRO

Totale accessi per fascia oraria e per codice triage anni 2014-2013												
FASCIA ORARIA	Accessi		Rosso		Giallo		Verde		Bianco		Altro	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
dalle 00.01 alle 07.00	5.463	5.705	89	91	1.379	1.447	3.803	3.959	192	206		2
dalle 07.01 alle 12.00	18.853	19.811	136	136	3.150	3.045	14.010	15.023	1.556	1.603	1	4
dalle 12.01 alle 18.00	18.917	20.087	174	169	3.783	3.998	14.276	15.058	683	860	1	2
dalle 18.01 alle 00.00	14.638	15.080	172	152	3.021	3.257	10.997	11.252	444	419	4	
Totale complessivo	57.871	60.683	571	548	11.333	11.747	43.086	45.292	2.875	3.088	6	8

Piano Attuativo locale 2015-2017

Direttore Generale Dr. Giovanni Battista Bochicchio



% totale accessi per codice triage anni 2014-2013

	2013	2014
ROSSO	0,99%	0,90%
GIALLO	19,58%	19,36%
VERDE	74,45%	74,64%
BIANCO	4,97%	5,09%

Fonte dati AIRO

FASCIA ORARIA	Accessi	
	2013	2014
dalle 00.01 alle 07.00	9,44%	9,40%
dalle 07.01 alle 12.00	32,58%	32,65%
dalle 12.01 alle 18.00	32,69%	33,10%
dalle 18.01 alle 00.00	25,29%	24,85%
Totale complessivo	100,00%	100,00%

NUMERO OBI ANNI 2010-2014		
anni	Numero Accessi	OBI
2010	58.653	4.646
2011	58.200	4.726
2012	55.658	5.137
2013	57.871	6.053
2014	60.683	6.762

% DEGLI ACCESSI PER REGIONE DI PROVENIENZA DEGLI ASSISTITI		
REGIONE	Numero Accessi	%
BASILICATA	51.576	84,99%
CAMPANIA	3.113	5,13%
CALABRIA	2.427	4,00%
PUGLIA	858	1,41%
Regione non indicata	685	1,13%
LOMBARDIA	436	0,72%
LAZIO	429	0,71%
PIEMONTE	289	0,48%
SICILIA	219	0,36%
EMILIA ROMAGNA	184	0,30%
TOSCANA	151	0,25%
ABRUZZO	76	0,13%



% DEGLI ACCESSI PER REGIONE DI PROVENIENZA DEGLI ASSISTITI		
REGIONE	Numero Accessi	%
VENETO	71	0,12%
LIGURIA	39	0,06%
UMBRIA	37	0,06%
FRIULI VENEZIA GIULIA	29	0,05%
MOLISE	23	0,04%
MARCHE	20	0,03%
SARDEGNA	9	0,01%
PROV. AUTON. TRENTO	8	0,01%
PROV. AUTON. BOLZANO	4	0,01%

Si rileva chiaramente che dall'analisi dei dati di attività dell'anno 2014, confrontati con quelli del 2013:

- un aumento del numero degli accessi in numero di 2.812 pari al 4,86%
- gli accessi sono caratterizzati per l'84,99% da residenti nel territorio della Regione Basilicata (per il dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza, per l'1,32% da residenti dell'ASM), per il 5,13 da assistiti provenienti dalla Campania, per il 4% da assistiti residenti in Calabria, per l'1,41 % da residenti in Puglia e per il 4,46% da assistiti provenienti da altre Regioni.
- un aumento dell'utilizzo dell'O.B.I: in quanto pur essendo aumentati in numero assoluto gli accessi in OBI (+709 OBI- + 11,71%) rispetto all'anno precedente sono stati trattati in O.B.I. l'11,14% degli accessi in P.S. vs il 10,46% del 2013, con una percentuale complessiva di ricoveri dall' O.B.I. pari all' 12,58% rispetto al totale dei ricoveri provenienti da Pronto Soccorso(6.905 ricoveri).

Altro punto di forza dei Pronto Soccorso dell'Azienda è rappresentato dalla funzione di triage, che contempla:

- il rilievo sistematico di PA, SpO₂, FC a tutti i pazienti con codice verde o più elevato;
- l'esecuzione di ECG a tutti i pazienti con dolore toracico, dispnea, tachicardia o sincope entro 5' dalla presentazione;
- il prelievo di sangue venoso immediato a tutti i pazienti con codice giallo e a gran parte di quelli con codice verde (in base a protocolli di selezione);
- emogasanalisi a tutti i pazienti con SpO₂ <90% o con codice giallo internistico;

L'applicazione del triage nel Pronto Soccorso è motivata dall'aumento progressivo degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti. Tale metodo consente di razionalizzare i tempi di attesa in



funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo

Dall'analisi dei codici triage adottati nell'Azienda, emerge che il codice verde (poco critico con assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili) rappresenta il 74,64%% degli accessi, mentre il codice bianco (non critico, pazienti non urgenti) solo il 5,09%%.

Il numero dei ricoveri di 7.204 aumenta rispetto all'anno precedente del 4,32% (7.204 ricoveri anno 2014 vs 6.906 ricoveri anno 2013).

L'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI) DELL'ASP ANNI 2013-2012

I casi con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico sono trattenuti in OBI.

Gli scopi dell'O.B.I. sono:

- valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così da consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile;
- valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel reparto più appropriato;
- ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza;
- fornire un servizio di comfort associato a maggior competenza, professionalità così da supportare anche l'aspetto psicologico del paziente;
- in caso di sovraffollamento del Pronto Soccorso o di temporanea assenza di posti letto presso reparti di degenza dell'Azienda, mantenere sotto controllo un paziente in attesa di esami, consulenze, e/o trasferimento ad altro Ospedale o di posto letto libero; in tale situazione si rivela utile anche nella gestione di eventuali parenti o accompagnatori.

Il paziente indirizzato all'O.B.I. dovrebbe presentare (almeno idealmente) le seguenti caratteristiche:

- dal punto di **vista clinico**: sintomi e segni di media o bassa gravità sia di competenza medica che chirurgica od ortopedica, in presenza comunque di una certa stabilità clinica e dei parametri vitali con esclusione del paziente rianimatorio e di quello con agitazione psicomotoria o rischio autolesivo;
- dal punto di **vista diagnostico**: possibilità di eseguire in regime ambulatoriale gli accertamenti necessari ad una diagnosi corretta, senza troppo interferire con attività elettive dei servizi;



- dal punto di **vista terapeutico**: possibilità di un trattamento rapido ed efficace, in grado di risolvere il quadro clinico.

Il tempo di permanenza nella Struttura è compreso tra un minimo di 3 ore ed un massimo 24 ore.

L'obiettivo è quello di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza ed evitare le dimissioni troppo precoci dal Pronto soccorso, garantendo al paziente una maggior sicurezza e l'esecuzione di protocolli diagnostici verificati e normalizzati.

Nell'anno 2014 si registra un incremento delle OBI di 709 accessi (+11,71%) rispetto all'anno 2013.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Con le nuove normative Regionali (L.R. 4/2007, L.R.12/2008), la Regione Basilicata rilancia il ruolo del Distretto. Infatti il Distretto deve seguire tutto il processo tra domanda e offerta, ossia raccogliere la domanda di salute e di cura dei cittadini ed organizzare modalità semplificate di accesso ai servizi; deve, inoltre, coordinare i percorsi assistenziali per rispondere alla domanda, da realizzare nei servizi direttamente gestiti o collocati al di fuori di esso, operando quindi una delicata opera di integrazione. Questo è possibile anche grazie al coinvolgimento dei Comuni, della società civile, delle associazioni, dell'esperienza dei suoi servizi territoriali. Si realizza appieno, nell'ambito del Distretto della Salute, l'integrazione sociale e sanitaria, e la tutela dell'ambiente e della salute.

I Distretti della Salute, inoltre, rappresentano uno strumento per garantire maggiore appropriatezza delle prestazioni, maggior controllo della spesa, effettivo coinvolgimento e maggior soddisfazione degli operatori, maggior consenso della popolazione. Inoltre, le energie positive presenti nella società civile, ed in particolare del volontariato e del terzo settore, essendo ricomprese nel processo gestionale pubblico, arricchiscono il sistema locale della salute in un quadro di qualità e permettono l'ampliamento delle potenzialità dell'offerta per settori assistenziali attualmente carenti o non previsti.

L'area distrettuale sviluppa percorsi di cura e di assistenza propri nell'ottica della continuità assistenziale e dell'uso flessibile e integrato delle risorse. L'azienda con la ridefinizione dell'attività territoriale ed ospedaliera concentra la propria attenzione sull'integrazione tra distretto ed ospedale che deve mirare al superamento della tradizionale visione "ospedale-centrica", per trasferire al distretto una capacità di risposta appropriata e non differita a tutte le condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

Rientrano nell'assistenza distrettuale le seguenti attività che saranno strutturate in unità operative definite in specifici atti organizzativi che dovranno prevedere anche il livello di complessità (struttura complessa, struttura semplice, etc.):

- Assistenza primaria



- Assistenza farmaceutica
- Assistenza domiciliare nelle sue varie forme ed intensità con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche
- Assistenza specialistica ambulatoriale e protesica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza consultoriale familiare pediatrica e psicologica
- Assistenza socio-sanitaria
- Assistenza dipendenze
- Assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

Gli attuali Distretti della Salute, come previsto dalle ultime norme Regionali e dall'Atto Aziendale, sono in numero di sei :

In particolare:

- POTENZA
- VILLA D'AGRI
- VENOSA
- MELFI
- LAURIA
- SENISE

In tutti i Distretti della Salute, oltre a svolgersi la normale attività ambulatoriale specialistica, vi sono numerose strutture di integrazione socio sanitaria: uffici di scelta e revoca dei MMG, unità di valutazione, commissione di invalidità, ecc.

Il compito è quello di assicurare un'assistenza di base globale, oltre a prestazioni inerenti i servizi di prima istanza, la vigilanza, la profilassi e l'assistenza veterinaria, nonché funzioni relative alla tutela sanitaria della donna, della maternità della tossicodipendenza, degli anziani e dei disabili.

confronto dati di attività degli esercizi 2013 -2014

Raccordo tra Azienda Sanitaria e MMG/ PLS

Per incidere sui comportamenti prescrittivi dei MMG le Direzioni di Distretto ed i Direttori dell'Area Cure Primarie hanno notificato ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti territoriali gli obiettivi regionali in materia di riduzione della spesa farmaceutica e predisposto apposite riunioni.

Sono stati valutati, durante gli incontri con i MMG, i propri **indicatori valutativi** di prescrizione



rapportandoli agli obiettivi regionali assegnati alla ASP, quali :

- inibitori di pompa;
- calcio antagonisti senza copertura brevettale;
- ACE Inibitori;
- statine;
- antidepressivi;
- antibatterici.

Inoltre è stata valutata la prescrizione di **generici e la spesa pro capite** per popolazione residente rispetto alla media aziendale.

E' stata prestata attenzione alla prescrizione in valore assoluto, soprattutto per quanto riguarda il numero di ricette, al maggior utilizzo dei farmaci generici e senza copertura brevettale, come da disposizioni regionali e riferiti soprattutto agli inibitori di pompa, alle statine, al fine del rientro della spesa negli obiettivi prefissati dalla Regione.

Integrazione Ospedale - Territorio

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

In questo contesto sono state messe in atto tutte le azioni necessarie per garantire la migliore organizzazione della medicina territoriale che, attraverso il potenziamento dell'affidamento di prestazioni nel territorio, coinvolga il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale nel processo di raccordo operativo dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria e dell'efficace governo dei percorsi assistenziali, a garanzia di livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni. Numerose iniziative degli anni scorsi (progetti di telemedicina, rete MMG, Punti Salute, ecc.) e istituti previsti nei contratti nazionali e/o nei contratti integrativi regionali (Equipes territoriali, NCPT, UTAP, Pronta disponibilità telefonica, Associazionismo medico ecc.) sono stati orientati ad organizzare le attività clinico-sanitarie a livello di cure primarie sul territorio, supportando l'assistenza domiciliare anche attraverso servizi di telemedicina, integrandosi con i poliambulatori distrettuali e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio.

Giova ricordare, tra gli altri, anche il Progetto ATIP (Assistenza Territoriale Integrata ASP Potenza), con le seguenti caratteristiche programmatiche ed organizzative :

- L'aggregazione funzionale dei Medici di Medicina Generale
- La formazione autogestita



- Il contenimento delle spesa farmaceutica
- Il governo dei ricoveri fuori regione

Oggi, tali obiettivi costituiscono la base per garantire l'equilibrio economico-finanziario ed il contenimento delle liste di attesa previsto in sede di programmazione a livello regionale, ma sono propedeutici ad ulteriori iniziative formative utili al miglioramento della qualità assistenziale. A tal proposito l'applicazione del Nuovo Accordo Regionale, che prevede un sistema di valutazione per risultati e lo sviluppo della medicina di iniziativa, sarà facilitato il modello organizzativo già sperimentato in ASP che vede i seguenti obiettivi :

Obiettivi generali

- Migliorare la qualità complessiva dell'appropriatezza prescrittiva riducendo la variabilità intraindividuale ed interindividuale
- Migliorare la gestione di alcune patologie croniche attraverso la presa in carico e la medicina di iniziativa

Obiettivi specifici

- Approfondire la metodica dell'Audit e della Peer Review
- Migliorare le capacità organizzative e di aggregazione dei medici di famiglia
- Perfezionare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica degli interventi operativi
- Razionalizzazione e gestione integrata delle patologie croniche
- Attuare la presa in carico e la medicina di iniziativa nella gestione di tali patologie

ASSISTENZA DOMICILIARE

Il modello organizzativo di Cure Domiciliari dell'ASP, è governato da strutture presenti nei tre ambiti aziendali che costituiscono la sala di regia di tutte le attività correlate alle cure domiciliari.

Competenza di tali strutture è l'attivazione dell'Unità di valutazione distrettuale per la valutazione del caso e l'eventuale presa in carico del paziente. E' un punto unico di accesso, di accoglienza, di informazione e progettazione organizzativa per le attività socio-sanitarie rivolte a tutti gli ammalati cronici. Per rispondere al loro bisogno di salute è stato costruito un vero e proprio hub logistico.

L'Azienda attraverso tali strutture garantisce le seguenti attività al domicilio del paziente:

- **Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),**
- **Assistenza Domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (ADR),**
- **Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD), per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali (“problem solving”); programmare l'intervento**

assistenziale; migliorarne la funzione e la qualità di vita; ottimizzare l’allocazione delle risorse; ridurre l’utilizzo dei servizi non necessari.

- **Cure Domiciliari (ex ADI), delle quali quelle di III livello e le Cure Palliative sono garantite dall’Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative. (E’ in atto una estensione di tale modello a tutta l’ASP.) E’ ancora vigente presso i Distretti di Potenza e Villa D’Agri una convenzione con l’ANT che garantisce l’assistenza a una parte di malati terminali oncologici.**
- **Il servizio infermieristico domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in outsourcing. Tale soggetto, selezionato attraverso procedure ad evidenza pubblica, mette a disposizione il pool di professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari.**
- Il PIT elaborato dalla UV viene in pratica trasferito al soggetto esterno per la sua esecuzione.

Tale modello presenta numerosi punti di forza:

- le economie di scala che si realizzano nella fornitura del servizio domiciliare;
- i vantaggi organizzativi che derivano dalla maggiore flessibilità di gestione del personale da parte del soggetto privato rispetto al pubblico;
- un buon capitolato speciale d’appalto in grado di ben regolare ruoli e compiti di ognuno e i reciproci doveri;
- la formazione sul VAOR-ADI a tutto il personale (anche quello esterno);
- la valutazione ex ante ed ex post effettuata con il VAOR-ADI che rimane appannaggio del soggetto pubblico;
- la possibilità di riprogettare il servizio anche con il contributo del privato sociale, spesso depositario di ulteriori conoscenze e competenze distintive nelle attività di assistenza domiciliare.

I pazienti sono classificati in base al profilo di cura e ai livelli d’intensità secondo i parametri indicati dal coefficiente di intensità assistenziale. Si sono attivate modalità operative che, attraverso l’implementazione della complessità assistenziale, stanno sviluppando (soprattutto nel Nord Basilicata) un “Sistema Qualità” nelle Cure Domiciliari. In ragione di ciò, in merito agli aspetti logistici e del governo clinico, si sta implementando la complessità assistenziale domiciliare attraverso una serie di iniziative che vede la codifica della gestione sia dei malati terminali propriamente detti, sia di alcune tipologie di malati cronici di rilevante impatto emotivo, con notevole bisogno di risorse, quali i portatori



di SLA e/o i malati in ventilazione assistita. Il numero di tali pazienti è in aumento progressivo e le risorse strutturali e umane messe a loro disposizione rappresentano una criticità giacché cominciano a modificare significativamente sia il costo/paziente medio sia il costo/giornata di “degenza” media. A tal ragione sta cominciando a diventare rilevante il peso economico rappresentato dall’acquisto di strumentario domiciliare (ventilatori, aspiratori, comunicatori, presidi antidecubito etc..). Implementata è pure l’attività consulenziale polispecialistica, suffragata da tecnologia “portata a domicilio”; inoltre è in incremento costante la domanda di cura, sempre più articolata sia nei bisogni noti che in quelli nuovi. Sono costantemente programmati ed effettuati incontri con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, durante i quali vengono messe a punto modalità operative concordate, finalizzate soprattutto a migliorare la comunicazione interna. Viene mantenuto un rapporto di comunicazione interattiva con gli stessi attraverso mail periodiche. Il rapporto tra il n. pazienti in cure domiciliari di età > 65anni e la popolazione in età > 65 anni (74.551 residenti >65 anni alla data del 01.01.2012 – Fonte dati ISTAT) è inferiore al valore regionale di 3,08%. Infatti

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ANNO 2012		
CASI TRATTATI		
	2012	2014
anziani	2.297	5.396
malati terminali	305	1.199
totale casi trattati	2.602	6.595

FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21

ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO		
	2012	2014
anziani	6.892	21.097
malati terminali	926	6517
totale accessi	7.818	27.614

FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21



Ore di Assistenza Erogata pazienti in ADI								
	Fisioterapisti		Infermieri		altri operatori		totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
anziani	21.293	57.532	56.781	152.708	175	4668	78.249	214.908
malati terminali	0	1414	1.884	18.257	0	1461	1.884	21.132
altro	4.755	0	12.282	0	163	0	0	0
totale ore di assistenza erogata	26.048	58.946	70.947	170.965	338	6.129	80.133	236.040
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21								

Accessi degli operatori ADI								
	Fisioterapisti		Infermieri		altri operatori		totale	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
anziani	62.019	110.187	120.651	255.830	4.280	7.076	186.950	373.093
malati terminali	0	3160	2.156	17.029	0	823	2.156	21.012
altro	10.174	0	2.865	0	0	0	13.039	0
totale accessi	72.193	113.347	125.672	272.859	4.280	7.899	202.145	394.105
FONTE DATI MODELLO MINISTERIALE FLS 21								

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

specialistica ambulatoriale

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate nell'ambito del SSN nell'anno 2014 sono in numero di 2.288.473 con una valorizzazione di € 28.826.509,68. Si registra un incremento del 6,31% nel numero delle prestazioni rispetto all'anno 2013, mentre il valore delle stesse aumenta del 5,05%. Il valore medio delle prestazioni diminuisce di -1,19%, passando da €12,75 nell'anno 2013 a €12,60 nell'anno 2014.

Le prestazioni vengono erogate per il 94,71% a residenti nel territorio dell'ASP, mentre il 4,31% a residenti fuori regione, lo 0,96% a residenti ASM e lo 0,01% a pazienti per i quali non è definito il Comune di residenza. Ne deriva che le prestazioni in mobilità attiva sono erogate a residenti della Campania, Calabria e Puglia.

Trattasi prevalentemente di pazienti di sesso femminile per il 57,02 % e per il 42,98% di sesso maschile. in età maggiore o uguale a 65 anni, per il 28,15% in età compresa tra i 45 ed i 64 anni, per il 18,77% in età 15-44 anni e per il 3,10% in età 0-14 anni..

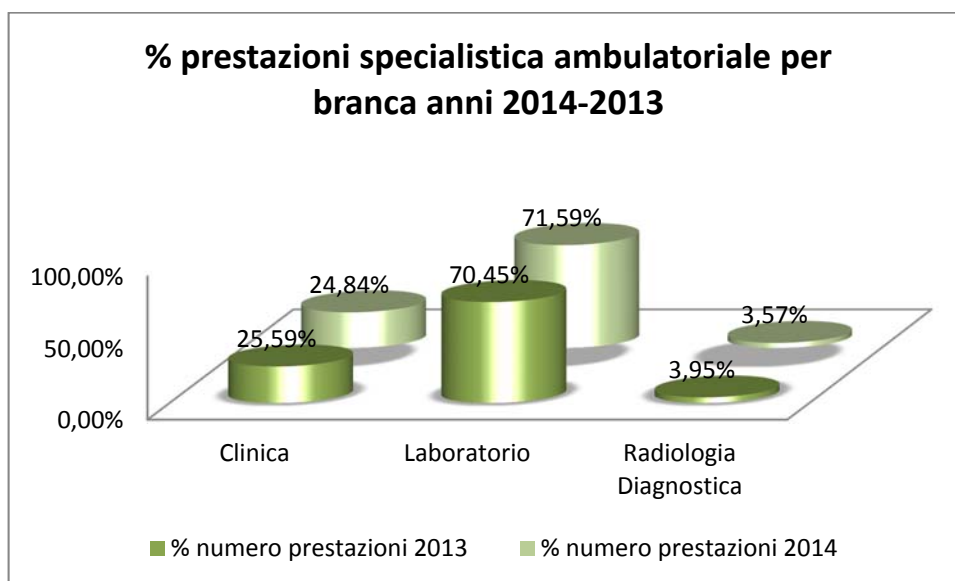
Branca

2013

2014

	Qtà Prestazioni	Importo Prestazioni	Qtà Prestazioni	Importo Prestazioni
Clinica	550.901,00	16.847.112,06	568.352,00	17.579.449,02
Laboratorio	1.516.696,00	6.536.091,56	1.638.309,00	7.329.769,42
Radiologia Diagnostica	85.122,00	4.058.810,47	81.812,00	3.917.291,24
TOTALE COMPLESSIVO	2.152.719,00	27.442.014,09	2.288.473,00	28.826.509,68

Branca	% numero prestazioni 2013	% numero prestazioni 2014	% diff 14_vs_13
Clinica	25,59%	24,84%	3,17%
Laboratorio	70,45%	71,59%	8,02%
Radiologia Diagnostica	3,95%	3,57%	-3,89%
Totale	100%	100%	6,31%





Prestazioni di Assistenza Specialistica erogate dalle Strutture ASP per Provenienza Assistito

Provenienza assistito	2013	2014
	Qtà Prestazioni	Qtà Prestazioni
Residenti ASP	2.046.105	2.167.508
Residenti ASM	19.813	21.926
ExtraRegione	86.491	98.735
Residenza Assistito non definita	310	304
TOTALE	2.152.719	2.288.473

% Prestazioni di Assistenza Specialistica erogate dalle Strutture ASP per Provenienza Assistito

Provenienza assistito	2013	2014
	Qtà Prestazioni	Qtà Prestazioni
Residenti ASP	95,05%	94,71%
Residenti ASM	0,92%	0,96%
ExtraRegione	4,02%	4,31%
Residenza Assistito non definita	0,01%	0,01%
	100%	100%

Numero prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture aziendali per sesso

Sesso	2013	2014
Femmina	1.222.076	1.304.905
Maschio	930.643	983.568
Totale complessivo	2.152.719	2.288.473

% Numero prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture aziendali per sesso

Sesso	2013	2014
Femmina	56,77%	57,02%
Maschio	43,23%	42,98%
% complessiva	100%	100%

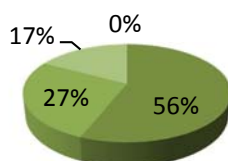
Fascia di Eta'

Fascia di Eta'	2013		2014	
	numero	%	numero	%
Da 0 a 14 anni	66.485	3,09%	71.097	3,11%
Da 15 a 44 anni	403.184	18,73%	432.002	18,88%

Da 45 a 64 anni	605.486	28,13%	654.657	28,61%
Da 65 a oltre 85 anni	1.077.564	50,06%	1.130.717	49,41%
totale	2.152.719	100%	2.288.473	100%

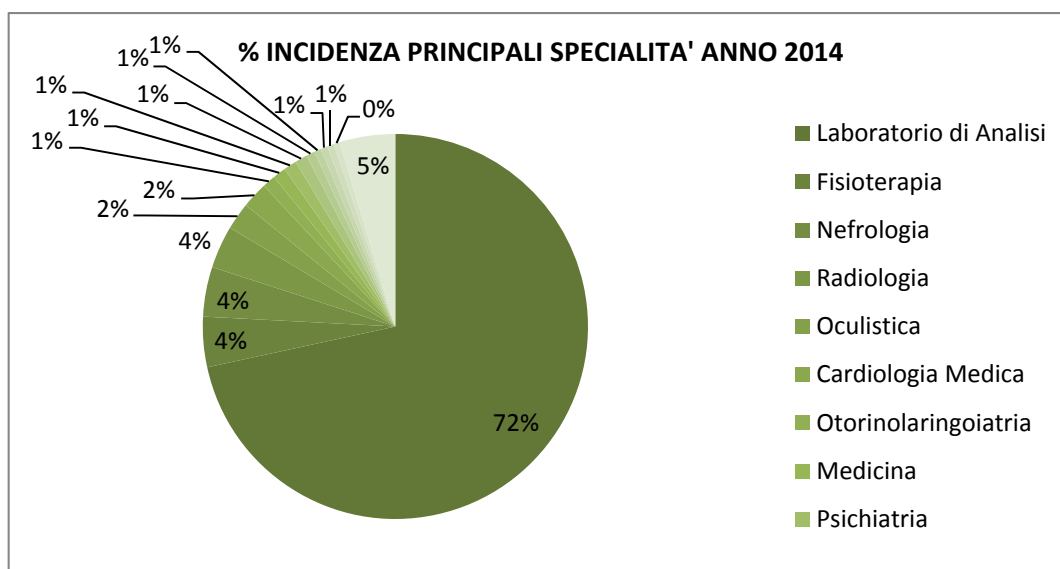
% assistiti prestazioni ambulatoriale per fascia di età anno 2014

■ Da 0 a 14 anni
 ■ Da 15 a 44 anni
 ■ Da 45 a 64 anni
 ■ Da 65 a oltre 85 anni



Specialità	numero prestazioni 2013	numero prestazioni 2014	diff 14_vs_13
Allergologia	3.130	3.364	234
Anestesia e Rianimazione	1.127	906	-221
Cardiologia	11.004	11.346	342
Cardiologia - Angiologia	2.750	2.854	104
Cardiologia - Scompenso cardiaco	1.263	2.267	1.004
Cardiologia Medica	49.600	50.350	750
Centro Diabetologico	9.362	10.963	1.601
Centro Trasfusionale	4.373	4.076	-297
Chirurgia	14.126	13.396	-730
Chirurgia Vascolare	1.983	2.863	880
Dermatologia	12.341	13.136	795
Diabetologia	10.579	10.666	87
Ematologia	1.168	1.116	-52
Endocrinologia	8.535	9.714	1.179
Endoscopia Digestiva	4.214	5.838	1.624
Fisioterapia	95.109	96.577	1.468
Gastroenterologia	2.075	2.125	50
Geriatria	7.305	8.650	1.345
Ginecologia	16.654	16.357	-297
Laboratorio di Analisi	1.516.696	1.638.309	121.613
Medicina	28.683	25.124	-3.559
Medicina delle Tossicodipendenze	2	19	17
Medicina dello Sport	8.003	6.426	-1.577
Nefrologia	92.992	95.667	2.675
Neonatologia	1.127	962	-165
Neurologia	8.471	8.857	386

Neuropsichiatria Infantile	2.088	3.279	1.191
Nutrizione clinica e dietetica	2.034	2.204	170
Oculistica	48.493	51.962	3.469
Odontoiatria	3.921	4.018	97
Ortopedia	14.340	13.107	-1.233
Otorinolaringoiatria	24.697	25.473	776
Pediatria	9.595	9.606	11
Pneumologia	21.688	23.781	2.093
Pronto Soccorso	1		-1
Psichiatria	24.045	24.788	743
Radiologia	85.122	81.812	-3.310
Reumatologia	161	207	46
Urologia	3.862	6.308	2.446
Totale complessivo	2.152.719	2.288.473	135.754





Specialità	numero prestazioni 2013	numero prestazioni 2014	diff 14_vs_13
Laboratorio di Analisi	1.516.696	1.638.309	121.613
Fisioterapia	95.109	96.577	1.468
Nefrologia	92.992	95.667	2.675
Radiologia	85.122	81.812	-3.310
Oculistica	48.493	51.962	3.469
Cardiologia Medica	49.600	50.350	750
Otorinolaringoiatria	24.697	25.473	776
Medicina	28.683	25.124	-3.559
Psichiatria	24.045	24.788	743
Pneumologia	21.688	23.781	2.093
Ginecologia	16.654	16.357	-297
Chirurgia	14.126	13.396	-730
Dermatologia	12.341	13.136	795
Ortopedia	14.340	13.107	-1.233
Cardiologia	11.004	11.346	342
ALTRO	97.129	107.288	10.159
TOTALE	2.152.719	2.288.473	135.754

**% DI INCIDENZA DELLE PRINCIPALI TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI
AMBULATORIALI EROGATE ANNO 2013-2014**

Specialità	% ANNO 2013	% ANNO 2014
Laboratorio di Analisi	70,45%	71,59%
Fisioterapia	4,42%	4,22%
Nefrologia	4,32%	4,18%
Radiologia	3,95%	3,57%
Oculistica	2,25%	2,27%
Cardiologia Medica	2,30%	2,20%
Otorinolaringoiatria	1,15%	1,11%
Medicina	1,33%	1,10%
Psichiatria	1,12%	1,08%
Pneumologia	1,01%	1,04%
Ginecologia	0,77%	0,71%
Chirurgia	0,66%	0,59%
Dermatologia	0,57%	0,57%
Ortopedia	0,67%	0,57%



Cardiologia	0,51%	0,50%
ALTRO	4,51%	4,69%
TOTALE	100,00%	100,00%

Le prestazioni maggiormente erogate riguardano prevalentemente le prestazioni del Laboratorio Analisi, seguite da quelle di fisioterapia, nefrologia e radiologia.

I CENTRI ESTERNI ACCREDITATI

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dai Centri esterni accreditati dall'Azienda ASP nell'anno 2014 sono 2.663.512. Si registra una diminuzione nel numero delle prestazioni rispetto all'anno 2013 di -01.049.299 pari a - 28,26%. Anche il valore si riduce di circa 1,7 ml di euro pari al 21% rispetto al valore rilevato nell'anno precedente. Il valore medio delle prestazioni aumenta passando da 2,27 euro a prestazione a 2,49 euro nell'anno 2014. Tale incremento si manifesta maggiormente per le prestazioni di fisioterapia e per gli esami di laboratorio che rappresentano il 94,85% della domanda di specialistica ambulatoriale delle strutture accreditate.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture accreditate anni 2014-2013

Centro Accreditato	2014	2013	diff 14_vs13
Genovese Camillo s.r.l.	335.140	254.064	-81.076
LABORATORIO FLOVILLA	282.401	217.549	-64.852
POLIAMBULATORIO SANITAS	245.971	212.721	-33.250
LABORATORIO "POLISAN"	215.658	199.158	-16.500
FISIOKINESITERAPIA MELANDRO s.r.l.	286.980	196.208	-90.772
LABORATORIO S.CROCE SRL	160.485	125.206	-35.279
LABORATORIO LIBUTTI	157.294	124.861	-32.433
Centro Medico Sanatrix s.r.l.	171.344	103.202	-68.142
LABORATORIO COVIELLO	133.813	101.716	-32.097
LABORATORIO LIFE	126.996	101.260	-25.736
LABORATORIO VIGNOLA	142.782	100.374	-42.408
Centro TAVOLARO S.r.l.	138.387	93.968	-44.419
Centro Pegaso s.r.l.	111.634	77.598	-34.036
POLIMEDICA	96.481	66.890	-29.591
CHECK UP CENTER S.r.l.	80.931	66.371	-14.560
Centro Fisielle	88.727	61.881	-26.846
Istituto per il Trattamento del Dolore	83.309	59.169	-24.140
Centro Fisiokinesiterapia Athena s.r.l.	66.743	45.791	-20.952



Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture accreditate anni 2014-2013

Centro Accreditato	2014	2013	diff 14_vs13
biomedical center sas	68.809	43.264	-25.545
LABORATORIO CEDAL	62.807	40.576	-22.231
LABORATORIO ULTRAMICRO	55.413	39.814	-15.599
CENTRO ANALISI CLINICHE GENZANO	52.834	35.524	-17.310
POLIAMBULATORIO SANITAS - radiologia e med. nuc.	36.508	29.528	-6.980
TERME LUCANE	81.543	28.395	-53.148
Euromedical	47.033	25.768	-21.265
LABORATORIO SALUS DOTT. CHIANTINI	41.354	24.788	-16.566
FISIOMED	40.277	23.742	-16.535
TERME RAPOLLA	52.672	23.495	-29.177
LABORATORIO LA GROTTA ANTONIO	35.473	21.367	-14.106
FKT Angelus	32.843	18.764	-14.079
LABORATORIO CANTATORE	26.430	17.072	-9.358
CENTRO DOTT. MANCINO Snc	20.871	16.480	-4.391
CLINICA LUCCIONI RADIOLOGIA	13.578	12.865	-713
LABORATORIO BASTANZIO	16.500	10.558	-5.942
CENTRO F.K.T. FIOSINNI	58.906	7.247	-51.659
CENTRO CLINICO VILLA BEATRICE RADIOLOGIA	9.957	7.074	-2.883
SAN MAURO SRL AMBULATORIO DI FKT E RIEDUCAZIONE	6.959	6.468	-491
CENTRO MEDICINA DELLO SPORT	114	4.158	4.044
POLISALUS S.A.S.	5.820	4.014	-1.806
DOTT. CUTOLO MICHELE	4.288	2.976	-1.312
DIAGNOSTICA FLOVILLA	3.267	2.364	-903
SM2 srl	3.329	2.203	-1.126
CENTRO RADIOLOGICO DEL DR. JULA & C. S.A.S	2.319	1.670	-649
CENTRO JONICO DIAGNOSTICO LABOR. DR MECCA-VIGGIANI	1.981	1.258	-723
LABORATORIO MATERANO	784	925	141
BIONOVAS STUDIO ASS. BIOLOGIA DR STOIA E DI BRIZIO	1.192	656	-536
POLISALUS S.A.S.	930	572	-358
CENTRO RADIOLOGICO LUCANO	426	423	-3
CENTRO RADIOLOGICO MADONNA DELLA BRUNA SRL	244	293	49
SAN PAOLO SERVIZI SANITARI SRL	270	286	16
CENTRO DIAGNOSTICO DR. MICHELE RICCARDI	459	279	-180
MONTEMURRO ANTONIO	254	221	-33
CENTRO ANALISI CLINICO BIOLOGICHE BIOMEDICAL	308	112	-196
Centro Diagnostico Polispecialistico Heraclea Srl	229	104	-125
LABOR S.a.s. Laboratorio analisi cliniche	419	99	-320
F.K.T. CANITANO TERESA	21	53	32



Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture accreditate anni 2014-2013

Centro Accreditato	2014	2013	diff 14_vs13
GRAZIADEI ROCCO	40	22	-18
DOTT. FRANCESCO PAOLO PORSIA SRL	153	22	-131
AMBULATORIO DI TERAPIA FISICA DOT. PORSIA	66	22	-44
CENTRO REHA SRL	55	4	-51
TOTALE	3.712.811	2.663.512	-1.049.299

ASSISTENZA DIPENDENZE

Il Servizio Dipendenze (SERD) tutela e promuove la salute, assicurando gli interventi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione, dei disturbi da uso ed abuso di sostanze psicoattive. I SERD dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza sono: il SERD di Villa D'Agri, di Melfi, di Potenza e di Lagonegro. Essi operano tramite una équipe composta da operatori con differenti competenze, in grado di intervenire sulla persona in modo globale.

Il percorso di osservazione e diagnosi attuato nella fase iniziale, è finalizzato a proporre e condurre trattamenti terapeutico-riabilitativi personalizzati, plurispecialistici e flessibili.

I trattamenti possono essere ambulatoriali (interventi educativi, psicoterapie, interventi di supporto psicologico, trattamenti farmacologici anche a base di farmaci sostitutivi, interventi assistenziali diretti al reinserimento sociale del soggetto), residenziali (ricoveri ospedalieri programmati, Centro di Osservazione e Diagnosi, Comunità Terapeutiche) o semiresidenziali (Centri diurni). Viene garantita la continuità di cure e la verifica continua dell'efficacia dei percorsi terapeutici.

Il Servizio collabora e si raccorda con gli altri servizi presenti sul territorio, sia con quelli pubblici a carattere sanitario e sociale, sia con quelli del privato sociale accreditato, degli ospedali privati e del volontariato, operando secondo modalità condivise.

Al Ser.D. possono accedere tutte le persone che hanno problemi di uso ed abuso di sostanze stupefacenti illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, ecstasy, allucinogeni, ecc.) e/o legali (psicofarmaci).

ACCOGLIENZA

L'attività di accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto legata alla tossicodipendenza. La persona che si rivolge al servizio per la prima volta, o dopo un periodo d'assenza, è accolta senza tempi d'attesa. La scelta di accogliere tempestivamente la richiesta d'aiuto è finalizzata a rendere il più agevole possibile il primo contatto e, nel frattempo, si propone di veicolare l'immagine di un servizio ricettivo e facilmente

Piano Attuativo locale 2015-2017

Direttore Generale Dr. Giovanni Battista Bochicchio



accessibile. Nello spazio dell'accoglienza si raccolgono e si comunicano informazioni. Nello specifico gli obiettivi del primo contatto consistono nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione d'alcuni dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema portato, nell'indicazione degli interventi sia farmacologici sia psico sociali attivabili fin da subito e infine nella presentazione delle ulteriori risposte che il servizio può offrire. I dati raccolti sono discussi all'interno dell'equipe multi disciplinare e, sulla base degli elementi emersi, si stabilisce se e quali interventi attivare e i possibili tempi d'attuazione degli stessi.

VALUTAZIONE

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa - diagnostica che, secondo le peculiarità e priorità presentate dalla situazione considerata, può vedere impegnate contemporaneamente o in tempi diversi una o più figure professionali. La fase della valutazione, può essere definita come quell'insieme d'attività che consentono una conoscenza più approfondita del caso e che permettono di formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato in relazione ai bisogni del singolo utente. La valutazione interessa tre aree: psicologica, sociale e medica. La valutazione psicologica è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la psico dinamica delle sue relazioni familiari ed il significato soggettivo dell'esperienza tossicomana. E' inoltre volta ad individuare le risorse psicologiche attivabili ai fini del cambiamento. La valutazione sociale permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita del paziente e gli eventuali problemi giuridici connessi alla tossicodipendenza. La valutazione medica permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM IV, di abuso o dipendenza da sostanze e di avere un quadro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di patologie correlate e di comorbilità psichiatrica.

PRESA IN CARICO

La fase della presa in carico comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del soggetto. Il progetto terapeutico è sempre concordato con l'utente, ricercando l'attivo coinvolgimento del paziente rispetto alla definizione degli obiettivi, del reciproco impegno e dei criteri di verifica. In questa prospettiva la dimensione temporale assume una valenza terapeutica particolarmente significativa per diversi aspetti. E' solo all'interno di un arco di tempo medio lungo che l'iniziale domanda d'aiuto del tossicodipendente, solitamente presentata coi i caratteri dell'urgenza, e volta all'intervento farmacologico, può evolvere in una richiesta più elaborata che consente progetti terapeutici maggiormente articolati. Periodicamente l'equipe multi



disciplinare discute l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili.

Le attività dei SER.D. dell'Azienda Sanitaria di Potenza, interessano i seguenti settori:

- 1) Area Fumo;
- 2) Area Alcohol;
- 3) Area Tossicodipendenza;
- 4) Area Malattie Infettive;
- 5) Area Carcere;
- 6) Formazione interna
- 7) Progetti di formazione – informazione rivolti alla popolazione
- 8) Gioco d'azzardo patologico
- 9) Altre Dipendenze (Disturbo Alimentare,) Dipendenza da Benzodiazepine, Dipendenza da internet e mezzi tecnologici, ecc.)

Nello specifico di seguito si riportano le attività ed i risultati dei SERD della Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

ATTIVITA' SER.D. di MELFI

FUMO:

nell'ambulatorio di tabagismo: del SerD. di Melfi è attivo il Centro Antifumo Aziendale. Il trattamento prevede la possibilità di utilizzo dell'agopuntura auricolare associata o meno ad agonisti parziali – antagonisti (Vereniclina) e/o sostitutivi (nicotina per os o transdermica) in associazione a psicoterapia individuale e/o di gruppo.

Nel anno 2013 sono stati trattati n°13 pazienti (9maschi - 4femmine) rispetto ai n.13 pazienti (8maschi- 5 femmine) del medesimo periodo del 2012. I nuovi utenti sono n.4 (2m -2f).

Di questi 13 utenti, n.1 è ancora in trattamento, n.6 hanno raggiunto l'obiettivo di astinenza da fumo e n.6 hanno abbandonato il trattamento.

ALCOOL:

Nell'ambulatorio di alcologia gli utenti trattati nell'anno . 2014 sono n.142 (121m - 21 f -) contro i 124 (100m -24 f) stesso periodo del 2013. I nuovi utenti sono 26 (25m -1 f) contro i 24 (19m-5 f) dello stesso periodo 2012.



I soggetti complianti al trattamento sono n.83/142 (58,4%); quelli non complianti sono n.59/142 (41,6%)
. Dei complianti, n.18 hanno terminato il trattamento con esito positivo.

PREVENZIONE:

L'attività di prevenzione nell'anno 2014 si è svolta in n.12 Istituti di Istruzione Secondaria Superiori del territorio, secondo il Progetto pluriennale di prevenzione dei consumi e degli abusi, denominato "Adolescenti a rischio. Il numero degli incontri sono stati 134.

TOSSICODIPENDENZA:

Sono state poste in essere azioni di prevenzione della mortalità di tossicodipendenti attraverso riduzione del danno: l'obiettivo è stato ancora una volta pienamente centrato in quanto nell'anno. 2014, come per quello del 2013, nessun utente del Ser.D. di Melfi è deceduto per overdose, se in trattamento.

Gli utenti trattati nell'anno 2013 sono n.289 (272m-17 f), contro i 284 (m 265; f 19), dello stesso periodo 2012;

I nuovi utenti sono n.54 (51 m – 3 f) contro i 41(39m – 2f) dello stesso periodo del 2012. Dei n.289 pazienti, n.155 sono in trattamento solo farmacologico, n.14 in trattamento integrato e n.15 in trattamento solo psicologico/psicoterapeutico. I cosiddetti persi di vista (abbandoni + trasferimenti di residenza) sono n. 42 e i fine trattamento n° 46. Dei n.289 utenti, n. 232 sono complianti al trattamento (n° 172 paz. presso il SerT, n°31 presso la Casa Circondariale di Melfi, n° 29 i segnalati dalle Prefetture). Totale: 232/289 utenti complianti al trattamento pari al 80% .

MALATTIE INFETTIVE:

Azioni di prevenzione dell'AIDS e patologie infettive droga – correlate: informazione corretta a tutti gli utenti del SerT di Melfi. La diffusione dell'AIDS tra gli utenti si è azzerata; alto purtroppo è ancora il dato di diffusione delle epatiti B e C.

CARCERE:

Il Ser.D. di Melfi è operativo presso la Casa Circondariale di Melfi dal 1996, anno in cui veniva stipulata apposita convenzione secondo i principi stabiliti dalla legge del 1996. Il protocollo operativo degli interventi prevede una visita medica, l'eventuale trattamento farmacologico e colloqui psico-sociali. Nel corso degli anni, grazie all'attiva azione degli operatori preposti al carcere, è stato possibile prendere in carico, in modo più strutturato, un maggior numero di soggetti detenuti, assicurando loro programmi terapeutici di recupero .



L'obiettivo primario degli operatori è quello di valutare l'opportunità di togliere i tossicodipendenti dal carcere ed assicurare loro una struttura riservata (Comunità Terapeutica o Servizio Ser.T.), più adatta alla loro specifica problematica.

Vi è infine da registrare il rafforzamento delle collaborazioni con i Servizi territoriali, U.E.P.E.. e Comunità Terapeutiche, attraverso l'incremento e la sistematizzazione degli incontri multidisciplinari.

ATTIVITA' SER.D. di POTENZA

Gli utenti tossicodipendenti sono stati nell'anno 2014 n. 444 .

Detenuti consumatori e/tossicodipendenti seguiti presso la Casa Circondariale di Potenza n.67

Utenti alcolisti : 129

E' stato attivato dal 2/01/2014 l'ambulatorio specialistico per la presa in carico di soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Al 31/12 risultano in carico n.32 utenti e relative famiglie

È stata realizzata una ricerca sulla diagnosi e valutazione dell'outcome degli utenti affetti da gioco d'azzardo patologico in carico all'ambulatorio dedicato e presentata come project work alla Scuola Superiore delle Amministrazioni- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Per ogni nuovo utente è stata predisposta la diagnosi multidisciplinare, la definizione e realizzazione di un programma terapeutico attuato ambulatorialmente o in una struttura comunitaria

Il Ser.D. ha erogato per ogni utente prestazioni di tipo medico-infermieristico e di tipo psico-socio-riabilitativo quotidiane o settimanali, a seconda dei casi Inoltre nell'annualità 2014 sono stati realizzati in collaborazione con la rete territoriale 2 progetti d'inserimento lavorativo:

- Progetto di inserimento lavorativo "Inclusione sociale e lavorativa", previsto dal Piano territoriale di intervento per la lotta alla droga della città di Potenza per l'assegnazione di 7 borse-lavoro ad ex tossicodipendenti ed ex alcolisti.
- Progetto di inserimento lavorativo "Reli" in collaborazione con l'Associazione Insieme per l'assegnazione di 3 borse-lavoro ad ex tossicodipendenti ed ex alcolisti.

ATTIVITA' DEL SERD di LAGONEGRO

ALCOOL

E' stata implementata la rete integrata ospedale-territorio, questo ha portato nel 2014 alla creazione di un percorso preferenziale per i pazienti alcolisti attivabile direttamente dai MMG sia nei confronti dei posti letto previsti dall'Unità di Crisi del P.O: di Chiaromonte che dei posti letto del CRA sempre di Chiaromonte. E' stato avviato un percorso dedicato per i pazienti da disintossicare sempre presso il CRA di Chiaromonte con la collaborazione dei Medici della Lungodegenza di Chiaromonte, permettendo di soddisfare il 100% della richiesta degli alcolisti da disintossicare, questo in virtù dell'implementazione

Piano Attuativo locale 2015-2017

Direttore Generale Dr. Giovanni Battista Bochicchio



della rete ospedale-territorio che si è descritta al punto precedente. I tempi di attesa sono in linea con le direttive contenute nella DGR n.1092/2007. E' in fase di attivazione il D.H. alcoologico e l'ambulatorio di alcologia. Nel 2014 si sono organizzati n. 9 eventi di sensibilizzazione soddisfacendo il risultato atteso. La campagna informativa per la riduzione del consumo di alcool in particolari attività e nei soggetti in età giovanile e in raccordo con le scuole ha visto la realizzazione nel 2013 di numero 3 incontri di sensibilizzazione e prevenzione su luoghi di lavoro nell'ambito della riduzione del rischio di problemi alcol correlati sui luoghi di lavoro e n.5 incontri nell'ambito della riduzione del rischio di problemi alcol correlati nei contesti di aggregazione giovanile.

IL CENTRO PER LA CURA DELL'ALCOLISMO – FONDAZIONE STELLA MARIS

Il centro è organizzato in un'offerta di tipo residenziale con una recettività di n. 12 posti letto ed una semiresidenzialità di n. 6 posti, le attività del Centro sono garantite sulle 24 ore e per sette giorni alla settimana, il periodo di permanenza al Centro di ogni singolo ospite è di circa 4 settimane. I posti letto sono stati attivati per il 100%.

- Il numero dei ricoveri dimessi è stato di 116,
- Il numero dei ricoveri extra ASP è stato di 66,
- Il numero dei pazienti disintossicati è stato di 62,
- Il numero delle giornate totali di degenza è stato di 2.252.
- Rendita ricavata dalle giornate di degenza per la retta giornaliera di 170,00 Euro tra quelli incassati per utenza da fuori ASP e tra quelli risparmiati per il trattamento di utenza dell'ASP: n. 2.252 giornate X 170,00 Euro = 382.840,00 Euro

IL CENTRO PER I DISTURBI ALIMENTARI – FONDAZIONE STELLA MARIS

Nell'anno 2014 tutti i livelli terapeutici sono stati attivi con un buon livello di compliance. Criticità sono emerse al livello assistenziale ambulatoriale per il calo delle prestazioni con inevitabile ricaduta economica, così come le mancate autorizzazioni da parte delle Aziende Sanitarie, hanno fatto registrare un rallentamento dei ricoveri in regime residenziale (Su 62 autorizzazioni richieste solo 24 sono state rilasciate e pertanto ne hanno effettuato ricovero). I nuovi ingressi in regime residenziale nel quarto trimestre sono stati N.12 ed affiancati a N.17 già presenti nella struttura al 1 Ottobre 2014 affiancati a N.2 ospiti in regime semiresidenziale presenti già al 1 Ottobre per un totale di N.29 ricoveri in regime residenziale e N.2 in regime semiresidenziale. Pertanto il numero complessivo dei ricoveri effettuati nell'anno 2014 sono stati N.61 in regime residenziale e N.4 in regime di semiresidenza. La provenienza si attesta dalle Regioni del Centro Sud come si evince dalle seguenti tabelle. Dal mese di gennaio 2011 al 14.02.2014, il C.DCA ha fatto parte di un Progetto promosso dal Ministero della Salute "Progetto di Studio Multicentrico su fattori predittivi e caratteristiche psicopatologiche dei DCA in età adolescenziale e pre adolescenziale": E' stata garantita da parte degli operatori del Centro la partecipazione ad incontri operativi.



Hanno fatto parte di questo progetto altri 5 Centri Nazionali:

- C.DCA età evolutiva di Milano
- C.DCA Villa Miralago di Cuasso al Monte Varese
- C.DCA Palazzo Francisci di Todi
- IRCCS Fondazione Stella Maris di Calambrone di Pisa.
- C.DCA età evolutiva Policlinico S.Orsola Malpighi di Bologna.

Nel mese di Marzo, in occasione della Giornata nazionale sui DCA è stata svolta attività di informazione sui DCA e sul Centro attraverso divulgazione su riviste a taratura nazionale (Apulia Magazine) e Regionale (Gazzetta del mezzogiorno, Quotidiano di Basilicata). È stato inoltre presentato in data 15.03.2014 presso la Sala Multimediale del PO di Chiaromonte un opuscolo informativo sui DCA dal titolo "Imparando a Nutrirsi".

Per tutto l'anno 2014 sono state mantenute in essere le convenzioni con varie Università, ai fini dell'espletamento dei tirocini formativi obbligatori, rivolto a studenti con varie qualifiche (Psicologi, Dietiste, Educatori, Biologi). Nel mese di Marzo è stata presente nella struttura una fotografa, per la realizzazione di un book fotografico, da divulgare in seguito su riviste. Nel mese di Aprile la struttura ha ospitato una scolaresca (Scuola Media Superiore) proveniente da Matera finalizzata ad una giornata seminariale di conoscenza sui DCA.

Nel mese di Giugno (11) è stata organizzata una giornata di studio rivolta ai medici che frequentano la Scuola di Perfezionamento in Medicina Generale.

Nel mese di giugno si è avviata allo studio: Le attività di Ippocrate terapia nel trattamento dei DCA (delibera DG ASP N. 2013/00265 del 09.05.2013)

Altresì nel mese di Luglio si è dato avvio allo studio dal titolo: Indagine Genetica e nutrizionale su soggetti affetti da anoressia e bulimia nervosa, e questo Centro vi partecipa quale Centro satellite insieme ad altri centri nazionali e all'Università di Perugia. (delibera DG ASP N.2013/00728 del 9.12.2013).

Nel mese di Agosto, attiva è stata la partecipazione delle ospiti della residenza al Memorial L.Viola tenutosi a Chiaromonte il 21.08.2014.

Nel mese di settembre è stato avviato il progetto "ritratto terapeutico" che vede a tutt'oggi la presenza in residenza di una fotografa al fine di effettuare scatti fotografici agli ospiti che hanno rilasciato liberatoria, con l'obiettivo di effettuare una mostra fotografica, che vedrà per l'appunto la fotografia come supporto nella costruzione del sé.



Il 10 Ottobre il C.DCA ha realizzato la giornata nazionale di sensibilizzazione su sovrappeso e obesità (Obesity Day). In tale circostanza sono stati distribuiti a tutti coloro che vi hanno preso parte, informazioni circa l'alimentazione equilibrata, la corretta lettura delle etichette nutrizionali e dei rischi associati all'obesità: è stata altresì effettuata la somministrazione di questionari mirati alla comprensione degli stati nutrizionali.

N. RICOVERI E REGIONI DI PROVENIENZA DEI PAZIENTI IN REGIME **RESIDENZIALE**- Dal 01-01-2014 al 31-12-2014

Regione di provenienza	Numero Ricoveri
CALABRIA	5
PUGLIA	11
CAMPANIA	14
BASILICATA	28
SICILIA	1
LAZIO	2

TOTALE PAZIENTI RICOVERATI DAL 01-01-2014 AL 31-12-2014 N° **61**

N. RICOVERI E REGIONI DI PROVENIENZA DEI PAZIENTI IN REGIME **SEMI-RESIDENZIALI**(Dal 01-01-2014 al 31-12-2014)

Regione di provenienza	Numero Ricoveri
BASILICATA	3
PUGLIA	1

TOTALE PAZIENTI RICOVERATI IN SEMI RESIDENZA- DAL 01-01-2014 AL 31-12-2014 N° **04**

TOTALE PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMI RESIDENZIALE ANNO 2014 N. **65** MOBILITA' ATTIVA RICOVERI

EXTRA REGIONALI E REGIONALI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE ANNO 2014

REGIONI	n. ricoveri
PUGLIA	8+1
BASILICATA	21+3
CAMPANIA	10
LAZIO	1
CALABRIA	5
SICILIA	1

TOT. **50** INGRESSI

NUMERO DI RICOVERI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE ANNO 2014

	N. PAZIENTI
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2014(dal 01-01-14 al 31-03-14)	22 res. (di cui 7 nuovi ingressi in residenza)+2(in semi-residenza)

Piano Attuativo locale 2015-2017

Direttore Generale Dr. Giovanni Battista Bochicchio



SECONDO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-04-14 al 30-06-14)	27(di cui 16 nuovi ingressi in residenza)+3 in semi-residenza(di cui 1 nuovo ingresso)
TERZO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-07-14 al 30-09-14)	26 (di cui 11 nuovi ingressi in residenza)+3 in semi-residenza(di cui 1 nuovo ingresso)
QUARTO TRIMESTRE ANNO 2014(dal 01-10-14 al 31-12-14)	29 (di cui 12 nuovi ingressi in residenza)+2 in semi-residenza

NUMERO RICOVERI IN REGIME AMBULATORIALE

DCA- OBESITA' ANNO 2014 (dal 01-01-2014 al 31-12-2014)

	N. PAZIENTI DCA	N. PAZIENTI OBESITA'
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2014(DAL 01-01-2014 AL 31-03-2014)	21	55
SECONDO TRIMESTRE ANNO 2014 (DAL 01-04-2014 AL 30-06-2014)	17	59
TERZO TRIMESTRE ANNO 2014(DAL 01-07-14 AL 30-09-14)	13	76
QUARTO TRIMESTRE ANNO 2014(DAL 01-10-2014 AL 31-12-2014)	25	88
	TOT. 76	TOT. 278

MOBILITA' ATTIVA

EXTRA REGIONALI E REGIONALI (Ambulatorio Obesità) (ANNUALE 2014)

REGIONI	n. ricoveri
CALABRIA	15
BASILICATA	250
CAMPANIA	4
PUGLIA	5
LAZIO	2
LOMBARDIA	2

Tot. n° 278 (NUOVI PAZIENTI)

TOT. PAZIENTI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI RICOVERATI NELL' ANNO 2014

CON LE DIVERSE PATOLOGIE DI CUI

AN	BN	BED	NAS
35+2	10+1	7	9+1

Piano Attuativo locale 2015-2017

Direttore Generale Dr. Giovanni Battista Bochicchio



**NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI DISTURBO
IN REGIME RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE**

	AN	BN	BED	NAS	TOT
PRIMO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-01-2014 al 31-03-2014)	12+1	4	3	3+1	24
SECONDO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-04-2014 al 30-06-2014)	11+2	5	3	8+1	30
TERZO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-07-2014 al 30-09-2014)	15+2	5+1	2	4	29
QUARTO TRIMESTRE ANNO 2014 (dal 01-10-2014 al 31-12-14)	16+1	6+1	4	3	31

	TOT. PREST	COSTO UNITARIO	COSTO TOT.PRESTAZ.
PRIMA VALUTAZIONE (Visita specialistica)	31	€ 20,66	€640,46
CONSULENZA NEURO PSICHIATRA INFANTILE	05	€ 19,37	€ 96,85
DCA :in assenza del DH si sono effettuate comunque le prestazioni per l'approfondimento diagnostico per un incasso di:			€1.065,41
AMBULATORIO INTEGRATO :			
Visita INTERNISTICA	04	€ 12,91	€51,64
Visita PSICHIATRICA	/	€ 12,91	€ /
CONSULENZA NEURO PSICHIATRA INFANTILE	04	€ 12,91	€ 51,94
Visita PSICOLOGICA	120	€ 19,37	€2.324,40
Visita NUTRIZIONISTICA	24	€ 12,91	€309,84
CONSULTO MULTIDISCIPLINARE (visita INTERNISTICA +visita NUTRIZIONISTICA)	100	€ 36,15	€3.615,00
AMB. DEL PESO 1/a visita	88	€ 20,66	€1.818,08
OBESITA' : :in assenza del DH si sono effettuate comunque le prestazioni per l'approfondimento diagnostico per un incasso di:			€1.305,12
AMB. DEL PESO (CONTROLLI)	159	€ 12,91	€2.052,69
RICOVERI SEMIRESIDENZA (TOTALI)	02		
PAZIENTI GIA PRESENTI AL 1 OTTOBRE 2014 IN SEMIRESIDENZA	02		
NUOVI INGRESSI IN SEMIRESIDENZA 4° TRIMESTRE 2014	/		
GIORNATE DI DEGENZA SEMIRESIDENZA	54	€ 160,00	€8.640,00
GIORNATE DI ASSENZA SEMIRESIDENZA	13	€ 112,00	€1.456,00
RICOVERI RESIDENZA (TOTALI) 4° TRIMESTRE 2014	29		
PAZIENTI GIA' PRESENTI IN RESIDENZA AL 1° OTTOBRE 2014	17		
NUOVI INGRESSI IN RESIDENZA 4° TRIMESTRE 2014	12		
GIORNATE DI DEGENZA RESIDENZA	1.176	€ 290,00	€341.040,00



	TOT. PREST	COSTO UNITARIO	COSTO TOT.PRESTAZ.
GIORNATE DI ASSENZA RESIDENZA	81	€ 203.00	€16.443,00
AMBULATORIO DI GINECOLOGIA D.C.A.	02		€45,96
CONSULENZA ALTRI REPARTI	03	€ 20,66	€61,98

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE TERRITORIALE.

Secondo l'Eurostat nel 2008 l'Italia ha registrato la percentuale più alta d'Europa (20.08% di ultra 65enni) in rapporto all'invecchiamento, seguono Germania (20.05%⁹, Grecia (18.63) e Scozia (17%). Sempre secondo le proiezioni nel 2030 un italiano su quattro avrà 65 o più anni (26.15%), percentuale che salirà nel 2060 a 32.71%. Un altro dato interessante per il nostro Paese è che la maggiore spesa in relazione alla protezione sociale è data dalla previdenza col 66.7% e solo il 24% è destinato alla sanità. Riferendosi al Pil le cose non vanno meglio: Italia 6.8% ma 1,5% destinato al privato, Germania 8.6%, Francia 7.4%, con una media europea al 7%. Le ragioni per le quali cresce la spesa sanitaria in Italia, ma in genere in tutti i Paesi occidentali, sono molteplici: l'invecchiamento della popolazione e la famiglia più "debole"; la ricerca farmaceutica più avanzata e costosa; l'offerta ospedaliera tradizionale ancora ridondante e con un notevole ricorso alle prestazioni improprie (sia per la degenza che per PS); i costi aumentati delle apparecchiature tecnologiche; la sanità che si carica, a volte, di servizi e quindi di costi che sarebbero di competenza sociale. Con le risorse economiche pervicacemente sottostimate, in un Paese che è da sempre ai vertici mondiali per la longevità della sua popolazione, e con il fallimento della cultura "ospedalocentrica", si è reso necessario guardare al territorio con rinnovata attenzione.

Sviluppare la sanità nel territorio significa promuovere, organizzare, attivare e consolidare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione territoriali rendendo accessibili i servizi ai cittadini attraverso il potenziamento delle attività di cure primarie. La Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) sta svolgendo questo compito con ottimi risultati e dal punto vista sanitario (aumentando notevolmente la capacità di autonomia degli ospiti che poi andranno a casa) e dal punto di vista socio-assistenziale e relazionale con le varie attività che si svolgono all'interno e all'esterno della struttura.

La R.S.A. è una struttura finalizzata a fornire assistenza continuativa a carattere socio-sanitario che offre ospitalità e prestazioni a livello assistenziale infermieristico e riabilitativo superiore a quelle erogate dalle strutture residenziali di natura socio-assistenziale, offre aiuto nel recupero funzionale e nell'inserimento sociale e prevenzione delle principali patologie croniche, ospitano per un periodo più o meno lungo persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure



mediche di più specialisti e di una complessa assistenza sanitaria. Le RSA dell'Azienda ASP di Potenza sono due, allocate nelle sedi di Maratea e Chiaromonte. Esse nascono dall'esigenza di coniugare la razionalizzazione delle risorse con l'appropriatezza dei servizi e dalla constatazione che le tradizionali residenze, a prevalente componente sociale, per autosufficienti non sono in grado di soddisfare tutti i nuovi e mutati bisogni delle popolazioni anziane che richiedono con sempre maggiore frequenza luoghi di cura e riabilitazione in presenza di disabilità di vario grado. La loro attività ha avuto inizio nel gennaio 2007 e tende ormai a stabilizzarsi. Gli ospiti vengono accolti nelle RSA sulla base di un Disciplinare delle attività della RSA e vengono inseriti in un programma di interventi terapeutico-assistenziali e di integrazione territoriale che trova sostegno e sinergie in altri servizi sanitari e sociali nonché nel volontariato. Nelle due RSA di Maratea e Chiaromonte si realizza l'ottimizzazione delle risorse logistiche, strutturali, umane, professionali ed economiche, il superamento di schematismi e mansionari rigidi di lavoro e il rispetto dell'approccio olistico al paziente tipico dell'Assistenza Primaria che qui viene fornita in un ambiente "residenziale". La novità del modello operativo attuato nelle RSA è rappresentata da una forma di coinvolgimento ed integrazione fra professionisti territoriali che lavorano in equipe coordinate dal MMG, che rappresenta un punto di forza nella rete dei servizi aziendali agli anziani e disabili e che, grazie alle sue competenze, cerca di realizzare la massima integrazione degli interventi sanitari e sociali evitando in tal modo che ai danni provocati dalla disabilità possano sommarsi danni derivanti dalla istituzionalizzazione. Le competenze e la professionalità del MMG superano il vecchio e riduttivo compito di "assistere l'ammalato" e/o "controllare il sintomo", ma si realizzano attraverso la "presa in carico della globalità della persona" secondo il concetto olistico della biologia e della medicina generale, favorendo il suo benessere psicofisico e promuovendo il mantenimento della dignità dell'anziano fragile e del disabile. In tutti i programmi terapeutico-assistenziali delle RSA aziendali assumono rilievo le attività psicologiche che si sviluppano secondo un piano variamente articolato in:

- *Attività di accoglienza;*
- *Attività di orientamento,*
- *Attività di sostegno psicologico;*
- *Attività di elaborazione/rielaborazione;*
- *Attività di socializzazione/risocializzazione.*

Le RSA aziendali sono dotate di 30 posti letto di cui 16 nella RSA di Maratea (8 p.l. R3-assistenza anziani e 8 p.l. R3D-assistenza disabili psichici e fisici) e 14 nella RSA di Chiaromonte (10 p.l. R3 e 4 p.l. R3D). Si è voluto operare attraverso la costituzione di "Nuclei operativi" interni alle RSA e diversi per disabili

(di età media di circa 30 anni) ed anziani (con età media di 80 anni e tra gli ospiti ci sono stati anche ultracentenari) al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- far rientrare soggetti disabili già ospitati in maniera definitiva c/o strutture fuori regione nella RSA più vicina al luogo di residenza dei familiari;
- creare una interlocuzione psicologica tra voglia di vivere dei giovani e maturità dell'anziano. Questo ha un influsso positivo nell'anziano con una più proficua partecipazione delle associazioni di animazione e volontariato attraverso attività ludiche sul territorio(es. ipponoterapia).

Le attività più frequenti effettuate nell'anno 2013 sono state:

- trattamenti riabilitativi;
- trattamenti post-intervento
- assistenza post-ictus
- trattamento dei disabili affetti da ritardi mentali
- trattamento di patologie cronico-degenerative nell'anziano quali diabete, scompenso cardiaco, ecc.)
-

RSA R2 MARATEA Anno 2014							
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	utenti in attesa	ammissione	giornate di ospitalità erogata	Dimissioni	Valorizzazione
R2	14	40		29	4129	27	€ 465.751,20
totale	14	40	0	29	4129	27	€465.751,20

RSA MARATEA Anno 2014							
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	utenti in attesa	ammissione	giornate di ospitalità erogata	Dimissioni	Valorizzazione
R3	8	21		0	2246	0	€202.679,04
R3D	8	11		0	2807	0	€253.303,68
totale	16	32	0	0	5053	0	€455.982,72

RSA Chiaromonte Anno 2014							
Tipologia di assistenza	n. posti letto	n. utenti	utenti in attesa	ammissione	giornate di ospitalità erogate	Dimissioni	Valorizzazione
R3	10	87	0	57	3229	49	€291.384,96
R3D	4	23	0	9	1434	8	€129.404,16
totale	14	110	0	66	4463	57	€420.789,12

Nell'anno 2014 gli utenti trattati nella RSA di Maratea sono stati 72 di cui 40 con codice R2 e 32 RSA anziani(R3-R3D). Le giornate di ospitalità sono state complessivamente di 9.182 di cui 4.129 per gli utenti codice R2 e 5053 codice R3 e codice R3D.

Nella RSA di Chiaromonte gli utenti sono stati 103 nell'anno 2014 e 52 nell'anno 2013. Si registra un incremento di 51 utenti (+50%)

IL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE MENTALE

Le strutture costitutive del DSM secondo il P.O. Tutela salute mentale 98/2000(DPR 99) sono le seguenti:

- CENTRI DI SALUTE MENTALE
- SPDC
- STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (Centri Diurni e DH)
- STRUTTURE RESIDENZIALI , terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitative , classificate in relazione all'intensità dell'assistenza riabilitativa (assistenza 24 h, 12 h o per fasce orario)

Il CSM è il cuore del Dipartimento Salute Mentale, struttura in cui si realizza l'accoglienza del paziente; si effettua la valutazione delle condizioni psicopatologiche ; delle dinamiche intrapsichiche e intrafamiliari; del funzionamento sociale e relazionale. Nel CSM si elaborano progetti terapeutici e riabilitativi personalizzati; si erogano trattamenti psicologici con psicoterapie individuali, familiari e di coppia; si somministrano test di personalità ; test di valutazione del quoziente intellettivo e di deterioramento cognitivo; test di valutazione delle abilità e dell'adattamento sociale. Il CSM funge da filtro ai ricoveri; gestisce le urgenze in sede o a domicilio. Il CSM deve essere aperto dal lunedì al sabato 12 ore al dì.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE : CENTRI DIURNI (CD) :

Sono strutture semiresidenziali , aperte 8 ore al dì , con funzioni terapeutico - riabilitative.

Le strutture semiresidenziali (CD) consentono di riabilitare gli utenti nel proprio contesto , consentendo loro di vivere a domicilio con la famiglia ; limitando gli inserimenti nelle strutture residenziali psichiatriche , con minor costi per l'ASP.



E' presente un solo Centro diurno a Potenza (20 pl), gestito da una Cooperativa sociale, sotto la supervisione, il controllo e la verifica del DSM.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE :

Sono strutture terapeutico- riabilitative e socio-riabilitative per pazienti di esclusiva competenza psichiatrica, che necessitano di interventi a medio e lungo termine , con assistenza 24 ore al dì , 12 ore al dì o per fasce orario, a seconda dei bisogni assistenziali e riabilitativi degli utenti.

Nell'ASP le strutture residenziali psichiatriche sono gestite da Cooperative Sociali , sotto la supervisione e il controllo del DSM.

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

Struttura ospedaliera ubicata nell' Ospedale Generale in cui si attuano ricoveri psichiatrici volontari o in Trattamento Sanitario Obbligatorio. Si effettuano , inoltre consulenze psichiatriche nel Pronto Soccorso e nelle altre UU.OO. dell'Ospedale. Le strutture presenti sono:

SPDC ubicato nell'Ospedale di Melfi : n. 4 pl

SPDC ubicato nell'Ospedale S. Carlo di Potenza : n. 6 pl + n. 2 pl DH

SPDC ubicato nell'Ospedale di Villa d'Agri : n. 9 pl + n. 1 DH.

CSM DI LAURIA

IL CSM ubicato nel P.O. di Lauria , è aperto 12 ore al dì dal lunedì al sabato, con articolazioni ambulatoriali periferiche nel Distretto di Senise e P.O. di Chiaromonte .

Al CSM è collegato un DH con n. 2 pl., per ridurre i ricoveri ordinari.

Nel CSM vengono effettuate anche attività riabilitative quali art-therapy , musicoterapia, gruppo discussione con i pazienti , sport-terapia, gruppo pesca .

Il CSM effettua consulenze negli Ospedali di Lagonegro, Maratea, Lauria, Chiaromonte.

Sono effettuate visite domiciliari nelle case di Riposo, nelle RSA, ai pazienti in ADI.

Gli psichiatri del CSM effettuano nel P.O. di Chiaromonte visite psichiatriche , colloqui psichiatrici per il DCA e CRA nell'attività ambulatoriale e nelle residenze.

Il CSM collabora con le Associazioni di Volontariato MOV di Lauria, Angelo Custode di Lauria e "Gioia e Speranza di Senise .

Interventi totali n. 20.981

Interventi previsti dal DM/96 : n. 7.149



- visite psichiatriche **n. 4.601**
- visite per porto d'arma **n. 104**
- visite psichiatriche domiciliari **n. 219**
- psicoterapie familiari **n. 64**
- psicoterapie individuali **n. 1.137**
- colloqui psicologici clinici **n. 390**
- colloqui psichiatrici **n. 105**
- test psicologici **n. 343**
- visita psicologica clinica **n. 5**
- visite psichiatriche presso l'ambulatorio dei D.C.A. : **n 181**

Ricavi = euro 119.129,18

Altri interventi medici n. 2.326

- consulenze ospedaliere **n. 262**
- colloqui con operatori **n. 104**
- raccordo MMG **n. 39**
- raccordi interni ASP **n. 196**
- raccordi esterni ASP **n. 69**
- contatti indiretti utenti **n. 117**
- contatti con Enti Locali ed Istituzioni **n. 27**
- commissioni ASP **n. 25**
- lavoro amministrativo **n. 1.130**
- riunioni equipe **n. 48**
- interventi riabilitativi esterni **n. 108**
- interventi riabilitativi interni (arte-terapia , musicoterapia, laboratorio autobiografico) **n. 201**

Nel CSM è svolta **attività di musicoterapia** : 10 ore settimanali con sedute di gruppo e individuali in utenti provenienti dal territorio o inseriti nelle case alloggio. Dal mese di Dicembre le ore settimanali sono 15.

Nel CSM si svolge il **laboratorio di pittura** una volta alla settimana, gestito da una esperta volontaria. E' attivo il **laboratorio di autobiografia** "la mia storia" ed è stato ripreso il " **Progetto Pesca**" già sperimentato nell'anno precedente nella stagione primaverile-estiva.

Per le visite psichiatriche sono stati monitorati i tempi di attesa.

E' stata garantita un'appropriata presa in carico ed orientamento degli utenti.

Vi è una costante integrazione tra CSM ,SPDC ed altri servizi sanitari e socio-sanitari.

I pazienti in carico nel CSM di Lauria nell'anno 2014 sono 1783

Interventi infermieristici n. 8.677



Accoglienza utenti e familiari; compilazione dati anagrafici e sociali cartella clinica; esecuzione terapie; esecuzione prelievi ematici; esecuzione ECG; visite infermieristiche domiciliari; controllo e verifica nelle case alloggio per i farmaci, l'assistenza agli utenti; approvvigionamento scorte farmaci, custodia, controllo scadenza e scarico; partecipazione ad attività riabilitative; custodia archivio e modulistica; contatti indiretti telefonici; programmazione turni infermieristici.

Di cui

- accoglienza e colloqui utenti: **n. 6.335**
- colloqui familiari: **n. 34**
- visite domiciliari infermieristiche **n. 400**
- esecuzione terapie **n. 858**
- esecuzione prelievi ematici **n. 54**
- colloqui operatori Case Alloggio **n. 162**
- lavoro amministrativo **n. 120**
- contatti indiretti utenti **n. 220**
- controllo farmaci C.A. " Il Torrente " **n. 7**
- controllo farmaci C.A. " I girasoli di Erika " **n. 8**
- presenza infermieristica DH **n. 482**

Gli infermieri svolgono inoltre, per la loro competenza, controllo e verifica nelle Case Alloggio; attività di sostegno ai pazienti inseriti nelle attività riabilitative; somministrazione di terapie depot e controllo parametri (P.A., ecc) a domicilio in pazienti gravi che rifiutano di recarsi al servizio.

Interventi Sociali: n. 2.829

Raccordi con Istituzioni e Associazioni di Volontariato; colloqui sociali individuali; colloqui sociali con familiari; accordi con operatori case alloggio; controllo patrimonio economico utenti case alloggio e gestione del denaro; accordi con servizi interni ASP; interventi domiciliari sociali; UOZ).

Di cui

- colloqui sociali utenti **n. 597**
- colloqui sociali familiari **n. 74**
- accordi con istituzioni e volontariato **n. 75**
- visite domiciliari sociali **n. 40**
- visite Case Alloggio **n. 70**
- accordo con operatori **n. 300**
- colloqui con ospiti Case Alloggio **n. 807**
- accordi con servizi interni ASP **n. 60**
- accordi con MMG **n. 7**
- contatti indiretti **n. 400**
- interventi riabilitativi **n. 50**
- relazioni sociali **n. 5**
- UOZ – riunioni per Progetti **n. 90 - di cui n. 7 U.O.Z.**



- discussione casi **n. 70**
- lavoro amministrativo **n. 18**
- interventi di rete **n. 80**
- raccordi Giudice Tutelare **n. 2**
- laboratorio di “art-therapy“ **n. 48**
- laboratorio di “scrittura autobiografica” **n. 32**
- **formazione lavorativa n. 4 inserimenti lavorativi di pazienti nel Progetto “Orti Sociali” della Regione.**

DH PSICHIATRICO:

è collegato al CSM; dotato di n. 2 pl ; aperto durante l’orario di apertura del CSM.

Dimessi: n. 38

- G.D.: **n. 495**
- % occ. P.L.: **95.19**
- Turn Over: **0,66**
- Indice di rotazione : **19**
- D.M. : 13,02
- Sesso : n.16 maschi n.22 femmine
- Motivo ricovero: terapeutico
- La percentuale maggiore dei ricoveri effettuati è costituita da psicosi (84,21 %)

Ricavi = euro 71.007,04

Per i ricoveri in DH è stato compilato il campo di prenotazione previsto dalla SDO.

Vi è stata una corretta compilazione della SDO in tutti i suoi campi.

E’ stata rispettata la soglia dei ricoveri inappropriati in DH secondo la DGR 606/2010.

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE ambito Lagonegrese-Senisese :

- 1) **Casa alloggio “Il Torrente”**, ubicata a Lauria; ospita n. 20 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa “Nuove Dimensioni-C.S. “
G.D.: n. 7.103
- 2) **Casa alloggio “Casa Vallina”**, ubicata nel Comune di Calvera ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa Auxilium .
G.D. : n. 5.291
- 3) **Casa alloggio “I girasoli di Erika “**, ubicata nel Comune di Trecchina ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Coop. “Spes-C.S. “
G.D. : n. 5.467

Ai fini della riabilitazione e dell’elaborazione di un progetto individualizzato, sono utilizzati , a cadenza trimestrale , strumenti di valutazione delle disabilità e del funzionamento sociale quali il VADO, supervisionati dal DSM.

- 4) **Gruppo appartamento “Il Glicine “** ubicato nel Comune di Lauria , ospita n. 3 utenti.
L’assistenza è per fasce orario (n. 6 ore al dì) da parte di un educatore e un OSS.



G.D.: n. 1.092

- 5) Gruppo appartamento “Insieme per...”**, ubicato nel Comune di Trecchina, ospita n. 4 utenti.
G.D. : n. 1.443

L'assistenza è per fasce orarie (n. 6 ore al di) da parte di un educatore e un OSS.

Progetti riabilitativi :

- ❖ Progetto “Oggi cucino anche io”,
- ❖ Progetto “Fantasie di fili”,
- ❖ Progetto “Laboratorio delle attività espressive”,
- ❖ Progetto “Ricordi di una vita”,
- ❖ Progetto “A spasso con il computer”,
- ❖ Progetto “La casa risplende”,
- ❖ Progetto “Il nostro amico a quattro zampe”,
- ❖ Progetto “Chiacchierando”,
- ❖ Progetto “I regali della natura”,
- ❖ Progetto “MOV”,
- ❖ Progetto “Fantasie ad uncinetto”,
- ❖ Progetto “Una canzone per te”,
- ❖ Progetto “EDA “corso per l'educazione permanente degli adulti”,
- ❖ Progetto “Ortoterapia”,
- ❖ Progetto “Le Palme per la Pace”,
- ❖ Progetto “L'Italia al Mondiale”,
- ❖ Progetto quadro al decoupage “La Vergine di Pompei”,
- ❖ Progetto “Auguri personalizzati”,
- ❖ Progetto “Il corpo in movimento”,
- ❖ Progetto “Carta e calamaio” la scrittura creativa,
- ❖ Progetto “www.it”,
- ❖ Progetto “Il gioco dell'immagine”,
- ❖ Progetto “Metti la cera , toglila cera”,
- ❖ Progetto “Conoscere l'arte”,
- ❖ Progetto “Nuova vita”,
- ❖ Progetto “Tutti intorno al tavolo”,
- ❖ Progetto “Poiesis”,
- ❖ Progetto “Ippoterapia”,
- ❖ Progetto “Tackwondo”,
- ❖ Progetto canto “ Il canto come terapia ”,
- ❖ Progetto rieducazione alimentare “ Per noi oltre la dieta ”,
- ❖ Progetto “Carnevale 2014”,
- ❖ Progetto “Orti Sociali”,
- ❖ Progetto “Copes”,
- ❖ Progetto “Pasqua”,
- ❖ Progetto “Rieducazione alimentare”
- ❖ Progetto “I colori della natura” ,
- ❖ Progetto “Laboratorio di cucina”,
- ❖ Progetto “Natale” ,



- ❖ Progetto “ laboratorio della autonomie”,
- ❖ Progetto di discussione “ Parliamone” ,
- ❖ Progetto “ Laboratorio decoupage”,
- ❖ Progetto “ Il mio compleanno ,vorrei che...”,
- ❖ Progetto “ Benessere Psicofisico”,
- ❖ Progetto “ Pesca”,
- ❖ Progetto di “ Giardinaggio”
- ❖ Gite ed escursioni,
- ❖ Partecipazione a Sagre e feste di paese,
- ❖ Giornate al mare.

CSM POTENZA

Il CSM, ubicato a Potenza è aperto dal lunedì al venerdì per 12 ore al dì ; il sabato fino alle h 14.

E' programmato , con frequenza quindicinale,un ambulatorio nel Distretto di Avigliano. In relazione all'elaborazione di un progetto regionale da parte del Direttore DSM sulla salute mentale nelle carceri , è stato attivato nel 2012 un ambulatorio nel Carcere minorile di Potenza con la presenza di n. 2 psichiatri a rotazione ed uno uno psicoterapeuta . Attualmente la frequenza è settimanale .

Nel carcere adulti lo psichiatra si reca per chiamata e collabora con lo specialista convenzionato che vi opera.. Gli psichiatri del DSM a Potenza sostituiscono in reperibilità nel carcere lo specialista convenzionato nei periodi di ferie.

Interventi medici totale previsti dal DM/96 : n. 7.887

Di cui

- visite psichiatriche **n. 5.802**
- colloqui psicologici clinici **n. 1080**
- colloqui psichiatrici **n. 24**
- psicoterapie individuali n 274
- psicoterapie familiari **n. 24**
- somministrazione test **n. 255**
- visite domiciliari **n. 135**
- visite porto d'arma **n. 192**
- ecg **n. 101**

Ricavi = euro 118.349,88

Interventi Sociali n. 4.832

- programmazione e coordinamento **n. 235**
- colloqui sociali con utenti e famiglie **n. 568**
- colloqui sociali d'equipe **n. 835**
- attività ambulatorio c/o distretto di Avigliano **n. 24**
- attività ambulatorio “salute mentale donna” **n. 49**
- interventi domiciliari territoriali **n. 91**
- interventi sociali presso S.P.D.C. di Potenza **n. 65**



- incontri comitato tecnico provinciale- legge n. 68/99 **n. 3**
- interventi di rete **n. 180**
- inserimenti di utenti presso C.P.R. **n. 6**
- interventi socio-riabilitativi e verifiche C.P.R. **n. 75**
- inserimenti presso centro diurno di Potenza **n. 3**
- dimissioni utenti dalle strutture riabilitative **n. 16**
- relazioni sociali **n. 103**
- consulenze socio amministrative **n. 84**
- conduzione gruppo A.M.A famiglie **n. 44**
- coordinamento interventi sociali presso C.R.R. Avigliano **n. 83**
- attività commissione per azzeramento residuo manicomiale **n. 8**
- riunioni organizzative di servizio **n. 58**
- attività di tutoraggio **n. 2**
- colloqui telefonici **n. 2.300**

Sono attivi con frequenza settimanale nel CSM il cineforum, il laboratorio artistico e il laboratorio di scrittura. E' in itinere il Progetto "ARCA" nel Comune di Calvello, per l'inserimento lavorativo di un utente psichiatrico.

E' in itinere il Progetto "CREATTIVAMENTE", promosso dall'associazione Solarmente, che ha partecipato al bando Nuovi Fermenti della Regione Basilicata.

I pazienti in carico nel CSM di Potenza nell'anno 2014 sono 1341

SPDC - ubicato nell'A.O. San Carlo

Ricoveri ordinari : n. 221

- di cui n. 46 TSO (n. 41 ASP , n. 1 di competenza ASM e n. 4 extraregionali)
 - % occ. P.L.: 102
 - DM: 12
 - P. M. DRG : 0,78
- Ricavi = 435.562,00**

Ricoveri DH dimessi : n. 45-Ricavi DH = 43.093,00

Consulenze: n. 976

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE POTENZA

- 1) **Casa Alloggio "Il Sollievo"**, ubicata a Potenza ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Don Uva "
G.D.: n. 5.365
- 2) **Casa Alloggio "Prometeo"** , ubicata nel Comune di Potenza ; ospita n. 14 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa "Prometeo" .
G.D. : n. 5.102
- 3) **Casa Alloggio "Benessere "** , ubicata nel Comune di Potenza ; ospita n. 15 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Coop. "Benessere"



G.D. : n. 5.368

4) Centro Diurno “La Mongolfiera” Potenza: accoglie n. 20 utenti

G.D. : n. 5.998

5) Centro Riabilitativo Residenziale CRR di Avigliano, ospita n. 9 utenti con assistenza 24h su 24

G.D. : n. 3.213

6) Gruppo Appartamento ubicato nel Comune Avigliano , ospita 12 utenti con assistenza 6h al dì

G.D. : n. 3.881

7) Casa Famiglia “ OPHELIA” ubicata nel comune di Potenza, ospita n. 9 utenti con assistenza di 24 h al dì. Attivata il 01 luglio 2013

G.D. : n. 3.258

Progetti riabilitativi

- Progetto “ Cura di sé”
- Progetto “ Sicurezza stradale”
- Progetto “ Pasticceria”
- Progetto “ Le mille sfumature del carnevale”
- Progetto “ La storia e la memoria”
- Progetto “ Ginnastica dolce”
- Progetto “Cinema”
- Progetto “Leggi che ti passa”
- Attività grafico-pittoriche
- Musicoterapia
- Laboratorio eco-cosmesi
- Ortoterapia
- Attività di nuoto
- Gite ed escursioni

Progetti di inserimento lavorativo:

- Progetto STIS lavorativo ad Avigliano
- Manutenzione del verde a Potenza
- Attività di ristorazione c/o il centro estivo “La Costara” a Sasso di Castalda

SPDC DI VILLA D’AGRI (n. 9 pl ordinari + n. 1 pl DH)

Totale ricoveri(ordinari e DH): n. 236

Ricoveri Ordinari : n. 194

di cui ricoveri in TSO **n. 17** (n. 2 provenienti da Fuori Regione ; n. 1 ASM)

- P M DRG : **0,77**
- % occ. P.L. : **93,96**
- Turn Over : **1,02**



- D.M. : **15,87**
- G.D. : **n. 3.078**
- Indice di rotazione: **21,56**

Ricavi = euro 374.170,76-Ricoveri in DH : n. 42

- % occ. P.L. : **117,69**
- Turn Over : **- 1,10**
- D.M. : **7,28**
- G.D. : **n. 306**

Ricavi = euro 48.544,64

Psichiatria territoriale Val D'Agri-(Villa D'Agri – Sant'Arcangelo – Brienza)

Interventi medici previsti dal DM/96 : n. 2.700

Di cui

- visite psichiatriche **n. 2.617**
- visite psichiatriche domiciliari **n. 5**
- visite per porto d'arma **n. 78**

Ricavi = euro 38.622,22

I pazienti in carico nell'anno sono 1053.

STRUTTURE RESIDENZIALI ambito territoriale Val D'AGRI:

- 1) **Casa Alloggio "RAP"**, ubicata a Tramutola ; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa "Coop F. Di C.S."
G.D.: n. 3.681
- 2) **Casa Alloggio "CADMA"**, ubicata nel Comune di Villa D'Agri ; ospita n.13 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita da una Cooperativa sociale .
G.D. : n. 4.739

Progetti riabilitativi Case Alloggio :

- ❖ Laboratorio di " Attività motoria",
- ❖ Laboratorio di " Attività di ricamo",
- ❖ Laboratorio di " Cultura generale",
- ❖ Laboratorio di " Musicoterapia",
- ❖ Progetto "Copes",
- ❖ Laboratorio di " Attività artistica e manuale",
- ❖ Laboratorio di cucina " La Brigata del pane",
- ❖ Laboratorio "Gioco e tempo libero",
- ❖ Laboratorio di " Cineforum",
- ❖ Laboratorio di " Lettura e discussione giornali",



- ❖ Laboratorio di “ Agricoltura e Giardinaggio”,
- ❖ Laboratorio “ Orti urbani”,
- ❖ Laboratorio “Educazione ambientale”,
- ❖ Laboratorio “Corso di fotografia”,
- ❖ Attività escursionistiche,
- ❖ Laboratorio di “Lettura creativa e scrittura”,
- ❖ Laboratorio di “Attività artistica”,
- ❖ Corso di formazione “ Si può fare”,
- ❖ Laboratorio di “Informatica”,
- ❖ Piscina.

CSM (Not Rionero - Venosa - Palazzo S. Gervasio – Melfi - Lavello)

Interventi totali n. 7.820

1) interventi previsti dal DM/96 : n. 4.315

Di cui

- visite psichiatriche **n. 2.613**
- visite psichiatriche domiciliari **n. 95**
- colloqui psichiatrici **n. 47**
- psicoterapie individuali **n. 583**
- psicoterapia familiare e di gruppo **n. 40**
- colloqui psicologici clinici **n. 808**
- colloqui psicologici di coppia **n. 91**
- test psicologici **n. 38**

Ricavi: 70.299,38

2) Altri interventi medici n. 684

- Raccordo MMG **n. 646**
- Consulenze psichiatriche **n.28**
- Consulenze (UVBR) **n.10**

3) Interventi sociali n. 2.821

Gli interventi riabilitativi attivati, rivolti ai pazienti sono :

- Laboratorio di animazione teatrale, diretto da un regista volontario,
- Laboratorio creativo con materiali di riciclo,
- La terza edizione di “ Roba da matti” in collaborazione con l’Associazione di familiari “Alda Merini”,
- Escursione Monte Carmine con visita al Castello di Lagopesole
- Laboratorio di ricamo e cucito promosso dalla CARITAS parrocchiale,



- Laboratorio di socializzazione in collaborazione con la Caritas nel Progetto “Famiglie solidali”,
- Gruppo escursioni Monte Vulture in collaborazione con il CAI,
- Gruppi di socializzazione
- Attività risocializzante “Una giornata al mare”
- Progetto “Una montagna per superare le barriere”: n. 4 escursioni,
- Nell’ambito del Progetto del Comune di Venosa “Illuminiamo una piazza”: albero di Natale in Piazza Ninni, in collaborazione con l’Associazione “Alda Merini”.

Sono stati attivati i seguenti interventi informativi e di prevenzione/educazione sanitaria:

- Incontro dell’8 marzo sul tema della donna, organizzato da un’Associazione del territorio,
- Incontro sul tema dell’adolescenza, rivolto agli alunni ed insegnanti del Liceo Classico,
- “Familiaramente”, incontri informativi su tematiche sociali, rivolti ai familiari sull’istituto dell’amministratore di sostegno.

Sono stati attivati n. 40 interventi di formazione al lavoro con n. 10 inserimenti lavorativi.

I pazienti in carico nel CSM di Lavello e NOT di Venosa, Melfi, Palazzo S. Gervasio e Rionero sono 2119.

SPDC Melfi (n. 4 P.L.)

Ricoveri ordinari : n. 141

Di cui :

- TSO **n. 26** (i **n. 4** extra-regionali)
- P.M. DRG : **0,77**
- G.D : **1.350**
- D. M. : **9,57**
- % occ. P.L. : **92,72**
- Turn Over : **0,75**
- Indice di rotazione : **32,25**
- Spesa farmaci : **euro 10.925,45**
- Presidi : **euro 1.232,36**
- Altri presidi: **euro 856,12**

Ricavi = euro 284.170,01

Consulenze : n. 320

STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE AMBITO TERRITORIALE VULTURE - MELFESE

- 1) **Casa alloggio “La Ginestra”**, ubicata a Ripacandida; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24; gestita dalla Cooperativa “Auxilium “
G.D.: n. 3.551



2) **Casa alloggio “Iris”** , ubicata nel Comune di Maschito ; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa “Auxilium” .

G.D. : n. 3.151

3) **Casa alloggio “Alba”** , ubicata nel Comune di Genzano di Lucania ; ospita n. 10 utenti con assistenza 24 ore su 24 ; gestita dalla Cooperativa “Auxilium”

G.D. : n. 3.092

Progetti riabilitativi Case alloggio :

- ❖ Laboratorio artistico ,
- ❖ Laboratorio di uncinetto,
- ❖ Laboratorio di giardinaggio e orticoltura,
- ❖ Laboratorio di scrittura creativa,
- ❖ Laboratorio “ Commentiamo insieme” con commenti di films o libri,
- ❖ Laboratorio di ginnastica dolce,
- ❖ Laboratorio di fotografia,
- ❖ Laboratorio di restauro,
- ❖ Laboratorio di educazione ambientale,
- ❖ Laboratorio di musicoterapia,
- ❖ Laboratorio di ceramica,
- ❖ Soggiorni estivi,
- ❖ Progetti ludico-ricreativi (es. gioco a carte),
- ❖ Laboratorio “ Pasta fatta in casa” ,
- ❖ Laboratorio “ Raccontare e ricordare” ,
- ❖ Partecipazione al coro parrocchiale e alle attività dell’oratorio,
- ❖ Partecipazione a feste e sagre.



ALTRE ATTIVITA E PROGETTI DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

- **LINEE GUIDA:**

- ✓ sono state trasmesse ai Dirigenti e Coordinatori infermieristici le **linee Guida Internazionali** dell'Associazione Psichiatrica Americana sui **Disturbi del Comportamento Alimentare**.

- **PROTOCOLLI E PROCEDURE** : Sono attivi i protocolli operativi :

- ✓ tra i Centri Salute Mentale ed SPDC di ogni ambito territoriale del DSM;
- ✓ tra il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e il SPDC di Pz del DSM ASP ;
- ✓ tra la Chirurgia bariatrica e la Psichiatria di Villa D'Agri .
- ✓ E' stato garantito il rispetto delle raccomandazioni in tema di Contenzione fisica e Trattamento Sanitario Obbligatorio, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e recepite dalla Regione Basilicata.

- **PROGETTI MMG** :

- ✓ Progetto "Interventi di rete con i MMG"
- ✓ Progetto "Monitoraggio Qt e QTc , antipsicotici ed aritmie"
- ✓ Progetto "Sindrome metabolica nei pazienti psichiatrici"

E' attiva la collaborazione tra i MMG e il CSM di Lauria sui progetti inerenti il rischio di aritmie in pz in terapia con psicofarmaci ; la sindrome metabolica ; gli interventi di rete e l'accesso alle cure nel CSM.

- **RICERCA** :

- ✓ **Studio ETAS** "Epidemiologia e trattamento appropriato della schizofrenia " tra il CSM di Lauria, il CSM del Vulture-Melfese e Il Centro Studi di Torino: in corso.
- ✓ **Studio osservazionale HOSPIPalm** sull'uso ospedaliero di paliperidone intramuscolare a lento rilascio nel SPDC di Potenza: in corso

PROGETTO REGIONALE "Prevenzione della depressione postpartum e dei disturbi psichici nelle fasi del ciclo vitale della donna ", con l'attivazione nel DSM di cinque Centri di Tutela Salute Mentale Donna, situati, rispettivamente nel CSM di Potenza e di Lauria e nella Psichiatria territoriale di Venosa, Chiaromonte e Villa D'Agri.

- ✓ E' stato garantito il rispetto del Protocollo di Intesa tra DSM e UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASP di Potenza per la tutela salute mentale donna.



- ✓ Sono stati distribuiti alle donne in gravidanza test di auto somministrazione (EPDS, STAI-Y) che valutano la depressione e l'ansia nelle UU.OO di Ostetricia e Ginecologia di Lagonegro e Melfi. Sono state contattate le donne con un cut off alto o borderline per un colloquio informativo e di counselling. E' in programmazione l'effettuazione di visite domiciliari dopo il parto per l'osservazione dell'interazione diade madre-bambino, con somministrazione del test PSI (Parenting stress index).
- ✓ Sono stati avviati contatti e una collaborazione con il Centro di eccellenza "Psiche donna" dell' **Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano** per l'organizzazione di una formazione multidisciplinare residenziale, destinata a psichiatri, psicologhe, assistenti sociali, educatori, ginecologi, ostetriche ed infermieri dei servizi coinvolti nel Progetto Regionale, che si è svolta a Maratea nei giorni 12-13 e 26-27 maggio dell'anno in corso.
- ✓ Il DSM ha aderito alla giornata nazionale dedicata alla donna 8 marzo 2014, con l'allestimento di punti informativi sulla salute Mentale Donna nei servizi territoriali del DSM.
- ✓ E' stata elaborata una cartella specifica salute mentale donna in cui si evidenziano i fattori di rischio, gli interventi e terapie pregresse, ai fini di un monitoraggio più analitico per la prevenzione di ricadute.

PROGETTO REGIONALE "Salute mentale dei minori nel carcere minorile" :

E' stato garantito il rispetto del Protocollo di Intesa sulla Salute Mentale dei minori nei servizi area penale interna del Centro Giustizia Minorile di Calabria e Basilicata. E' attivo un ambulatorio psichiatrico nel carcere minorile a frequenza settimanale, gestito da n.2 psichiatri a rotazione ed uno psicoterapeuta del DSM.

PROGETTO REGIONALE "Prevenzione della salute fisica nei pazienti psichiatrici ":

Il Progetto mira a realizzare uno studio sulla comorbilità fisica e stili di vita dei pazienti psichiatrici, individuando gli utenti a rischio per malattie endocrine e metaboliche; promuovere percorsi di cura attraverso l'integrazione tra i servizi (DSM, SIAN; MMG, ecc.); modificare lo stile di vita; ridurre la mortalità e migliorare la qualità di vita degli utenti psichiatrici.

PROGETTO REGIONALE " Residenza leggera e supporto all'abitare .La comunità quale luogo di riabilitazione psicosociale":



Sono stati selezionati gli utenti delle strutture residenziali con assistenza h 24 che hanno effettuato il percorso riabilitativo e sono pronti per l'inserimento in case popolari, rese disponibili dall'ATER, con assistenza per fasce orario; ai fini della inclusione nella comunità di appartenenza.

Sono stati avviati incontri con le Associazioni di Volontariato, l'Ente Locale e con i familiari ai fini delle dimissioni e coinvolgimento delle risorse presenti sul territorio.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

- ✓ E' stata elaborata dal Direttore DSM, **per il Dipartimento Politiche della persona, una relazione** sul *“Programma per il superamento O.P.G. e per l'attivazione di una struttura alternativa: n. 1 CENTRO DIURNO PSICHIATRICO e n. 2 gruppi appartamento, ubicati nel Comune di Lauria”*. (DGR N. 1216 del 7 ottobre 2014)
- ✓ Sono stati effettuati interventi e valutazioni negli OPG di Aversa e Barcellona Pozzo di Gotto degli utenti psichiatrici internati per l'elaborazione di progetti riabilitativi, ai fini delle dimissioni degli stessi.
- ✓ Il DSM è in rete con Comunità terapeutiche, UEPE, Magistratura di Sorveglianza e Procure per i pazienti psichiatrici autori di reato e con misure di sicurezza.
- ✓ La sottoscritta è referente regionale del gruppo tecnico interregionale salute mentale .
- ✓ La sottoscritta è referente regionale del Macrobacino per il superamento dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto.
- ✓ **Azioni finalizzate alla valutazione e all'azzeramento del Residuo manicomiale Don Uva:**

Sono stati coordinati incontri con la Commissione e con il gruppo operativo. La fase di valutazione c/o il Don Uva è conclusa e sta per concludersi quella relativa alle dimissioni, con suddivisione delle competenze inerenti il DSM ed Usib. Sono state inviate note alle Aziende Sanitarie ed Enti Locali per la presa in carico dei pazienti, dichiarati dimissibili dal Don UVA e residenti in altre Regioni.

- ✓ **Lotta allo stigma ed educazione sanitaria:**

Annualmente, nell'ambito delle manifestazioni estive delle Pro Loco e di altre associazioni, in molti Comuni della ASP vengono organizzate giornate dedicate alla salute mentale, con il coinvolgimento della comunità locale.

Analogamente in occasione delle festività, si organizzano incontri con i cittadini, il Volontariato, le Associazioni territoriali, all'interno delle strutture residenziali.

- ✓ Il DSM ha allestito nel periodo estivo una **mostra degli elaborati**, degli utenti psichiatrici, prodotti nei laboratori di art-therapy nel CSM di Lauria.

- ✓ **Il DSM in collaborazione con l'Associazione di familiari "Alda Merini"** ha allestito a Venosa, attraverso il laboratorio del riciclo, un albero di Natale con 5000 bottiglie di plastica realizzati dagli utenti psichiatrici. Inoltre è attiva la "Bottega creativa del riuso" in cui i pazienti esprimono la loro creatività, utilizzando materiale di scarto.
- ✓ Analogamente gli utenti della casa alloggio di Trecchina, durante le festività natalizie, hanno partecipato alle "**luminarie**" di Trecchina, attraverso la realizzazione di lampadari con il riciclo di bottiglie di plastica.
- ✓ Il DSM in collaborazione con la Coop. che gestisce la casa alloggio Vallina di Calvera ha allestito nel mese di dicembre, una **mostra fotografica dal titolo "Immagina... Puoi!"** con opere realizzate dai pazienti psichiatrici, alla quale hanno dato risonanza anche i mass media regionali.
- ✓ Il DSM ha promosso la partecipazione degli utenti del Centro salute mentale di Lauria al **concorso letterario "Storie di guarigione"**, organizzato dall'Associazione "Far Pensare" di Biella, in collaborazione con la Provincia, il Comune e il DSM di Biella, il Centro Studi e Ricerche in Psichiatria di Torino.
- ✓ Il DSM in collaborazione con la Caritas Diocesana di Melfi, di Venosa e di Rionero ha partecipato al progetto "Centro famiglie solidali" finalizzato ad includere i giovani pazienti nella comunità e al sostegno delle famiglie.
- ✓ Il DSM collabora con le Scuole Medie Superiori, partecipando agli incontri, nella settimana dell'autogestione, su tematiche scelte dagli studenti. Nel Vulture-Melfese è stato realizzato un progetto sull'autostima, con ragazzi e docenti del liceo classico di Venosa che ha previsto lezioni frontali, somministrazione di questionari, report sui dati e discussione.
- ✓ Il DSM ha promosso la regia di un lungometraggio sulla salute mentale che è in itinere.

INSERIMENTI NEI TIROCINI FORMATIVI E LAVORATIVI :

E' stata promossa dal DSM la costituzione di una **Coop. di tipo B** nel territorio del Lagonegrese, composta da utenti psichiatrici e giovani donne inoccupate, ai fini dell'inserimento lavorativo ed inclusione sociale.

- ✓ Progetto S.O.S.: sviluppo orti sociali nell'area Lagonegrese hanno partecipato n. 4 pazienti ;
- ✓ Progetto COPES: hanno partecipato n. 8 pazienti;
- ✓ Progetto Terapeutico per L'Integrazione sociale e Lavorativa delle Persone "Svantaggiate" (S.T.I.S.), promosso dalla Provincia di Potenza e dalla Città di Avigliano: hanno partecipato n. 3 pazienti;



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

- ✓ Tirocinio formativo per l'inclusione di persone svantaggiate, promosso dall'APOF_IL, nella Val D'Agri: hanno partecipato n. 3 pazienti.



Sommario

PREMESSA/INTRODUZIONE.....	2
IL CONTESTO SOCIO ECONOMICO E EPIDEMIOLOGICO.....	5
PROFILO TERRITORIALE	5
PROFILO DEMOGRAFICO.....	8
PROFILO SOCIO-ECONOMICO	19
PROFILO EPIDEMIOLOGICO.....	22
PROFILO TERRITORIALE E DEMOGRAFIA DEGLI ALLEVAMENTI.....	38
LA PIANIFICAZIONE REGIONALE E LA NUOVA OFFERTA AZIENDALE.....	43
LA PIANIFICAZIONE REGIONALE.....	44
L'OFFERTA AZIENDALE	49
AREA DELLA PREVENZIONE	49
IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELL'AZIENDA ASP DI POTENZA	49
ALTRE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NEL TRIENNIO	53
AREA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.....	57
IL SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA.....	57
RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI.....	59
IL DISTRETTO DELLA SALUTE E LA SUA ORGANIZZAZIONE	60
I DISTRETTI DELLA SALUTE E LA RETE TERRITORIALE.....	62
CASA DELLA SALUTE	69
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE.....	85
INTERVENTI URGENTI PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA	89
L'INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO.....	91
LE DIMISSIONI PROTETTE E LA CONTINUITÀ DELLE CURE	91
UN MODELLO DI TELEMEDICINA PER I MALATI IN CURE DOMICILIARI DEL SISTEMA SANITARIO DELLA REGIONE BASILICATA.....	102
IMPLEMENTAZIONE E SVILUPPO DI PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO: PROTOCOLLO D'INTESA TRA A.O.R. SAN CARLO E AZIENDA SANITARIA DI POTENZA	115
INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	119
L'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	121
ALTRI ASPETTI DELLA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.....	126
RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA	128
LE PRINCIPALI LINEE DI AZIONE STRATEGICA:	133
IL RIORDINO DEL SETTORE AMMINISTRATIVO.....	134
LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ'	134
LO SVILUPPO DI SISTEMI DI GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT.....	135
UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	142



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

ATTIVITÀ GESTIONALI	144
STRUMENTI MANAGERIALI.....	145
L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO	145
ATTIVITA' ANNI 2013-2014	154