



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO **876** DEL **18 DIC. 2012**

TRASMESSA A:

Collegio Sindacale il **19 DIC. 2012** Controllo preventivo regionale il **19 DIC. 2012**

OGGETTO Piano Attuativo Locale anni 2012-2014

DIREZIONE PROPONENTE

Documenti integranti il provvedimento

1

Numero Allegati

RISERVATO ALL'UNITÀ OPERATIVA PROPONENTE (IMPUTAZIONE BUDGET)

Centro di responsabilità

€

Centro di costo

€

IL DIRIGENTE DELL'UNITÀ OPERATIVA

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente è stata pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza

in data **19 DIC. 2012** art. 44 – L.R.n. 39/2001 e s.m.l. e che la stessa vi rimarrà affissa per 5 gg. consecutivi

Potenza, **19 DIC. 2012**

DATA

IL FUNZIONARIO DELEGATO

Luigi Martorano

Premesso che

con la Legge Regionale n. 12 dell'1 luglio 2008 "riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale" la Regione Basilicata ha stabilito che il servizio sanitario regionale ha una struttura organizzativa di tipo aziendale, costituita dall'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP), dall' Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), dall'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) e dall'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture;

Richiamata

La Legge Regionale n. 39 del 31.10.2001 che all'art. 40 individua Il Piano Attuativo Locale come strumento fondamentale di pianificazione delle attività delle Aziende operanti nel Sistema Sanitario Regionale;

Considerato che

per gli obiettivi assegnati per il triennio 2012-2014 dalla Regione Basilicata a questa Azienda Sanitaria si possono assumere come principali documenti di riferimento:

- la Delibera di Giunta Regionale n° 606 del 08.04.2010 recante ad oggetto "Patto della salute 2010-2012 – Obiettivi di programmazione economico-finanziaria anni 2010-2011 – per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM. Dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS-CROB" e la DGR n. 2022 del 30.11.2010 "DGR 606/2010 – Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria anni 2010-2011 – per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS – CROB- Modifica ed Integrazioni; a seguito del riassetto organizzativo del sistema sanitario regionale ex L. R. n. 12/2008". Altre direttive vincolanti della Regione Basilicata, sono espressamente richiamate dalla predetta DGR 606/2010.
- DGR n.298 del 14/3/2012 "Patto della Salute 2010 - 2012 - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria - Anni 2012 - 2013 per i direttori generali delle Aziende sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'IRCCS - CROB
- 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.
- 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.

Rilevato che

il Piano Attuativo Locale rappresenta non solo una declinazione operativa degli obiettivi fondamentali indicati della Regione Basilicata ma, altresì, l'attuazione delle complessive strategie aziendali nel triennio 2012-2014;

Dato atto che

l'allegato documento è stato oggetto delle consultazioni previste e richieste ai sensi della L.R. 39/2001;

Sentito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

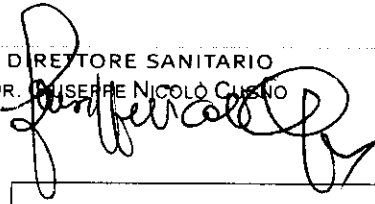
Per tutto quanto in premessa, che deve intendersi integralmente richiamato nella presente parte dispositiva

- **di adottare**, in attuazione dell'art. 40 della L.R. n. 39/2001, l'allegato "Piano attuativo locale 2012/2014 in attuazione della D.G.R. n. 298/2012;
- **di trasmettere**, per le valutazioni ed i successivi atti di competenza ex art. 44 della L.R. n. 39/2001, il presente atto alla Regione Basilicata.

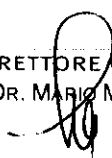
Dott.ssa Alessandra D'Amieri
L'ISTRUTTORE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA

IL DIRETTORE SANITARIO
DR. GIUSEPPE NICOLO' CUSANO



IL DIRETTORE GENERALE
DR. MARIO MARRA



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DOTT.SSA CRISTIANA MECCA



Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

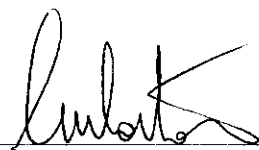
OGGETTO Piano Attuativo Locale anni 2012-2014

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data **19 DIC. 2012**

all'Unità Operativa _____

e alle Unità Operative _____

L'IMPIEGATO ADDETTO



(LUIGI MARTORANO)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA

PIANO ATTUATIVO LOCALE

2012 - 2014



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



PREMESSA/INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008. Essa è subentrata, sostituendole, dal 1 gennaio 2009, alle Aziende Sanitarie U.S.L. n.1 di Venosa, U.S.L. n. 2 di Potenza e U.S.L. n. 3 di Lagonegro, soppresse.

Il **piano attuativo locale** (PAL) nasce da un intenso lavoro di analisi dell'esistente, di coinvolgimento della dirigenza dell'azienda sanitaria e degli specifici "stakeholders" (enti locali, organizzazioni sindacali, volontariato, ecc.) allo scopo di ottenere il massimo impegno e riconoscimento del piano.

Ad una strategia di perseguimento di logiche di economia gestionale, si accompagna la ricerca della massima efficacia degli interventi e di miglioramento della qualità dell'offerta, non solo in termini di efficacia tecnica, ma anche di percezione da parte del cittadino.

Questo documento rappresenta il risultato di tale attività di programmazione, che vuole raggiungere le diverse istituzioni, i cittadini e le categorie di professionisti col fine di comunicare e condividere le logiche sottese alla strategia di riordino e rilancio della sanità lucana. I concetti di autosufficienza, continuità assistenziale e integrazione sono assunte come parole d'ordine di tutti i processi di miglioramento, nella consapevolezza che l'obiettivo prioritario è rappresentato dalla centralità del cittadino-utente, adeguatamente informato, partecipe e soddisfatto.

Il PAL ha una sua valenza esterna in quanto è uno strumento primario di comunicazione istituzionale tra l'Azienda, la Regione Basilicata e gli Enti Locali del territorio di riferimento. Strumento tramite il quale si dà conto della direzione intrapresa, si condividono i traguardi che l'azienda intende raggiungere, si rendono coerenti i traguardi con le condizioni più generali di sistema.

In ambito aziendale costituisce un punto di riferimento univoco e generale, valido per tutto il periodo di vigenza, rispetto al quale ispirarsi nelle successive scelte di programmazione e gestione in relazione alle logiche delineate ed alle priorità definite. Il PAL esplicita la visione dell'azienda, la rappresentazione di cosa l'azienda vuole essere e degli strumenti attraverso cui intende agire.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Rappresenta la sfida e l'impegno che il management propone agli operatori, il quadro delle opportunità di sviluppo e di crescita, ma anche dei limiti e delle condizioni necessarie per perseguire e sfruttare le opportunità. In questo senso il PAL è anche il punto di riferimento univoco per valutare i risultati raggiunti ai diversi livelli dell'organizzazione in funzione dei ruoli/responsabilità e degli impegni presi in termini di risanamento e sviluppo dell'Azienda. Inoltre, il processo di stesura e approvazione del piano è un momento per riflettere sulle priorità e operare scelte esplicite e meditate riguardo l'allocazione della capacità manageriale dell'azienda per il prossimo futuro.

Obiettivo prioritario è la costruzione dell'identità aziendale attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e dei comportamenti all'interno dell'Azienda.

L'azienda con questo strumento cerca di rinnovare l'impegno dei propri operatori, di mobilitare le energie presenti nel sistema aziendale, che attorno alle logiche delineate e alle priorità individuate è chiamato ad organizzarsi ed attrezzare gli opportuni strumenti per raggiungere gli obiettivi condivisi. All'interno dell'azienda, il PAL contribuisce a orientare i comportamenti delle persone che vi lavorano. Infatti, indicare una direzione chiara e condivisa per le attività da svolgere nel medio lungo periodo è condizione necessaria, anche se non sufficiente, perché il comportamento di ciascun individuo possa essere coordinato verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Le azioni che l'Azienda intende porre in essere nel triennio in esame sono legate alle disponibilità finanziarie ed ai vincoli di bilancio.

L'Azienda, pertanto, impegna tutte le strutture ad azioni di riordino allo scopo di ridurre eventuali diseconomie e per ricercare risorse da investire nei servizi ai cittadini o per ridurre l'eventuale disavanzo.

Il presente Piano si rivolge a differenti categorie di portatori di interesse (stakeholder), interni ed esterni, individuabili in relazione al ruolo che l'azienda svolge nell'ambito del sistema (economico e sociale) nel quale è inserita e si trova ad operare ed al suo modello di funzionamento.

Tra i principali portatori di interesse figurano:

- gli interlocutori ai diversi livelli di governo politico-istituzionale (Regione, Provincia e Comuni);



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- i beneficiari dei servizi sanitari erogati nel territorio di riferimento e cioè i cittadini dell'ambito territoriale dell'Azienda;
- i fruitori dei servizi;
- il personale dell'azienda, quale risorsa chiave delle azioni individuate nel piano, e le organizzazioni sindacali, quali interlocutori di confronto e dialogo nel processo di definizione e realizzazione delle politiche aziendali;
- gli altri soggetti operanti nel contesto socio-sanitario, quali le altre aziende sanitarie pubbliche, i produttori privati, le imprese di fornitura, le associazioni di volontariato, ecc.

Il PAL è rivolto a tutte le categorie di stakeholder, che devono poter contribuire alla riflessione, condividere le scelte e partecipare sinergicamente all'implementazione delle azioni.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PARTE I: CONTESTO SOCIO ECONOMICO ED EPIDEMIOLOGICO



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROFILO TERRITORIALE

L'ambito territoriale aziendale corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza: 100 comuni con una superficie di 6.546 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.



Il territorio della provincia di Potenza si caratterizza per la molteplicità degli ambienti che la compongono. Il territorio della provincia di Potenza si caratterizza per la molteplicità degli ambienti che la compongono. 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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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

Densità Media Per
Kmq
58,6
Comuni Su 100 Con
Oltre 50 Ab/kmq
38
Comuni Su 100 Con
Meno Di 25 Ab/kmq
24

TERRITORIO

Regione **BASILICATA**

Sigla **PZ**

Comune capoluogo **POTENZA**

Comuni nella provincia **100**

Superficie (kmq) **6.546,00**

Densità abitativa
(abitanti/kmq) **58,6**

DATI DEMOGRAFICI (anno 2010)

Popolazione (n.) **389.150**

Famiglie (n.) **153.620**

Maschi (%) **48,93**

Femmine (%) **51,07**

Stranieri (%) **2,0**

Età media (anni) **43,2**

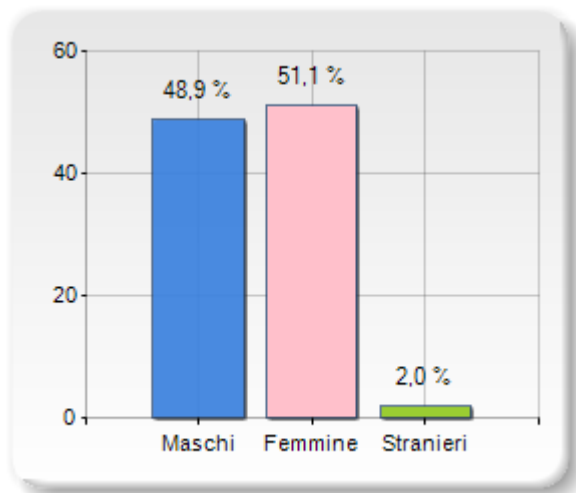
variazione % media annua
(2004/2010) **-0,35**



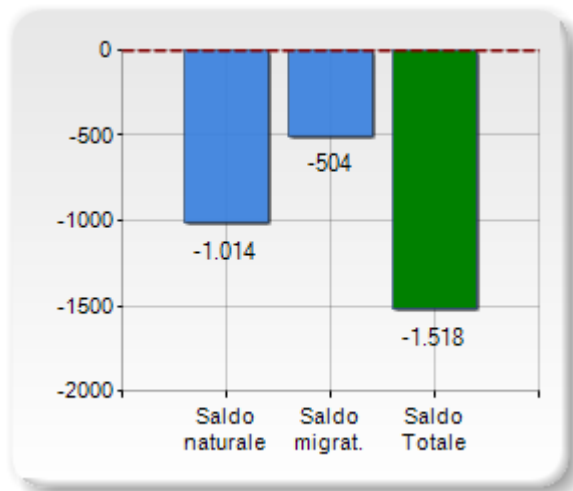
Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

INCIDENZA MASCHI, FEMMINE E STRANIERI



BILANCIO DEMOGRAFICO



Saldo Naturale, Saldo Migratorio

CLASSIFICHE

> i 5 comuni più popolosi sono: POTENZA, MELFI, LAVELLO, RIONERO IN VULTURE e LAURIA

> è al 55° posto su 112 province per dimensione demografica

> è al 64° posto su 112 province per età media

Le statistiche sono quelle ufficiali elaborate dall'ISTAT. Di seguito vengono elencati i comuni con più di diecimila abitanti:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Stemma	Comune	Popolazione (settembre 2011)	Superficie
	Potenza	68 288	173,97 kmq
	Melfi	17 614	202,15 kmq
	Lavello	13 956	132,92 kmq
	Rionero in Vulture	13 495	53,19 kmq
	Lauria	13 349	175,66 kmq
	Venosa	12 245	169,34 kmq
	Avigliano	11 879	84,93 kmq

46,94% della popolazione che vive nei centri più grandi

23,99% della popolazione che vive in comuni con meno di 3000 abitanti

solo 2 su 100 superano i 15.000 ab

20 comuni con meno di 1000 ab



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROFILO DEMOGRAFICO

Nel territorio dell'Asp di Potenza risiedono 389.150 abitanti di cui 68.297 nella città capoluogo (dati Istat al 31.12.2010), per una densità abitativa media di 59 ab/kmq

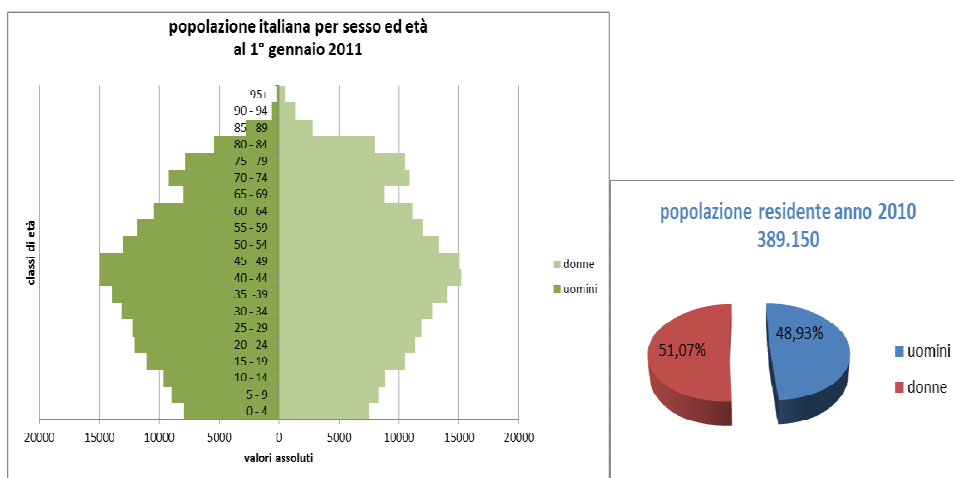
Le figure e le tabelle sottostanti descrivono i più significativi dati demografici relativi alla provincia di Potenza, a partire dalla piramide della popolazione, che già da sola è indicativa della composizione per età dei residenti

Popolazione residente

389.150 abitanti

48,93% uomini

51,07% donne



Tab.2- Composizione della popolazione residente in provincia di Potenza per classi di età anni 2009-2010

POPOLAZIONE PROVINCIA DI POTENZA ANNI 2009 - 2010								
PER CLASSI DI ETÀ'								
Fasce di età	Anno 2009				Anno 2010			
	Maschi	Femmine	totale	%	Maschi	Femmine	totale	%
0 - 14	26.977	25.037	52.014	13	26.536	24.604	51.140	13
15 - 30	38.541	36.662	75.203	19	39.765	37.926	77.691	20
31 - 65	90.939	92.279	183.218	47	91.439	92.732	184.171	47
oltre 65 anni	32.767	43.629	76.396	20	32.657	43.491	76.148	20
TOTALI	189.224	197.607	386.831	100	190.397	198.753	389.150	100

Fonte dati :ISTAT



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Tab.3- Composizione della popolazione residente in provincia di Potenza

Fasce di età	Maschi	Femmine	totale	%	% Basilicata	% Italia
0 - 14	26.536,00	24.604,00	51.140,00	13,14%	13,55%	2,21%
15 - 30	39.765,00	37.926,00	77.691,00	19,96%	19,33%	19,81%
31 - 65	91.439,00	92.732,00	184.171,00	47,33%	47,87%	56,21%
oltre 65 anni	32.657,00	43.491,00	76.148,00	19,57%	19,25%	21,78%
TOTALI	190.397,00	198.753,00	389.150,00	100%	100%	100%

Fonte dati :ISTAT

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.

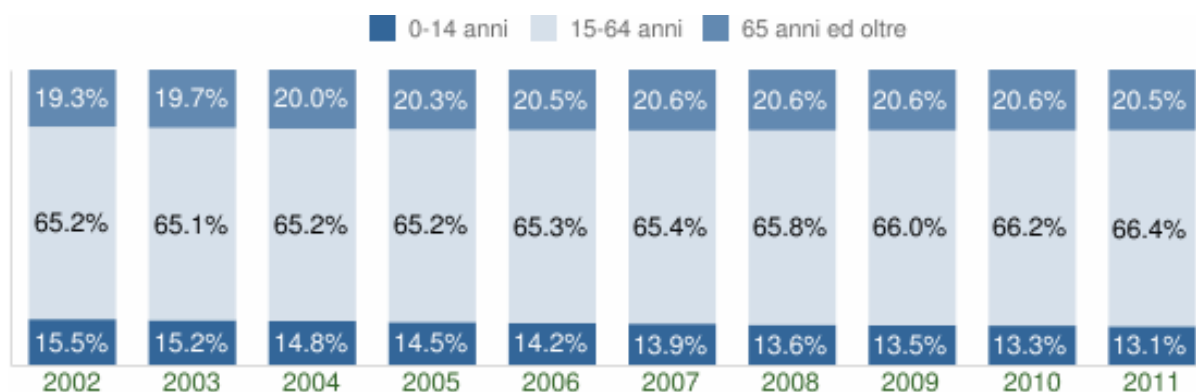
STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE DAL 2002 AL 2011

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Struttura per età della popolazione

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

Anno	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
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

L'invecchiamento della popolazione residente nel territorio dell'Azienda deriva da un basso indice di natalità pari a 7,7 nati ogni 1000 ab a fronte di una dato nazionale del 9,1 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 al 01/01/2011



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

	Provincia Potenza	Regione Basilicata	Italia
tasso di natalità (x 1000 ab)	7,7	7,7	9,1
tasso di mortalità (x 1000 ab)	10,3	9,8	9,7
speranza di vita alla nascita (2009)	M: 78.7 anni F: 84.5 anni	M: 79,1 anni F: 84.5 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

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 01/01/2011)

Nuclei familiari	numero medio di componenti per famiglia	saldo naturale		saldo migratorio ed altro	
		nati	morti	In	Out
153.811 (di cui 191 convivenze)	2,5	2.939	3.953	5.104	5.608
		saldo naturale 2011 : -1014		saldo 2011:-504	

La situazione fin qui descritta ci porta ad evidenziare un saldo naturale che nel 2011 è stato negativo per 1014 unità, sconcertato ulteriormente da un saldo negativo dell'immigrazione.

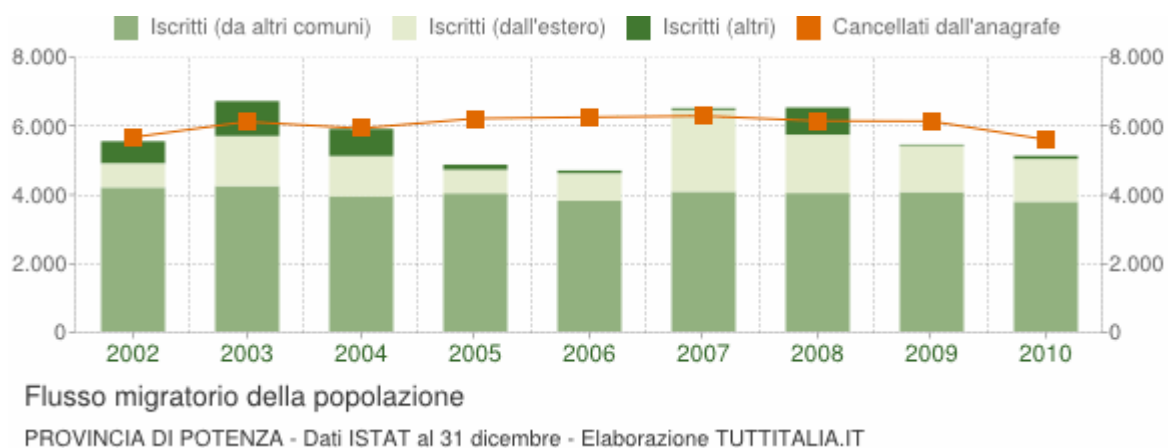


Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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).



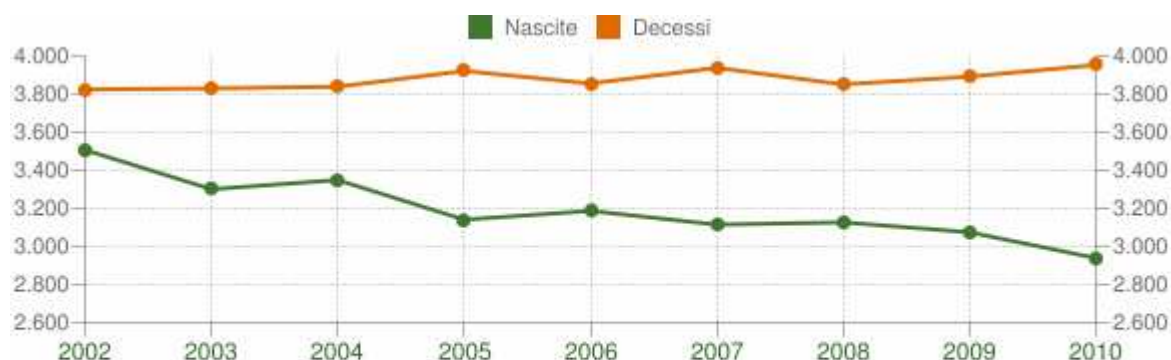
La tabella seguente riporta il dettaglio del comportamento migratorio dal 2002 al 2010.

Anno	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



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

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 al 31 dicembre - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Anno	Nascite	Decessi	Saldo Naturale
2002	3.507	3.825	-318
2003	3.301	3.830	-529
2004	3.349	3.839	-490
2005	3.141	3.922	-781
2006	3.187	3.856	-669
2007	3.115	3.938	-823
2008	3.127	3.851	-724
2009	3.075	3.892	-817
2010	2.939	3.953	-1.014

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

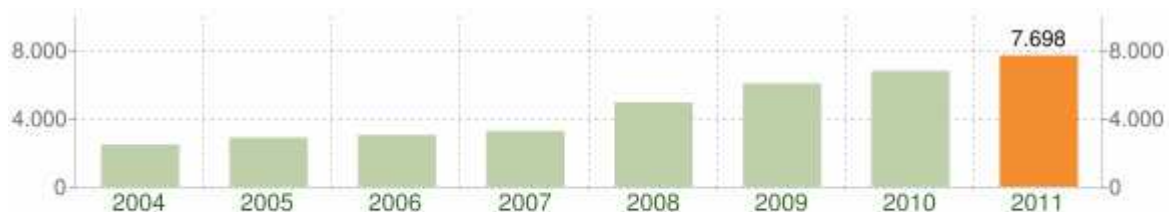
Direttore Generale dott. Mario Marra

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 2011 – PROVINCIA DI POTENZA

La popolazione straniera residente in **provincia di Potenza** al 1° gennaio 2011. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2011

Italia. PROVINCIA DI POTENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

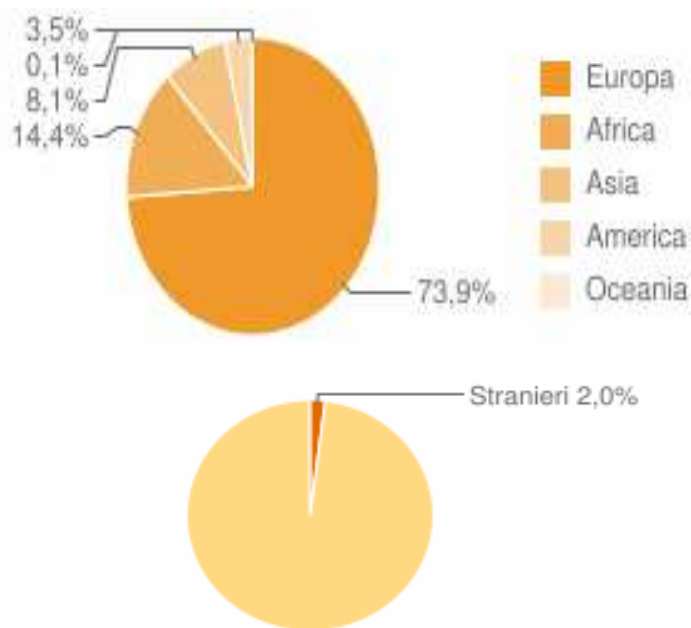
DISTRIBUZIONE PER AREA GEOGRAFICA DI CITTADINANZA

Gli stranieri residenti in provincia di Potenza al 1° gennaio 2011 sono **7.698** e rappresentano il 2,0% della popolazione residente.

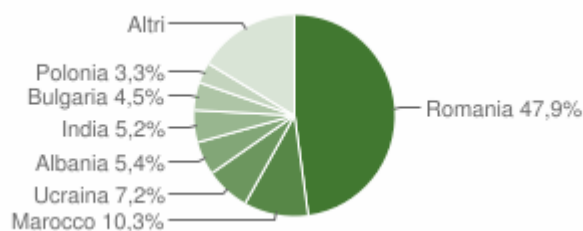


Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 47,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (10,3%) e dall'**Ucraina** (7,2%).



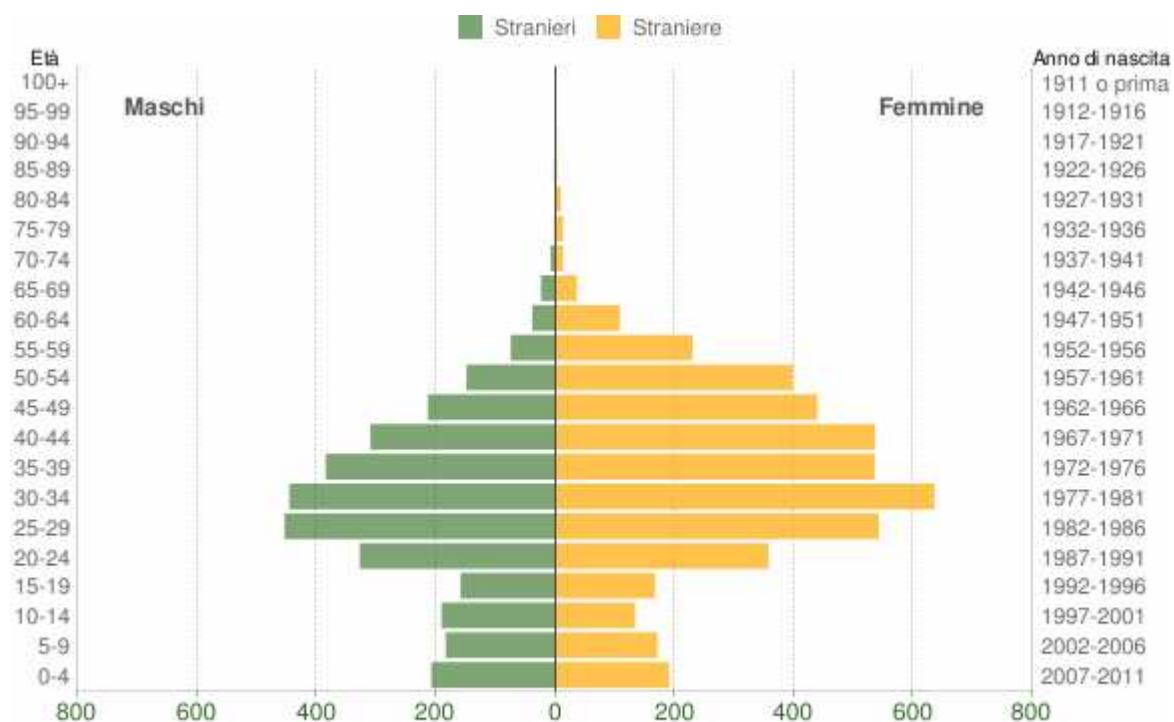
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER ETÀ E SESSO

In basso è riportata la **piramide delle età** con la distribuzione della popolazione straniera residente in provincia di Potenza per età e sesso al 1° gennaio 2011 su dati ISTAT.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Popolazione per cittadinanza straniera per età e sesso - 2011

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

Età	Stranieri			
	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	208	191	399	5,2%
5-9	184	171	355	4,6%
10-14	191	134	325	4,2%
15-19	159	167	326	4,2%
20-24	328	357	685	8,9%
25-29	454	542	996	12,9%
30-34	446	635	1.081	14,0%
35-39	385	535	920	12,0%
40-44	310	536	846	11,0%
45-49	214	439	653	8,5%
50-54	149	398	547	7,1%
55-59	75	230	305	4,0%
60-64	39	108	147	1,9%



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

65-69	24	36	60	0,8%
70-74	8	13	21	0,3%
75-79	2	13	15	0,2%
80-84	1	9	10	0,1%
85-89	2	3	5	0,1%
90-94	0	2	2	0,0%
95-99	0	0	0	0,0%
100+	0	0	0	0,0%
Totale	3.179	4.519	7.698	100%

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER AREA GEOGRAFICA

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 Melfi, Lavello, Rionero in Vulture, Venosa, paese 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.

<i>stranieri Comune</i>	<i>stranieri Comune</i>	<i>stranieri Comune</i>
987 Potenza	61 Marsico Nuovo	19 Vietri di Potenza
577 Melfi	60 San Fele	18 Guardia P.
553 Lavello	59 Tolve	17 Abriola
387 Rionero in Vulture	58 Rotonda	16 Fardella



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



363 Venosa	49 Rivello	15 Spinoso
237 Bella	49 Vaglio Basilicata	14 Savoia di Lucania
230 Tito	48 Sant'Angelo Le Fratte	13 Albano di Lucania
199 Avigliano	43 Corleto Perticara	13 Chiaromonte
192 Palazzo San Gervasio	43 Tramutola	13 Montemurro
191 Sant'Arcangelo	40 Episcopia	13 San Chirico Nuovo
190 Marsicovetere	40 Paterno	13 San Costantino Albanese
170 Genzano di Lucania	37 Castelluccio Inferiore	13 San Severino Lucano
154 Senise	37 Grumento Nova	12 Terranova di Pollino
140 Barile	37 Trecchina	11 San Paolo A.
135 Lauria	33 Sarconi	11 Laurenzana
116 Francavilla in Sinni	30 Maschito	11 Rapone
114 Maratea	29 Roccanova	10 Galicchio



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Lagonegro	29 Viggianello	9 Trivigno
94 Viggiano	28 Banzi	9 Ginestra
88 Baragiano	27 Armento	8 Campomaggiore
79 Acerenza	27 Balvano	8 Carbone
79 Muro Lucano	25 Castronuovo di Sant'A.	8 Castelgrande
78 Brienza	24 Noepoli	8 Castelsaraceno
78 Picerno	23 Filiano	8 Cersosimo
75 Atella	22 Pescopagano	7 Anzi
73 Pignola	22 Ripacandida	7 Castelluccio Superiore
72 Moliterno	22 Ruvo del Monte	6 Castelmezzano
72 Pietragalla	22 San Chirico Raparo	6 Missanello
71 Latronico	21 Calvello	6 Pietrapertosa
68 Oppido Lucano	20 Cancellara	6 Sasso di Castalda
67 Rapolla		



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



66 Montemilone	20 Ruoti	3 Calvera
65 Satriano di L.	19 Brindisi Montagna	3 Teana
63 Forenza	19 Nemoli	
	19 San Martino d'Agri	

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 2010 registra un incremento rispetto all'anno precedente; infatti, passa da 12.326 € a 13.226 € . Al basso reddito pro capite si associano alti livelli di disoccupazione. Fra il 2008 e il 2009, l'occupazione provinciale diminuisce del 3,1% con un calo di circa 4 mila addetti, che comporta una riduzione del tasso di occupazione di circa 1,2 punti percentuali. Si tratta, come fa rilevare la Camera di Commercio di Potenza, di un andamento particolarmente negativo, peggiore anche rispetto alla media regionale (che registra un calo di occupati del 2,6%) e nazionale (-1,6%).



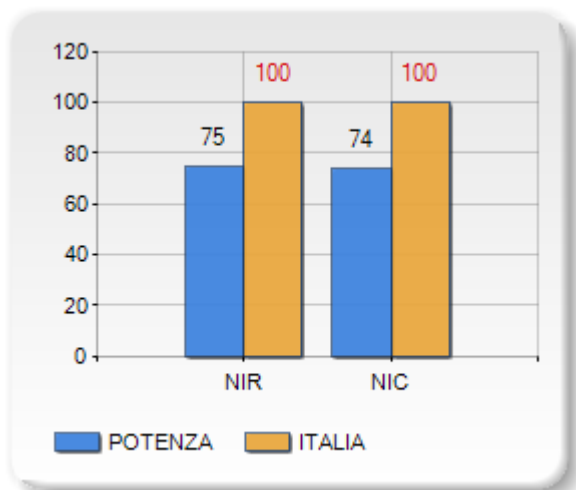
Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

RICCHEZZA (anno 2010)

Reddito Disponibile[1] pro-capite (€)	13.226
Numero Indice Reddito Disponibile[2] (Italia = 100)	75
Consumo Complessivo pro-capite (€)	11.556
Numero Indice del Consumo (Italia = 100)	74

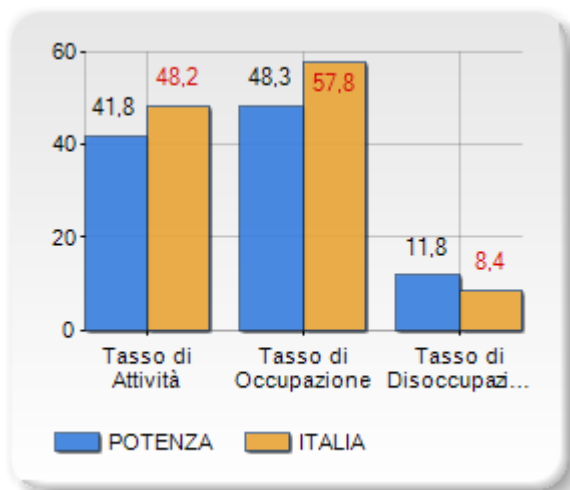
NUMERO INDICE DEL REDDITO E DEL
 CONSUMO



LIVELLI OCCUPAZIONALI (anno 2010)

	(%)
Tasso di Attività[3]	41,8
Tasso di Occupazione[4]	48,3
Tasso di Disoccupazione[5]	11,8

TASSI RELATIVI
 ALL'OCCUPAZIONE



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

SEGMENTAZIONE % DELLE IMPRESE PER SETTORE

Settore	(%)
Agricoltura e pesca	28,3
Estrazione di minerali	0,2
Attività manifatturiere	10,6
Energia, acqua, gas	0,2
Edilizia	12,9
Commercio	27,6
Alberghi e ristoranti	4,6
Trasporti	3,1
Attività finanziarie	2,2
Servizi	5,3
Istruzione	0,7
Sanità	0,5
Altre attività	3,9
TOTALE	100

CLASSIFICHE

- > è al 85° posto su 112 province per indice di reddito
- > è al 92° posto su 112 province per indice di consumo
- > è al 86° posto su 112 province per Tasso di Occupazione

FONTI: 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)

△ Reddito Disponibile = Reddito - Tasse (prelievo fiscale)

△ Numero Indice del Reddito comune A = (Reddito comune A / Reddito Medio Italia) * 100

△ Tasso di Attività = (Forze Lavoro / Popolazione di 15 anni o più) * 100

△ Tasso di Occupazione = (Occupati / Popolazione dai 15 ai 64 anni) * 100

△ Tasso di Disoccupazione = (Forze Lavoro / Disoccupati) * 100



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

SITUAZIONE OCCUPAZIONALE

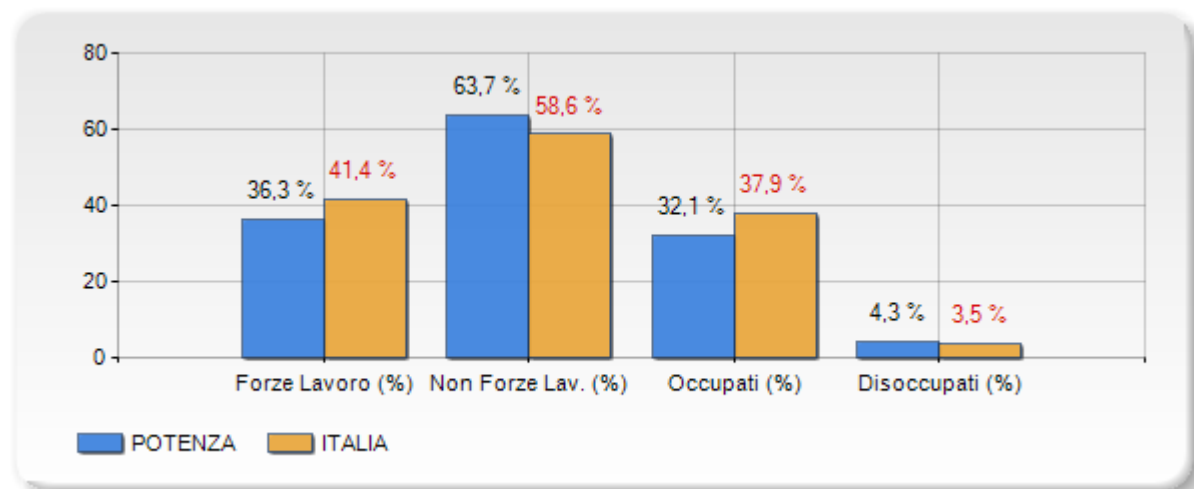
OCCUPAZIONE (anno 2010)

	(n.)	(% pop)
Non Forze Lavoro	244.336	63,7
Forze Lavoro	139.455	36,3
Occupati	123.063	32,1
Disoccupati	16.392	4,3

LIVELLI OCCUPAZIONALI (anno 2010)

	(%)
Tasso di Attività ^[1]	41,8
Tasso di Occupazione ^[2]	48,3
Tasso di Disoccupazione ^[3]	11,8

OCCUPAZIONE (anno 2010)



CLASSIFICHE

- > è al 90° posto su 112 province per Tasso di Attività
- > è al 86° posto su 112 province per Tasso di Occupazione
- > è al 25° posto su 112 province per Tasso di Disoccupazione

FONTI: Elaborazioni Urbistat su dati ISTAT

△ Tasso di Attività = (Forze Lavoro / Popolazione di 15 anni o più) * 100

△ Tasso di Occupazione = (Occupati / Popolazione dai 15 ai 64 anni) * 100

△ Tasso di Disoccupazione = (Disoccupati / Forze Lavoro) * 100



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROFILO EPIDEMIOLOGICO DI COSA CI AMMALIAMO

Dall'Indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2005" è possibile individuare stime di prevalenza in regione per alcune patologie croniche (numero di soggetti per 1.000 intervistati che dichiarano quella patologia). Si riportano di seguito le più diffuse:

1. Artrosi- artriti: si stimano 19 casi per 1.000 intervistati
2. Ipertensione arteriosa: la prevalenza stimata è del 13,2 per 1.000
3. Malattie allergiche: 8,6 casi per 1.000
4. Bronchite cronica, enfisema: 5,9 casi per 1.000
5. Diabete: la prevalenza stimata è del 5,7 per 1.000
6. Altre malattie del cuore: 2,7 casi per 1.000
7. Infarto del miocardio: si stimano 1,6 casi per 1.000

Tab. 12 Popolazione secondo le malattie croniche dichiarate per regione e ripartizione geografica -Anno 2005 (Tassi di standardizzazione)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Malattie allergiche	Diabete	Cataratta	Ipertensione arteriosa	Infarto del miocardio	Angina pectoris	Altre malattie del cuore	Ictus, emorragia cerebrale
Piemonte	10,0	3,8	2,4	12,9	1,4	0,4	2,5	0,9
Valle d'Aosta	13,8	3,7	2,5	13,8	1,6	0,7	3,2	0,9
Lombardia	12,5	3,7	2,7	13,9	1,9	0,8	3,3	1,1
Trentino-Alto Adige	11,0	3,4	2,6	12,4	1,8	0,7	3,1	1,1
- Bolzano-Bozen	11,8	3,1	2,4	12,1	1,4	0,8	2,6	1,2
- Trento	10,3	3,8	2,9	12,6	2,1	0,7	3,5	0,9
Veneto	11,8	4,2	2,7	15,3	1,7	0,7	3,8	1,2
Friuli-Venezia Giulia	11,2	3,7	2,5	13,5	1,5	1,0	2,9	0,9
Liguria	12,7	3,9	2,3	14,4	1,9	0,5	3,0	0,9
Emilia-Romagna	12,8	3,6	3,0	13,3	1,7	0,8	3,3	1,1
Toscana	13,5	4,0	2,8	11,4	1,5	0,5	2,6	1,4
Umbria	13,9	4,7	3,1	16,0	1,7	0,5	3,1	1,6
Marche	11,4	4,9	2,8	14,0	1,7	0,9	2,6	1,4
Lazio	11,7	4,9	3,1	13,6	1,8	0,6	3,5	1,1
Abruzzo	9,9	4,7	3,6	12,4	1,8	0,7	3,1	0,9
Molise	9,7	4,2	2,6	14,5	1,7	0,4	3,1	1,0
Campania	7,1	5,6	2,4	12,7	1,9	0,6	3,4	1,1
Puglia	7,3	5,4	3,1	12,7	1,5	0,7	3,2	0,8
Basilicata	8,6	5,7	2,8	13,2	1,6	0,6	2,7	1,3



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Calabria	10,0	6,3	3,3	15,5	2,0	0,7	3,7	1,4
Sicilia	8,7	6,0	2,9	15,0	1,7	0,5	3,1	1,3
Sardegna	11,7	4,3	4,1	14,0	1,9	1,2	3,1	1,2
Italia Nord-occidentale	11,8	3,7	2,6	13,7	1,8	0,7	3,0	1,0
Italia Nord-orientale	12,1	3,9	2,8	14,1	1,7	0,8	3,4	1,1
Italia Centrale	12,4	4,6	3,0	13,1	1,7	0,6	3,1	1,3
Italia Meridionale	8,0	5,5	2,8	13,1	1,7	0,6	3,3	1,0
Italia Insulare	9,5	5,6	3,2	14,8	1,8	0,7	3,1	1,3
ITALIA	10,8	4,6	2,8	13,6	1,7	0,7	3,2	1,1

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	E	Bronchite cronica, enfisema	Asma bronchiale	Gravi malattie della pelle	Malattie della tiroide	Artrosi. artrite	Osteoporosi	Ulcera gastrica o duodenale	Calcolosi
Piemonte		3,8	3,1	1,3	2,7	16,0	4,3	1,9	2,2
Valle d'Aosta		4,7	4,1	1,1	4,1	17,3	4,3	1,9	2,4
Lombardia		4,1	3,9	1,1	2,4	16,6	5,3	2,0	1,9
Trentino-Alto Adige		3,3	3,0	1,5	2,7	14,9	3,7	2,5	2,0
- Bolzano-Bozen		3,1	3,0	1,3	3,1	13,2	3,7	2,0	2,0
- Trento		3,4	3,0	1,6	2,3	16,5	3,7	2,9	2,0
Veneto		3,8	3,6	1,7	2,9	18,0	4,6	2,6	2,2
Friuli-Venezia Giulia		3,2	2,9	1,1	2,8	16,7	4,8	2,0	1,5
Liguria		3,1	4,1	0,8	3,4	18,6	5,3	2,0	2,4
Emilia-Romagna		4,1	3,6	1,5	3,8	18,9	4,6	2,5	2,3
Toscana		3,5	4,1	1,2	3,5	18,8	5,0	2,1	2,1
Umbria		6,0	4,7	1,4	3,5	21,7	5,3	2,6	2,7
Marche		4,8	3,4	1,4	3,9	19,7	5,3	2,9	3,0
Lazio		5,0	4,1	1,1	4,5	18,7	5,9	2,4	2,3
Abruzzo		4,7	3,5	1,0	3,4	19,2	5,2	2,4	2,2
Molise		5,4	3,4	0,6	4,0	20,4	5,0	2,3	2,0
Campania		5,3	3,3	0,6	2,9	18,2	4,7	2,2	1,9
Puglia		5,3	2,9	0,8	2,6	18,1	6,0	2,1	2,1
Basilicata		5,9	3,3	0,7	4,6	19,0	5,5	3,2	3,2
Calabria		6,5	3,6	0,9	4,8	22,6	6,3	3,9	2,5
Sicilia		5,1	2,9	1,0	3,2	19,0	5,5	2,5	2,0
Sardegna		5,8	4,1	1,3	4,4	23,8	8,8	3,0	3,5
Italia Nord-occidentale		3,9	3,7	1,1	2,6	16,6	5,0	2,0	2,0
Italia Nord-orientale		3,8	3,5	1,5	3,2	17,9	4,6	2,5	2,2
Italia Centrale		4,5	4,1	1,2	4,0	19,1	5,5	2,4	2,4
Italia Meridionale		5,5	3,2	0,7	3,2	19,0	5,4	2,5	2,1
Italia Insulare		5,3	3,2	1,1	3,5	20,2	6,3	2,6	2,4
ITALIA		4,5	3,6	1,1	3,2	18,3	5,3	2,4	2,2



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	E	Cirrosi epatica	Tumore maligno	Cefalea o emicrania ricorrente	Parkinsonismo	Depressione e ansietà cronica	Altre malattie del sistema nervoso	Alzheimer, demenze senili	Altra malattia
Piemonte		0,2	0,8	7,5	0,2	5,6	0,8	0,4	3,3
Valle d'Aosta		0,0	1,1	8,2	0,2	5,7	0,8	0,2	3,5
Lombardia		0,3	1,4	8,0	0,3	4,9	0,9	0,4	3,6
Trentino-Alto Adige		0,4	0,8	8,3	0,2	4,1	0,9	0,5	3,6
- Bolzano-Bozen		0,4	1,0	9,3	0,3	3,0	1,1	0,7	2,9
- Trento		0,4	0,6	7,2	0,1	5,0	0,7	0,4	4,4
Veneto		0,3	1,1	8,7	0,3	5,0	0,8	0,4	4,4
Friuli-Venezia Giulia		0,2	0,8	7,4	0,3	4,7	0,6	0,4	3,5
Liguria		0,1	1,6	7,3	0,3	6,1	1,1	0,4	5,1
Emilia-Romagna		0,2	1,0	8,4	0,4	5,9	1,0	0,5	4,8
Toscana		0,2	1,1	7,4	0,4	5,4	0,8	0,5	3,8
Umbria		0,3	0,9	10,0	0,5	8,4	1,2	0,8	3,5
Marche		0,3	1,1	8,5	0,3	6,2	1,0	0,4	3,0
Lazio		0,1	1,1	7,9	0,2	5,8	1,1	0,4	3,6
Abruzzo		0,2	0,7	7,4	0,2	4,9	1,1	0,5	3,0
Molise		0,3	0,7	6,4	0,2	3,8	0,7	0,4	1,9
Campania		0,4	0,6	5,6	0,3	4,2	1,3	0,5	3,3
Puglia		0,2	0,7	7,3	0,3	5,2	1,0	0,5	2,8
Basilicata		0,4	0,5	8,0	0,5	4,3	1,6	0,6	2,0
Calabria		0,5	0,6	8,4	0,4	5,7	1,3	0,5	3,2
Sicilia		0,2	0,6	6,8	0,3	5,2	1,0	0,4	3,0
Sardegna		0,2	1,1	10,0	0,3	6,8	1,1	0,5	4,6
Italia Nord-occidentale		0,3	1,2	7,8	0,3	5,2	0,9	0,4	3,7
Italia Nord-orientale		0,3	1,0	8,4	0,3	5,2	0,9	0,4	4,3
Italia Centrale		0,2	1,1	8,0	0,3	5,9	1,0	0,5	3,6
Italia Meridionale		0,3	0,6	6,8	0,3	4,8	1,2	0,5	3,0
Italia Insulare		0,2	0,7	7,6	0,3	5,6	1,0	0,4	3,4
ITALIA		0,3	1,0	7,7	0,3	5,3	1,0	0,4	3,6

Quanto sopra esposto trova sostanziale conferma anche nei **dati di prevalenza delle principali malattie croniche riportati dal Piano Regionale della Prevenzione PRP 2010-2012**, dati che tra l'altro attestano incidenze percentuali superiori in regione rispetto all'andamento nazionale. Segue tabella.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Tab N. 13 Patologie croniche

Patologia	Regione Basilicata	Italia
Artrosi/Artrite	22,80%	18,50%
Ipertensione Aeteriosa	17,90%	15,80%
Mallatie Allergiche	11,00%	6,60%
Osteoporosi	9,20%	8,40%
Bronchite cronica-Asma bronchiale	9,00%	6,70%
Diabete	7,20%	5,50%
Disturbi nervosi	6,30%	4,70%
Malattie del cuore	5,00%	3,40%
Ulcera gastrica e duodenale	4,70%	3,00%

MORTALITÀ

Le cause di morte evitabili afferiscono principalmente a tre grandi gruppi: tumori, patologie dell'apparato cardiocircolatorio e traumatismi. In regione la mortalità evitabile è mediamente più bassa della media nazionale per entrambi i sessi (Basilicata: 9,5 per 1000 abitanti, verso Italia: 10,4). La provincia di Potenza presenta tassi di mortalità più alti della media regionale, come è evidente dalla tabella seguente.

Tab N 14 Tasso di mortalità (per 1000 abitanti)- Fonte ISTAT

Territorio	2006	2007	2008	2009	2010
Provincia di Potenza	9,9	10,2	10	10,1	10,3
Regione Basilicata	9,6	9,7	9,5	9,6	N.I.

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 perfettamente sovrapponibile:

- tanti i comuni che vedono una presenza diffusa di allevamenti;
- pochi sono i comuni sul cui territorio insistono grandi allevamenti.

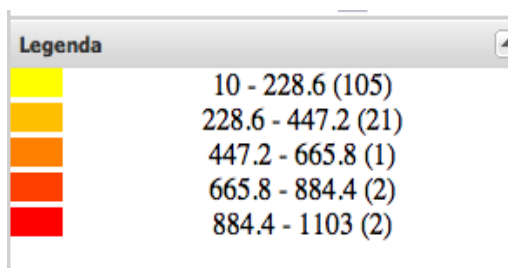
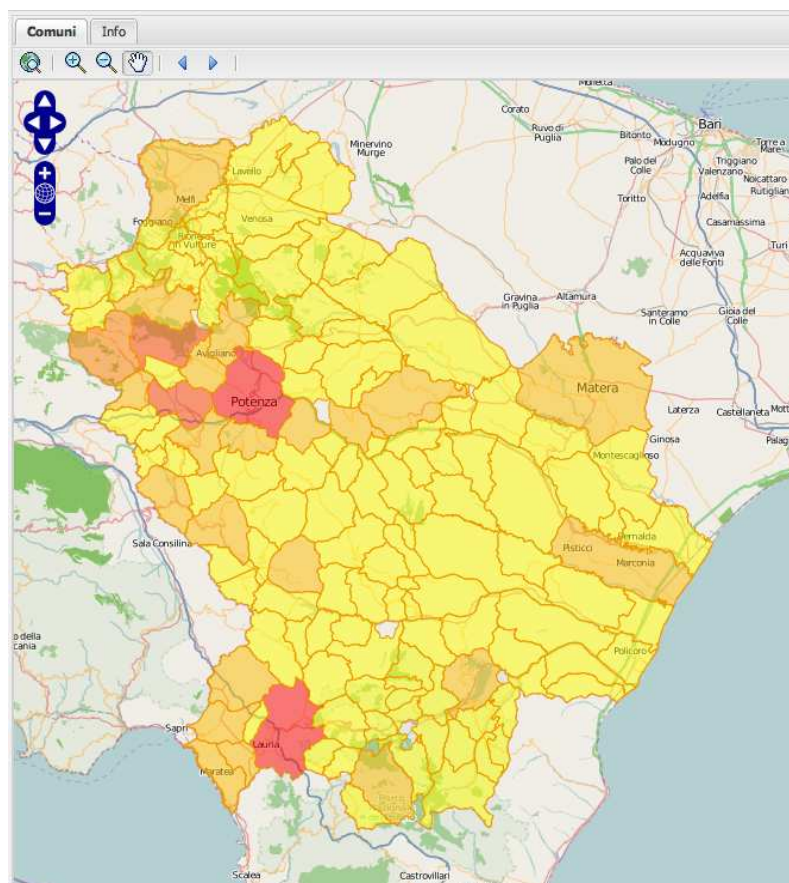


Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

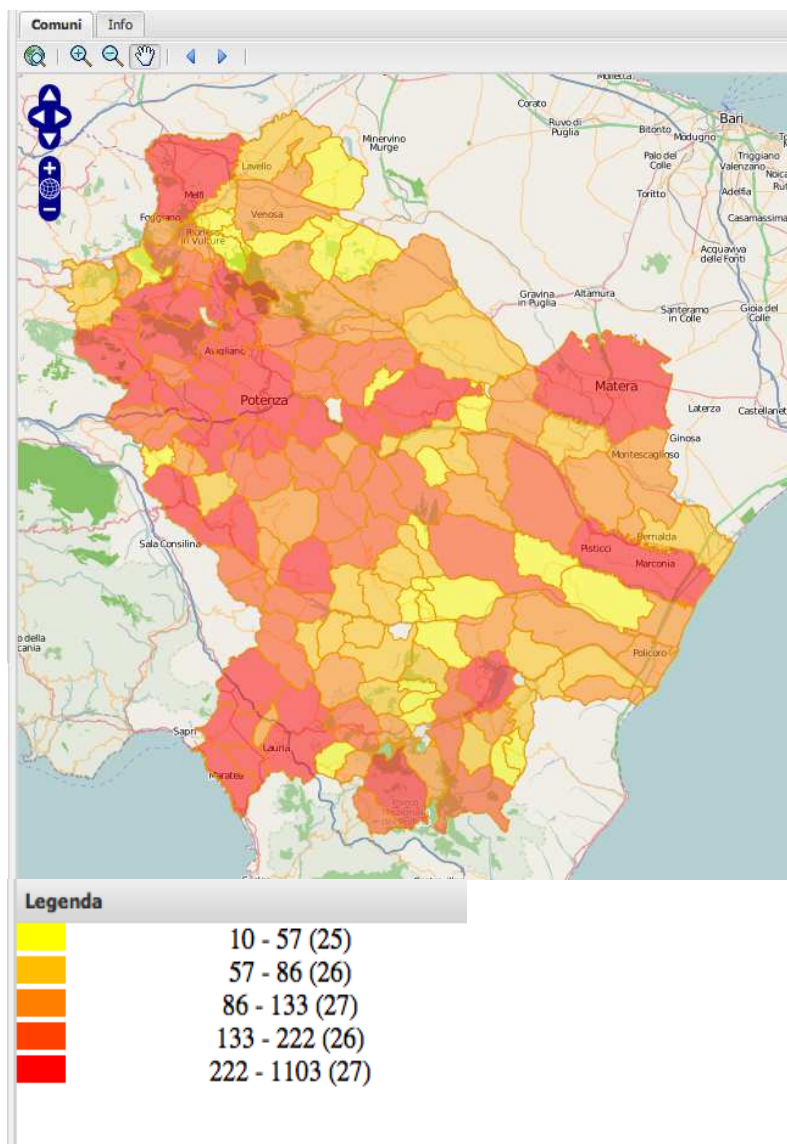
La nostra rimane una zootecnia diffusa con una quantità limitata di grandi realtà aziendali. I numeri confermano la preminenza delle attività zootecniche che negli ultimi anni, pur subendo una significativa contrazione in termini di numero di addetti e di aziende, ha in pratica conservato lo stesso numero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

Densità totale n. allevamenti per comune



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

densità allevamenti-comuni per intervalli di consistenza



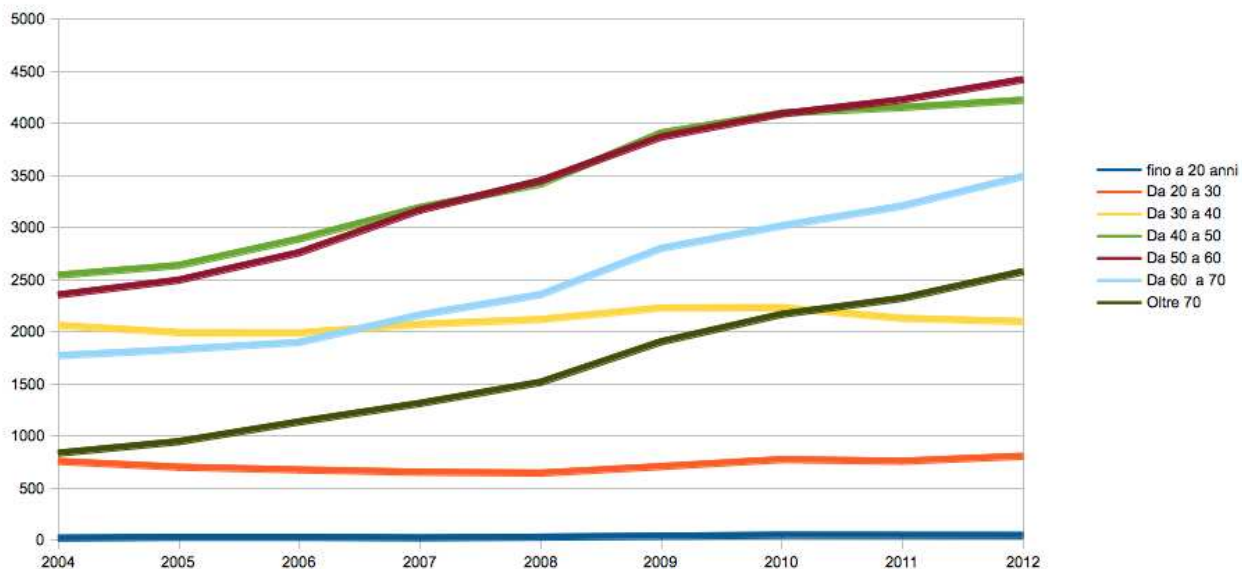
Altro elemento caratterizzante da tenere in considerazione è l'età dei titolari delle aziende zootecniche. Va evidenziato che anche nel campo della prevenzione della sanità e del benessere animale, vale quanto verificato a proposito della distribuzione anagrafica, per classi di età, della popolazione umana. Infatti le classi più consistenti sono quelle che raggruppano gli allevatori dai 50 anni in su mentre sono pochi e si attestano nelle ultime posizioni i giovani rientranti nella classe di età compresa dai 20 ai 40 anni.



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

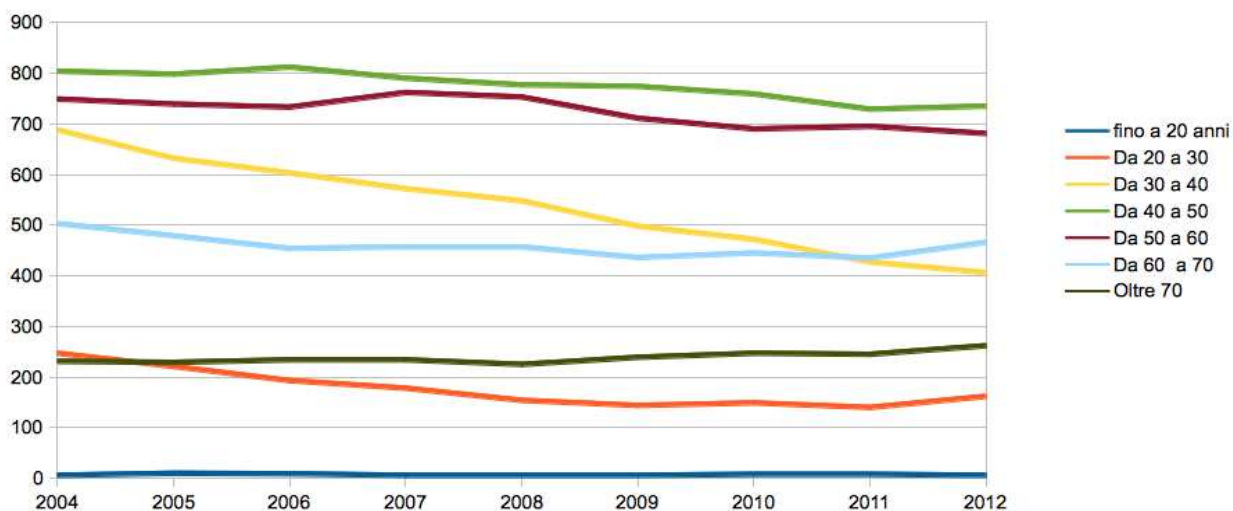
Fasce di età allevatori

Tutte le specie - Numero allevamenti



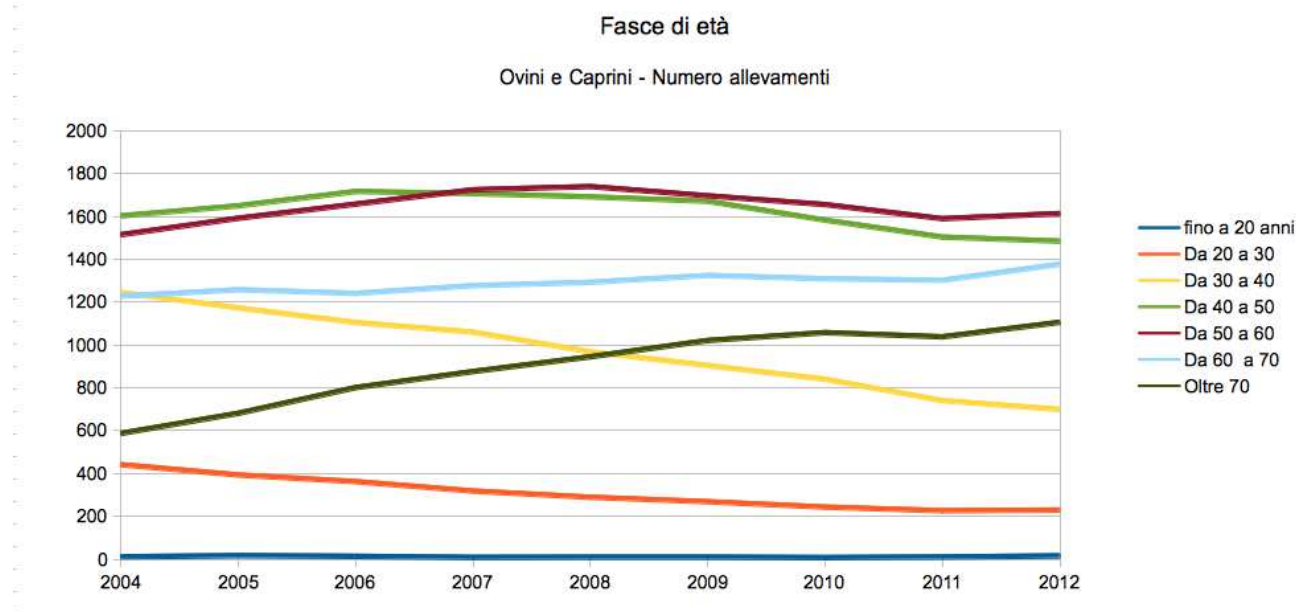
Fasce di età allevatori

Bovini e Bufalini - Numero Allevamenti



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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). I grafici che seguono fanno riferimento a tutta l'attività espletata nell'ambito



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Regionale, atteso che per la concessione, che resta in capo al Ministero della Salute, della qualifica di Territorio “Ufficialmente indenne” vengono presi in considerazione i dati a valenza Regionale.

Anni 1996-2011: quadro riepilogativo dei dati regionali sulla Tuberculosis Bovina																
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Allev. Controllabili	4.894	4.992	4.757	4.671	4.586	4.069	3.743	3.638	3.512	3.362	3.310	2.902	3.149	3.048	2.878	2.851
Allev. Controllati	4.764	4.771	4.722	4.280	4.174	3.709	3.679	3.548	3.441	3.318	3.281	2.512	2.590	3.009	2.864	2.844
% Allevamenti controllati	97	96	99	92	91	93	98	98	98	99	99	87	82	99	100	100
Capi controllabili	72.929	76.891	73.814	79.908	81.197	79.186	83.689	85.473	87.828	86.621	85.160	63.974	89.153	84.375	83.313	82.830
Capi controllati	70.178	75.863	73.814	77.324	75.823	76.955	82.385	84.479	86.517	86.181	85.056	60.317	86.033	84.173	83.144	82.668
% Capi controllati	96	99	100	97	93	97	98	99	99	99	100	94	97	100	100	100
Allev. Positivi	60	45	22	19	10	8	7	12	22	30	16	25	18	22	18	15
Allev. Reinfectati	45	29	13	0	0	0	0	8	14	25	14	18	12	12	10	4
Capi positivi	185	250	158	112	49	106	68	335	116	232	149	75	96	127	280	63
Capi abbattuti	186	250	161	120	50	106	61	398	147	153	219	74	57	94	275	56
Tasso di prevalenza	1,26	0,94	0,47	0,44	0,24	0,21	0,19	0,34	0,64	0,90	0,49	1,00	0,69	0,73	0,63	0,53
Tasso di incidenza	0,95	0,61	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,41	0,75	0,43	0,72	0,46	0,40	0,35	0,14
% capi positivi sui controllati	0,26	0,33	0,21	0,14	0,06	0,14	0,08	0,40	0,13	0,27	0,18	0,12	0,11	0,15	0,34	0,08

Come si evince dai dati, negli ultimi due anni è stato sottoposto all'azione di risanamento il 100% degli allevamenti e dei capi, controllabili, presenti sull'intero territorio Regionale. Visti il tasso di prevalenza e di incidenza unitamente alla sempre bassa percentuale di capi positivi, la nostra regione si avvia ad ottenere il riconoscimento Ministeriale di “Territorio ufficialmente Indenne da Tuberculosis Bovina”

Per quanto concerne i dati relativi alla Brucellosi Bovina, pur avendo controllato il 100% del patrimonio controllabile, permane un tasso di prevalenza superiore al 1% nonostante si è in presenza di pochi ultimi focolai di malattia.

Anni 1996-2011: quadro riepilogativo dei dati regionali sulla Brucellosi Bovina																
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Allev. Controllabili	4.745	4.955	4.747	4.601	4.558	4.009	3.723	3.609	3.498	3.344	3.276	2.885	3.164	3.143	2.814	2.781
Allev. Controllati	4.499	4.727	4.747	4.224	4.272	3.776	3.669	3.554	3.461	3.309	3.240	2.481	3.009	3.001	2.809	2.775
% Allevamenti controllati	95	95	100	92	94	94	99	98	99	99	99	86	95	95	100	100
Capi controllabili	56.270	62.139	61.335	65.114	68.072	65.138	66.482	66.256	69.798	69.370	69.403	50.268	84.919	81.713	70.294	68.886
Capi controllati	56.270	59.472	61.335	63.974	63.212	63.577	65.534	65.607	69.273	66.668	68.144	48.388	67.505	67.461	70.235	68.758
% Capi controllati	100	96	100	98	93	98	99	99	99	96	98	96	79	83	100	100
Allev. Positivi	118	132	81	59	63	30	41	54	51	68	54	75	97	64	83	31
Allev. Reinfectati	56	65	58	0	0	0	0	33	22	42	28	49	47	30	42	12
Capi positivi	323	450	382	198	274	112	210	191	338	547	188	412	439	395	446	132
Capi abbattuti	304	515	505	199	275	128	191	210	408	635	566	371	243	374	412	131
Tasso di prevalenza	2,62	2,79	1,71	1,40	1,47	0,79	1,12	1,52	1,47	2,06	1,67	3,02	3,22	2,13	2,95	1,12
Tasso di incidenza	1,26	1,39	1,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,93	0,64	1,28	0,87	2,00	1,59	1,01	1,52	0,44
% capi positivi sui controllati	0,57	0,76	0,62	0,31	0,43	0,18	0,32	0,29	0,49	0,82	0,28	0,85	0,65	0,59	0,64	0,19



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

I dati riguardanti la Leucosi Bovina Enzoistica sono già da diversi anni in linea con quanto dettato dal ministero per ottenere la qualifica di Territorio “Ufficialmente Indenne”.

Anni 1996-2011: quadro riepilogativo dei dati regionali sulla Leucosi Bovina																
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Allev. Controllabili	4.744	4.943	4.747	4.589	4.544	3.997	3.704	3.609	3.498	3.344	3.276	3.026	3.164	3.143	2.814	2.781
Allev. Controllati	4.600	4.713	4.727	4.204	4.254	3.761	3.651	3.494	3.128	3.306	3.237	2.482	3.008	2.987	2.801	2.766
% Allevamenti controllati	97	95	100	92	94	94	99	97	89	99	99	82	95	95	100	99
Capi controllabili	56.232	61.461	61.335	63.825	66.784	63.039	64.192	66.256	69.758	69.370	68.103	58.268	69.363	67.912	70.294	68.885
Capi controllati	56.232	58.651	61.335	62.585	61.671	61.476	63.084	64.682	67.840	67.218	67.412	48.176	67.387	67.081	70.105	68.580
% Capi controllati	100	95	100	98	92	98	98	98	97	97	99	83	97	99	100	100
Allev. Positivi	124	67	36	14	8	8	8	13	13	9	8	2	7	3	1	1
Allev. Reinfettati	15	23	11	0	0	1	0	5	4	2	3	0	2	0	0	1
Capi positivi	473	251	120	75	41	24	27	27	15	33	28	23	12	6	0	1
Capi abbattuti	494	270	99	61	45	15	24	31	15	24	27	10	11	6	0	1
Tasso di prevalenza	2,70	1,42	0,76	0,33	0,19	0,21	0,22	0,37	0,42	0,27	0,25	0,08	0,23	0,10	0,04	0,04
Tasso di incidenza	0,33	0,49	0,23	0,00	0,00	0,03	0,00	0,14	0,13	0,06	0,09	0,00	0,07	0,00	0,00	0,04
% capi positivi sui controllati	0,84	0,43	0,20	0,12	0,07	0,04	0,04	0,04	0,02	0,05	0,04	0,05	0,02	0,01	0,00	0,00

L'attività di risanamento nei confronti della brucellosi Ovicaprina ha visto un significativo, costante aumento dei controlli effettuati e pur avendo controllato solo il 98% del patrimonio siamo in presenza di un tasso di prevalenza, incidenza e di % di capi positivi in linea con le linee guida del Ministero della Salute per la concessione della qualifica.

Anni 1996-2011: quadro riepilogativo dei dati regionali sulla Brucellosi Ovi-Caprina																
Capi controllabili	56.270	62.139	61.335	65.114	68.072	65.138	66.482	66.256	69.798	69.370	69.403	50.268	84.919	81.713	307.683	304.777
Capi controllati	56.270	59.472	61.335	63.974	63.212	63.577	65.534	65.607	69.273	66.668	68.144	48.388	67.505	67.461	301.643	299.324
% Capi controllati	100	96	100	98	93	98	99	99	99	96	98	96	79	83	98	98
Allev. Positivi	275	200	166	111	116	57	25	32	53	37	22	21	19	11	14	15
Allev. Reinfettati	125	81	84	73	83	42	20	17	31	19	15	14	6	11	11	11
Capi positivi	4.518	4.450	4.202	3.937	4.588	3.601	489	374	620	362	245	305	304	371	225	59
Capi abbattuti	5.659	5.797	5.006	7.290	4.698	1.328	456	532	930	745	262	276	170	361	222	58
Tasso di prevalenza	5,46	3,63	3,51	2,68	2,24	1,15	0,47	0,60	0,90	0,63	0,35	0,39	0,32	0,20	0,21	0,23
Tasso di incidenza	2,56	1,50	1,81	1,78	1,61	0,85	0,38	0,32	0,53	0,33	0,24	0,28	0,24	0,11	0,17	0,17
% capi positivi sui controllati	8,03	7,48	6,85	6,15	7,26	2,52	0,75	0,57	0,90	0,54	0,36	0,63	0,45	0,55	0,07	0,02



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PARTE II: LA PIANIFICAZIONE REGIONALE E LA NUOVA OFFERTA AZIENDALE



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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”.

Con la D.G.R. 329 del 11 marzo 2008 “Obiettivi di salute e di programmazione economica-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata - anno 2008-2009” erano stati definiti gli obiettivi di salute che i Direttori Generali dovevano perseguire, oltre agli adempimenti previsti nei rispettivi contratti di nomina, nel biennio 2008-2009 a fronte delle risorse economiche assegnate, per i tre seguenti livelli di assistenza, indicati con il D.P.C.M. del 29.11.2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” (G.U. 8.2.2002, n.33) che ha recepito “l'accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni”, ed in particolare:

- ✓ Assistenza Ospedaliera
- ✓ Assistenza Distrettuale
- ✓ Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro

Nella DGR 329/2008 è stabilito che i Direttori Generali dovevano perseguire nel biennio 2008-2009, oltre agli adempimenti relativi ai livelli di assistenza sopra richiamati, gli obiettivi relativi ai seguenti settori:

- ✓ Integrazione Ospedale-Territorio



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- ✓ Integrazione Socio-Sanitaria
- ✓ Customer satisfaction
- ✓ Programmazione economica finanziaria
- ✓ Obiettivi di miglioramento e sviluppo organizzativo
- ✓ Personale

Con la Legge Regionale n. 12 dell'1 Luglio 2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" la Regione Basilicata ha stabilito che il Servizio Sanitario Regionale ha una struttura organizzativa di tipo aziendale, costituita dall'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP), dall' Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), dall'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) e dall'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

Con appositi DPGR sono stati nominati i Direttori generali dell'ASP, dell'ASM e dell'IRCCS. I Direttori Generali si sono insediati il primo gennaio 2009 e dalla stessa data, secondo i dettami della Legge Regionale 12, sono entrate in funzione le nuove aziende sanitarie ASP e ASM.

In considerazione del nuovo assetto del sistema sanitario regionale su base provinciale è sorta l'esigenza di ridefinire gli obiettivi di salute e di programmazione economica finanziaria per fornire ai Direttori Generali dell'ASP, dell'ASM, dell'AOR e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture una visione unitaria e globale degli obiettivi da perseguire calibrati sulla diversa dimensione territoriale delle aziende ed anche in relazione alle disposizioni normative intervenute in materia sanitaria a livello nazionale e regionale

Agli obiettivi strategici posti come fondamentali dal P.S.R. di Basilicata 2012-2015, si sono aggiunti:

- gli obiettivi introdotti dalla legge regionale 12/2008 (istitutiva delle aziende provinciali)
- gli obiettivi richiamati dalla D.G.R. 2563/2005;
- gli obiettivi assegnati all'atto di nomina del Direttore Generale
- gli obiettivi assegnati da altre Direttive emanate dalla Giunta regionale.

In particolare per gli obiettivi assegnati a questa Azienda sanitaria si possono assumere come principali documenti di riferimento:

- ✓ la Delibera di Giunta Regionale n° 606 del 08.04.2010 recante ad oggetto "Patto della salute 2010-2012 – Obiettivi di programmazione economico-finanziaria anni 2010-2011 –



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM. Dell’Azienda Ospedaliera San Carlo, dell’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS-CROB” e la DGR n. 2022 del 30.11.2010 “DGR 606/2010 – Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria anni 2010-2011 – per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell’Azienda Ospedaliera San Carlo, dell’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IRCCS – CROB- Modifica ed Integrazioni; a seguito del riassetto organizzativo del sistema sanitario regionale ex L. R. n. 12/2008”. *Altre direttive vincolanti della Regione Basilicata*, sono espressamente richiamate dalla predetta DGR 606/2010.

- ✓ DGR n.298 del 14/3/2012 "Patto della Salute 2010 - 2012 - Obiettivi di Salute e di Programmazione Economico Finanziaria - Anni 2012 - 2013 per i direttori generali delle Aziende sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'IRCCS - CROB
- ✓ 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.
- ✓ 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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

L'Azienda Sanitaria di Potenza in ottemperanza alla legge regionale n. 12/2008 ha riorganizzato i Dipartimenti aziendali di Prevenzione in Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana e in Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale.

Attraverso tali dipartimenti l'azienda intende perseguire gli obiettivi generali che la Regione Basilicata ha fissato nel proprio Piano Sanitario.

Infatti intende focalizzare la propria attività verso una maggiore razionalizzazione ed omogeneizzazione dei livelli di assistenza di prevenzione attraverso il potenziamento e la riqualificazione dei settori critici della prevenzione.

In particolare i Dipartimenti di prevenzione perseguiranno nel triennio in esame i seguenti obiettivi specifici:

- omogeneizzazione dei livelli di assistenza della prevenzione a livello aziendale;
- garanzia dell'uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione;
- introduzione di misure di salvaguardia ai fini della sicurezza alimentare che coprano l'intera catena alimentare e la implementazione di un sistema di allarme in caso di emergenze;
- miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dall'animale all'uomo;
- riduzione della prevalenza di zoonosi specifiche (sicurezza nei rapporti uomo - animale);
- miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie infettive e parassitarie degli animali;
- definizione di un modello organizzativo, che nel rispetto delle singole professionalità lavori in maniera integrata tra i due dipartimenti e nel singolo dipartimento con la logica del team multidisciplinare.

Inoltre per migliorare la qualità dei servizi di prevenzione l'azienda svilupperà nel triennio azioni di informazione, educazione e comunicazione alla salute, d'intesa con il Dipartimento regionale alla Salute.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA

Il Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana è articolato in:

- area dell'igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- area dell'igiene degli alimenti e della nutrizione;
- area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- area della Prevenzione, Protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro

Negli ultimi decenni si è avuto un incremento significativo delle malattie cronicodegenerative derivanti da un lato dall'invecchiamento della popolazione e dall'altro da scorretti stili di vita. Pertanto si è affermata la necessità di definire specifiche misure di prevenzione attiva, e relativi sistemi di sorveglianza, considerato che tali patologie sono in gran parte prevenibili al pari dell'incidentalità (incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro) le cui conseguenze individuali e collettive, in termini di perdita di vite umane, invalidità e assistenza, comportano anch'esse un costo sociale che resta tuttora grave. Da qui deriva l'impegno istituzionale, nazionale e regionale, (Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005; Piano della Prevenzione; Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" ecc.).

Di seguito si riportano gli obiettivi specifici e le azioni che il Dipartimento di Prevenzione collettiva della salute umana intende perseguire nel triennio 2012-2013-2014:

- informatizzazione delle attività attraverso l'installazione di procedure informatiche aziendali di raccolta e rilevazione dei dati;
- analisi dell'andamento infortunistico in ambito lavorativo ed individuazione delle patologie correlate con l'esposizione a fattori di rischio presenti in ambienti lavorativi;
- attività di promozione dirette a ridurre ed evitare infortuni sul lavoro;
- sviluppo e consolidamento di una rete epidemiologica regionale attraverso la collaborazione tra l'Azienda Sanitaria di Potenza, le altre aziende operanti nel SSR e la Regione Basilicata;
- potenziamento e attivazione delle attività di igiene e della nutrizione e la categorizzazione del rischio degli opifici e l'attivazione delle verifiche mediante procedure di audit;
- costruzione di un sistema informativo basato sui dati attualmente presenti in azienda;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- sviluppo di programmi di protezione ambientale con le singole realtà presenti sul territorio aziendale.
-

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITÀ E BENESSERE ANIMALE

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e benessere animale ha funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle attività di sanità pubblica veterinaria che vengono svolte sul territorio aziendale. Individua i bisogni sanitari, in linea con gli indirizzi politico strategici regionali e aziendali, predisponendo progetti generali per il coordinamento e il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.

- **Servizio Sanità Animale (Area A)**
- **Servizio igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Area B)**
- **Servizio Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C)**

Servizio Sanità Animale (AREA A)

Compiti e funzioni del servizio:

- a) attuazione di piani e programmi nazionali e regionali di profilassi e di risanamento degli allevamenti;
- b) attuazione di piani e programmi di bonifica sanitaria per l'eradicazione di determinate malattie, anche di esclusivo interesse regionale;
- c) vigilanza e controllo sull'importazione, esportazione e movimentazione degli animali e rilascio della relativa certificazione;
- d) vigilanze e controllo degli allevamenti animali, compresi gli stabilimenti di acquacoltura, delle stalle di sosta, dei mercati, delle fiere, dei circhi e delle esposizioni animali;
- e) anagrafe del bestiame;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- f) vigilanza e coordinamento dei piani sanitari svolti nel campo della sanità animale da associazioni e privati;
- g) vigilanza veterinaria permanente.

Servizio Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti Di Origine Animale e loro derivati (AREA B)

Compiti e funzioni del servizio:

- a) parere per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie relative agli autoveicoli o contenitori adibiti al trasporto di materiali o carcasse di animali ad alto o basso rischio;
- b) parere per il rilascio di autorizzazioni sanitarie relative ad impianti di macellazione, sezionamento, trasformazione, deposito e conservazione, distribuzione e vendita delle carni e degli altri alimenti di origine animale nonché dei loro derivati;
- c) vigilanza e controllo sugli impianti indicati alle precedenti lettere a) e b);
- d) ispezione, controllo e vigilanza sulle carni nelle diverse fasi della macellazione, sezionamento, trasformazione, deposito e conservazione, distribuzione e vendita e rilascio della relativa certificazione;
- e) controllo e vigilanza veterinaria sulla produzione, trasformazione, deposito e conservazione, trasporto, distribuzione e vendita delle uova, del pesce, del miele e rilascio della relativa certificazione;
- f) attuazione del piano nazionale per la ricerca della radioattività negli alimenti di origine animale;
- g) parere per il rilascio delle autorizzazioni sanitarie relative al trasporto delle carni, del pesce e dei prodotti di origine animale;
- h) parere per il riconoscimento CEE dei locali di macellazione, sezionamento, deposito e trasformazione delle carni, del pesce e dei prodotti derivati, compresi quelli a base dicarne;
- i) parere per il riconoscimento dei locali di macellazione e sezionamento a capacità limitata;
- j) parere per il riconoscimento dei locali destinati al trattamento ed alla trasformazione del latte;
- k) controllo e vigilanza sui movimenti intra e extra comunitari delle carni e di tutti i prodotti e gli alimenti di origine animale e rilascio relativa certificazione;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



l) ispezione, controllo e vigilanza sulla selvaggina abbattuta, compresa quella allevata e rilascio relativa certificazione;

m) ispezione, controllo e vigilanza sui prodotti a base di carne e rilascio relativa certificazione;

- L'ispezione negli impianti di macellazione
- Il controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale
- La vigilanza ed ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede Veterinari Ufficiali
- Indagini microbiologiche in tutte le fasi della produzione e sui prodotti
- La valutazione degli esiti analitici e l'informazione dei conduttori degli stabilimenti, dei risultati, degli esami e degli eventuali accorgimenti da adottare
- Le certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o a usi particolari
- Il monitoraggio della presenza di residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale
- Interventi di educazione sanitaria



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Servizio Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Compiti e funzioni del servizio:

- a) controllo e vigilanza sulla distribuzione e sul corretto impiego del farmaco veterinario;
- b) pareri per il rilascio di autorizzazioni al deposito e detenzione del farmaco veterinario;
- c) controllo e vigilanza sulla produzione e commercio degli alimenti destinati agli animali da reddito e da affezione e sulla nutrizione animale;
- d) controllo e vigilanza sulla riproduzione animale;
- e) tutela degli allevamenti dai rischi di natura ambientale e relativa rilevanza epidemiologica;
- f) controllo sull'igienicità delle strutture di allevamento, delle tecniche di allevamento e delle produzioni zootecniche, anche ai fini della promozione della qualità dei prodotti di origine animale;
- g) controllo sul benessere degli animali da reddito, da affezione e di quelli destinati alla sperimentazione animale con particolare riferimento ai ricoveri nei luoghi di cura, ai metodi di allevamento ed al trasporto;
- h) attuazione della normativa statale e regionale sul randagismo;
- i) tenuta dell'anagrafe generale canina;
- j) controllo e vigilanza sull'impiego degli animali nella sperimentazione;
- k) studio, prevenzione ed eliminazione degli effetti negativi sull'igiene urbana e rurale derivanti da attività zootecniche o da altre attività produttive soggette a vigilanza veterinaria e comunque da presenza di animali, compresi gli esotici, i selvatici ed i sinantropi;
- l) controllo e vigilanza igienica sulla qualità del latte relativamente alla fase di produzione e allevamento;
- m) controllo e vigilanza sulla trasformazione ed immissione sul mercato di rifiuti di origine animale con esclusione dei trattamenti (trasformazione, incenerimento, infossamento) presso opifici o siti operativi di competenza;
- n) pareri preliminari alla formazione dei pareri preventivi in materia di concessione edili



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Il controllo e la vigilanza sulla distribuzione e impiego del farmaco veterinario in coordinamento con il Servizio Farmaceutico e i programmi per la ricerca dei residui di trattamenti illeciti o impropri La tutela degli allevamenti dai rischi di natura ambientale;

- Il controllo e la vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
- Il controllo e la vigilanza sulla riproduzione animale
- Il controllo sul latte e sulle produzioni lattiero casearie
- La sorveglianza sul benessere degli animali da reddito e da affezione
- La protezione dell'ambiente da rischi biologici, chimici e fisici con documentazione epidemiologica
- Interventi di educazione sanitaria
- La vigilanza e il controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione

Il Dipartimento si pone per gli anni 2012- 2013 e 2014 i seguenti obiettivi specifici:

- informatizzazione delle attività attraverso l'installazione di procedure informatiche di raccolta e rilevazione dei dati;
- raggiungimento qualifiche sanitarie degli allevamenti;
- categorizzazione del rischio degli opifici e attivazione delle verifiche mediante procedure di audit
- sterilizzazione cani randagi e valorizzazione della pet-therapy.
- Omogeneizzazione delle procedure.
-

LA SALUTE MENTALE: SALUTE DEL SINGOLO E DELLA COLLETTIVITÀ

Il sistema della salute mentale è un sistema integrato in quanto la salute dell'individuo è l'insieme di molti determinanti: storia personale, cultura, situazione economico-sociale, ambiente di vita e di lavoro, sistema legislativo, accessibilità ai servizi, qualità delle relazioni affettive, fattori psicologici e biologici.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Si può affermare che questo è vero in generale per tutto ciò che attiene allo stato di salute di una popolazione, in larga percentuale determinato da fattori estranei alla qualità ed al livello dei servizi sanitari ed è ancora più pregnante per la salute mentale, che ha tra i suoi principali indicatori la qualità dell'interazione affettiva e sociale del soggetto e la sua soggettiva percezione di benessere, determinata prevalentemente come detto, dal contesto in cui vive (cultura, status economico, supporto familiare e sociale, accessibilità e qualità dei servizi). Anche la gravità dello stato di malattia, misurata sugli esiti reali, dipende solo in parte dalla gravità della diagnosi clinica e molto da fattori di contesto.

Il paradigma scientifico attualmente in grado di supportare meglio tale concezione è quello bio-psico-sociale.

Tale cornice concettuale è il risultato di una storia che, in tutto il mondo, negli ultimi trent'anni, ha messo in discussione l'istituzione e la cultura manicomiali, responsabili dell'esclusione delle persone con problemi di salute mentale dalla vita sociale e del non rispetto dei loro diritti umani e civili, sulla base di un pregiudizio che riduce la malattia mentale alla costituzione biologica – con il correlato stigma di inguaribilità. Il paradigma bio-psico-sociale è la base scientifica che consente di comprendere in un unico Dipartimento di Salute Mentale i servizi per gli adulti, per l'infanzia e l'adolescenza e per le dipendenze patologiche.

I CONTESTI ATTUALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

L'attuale fase storica è caratterizzata da enormi differenze tra paesi sviluppati e paesi a basso reddito, soprattutto in relazione alle risorse investite, con conseguenze importanti sulla disponibilità di servizi e sulla loro accessibilità. Il bisogno di salute mentale è comunque molto alto sia nei paesi sviluppati che in quelli a basso reddito, nel senso che la risposta risulta essere al di sotto del bisogno e della domanda. Da anni l'OMS documenta come, dalla *fine della seconda guerra mondiale, mentre la salute fisica degli abitanti del pianeta tende a migliorare, la salute mentale tende a peggiorare uniformemente in tutte le aree geografiche.*



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Si può legittimamente pensare che i fenomeni macro-economici e macro-sociali che hanno, nelle ultime decadi, interessato il pianeta e che non hanno come fine primario la promozione umana (guerre, migrazioni, urbanizzazione forzata, competitività e disuguaglianze economiche, impoverimento dei sistemi di *welfare*, subordinazione del ruolo femminile nella società e nella famiglia, disgregazione delle tradizionali comunità solidali e supportive) abbiano determinato, a livello di singoli individui e di gruppi sociali, un aumento del rischio di sofferenza mentale.

L'OMS calcola che solo il 9% delle persone che soffrono di un disturbo mentale riceve cure adeguate, la maggior parte delle quali, ovviamente, risiede nei paesi ricchi. I fattori che determinano tale situazione sono tre:

- scarsità di risorse finanziarie e strutturali;
- assenza o insufficienza di politiche e programmi specifici;
- scarsa qualità del “capitale sociale”.

Si può, quindi, affermare che le risorse materiali investite per i servizi di salute mentale sono necessarie ma non sufficienti a garantire risultati soddisfacenti. E' dimostrato, specialmente da esperienze in paesi a basso reddito, che politiche mirate e costo-efficienti, riguardanti sia i contesti istituzionali e sociali che i servizi, sono in grado di produrre miglioramenti e buoni risultati (si veda documento OMS citato e “Piano attuativo Salute Mentale della RER” nella parte sul sistema di comunità). Così come è provato che forti investimenti non sempre producono buoni risultati: ne è un esempio il fenomeno della neo-istituzionalizzazione psichiatrica che si sta riscontrando in Italia in anni recenti, dove a un forte sviluppo della residenzialità non corrispondono esiti riabilitativi adeguati. Quello che soprattutto si impara da una lettura critica di tali fenomeni è che è possibile costruire sistemi di salute mentale efficienti quando la sensibilità della politica, il senso etico, la competenza degli operatori e una rete sociale solidale concorrono alla definizione e alla realizzazione di programmi chiari e lungimiranti, fondati sulla conoscenza dei bisogni reali della popolazione target e che tendano ad accrescere e sviluppare competenze diffuse nel campo della salute mentale.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

IL RAPPORTO TRA LE RISORSE E LA DOMANDA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

I servizi, come organismi viventi, sono ovviamente in una relazione dinamica con il mutare del bisogno e della domanda; e in questi anni alcuni fenomeni sociali ne stanno condizionando l'uso e lo sviluppo. Ad esempio, l'impoverimento delle reti sociali informali cui ancora non corrisponde una adeguata risposta delle reti istituzionali, determina una discreta tendenza alla psichiatrizzazione del bisogno sociale. A questo vanno aggiunti fenomeni epidemiologicamente nuovi e rilevanti che richiederebbero una risposta proattiva e meglio organizzata, quali la diffusione dei comportamenti di abuso di sostanze, l'allungamento della speranza di vita e i problemi mentali specifici della popolazione anziana, i problemi di disadattamento della popolazione immigrata.

Secondo l'OMS:

- oltre 450 milioni di persone nel mondo soffrono di una qualche forma di malattia o di disagio mentale;
- una persona su quattro va incontro ad una malattia o a un disturbo mentale nell'arco della vita;
- il 13% del carico globale di malattia è determinato dai disturbi mentali; una percentuale maggiore a quella del cancro.

E' sotto questa luce che dovranno essere considerati e conciliati da una parte il problema dell'aumento dei costi dei servizi e dall'altra le elevate attese della popolazione, rispetto a qualità di vita, qualità dei servizi e qualità della convivenza sociale che spesso si traducono in richieste semplificate e regressive: più residenzialità, più controllo dei comportamenti disturbanti, più risorse, enfaticizzazione di problemi minori, difesa di interessi particolari.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

CULTURA, IMMAGINE PUBBLICA E MANDATO SOCIALE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Si può affermare che nella società e nella cultura convivano istanze regressive, legate allo stigma e ai pregiudizi sulla malattia mentale e istanze evolute e mature, frutto dell'esperienza storica che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici e al crescere di una sensibilità contraria all'esclusione e alla discriminazione delle persone con problemi di salute mentale. La persistenza di un forte stigma sulla malattia mentale è anche responsabile di una incompiuta tutela e promozione dei diritti delle persone con problemi di salute mentale e della difficoltà a coniugare l'esigenza della piena integrazione della salute mentale nel sistema sanitario generale con la indiscutibile specificità dei suoi statuti culturali, scientifici e organizzativi.

Un fattore specifico di forte impatto sull'operatività dei servizi e sul modo come i professionisti vivono il loro ruolo e la loro identità è costituito dalla natura del mandato sociale reale dei servizi psichiatrici, che si gioca sul doppio versante della cura dei disturbi e della gestione dei comportamenti socialmente disturbanti – funzioni che spesso si presentano intrinsecamente in conflitto tra loro. Non vi è altra disciplina medica che sia così fortemente implicata in una funzione sociale che spesso si sovrappone a quella di altre istituzioni pubbliche come la magistratura e le forze dell'ordine. E' urgente che i servizi riflettano e prendano posizione su un tema che condiziona fortemente la loro pratica quotidiana e la loro identità.

Ciò che rende ancora più difficile l'affermarsi di una immagine pubblica coerente e credibile è il fatto che gli statuti scientifici sui quali si fonda l'operatività dei servizi di salute mentale continuano ad essere, ma soprattutto ad essere percepiti, come deboli e incerti, nonostante gli sforzi che la comunità professionale ha messo in atto negli ultimi anni per l'adozione di pratiche fondate sull'evidenza.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E LA SFIDA DELLA SALUTE MENTALE

I servizi di salute mentale presenti sul territorio dell'ASP di Potenza, organizzati nel Dipartimento, presentano un elevato grado di complessità organizzativa e operativa, nella misura in cui



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

comprendono tutte le dimensioni assistenziali: ospedaliera, ambulatoriale, domiciliare, sociale, residenziale, semiresidenziale e discipline scientifiche diverse (psichiatria adulti, psichiatria infantile e dell'adolescenza, neurologia infantile, tossicologia, psicologia clinica). Questo richiede di necessità un alto livello di integrazione interna ed esterna, in particolare con la medicina primaria e con i servizi sociali. Tale complessità, spesso vissuta come un ostacolo, dovrebbe essere vista realisticamente come il riflesso della complessità dei bisogni delle persone di cui i servizi si occupano. Da questa constatazione dovrebbe discendere un impegno a valorizzare la funzione di promozione della salute mentale a livello comunitario. E' necessario costruire percorsi mirati di promozione della salute mentale per gruppi sociali considerati a rischio (giovani, anziani, aree urbane socialmente degradate, immigrati, ecc.). La prospettiva verso la quale gli attuali cambiamenti sociali e culturali spingono i servizi e in generale i sistemi di salute mentale è quella dell'acquisizione di sempre maggiori competenze e contrattualità da parte dei singoli e dei gruppi sociali nella gestione della propria salute mentale (empowerment individuale e comunitario). Tale prospettiva è unificante e centrale in quanto tiene insieme il "sistema di comunità" e il "sistema di cura" (sviluppo orizzontale) ed informa i vari livelli di azione: dalla promozione alla prevenzione, alla terapia, alla riabilitazione (sviluppo verticale). Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), rappresenta la struttura organizzativa e di coordinamento ritenuta più idonea a garantire l'unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale per la tutela della salute mentale.

Al Dipartimento afferiscono le seguenti strutture :

- 1) **Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)**
- 2) **Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)**
- 3) **Le strutture semiresidenziali (DH e centro diurno)**
- 4) **Le strutture residenziali (case alloggio, case famiglia, gruppi appartamento)**

Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa dell'équipe degli operatori e il punto di coordinamento degli interventi di prevenzione .cura e riabilitazione. In esso si attuano accoglienza, attività diagnostica ; interventi di counselling e sostegno alle famiglie; interventi eco-sociali; psicoterapie individuali, familiari e di gruppo ; visite cliniche psicologiche e test psicologici ; attività di filtro ai ricoveri ; consulenze specialistiche nei PP.OO. , case di riposo e strutture per disabili;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

visite domiciliari ; attività di raccordo con i MMG; attività di rete con i Comuni, le Associazioni di Volontariato e la Cooperazione Sociale ,ecc; attività di art-therapy; elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati; interventi di prevenzione primaria e terziaria.

Nell'ASP sono presenti n. 3 CSM, articolati in nuclei operativi territoriali ed ambulatori periferici:

- il Centro di Salute Mentale di Lauria al quale è collegato il Dh (n. 2 pl), con articolazione di ambulatori periferici nel P.O. di Chiaromonte e nel Distretto di Senise;
- il Centro di Salute Mentale di Potenza, con articolazione nel Distretto di Avigliano;
- il Centro di Salute Mentale di Lavello, con articolazione nei N.O.T. di Venosa, Melfi, Palazzo S., Gervasio e Rionero.

Compatibilmente con le risorse economiche saranno attivati ulteriori strutture e servizi territoriali.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), ubicati negli Ospedali , sono servizi ospedalieri in cui si attuano ricoveri psichiatrici volontari (TSV) o in trattamento sanitario obbligatorio (TSO).Essi esplicano ,inoltre ,attività di consulenza al Pronto Soccorso e agli altri servizi ospedalieri.

Nell'ASP sono presenti allo stato n. 3 SPDC :

- SPDC ,ubicato nel PO Melfi(n. 4 pl)
- SPDC ,ubicato nell'Ospedale S. Carlo di Potenza(n. 6 pl + n. 2 Dh)
- SPDC ubicato nel PO di Villa D'Agri (n. 9 pl + n. 1 Dh)

Si procederà nel rispetto di quanto previsto dal Piano della Salute a ridefinire i posti-letto.

Le strutture intermedie semiresidenziali comprendono i DH e i Centri diurni.

I Day hospital sono strutture collegate al SPDC o al CSM ; accolgono pazienti con patologie subacute che necessitano di interventi multidisciplinari , con l'obiettivo di ridurre il ricorso al ricovero ordinario. I Centri diurni sono strutture intermedie riabilitative che ospitano utenti psichiatrici giovani, con compromissioni del funzionamento relazionale e sociale. Sono aperti almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Nell'ASP vi è un solo Centro diurno a Potenza(n. 20 pl). Saranno avviate le procedure per l'istituzione di almeno un centro diurno nell'area nord ed un centro nell'area sud.

Le strutture residenziali psichiatriche sono strutture riabilitative extra-ospedaliere, dove l'utente sperimenta una serie di rapporti ed opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

Sono differenziate in varie tipologie , in relazione all'intensità dell'assistenza sanitaria:

- Casa alloggio con assistenza 24 ore su 24
- Casa famiglia con assistenza 12 ore su 24
- Gruppo appartamento con assistenza per fasce orario(n. 6 ore al dì).

Le strutture residenziali non vanno intese come soluzioni abitative, per cui la permanenza dell'utente nelle suddette ,in relazione al progetto individualizzato, va definita temporalmente per non creare situazioni di neo-manicomialità e assistenzialismo.

Nell'ASP sono presenti strutture con diverse tipologie di assistenza.

Esse sono gestite da Cooperative sociali, sotto la supervisione, controllo e verifica del Dipartimento Salute Mentale, che garantisce assistenza medica, psicologica e sociale. Sono utilizzati strumenti di misura del funzionamento sociale e disabilità degli utenti, con verifiche periodiche inerenti i miglioramenti ed esito.

La missione del Dipartimento della Salute mentale dell'Azienda ASP di Potenza è quella di:

- operare per il benessere psico-sociale delle persone residenti nel territorio della provincia;
- organizzare in maniera coordinata i servizi destinati alla cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche, migliorando e ottimizzando la loro accessibilità;
- collaborare con gli altri soggetti istituzionali e della società civile alla realizzazione di azioni per la promozione della salute mentale della comunità;
- garantire agli utenti e ai cittadini piena coerenza tra gli impegni dichiarati e le azioni (contestabilità e verificabilità);



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- operare nel pieno rispetto e per l'arricchimento dei diritti umani e civili delle persone che necessitano di cure psichiatriche, contrastando atteggiamenti stigmatizzanti sulla malattia mentale in tutte le sue forme e dimensioni;
- operare per porre al centro del sistema della salute mentale la persona dell'utente, in contrasto con la tradizionale centralità dei servizi;
- operare per la crescita culturale e scientifica di tutte le figure professionali e per la reale partecipazione di tutti gli operatori alle scelte del servizio;
- valorizzare la partecipazione comunitaria alle scelte di indirizzo del servizio, in particolare delle associazioni degli utenti e dei familiari.

Attraverso questa rete di servizi si realizza un'assistenza psichiatrica capillare e fortemente integrata su tutto il territorio aziendale che persegue i seguenti obiettivi:

- Garantire, su tutto il territorio Aziendale, livelli equi ed uniformi di assistenza nelle prestazioni di accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione in materia di salute mentale, finalizzate alla riconquista di un reale diritto di cittadinanza per gli utenti ed i loro familiari;
- Garantire la cura e la presa in carico dei soggetti con patologie psichiatriche maggiormente disabilitanti attraverso programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati, miranti al reinserimento sociale nella comunità;
- Garantire interventi psicoeducativi e di supporto alle famiglie con riduzione e sollievo del grave carico emozionale familiare;
- Sviluppare sistemi di monitoraggio dei processi e degli esiti dei disturbi psichiatrici;
- Promuovere l'integrazione socio sanitaria come funzione strategica per un pieno coinvolgimento di tutti i soggetti pubblici e privati per una efficace politica tesa al pieno riconoscimento del diritto di cittadinanza degli utenti psichiatrici e alla realizzazione di un patto per la salute mentale che conduca ad una psichiatria di comunità;
- Migliorare la capacità di intervento sulle "patologie di confine" per le quali è indispensabile un'attività di tipo interdisciplinare integrata con altri Servizi Sanitari, Sociosanitari e Sociali



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

(Utenti con doppia diagnosi, Disabili Psicici, Anziani, Minori e Adolescenti con disturbi dell'età evolutiva, ecc.);

- Promuovere la Prevenzione Primaria attraverso il raccordo con i MMG ed interventi informativi nelle Scuole; realizzare iniziative di sensibilizzazione sul disagio psichico e lotta allo stigma sulla malattia mentale.
- Garantire ,attraverso la collaborazione con gli Enti Locali e le Province, il diritto alla casa e la partecipazione degli utenti psichiatrici alle attività di formazione finalizzate all'inserimento lavorativo.

LA PSICHIATRIA PENITENZIARIA E L'OPG

Il Dipartimento Salute mentale dell'ASP, in relazione al Dlgs 230/99 e al DPCM 2008, sta attivando un programma di interventi in materia di sanità penitenziaria , in particolare:

- un sistema di sorveglianza epidemiologica attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali con particolare riferimento ai soggetti minorenni;
- la presa in carico per la cura e la riabilitazione del paziente sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno da parte delle strutture territoriali, con interventi psichiatrici, psicologici e riabilitativi ;
- programmi specifici per la riduzione dei rischi di suicidio;
- programmi di formazione e di aggiornamento del personale aziendale coinvolto e di quello penitenziario;
- cooperazione tra area sanitaria ed area di trattamento soprattutto negli istituti per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità.

Il DSM dell'ASP , in relazione all'art. 3 ter della L. 9/2012 che prevede la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici giudiziari entro il 1 febbraio 2013 , sta ultimando la dimissione dei pazienti



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

della Regione Basilicata internati negli OPG della Regione Campania e della Sicilia , con l'elaborazione di progetti individualizzati territoriali o residenziali .

Il DSM, così come previsto dalla legislazione vigente, attiverà una struttura residenziale dedicata agli internati OPG e ai pazienti psichiatrici autori di reato ,inviati con misure di sicurezza dalla Magistratura di Sorveglianza, con l'obiettivo di una presa in carico , idonea cura e riabilitazione; ai fini della integrazione ed inclusione nel contesto di appartenenza.

IL SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

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)




Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



 **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

Obiettivo del triennio è la messa a regime del Dipartimento con l'attivazione di tutte le postazioni previste dalla L.R.21/99, nel rispetto delle compatibilità economiche e d'intesa con la Regione Basilicata. Inoltre quest'anno è stato attivato, in via sperimentale, il servizio di volo notturno per valutare la fattibilità di tale servizio a regime.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



La necessità di soccorso è imprevedibile quando insorgono malori come infarto e ictus oppure si innescano incidenti che causano politraumi gravi. La chiamata al 118, un primo soccorso verso l'ospedale per acuti più vicino e poi, in caso di necessità, l'intervento in notturna dell'elicottero del 118.

Dal tramonto all'alba, un doppio equipaggio su un elicottero di recente progettazione "Ec 145 C2" in forza alla centrale operativa di Potenza raggiunge le elisuperfici di Matera, Policoro, Villa d'Agri, e Lauria.

Tale nuovo servizio di volo notturno rafforza, in via sperimentale fino a ottobre 2012, l'attuale articolazione del servizio di eliambulanza programmato secondo effemeridi di riferimento locali con l'elicottero di Potenza che effettua alba + 12 ore e Matera che effettua tramonto - 12 ore.

Sottoposto ad ulteriori autorizzazioni e a una rigorosa disciplina di volo, l'eliambulanza può atterrare esclusivamente sulle superfici autorizzate.. Dunque, all'interno di un sistema di soccorso integrato, così come già è nelle peculiarità di Basilicata soccorso, l'intervento notturno dell'elicottero consente un immediato trasporto da un ospedale all'altro. Basilicata soccorso si conferma un servizio essenziale del Sistema sanitario dell'emergenza urgenza della Basilicata quale organismo comune delle Aziende sanitarie regionali. Grazie alle professionalità mediche, paramediche e tecniche formate ad hoc ed aggiornate in maniera continua. Il servizio di emergenza-urgenza si salderà con il sistema delle cure primarie ed in particolare con la continuità assistenziale che saranno riordinati.

ASSISTENZA TERRITORIALE

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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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 di comunità) 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 di comunità garantisce l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e di integrazione sociale.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

IL DISTRETTO DI COMUNITÀ E LA SUA ORGANIZZAZIONE

Il Distretto di comunità, 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.

Il *Distretto di comunità* 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.

Il *distretto di comunità* è una macro-organizzazione complessa con autonomia di risorse e di gestione, alla stessa stregua delle altre macrostrutture aziendali.

Il distretto di comunità è il luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi.

Le caratteristiche organizzative del Distretto di Comunità, come definite nella Legislazione Regionale, sono principalmente quelle di essere molto vicino al cittadino; radicato nella comunità locale; abbastanza ampio da governare una serie di percorsi di cura; centro di organizzazione e coordinamento di una serie di servizi che afferiscono al LEA “Assistenza Distrettuale”.

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 di Comunità**, l'integrazione sociale e sanitaria, e la tutela dell'ambiente e della salute.

I Distretti di Comunità, 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.

Elabora la pianificazione e la programmazione attraverso l'adozione del piano attuativo sanitario distrettuale (PASD) per la parte sanitaria e socio-sanitaria e attraverso la elaborazione del piano intercomunale dei servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria (PISS) definisce la dotazione delle risorse (strumentali, tecnologiche e umane) necessarie.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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 croniche 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 di comunità 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.

Gli attuali Distretti Sanitari di II Livello, che dal gennaio 2009 hanno assunto il ruolo di UU.SS.I.B., ove non coincidessero con la nuova sede del Distretto di Comunità, continueranno a svolgere le funzioni di UU.SS.I.B. territoriali, quali strutture complesse aziendali, rappresentando di fatto articolazioni del Distretto.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

LE UNITÀ PER I SERVIZI INTEGRATI DI BASE (UU.SS.I.B.)

L'art. 4 comma 1 della L.R. 12/2008, prevede che le Aziende sanitarie Locali territoriali si articolano in Distretti territoriali, denominati Distretti della Salute ed in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB).

La stessa normativa, prevede inoltre anche un **raccordo istituzionale** tra la Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale e il Distretto di Comunità rappresentato **dall'Ufficio di Piano** sociosanitario e sociale il cui compito va individuato nella "gestione integrata dei servizi" (ai sensi dell'art. 13 della L.R. 4/07). Tale gestione avviene attraverso la costituzione di **Unità dei servizi integrati di base – UU.SS.I.B.**, centri Operativi distrettuali da parte delle stesse ASL, impegnate nella gestione della Salute unitamente ai Comuni, nei rispettivi Uffici di Piano.

Considerata pertanto quanto previsto dalla normativa vigente e l'ampia articolazione territoriale su cui si proietta dinamicamente il Distretto di Comunità, esso si dota di alcune sotto articolazioni territoriali, le **UU.SS.I.B.** che esercitano sia funzioni di erogazione dei servizi sanitari territoriali che di governance complessiva della integrazione socio-sanitaria.

Le USIB diventano, in concreto, degli ambiti distrettuali che assicurano unitarietà di organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (area della cronicità, area della fragilità, etc.), che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse. Inoltre le UU.SS.I.B. provvedono alla gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, tramite l'Ufficio di Piano, attuate dagli operatori sociali e sanitari, attraverso forme il più possibile coordinate ed integrate.

A capo della struttura è posto il Direttore dell' UU.SS.I.B. al quale viene attribuita la responsabilità complessiva de "percorsi diagnostici terapeutici e riabilitativi" con affidamento del budget e degli obiettivi relativi a specifici compiti di governance e di interazione con i Punti Unici di Accesso o il coordinamento di questi.

Il Direttore dell'USIB, nello svolgimento di tale funzione:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- è posto in staff al Direttore di Distretto;
- ha la responsabilità complessiva dei percorsi assistenziali sanitari, sociosanitari e percorsi diagnostici terapeutici e riabilitativi”, con affidamento del budget;
- deve rendere possibili momenti di interazione con lo “Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari”, strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell’accesso unificato alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie;
- ha delega per alcuni obiettivi relativi a specifici compiti di governance;

La programmazione aziendale individua le sedi degli Sportelli distrettuali delle UU.SS.I.B, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di copertura dei costi legati al suo funzionamento.

Le attività di programmazione del territorio delle UU.SS.I.B. distrettuali, contribuiscono alla costruzione del PISS, strumento della programmazione Aziendale e dei Comuni;

Le UU.SS.I.B. provvedono alla gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attuate dagli operatori sociali e sanitari, attraverso forme il più possibile coordinate ed integrate.

Alle UU.SS.I.B. compete, pertanto, la “realizzazione della vera e propria “integrazione socio-sanitaria”. Tra l’altro, configurandosi come articolazione del Distretto di Comunità, la struttura è deputata all’analisi del territorio, al monitoraggio dei servizi e alla organizzazione unitaria delle risposte assistenziali.

Tra le varie Funzioni, l’USIB :

1. garantisce, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA), la presa in carico globale della persona al fine di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del setting assistenziale e l’appropriatezza della continuità delle cure.
2. promuove, cura e attiva la rete formale e informale di protezione sanitaria e sociale integrando e coordinando le azioni dei diversi attori coinvolti.
3. è sede di raccordo e di organizzazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, nonché punto di riferimento per il cittadino per l’accesso ai servizi e luogo prioritario per l’integrazione sanitaria e sociosanitaria.
4. favorisce uno stile di lavoro per équipes multi professionali su programmi/obiettivi specifici, con definizione di compiti e responsabilità.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

5. adotta il modello della “ presa in carico “ integrata dell’utente, anche attraverso le UOZ (Unità Operative Zonali), organizzando con un approccio multi professionale e multidisciplinare risposte concrete ed adeguate ai bisogni di salute e sociali dell’utente (Unità di Valutazione Integrata; Unità di Valutazione dei Bisogni Riabilitativi, ecc.), rivalutando inoltre la centralità delle azioni da parte del Medico di Assistenza Primaria (MMG, PLS). Il modello da seguire, pur se più organizzato attraverso le Unità di Valutazione Integrate ed i Punti Unici di Accesso, di cui si parlerà in seguito, è lo stesso;
6. assicura l’assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali e si pone 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.

Nel Territorio di riferimento delle UU.SS.I.B. saranno presenti :

- ✓ **Lo Sportello Unico di Accesso al Sistema dei Servizi Socio-Sanitari (PUA)**
- ✓ **La Unità di Valutazione Integrata (UVI);**
- ✓ **I Consultori**
- ✓ **Strutture Residenziali ed extra Residenziali Ospedaliere ad elevata valenza sanitaria per ricoveri temporanei : Strutture di Cure Intermedie (SCI);**
- ✓ **Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**
- ✓ **Casa della Salute**
- ✓ **ADI**
- ✓ **CUP**
- ✓ **Specialistica Ambulatoriale**
- ✓ **Area dei Servizi per le attività Sociali**

La definizione delle strutture è puramente indicativa e come tale soggetta a possibili integrazioni e/o modificazioni sulla base di quanto verrà stabilito con gli standard regionali da determinarsi in attuazione del Decreto Legge n. 158 del 13/09/2012 così come modificato ed integrato con la Legge n. 189 del 08.11.2012

Il Piano regionale definisce tempi, modi ed obiettivi che qui si riassumono:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI
ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	ridefinizione del numero dei distretti come previsti dal PSR 2012-2015	II° semestre 2012
	attivazione Unità Operative secondo quanto previsto dal PSR 2012-2015	II° semestre 2012
SPORTELLINO UNICO DI ACCESSO(PUA)	sperimentazione di uno Sportello Unico di Accesso (SUA)	anno 2013
	attivazione di un SUA in ognuno dei distretti	I° semestre 2014
	attivazione del Centro Unico di accesso alla disabilità(CAUD) presso ogni SUA	I° semestre 2014
POTENZIAMENTO DELLA UVI(UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA)	adozione degli strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale secondo quanto previsto dal PSR 2012-2015	II° semestre 2012
	UVI come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali	
FORME SPERIMENTALI DI ASSISTENZA	sperimentazione di forme innovative di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di assistenza post-ospedaliera, di residenzialità e di semi residenzialità sanitaria e sociosanitaria integrata (Progetto ATIB)	fine sperimentazione 2014
CORRINAMENTO FUNZIONI TERRITORIALI	Istituzione dei Comitati Misti Aziendali e di Distretto	II° semestre 2012
	Attivazione dell'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali)	II° semestre 2012

I DISTRETTI DI COMUNITA' 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).



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 multiprofessionali (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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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. MMG aggregati per Nuclei di Cure Primarie e/o il riordino della rete Ospedaliera versus il territorio) 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 MMG, e dell'ASP .

In tal senso i Nuclei di Cure Primarie(NCP) affidati ai MMG, 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 di Comunità

✓ 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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

✓ **L'appropriatezza di un intervento professionale**

Nel documento finale del “Mattone 7” (Misura dell'appropriatezza) sono state individuate almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento professionale:

1. le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata; socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
2. le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
3. il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
4. le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale, Cure Domiciliari);
5. le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza, quindi, deve essere valutata con riferimento non solo alla prestazione in sé, ma anche alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato. Questa specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo *beneficio-rischio* per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica. Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che riguarda, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione. Un esempio è rappresentato dall'applicazione di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni ospedaliere, o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria. Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere *incentivi “perversi”*, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione, meno vantaggiose economicamente per l'erogatore (per esempio, la scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno, e prestazione ambulatoriale) sono disponibili. Quando una prestazione è erogabile con pari appropriatezza clinica ad un livello “meno complesso”, dunque meno oneroso, e questo non viene fatto, si parla di inappropriatezza di livello, come caso particolare di inappropriatezza organizzativa. Infine, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguimento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci, in linea quindi con principio di uguaglianza. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre il danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività. I pazienti particolarmente interessati da tutte e due le definizioni di quelli fragili. La fragilità si identifica per la sussistenza di problemi di cronicità, di non autosufficienza, di condizioni sociali le di autogestione dello stato di malattia. Essa trova possibilità di individuazione in condizioni cliniche, fisiche, psicologiche e sociali, ma soprattutto in una caratteristica funzionale che si esprime nel problema derivato da un bisogno di presa in carico di una assistenza più o meno intensiva ma costantemente continuativa. Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- ✓ malattia cronica evolutiva ed invalidante in qualsiasi età adulta;
- ✓ problemi di comorbilità associata a non autosufficienza;
- ✓ esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali UVG/UVA/UVMD/UVI con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti ad interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG;
- ✓ diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, S.Ipocinetica, ecc.).

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia. In particolare, la scelta del setting assistenziale più adeguato non dipende unicamente da considerazioni di tipo clinico, ma anche dalle aspirazioni e dalle possibilità del singolo anziano e/o della sua famiglia, come pure dai servizi presenti nel territorio in cui il soggetto vive. Si tratta di un approccio centrato sulla persona invece che sulla malattia, che mira ad una presa in carico globale dei bisogni assistenziali socio-sanitari dell'individuo e della comunità, garantendo effettivi benefici nell'assistenza del soggetto anziano fragile. Lo scenario epidemiologico attuale richiede adeguate risposte in termini di nuove strategie organizzative e di nuovi modelli che privilegino l'integrazione sociosanitaria nell'assistenza sia in senso "trasversale" (coordinamento tra gli interventi di



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

operatori diversi nell'arco delle 24 ore) sia in senso “longitudinale” (coordinamento delle varie fasi del percorso assistenziale, ad esempio al momento della dimissione ospedaliera), implementando le soluzioni che garantiscono la continuità delle cure e avvalendosi di professionalità apposite (psicologi clinici) anche nelle fasi di passaggio del paziente fragile all'interno delle strutture ospedaliere, sia nell'accoglienza che nel sostegno.

✓ **Presenza 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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Gli “Ambulatori Codici Bianchi”(ACB) nell’ambito delle Cure Primarie

Per quanto riguarda la gestione delle urgenze territoriali, l’associazionismo dei MMG la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 12 diurne, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle “piccole urgenze” che usualmente possono essere gestite nell’ambito di uno studio medico mono-professionale.

Gli **AMBULATORI CODICI BIANCHI** (dei MMG), gestiti all’interno della rete delle Cure Primarie, rappresentano un secondo “filtro” e si prefiggono la finalità di ridurre l’uso dell’ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest’ultimo il ruolo primario di assistenza.

Gli Ambulatori Codici Bianchi rappresentano la forma organizzativa attraverso la quale i MMG associati, nella Casa della Salute o negli studi propri, potranno garantire, assieme alla Guardia Medica notturna, un’effettiva **assistenza h 24** e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all’ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi).

L’esistenza, infatti, degli **Ambulatori Codici Bianchi**, gestiti attraverso la rete delle Cure Primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), potrà effettivamente rappresentare un’alternativa concreta all’uso dell’ospedale, anche grazie alla disponibilità di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali operanti nella Casa della Salute.

I risultati di un tale disegno non saranno legati soltanto all’economicità di questo nuovo scenario ma anche alla riduzione del grave disagio legato all’intasamento del Pronto Soccorso ed all’usuale attesa dei pazienti con codice bianco-verde.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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 :



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- 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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

punto dei programmi personalizzati e per l'erogazione integrata dei servizi, in conformità con le linee guida e gli indirizzi regionali.

Le Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Sotto il profilo operativo diviene essenziale la costituzione delle Unità di Valutazione Integrata (UVI) e la definizione delle loro modalità di funzionamento. Lo stato di salute richiede, infatti, una lettura multidimensionale risultante dall'interazione tra la persona e l'ambiente fisico e sociale.

La persona viene considerata quale unità "biopsicosociale", quindi con una presa in carico biologica, psicologica e sociale, tale da garantire un'integrazione ed una interattività tra i diversi modelli a cui corrispondono, di conseguenza, interventi complessivi attraverso piani mirati e personalizzati. Le Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) rappresentano il luogo in cui avviene la presa in carico integrata dell'utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa. È qui che si effettua la Valutazione Multidimensionale da cui discende un piano personalizzato integrato, sottoscritto dall'assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela.

La valutazione deve consentire l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case- mix assistenziale, costruito su un sistema di pesi, e deve essere ripetuta periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

L'Unità di Valutazione integrata (UVI), attivata all'interno del Distretto, che vede sempre la partecipazione di un referente dei servizi sociali territoriali, e la cui composizione dipende dalle scelte regionali o della stessa Azienda Sanitaria Locale che la concorda con il coordinatore di Ambito Socio Territoriale, varia in relazione al bisogno ed in rapporto all'individuazione ed alla misurazione del bisogno sanitario e sociale.

Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono:

- Medico dipendente dell'Azienda ASP, delegato dal Direttore di Distretto, che è responsabile della UVI;
- MMG e PLS che ha in carico l'utente,
- infermiere,



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- Medico specialista di riferimento per il caso,
- assistente sociale,
- terapeuta della riabilitazione
- altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.

L'UVI definisce gli obiettivi di cura e predispose il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali. Individua, in genere tra gli stessi componenti dell'équipe, il responsabile del percorso assistenziale che, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi e verifica l'andamento del piano assistenziale.

Il piano individuale di assistenza definisce, in base alle risultanze della valutazione integrata, le azioni e gli interventi da mettere in campo (assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale, altro), i risultati attesi, i tempi di verifica delle attività e degli outcome previsti. Lo scopo è quello di superare una logica di lavoro prestazionale coinvolgendo tutti gli attori su progetti di cura individualizzati e organizzati sui bisogni della persona.

Di seguito si riportano le **“azioni da intraprendere”**:

- **Riallocazione delle risorse;**

Il perseguimento dell'appropriatezza dei ricoveri per acuti conseguente alla riorganizzazione della rete ospedaliera libera risorse (strutture e personale) che devono essere riallocate nel livello di assistenza territoriale per potenziare la capacità del sistema Distrettuale di prendersi carico di quei bisogni della popolazione che oggi trovano l'unica risposta, inappropriata per livello, nella rete ospedaliera.

La riconversione dei posti letto per acuti e di piccoli ospedali, oggi non più sicuri, deve costituire l'occasione per recuperare il patrimonio edilizio e di professionalità ad incrementare le capacità di assistenza del livello territoriale.

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale può prevedere la risistemazione delle risorse in una o più delle seguenti tipologie di servizi:

- Strutture di Cure Intermedie
- Case della Salute-Ospedali Territoriali
- Equipe Territoriali della Medicina Generale
- Cure Domiciliari



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L'offerta residenziale e semiresidenziale presenta notevoli disomogeneità, e significative carenze, nel territorio regionale, sia per quanto riguarda gli accoglimenti a lungo termine e/o “sine die” di soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, psichiatrici, ecc.) sia per quanto riguarda la necessità di accoglimenti temporanei per pazienti che abbisognano di interventi di riabilitazione / riattivazione estensivi, oppure di ricoveri temporanei di “sollevio” per le famiglie impegnate nell’assistenza domiciliare dei congiunti.

In considerazione delle nuove norme regionali in materia di riordino della rete ospedaliera, pertanto, si ritiene necessario dare priorità in questa fase agli interventi di sviluppo della residenzialità temporanea extraospedaliera (Strutture di Cure Intermedie) e della programmazione della restante rete delle strutture residenziali e semiresidenziali(RSA).

Introduzione di strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria per ricoveri temporanei: “Strutture di Cure Intermedie”.

Per offrire un’assistenza che dia risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari, molteplici e mutevoli nel tempo, in Italia come nel resto d'Europa, si va diffondendo la creazione di strutture dedicate all'assistenza intermedia (rifacendosi alle Intermediate Care Unit di matrice anglosassone) con l'intento di migliorare l'efficienza del sistema e rispondere al bisogno di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani fragili.

Le Cure Intermedie vengono introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di migliorare l'efficienza ed il controllo sul budget, riducendo i costi sanitari legati ad una impropria occupazione dei posti letto (PL) nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. Si tratta quindi, innanzi tutto, di obiettivi che mirano a migliorare l'efficienza del sistema attraverso una più corretta gestione delle risorse.

Per «prestazione residenziale e semiresidenziale» si intende il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità di offerta accreditate.

Per unità d'offerta accreditata (di seguito definita unità di offerta) si intende un'unità organizzativa di risposta assistenziale di carattere residenziale e/o semiresidenziale.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Le tipologie di prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, sono riconducibili alla classificazione delle prestazioni, approvata, in data 30 maggio 2007, dalla Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sulla base del documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali» elaborato sulla base dei risultati prodotti nell'ambito del programma «Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale», dal Mattone 12 «Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali».

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Intensive a persone non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affette da malattie neurodegenerative progressive).

Ad essi è collegato il codice di **attività "R1"**.

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc.).

Ad essi è collegato il codice di **attività R2**.

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente «protesico».

Ad essi è collegato il codice di **attività R2D**.

Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).

Ad essi è collegato il codice **di attività R3**.

Trattamenti semiresidenziali - Trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in Unità d'offerta o centri diurni.

Ad essi è collegato il codice di **attività SR**.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Trattamenti Semiresidenziali Demenze - Cure estensive erogate in Unità d'offerta o in centri diurni a persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Ad essi è collegato il codice di **attività SRD**.

Una motivazione rilevante della prolungata durata della degenza di molti ricoveri ospedalieri è la difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale in struttura. Le strutture residenziali non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore.

E' fattibile che una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedaliera possa trovare una corretta destinazione presso questo tipo di strutture, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Ancor più importante, le Strutture di Ricoveri Intermedi, rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati, forniscono una risposta a fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedalieri.

Nel contempo, in ambito geriatrico, l'opportunità di creare queste strutture nasce dalla convinzione che l'approccio multidimensionale con una presa in carico globale dia la possibilità di usufruire di:

- **riabilitazione geriatrica** quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero (in lungodegenza o riabilitazione) o, in alternativa ad esso, per associare ad interventi riabilitativi di mantenimento cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza. Con riferimento alla riorganizzazione del contesto familiare e alla progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane che per le persone fragili di ogni età.
- **cure della vulnerabilità dei fragili e degli anziani non autosufficienti**, intese quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero dopo fasi di criticità di malattie croniche riacutizzate con elevato rischio di instabilità, o, nel caso di necessità, di mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l'inquadramento diagnostico in ospedali per acuti, con



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

l'obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario

- **cure palliative non oncologiche ed oncologiche**, in alternativa o propedeutiche ai ricoveri di nuclei di hospice, per malattie in fase evolutiva, anche avanzata e con prognosi di terminalità in un ambito che consenta di associare le cure mediche ed infermieristiche alle valenze di una riorganizzazione assistenziale estensiva individualizzata senza i limiti dell'approccio tecnologico ospedaliero
- **cure del Delirium**, frequentemente incidente nei fragili durante il ricovero ospedaliero in area medica e chirurgica, e cure di disturbi comportamentali e psicotici per completare le terapie di fasi acute di malattie intercorrenti a malattie di Alzheimer o Sindromi correlati, o per offrire ai pazienti affetti da queste malattie un approccio estensivo rieducativo funzionale e riabilitativo adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera ed assistenziale proprio della struttura a valenza residenziale
- **cure temporanee della non-autosufficienza** con prolungamento del tempo di ricovero ospedaliero in ambiti a valenza residenziale favorevoli la qualità di vita in attesa di una riorganizzazione del domicilio e delle cure familiari o di una progettazione di lungo-assistenza domiciliare o residenziale dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non autosufficienza.
- **sostegno psicologico della fragilità** con prosecuzione presso la Struttura del percorso di supporto iniziato nel corso del ricovero ospedaliero, in sinergia con le unità operative di Psicologia Territoriale e/o con i CSM territoriali, che prenderanno successivamente in carico il fragile ed eventualmente i familiari.

La differenza tra queste strutture e le strutture residenziali (long term care) è sostanzialmente riconducibile al ruolo all'interno dei percorsi diagnostici e terapeutici, con correlato obbligo di temporaneità dell'accoglienza, ed alla possibilità di erogazione di prestazioni mediche continuative specialistiche.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) prendono in carico pazienti:

- dimessi dalla Emergenza/Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (come ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare);
- dimessi da reparti per post-acuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva e/o estensiva che non possono ancora essere dimessi al proprio domicilio;
- una quota di pazienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari (c.d. ricoveri sollievo).

E' prerequisite all'ingresso la presa in carico del paziente da parte del Distretto con la progettazione, mediante valutazione multidimensionale, di un Piano di Assistenza Individualizzato e di un percorso successivo al ricovero in SCI che dovrà essere stato condiviso dalla famiglia.

Le Strutture di Cure Intermedie dimettono i pazienti:

- al loro domicilio con o senza un intervento di Cure Domiciliari (almeno il 50% dei pazienti deve essere dimesso a domicilio e permanervi per i 3 mesi successivi)
- verso strutture Residenziali o semiresidenziali,
- verso strutture per acuzie / postacuzie qualora previsto nel progetto iniziale (ad esempio: per un paziente con frattura di femore a cui non sia concesso il carico per 30 gg, si può prevedere dopo il ricovero in Ortopedia un trasferimento in SCI seguito da ricovero in struttura di riabilitazione), o per aggravamento non gestibile in SCI

Si prevede una permanenza presso le SCI, articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo la diagnosi di ricovero, da 10 a 40 giorni. Per alcune tipologie di pazienti e in pochi casi (minore di 5%) è possibile di avere un ricovero oltre questi limiti. Le cure previste sono prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica ad orientamento geriatrico e di specialisti nella gestione di patologie croniche.

Lo sviluppo organizzativo delle SCI deve prevedere un collegamento con il sistema della Continuità Assistenziale e con l'ospedale di riferimento territoriale e la rete dell'Emergenza 118 per l'erogazione di prestazioni di continuità diagnostica e di interventi di Medicina d'Urgenza non effettuabili nella



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

struttura. Lo sviluppo assistenziale può prevedere una per nuclei, anche di più livelli assistenziali, per tipologia dei pazienti. L'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata ai medici specialisti in Geriatria o ad orientamento Geriatrico, o di Medici dell'Area Medica degli Ospedali di riferimento territoriali (ospedali Distrettuali). Può essere previsto l'utilizzo di personale medico e paramedico "liberato" nel corso del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e personale medico proveniente dalla Continuità Assistenziale, nei limiti del completamento dell'orario di servizio.

La tariffazione deve essere prevista, con una o più soglie intermedie tra quella della lungodegenza ospedaliera (cod 60), oggi intorno a euro 150 interamente a carico del SSR, e quella delle strutture Residenziali, oggi intorno a euro 100, di cui una parte a carico del SSR (metà per anziani e 2/3 per disabili) ed il resto a carico dell'ospite(quota alberghiera). Il maggior costo rispetto alle strutture Residenziali è legato alla maggiore intensità di interventi medico-infermieristici e riabilitativi, mentre il risparmio rispetto alla lungodegenza ospedaliera riflette il minor carico sanitario e la minore complessità organizzativa rispetto alla struttura ospedaliera.

La quota alberghiera a carico della persona accolta (o dei Servizi Sociali) potrà essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero: nessuna quota sino al 60° giorno (o 90°) e per i pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente il protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento della tariffa da prevedere come sopra indicato, ed in ogni caso la quota di partecipazione deve essere non inferiore a quella prevista per la residenzialità extraospedaliera, al fine di evitare distorsioni nello svolgimento dei percorsi assistenziali. L'effetto progressivo dell'incremento della quota a carico dell'assistito è un incentivo, in forte integrazione con il sistema sociale (comune e famiglia), ad un avvio, il più celere possibile, a forme di Cure domiciliari.

L'accesso del paziente a questo tipo di struttura avviene a seguito della predisposizione da parte del Distretto di un progetto definito che prevede la presa in carico sin dal momento del ricovero ospedaliero. Sono da definire processi sistematici di intese e integrazioni tra la Rete Ospedaliera e la ASP per la definizione delle comunicazioni, la pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali. Le Strutture di Cure Intermedie svolgono un importante ruolo per fornire risposta a numerosi pazienti attualmente curati in modo inappropriato sia in strutture di acuzie che di post-acuzie. I ricoveri in queste strutture sono documentati dal flusso ministeriale FAR.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

La dotazione standard minima per singola struttura è stabilita in moduli da 10 PL ciascuno, allo scopo di raggiungere un corretto livello di efficienza; e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie, che possano consentire economie di scala, in aree intensamente popolate.

Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) sono, di conseguenza, da considerare come strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria per degenze di breve durata.

Indicatori di esito / di processo Con atto successivo sarà definito un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico basata su:

- numero di pazienti presi in carico dalle strutture SCI rispetto al totale dei pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie;
- distribuzione percentuale della destinazione alla dimissione (domicilio, reparto per acuti, altra struttura residenziale extraospedaliera, decesso) da SCI;
- luogo di dimora per i 3 mesi successivi alla dimissione da SCI;
- numero di ricoveri ospedalieri ordinari non chirurgici di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a 12 giorni;
- numero di giornate di ricovero presso i reparti di post-acuzie, per tipologia di MDC (Major Diagnostic Category);



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Sperimentazione “Case della Salute” c/o gli Ospedali Distrettuali

Tra le azioni da intraprendere per lo sviluppo della rete territoriale si ritiene centrale sperimentare il modello di “*Casa della Salute*”, che scaturisce dalla necessità di fornire un’adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali di cure primarie. Attualmente infatti l’offerta di tale assistenza è insufficiente o inappropriata quando erogata, come accade troppo spesso, tramite ricovero ospedaliero. I presidi oggetto di disattivazione dell’attività di degenza sono utilizzabili da subito come Casa della Salute, o con poca spesa per la messa a norma. I tempi di conversione dall’attuale funzione a quella di una struttura gradevole e appropriata al fabbisogno di assistenza sanitaria dell’area in cui è collocata inoltre, possono essere misurati nell’ordine di pochissimi mesi, fornendo una testimonianza rapidamente tangibile del nuovo modello di Sanità proposto. La sperimentazione della Casa della salute è stata promossa dal Ministero nell’ambito degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Definizione di Casa della Salute La Casa della Salute è una unità strutturale del Distretto in grado di sostenere l’organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie del territorio, favorendone l’integrazione con i settori sanitari e non sanitari, finalizzati alla promozione e tutela della salute delle persone e delle comunità, mediante:

- il coordinamento delle attività di cure primarie territoriali;
- l’integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli ospedalieri e non sanitari;
- l’adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema;
- l’utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione);
- la valorizzazione dell’appropriatezza nell’utilizzo dei servizi.

Funzioni da svolgere nella Casa della Salute

- accoglienza;
- prima valutazione del bisogno;
- orientamento ai servizi (antenna dello Sportello Unico);
- presa in carico complessiva dei pazienti attraverso la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (diabete, BPCO, scompenso, rischio



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

cardiovascolare, cronicità oncologica) secondo percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello;

- pianificazione e gestione integrata delle Cure Domiciliari finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture specialistiche di livello superiore;
- garanzia dell'integrazione sociale e sanitaria
- erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati;
- posto di primo soccorso per codici bianchi e codici verdi, sotto il coordinamento della Centrale Operativa della Rete per le Emergenze

Per la loro polifunzionalità, e l'integrazione con i servizi sociali, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie ed il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.

Sono forme aggregative evolute che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SUMAI, infermieri ed amministrativi, garantendo la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità. Possono essere variamente configurate per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo a tutte o parte delle seguenti diverse funzioni:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie secondo i principi affermati dal D. Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione delle Cure Domiciliari;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio e radiologica, prevedendo oltre ai punti prelievi anche i punti di ecografia e di radiologia di base;
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR;
- la presenza di un ambulatorio infermieristico.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



In ogni caso sono aperte 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale.

Possono prevedere strutture residenziali, quali RSA e/o SCI (con funzioni sinergiche ma distinte).

Possono prevedere punti di primo intervento (PPI), se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche ma distinte).

Le Case delle Salute derivanti da riconversione ospedaliera mantengono, se necessario, potenziata, l'eventuale attività dialitica preesistente, ad "assistenza limitata" (secondo la definizione della Società Italiana di Nefrologia), se questa rientra in un programma di razionale distribuzione nei punti dialisi, con la finalità di razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi ed evitare fenomeni di mobilità extra regionale.

Attività erogabili nelle Case della Salute (su progetti e percorsi Diagnostico-Terapeutici concordati, riferibili a grandi aree: cardiovascolare, oncologica, pneumologica, metabolica).

Le attività della Casa della Salute possono essere organizzate per aree funzionali.

L'articolazione funzionale di ciascuna Casa della Salute è flessibile, per consentire al Distretto la distribuzione delle discipline e delle attività sulla base delle necessità assistenziali della popolazione e delle disponibilità organizzative.

Per il funzionamento della Struttura, ruolo cardine è svolto dagli Infermieri assegnati, che, mantenendo la propria specificità professionale, operano in stretto rapporto con i medici di medicina generale per le seguenti attività: ambulatoriale, consultoriale, supporto all'unità di valutazione multidimensionale, Residenza Sanitaria Assistenziale, e per le attività cliniche.

Negli istituti di Cure Domiciliari attive e in regime di reperibilità assicurano l'assistenza H24 per i pazienti più impegnativi (es. dimissioni protette in post-acuzie, cure palliative in fase terminale). Fondamentale la disponibilità di massa critica di personale infermieristico in grado di garantire un servizio attivo, incrementabile attingendo anche dalle unità "liberate" dal processo di razionalizzazione dell'Assistenza Ospedaliera.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Integrazione della Casa della Salute nella rete esistente

Una parte cospicua delle attività ambulatoriali diagnostiche/terapeutiche attualmente erogata presso presidi Ospedalieri Distrettuali o Poliambulatoriali può essere svolta presso questo tipo di strutture. L'integrazione con l'Ospedale sede di PSA favorisce la programmazione di ricoveri d'elezione e per diagnostica invasiva attraverso la stretta collaborazione tra medici delle cure primarie e gli specialisti ospedalieri, anche attraverso i sistemi informatici. Inoltre l'apertura per almeno 12 h/die garantisce all'utenza una risposta alternativa e appropriata all'accesso al Pronto Soccorso ed al trattamento dei cosiddetti codici bianchi/verdi.

La Medicina Generale, la Continuità Assistenziale e Le Equipe Territoriali

I medici di Medicina Generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) forniscono prestazioni sanitarie di prevenzione e promozione della salute, diagnosi e cura a livello ambulatoriale e domiciliare con accesso libero e gratuito (previa iscrizione obbligatoria presso il Distretto). Durante le ore notturne (dalle 20.00 alle 8.00) e i giorni prefestivi e festivi (dalle 10 del sabato alle 8 del lunedì) l'assistenza primaria viene assicurata dai medici di continuità assistenziale (MCA). La continuità dell'assistenza nelle 24 ore è obiettivo fondamentale dell'Assistenza Territoriale; perciò è fondamentale l'integrazione effettiva del Servizio di C.A. da un lato con l'attività svolta dai MMG e PLS, sia nelle equipe territoriali che nelle forme più evolute di "Casa della Salute" e dall'altro con la Rete dell'Emergenza. Occorre dunque procedere, nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti e dell'ottimizzazione delle risposte alle chiamate dei cittadini, a: rivalutare il dimensionamento e il posizionamento delle postazioni di C.A., tendendo ad aggregare più postazioni in unica sede nei casi in cui il contesto demografico e la viabilità lo consentano, e, ove possibile, collocandone preferenzialmente le sedi presso le Strutture di Cure Intermedie e le Case della Salute.

Le forme associative della medicina primaria sono state introdotte, sul modello delle practices inglesi, dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2000, poi confermate e incentivate dai successivi ACN (2005 e 2009), per ovviare al tradizionale isolamento professionale del MMG e per consentire maggiore accessibilità, qualità delle



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

cure (attraverso la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza, incontri di verifica e revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari), e continuità assistenziale. L'ACN del 2005 prevede l'equipe territoriale come scelta strategica e forma associativa obbligatoria, anche se operativamente condizionata dalle scelte regionali.

La Regione Basilicata ne ha individuato la concreta attivazione quale elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale: i Distretti dovranno essere considerati, sotto questo profilo, come l'insieme delle Equipe Territoriali e delle Case della Salute che li compongono, e dovranno essere gradualmente introdotti strumenti di clinical governance, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, etc) per queste aggregazioni di popolazione. L'équipe territoriale rappresenta una forma "organizzativa" della MG e delle altre discipline presenti nel distretto, in quanto si costituisce non come libera associazione di professionisti del territorio, ma come scelta di programmazione sanitaria; è una forma organizzativa "funzionale", in quanto non prevede la costituzione di una sede unica o di una sede di riferimento; coinvolge le diverse figure professionali operanti nel distretto deputate a garantire: l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, la pediatria di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale, la medicina dei servizi, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. È intesa come strumento attuativo della programmazione sanitaria distrettuale per la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale, soprattutto per patologie a lungo decorso e con valenza socio-sanitaria.

L'assistenza specialistica

L'assistenza specialistica comprende le visite, le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche. L'accesso avviene tramite richiesta del medico del Servizio Sanitario Nazionale su ricettario regionale.

Dal punto di vista quantitativo, sulla base della rilevazione delle prestazioni attualmente erogate, fermo restando lo standard di 12 prestazioni/abitante/anno previsto dalla programmazione nazionale, si definisce la seguente ripartizione:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

TIPOLOGIA	Prestazioni abitante anno
Diagnostica per Immagini	7,0
Diagnostica di Laboratorio	1,0
Riabilitazione	1,2
Specialistica ambulatoriale	2,8
TOTALE	12

Gli obiettivi qualitativi e organizzativi che la programmazione si prefigge relativamente a quest'area sono:

- l'integrazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SUMAI) con i servizi e gli operatori del territorio, mediante inserimento nelle Case della Salute e nelle Strutture di Cure Intermedie (in raccordo stretto con i MMG e PLS) più che in poliambulatori specialistici "isolati";
- la condivisione di percorsi clinico-assistenziali con la componente ospedaliera, la medicina di famiglia e la pediatria di libera scelta;
- una attiva partecipazione della specialistica alle forme complesse di assistenza primaria;
- l'abbattimento delle liste d'attesa anche attraverso un miglioramento di appropriatezza della domanda;
- la riorganizzazione strutturale e funzionale degli ambulatori al fine di garantire un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale, prevedendo l'erogazione di prestazioni non solo di I° livello (a bassa complessità clinica e tecnologica), ma anche di II° livello, in precedenza erogate in ambito ospedaliero.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni assicurano gli interventi di natura specialistica in ambito territoriale, in sede ambulatoriale, domiciliare ed anche ospedaliera, fornendo ai medici di assistenza primaria il consulto specialistico.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Le Cure Domiciliari

Strategico, nel nuovo modello di offerta di servizi sanitari, è lo sviluppo dell' Assistenza Domiciliare, intesa come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talora associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti. Le Cure Domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita.

Diversi soggetti istituzionali (Comuni, ASP, Regione) partecipano alla realizzazione del modello organizzativo delle Cure Domiciliari : in particolare ai Comuni compete il servizio socio- assistenziale, il sostegno economico, l'attivazione del telesoccorso e del telecontrollo, mentre la ASP si occupa delle attività di cura domiciliare, con particolare attenzione a bisogni specifici dell'utente ed anche a quelli delle famiglie, anche psicologico, per quelle famiglie che assistono ad esempio persone con demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali o per le attività legate alle cure palliative domiciliari. Le Cure Domiciliari attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie, in integrazione con quelle sociali, realizzano al domicilio del paziente (di qualsiasi età) un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, multiprofessionale e/o multidisciplinare (sociale – sanitario), con obiettivo di stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le funzioni assistenziali domiciliari sono:

- ✓ ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA (ADP) che prevede l'erogazione di assistenza medica a cura del MMG rivolta a cittadini affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio intensivo (allegato G dell'ACN del 23.03.2005);
- ✓ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI) così definita per la compresenza di prestazioni mediche anche specialistiche, infermieristiche e riabilitative e di assistenza sociale, rese al domicilio degli utenti, in forma integrata, vale a dire con la partecipazione dei servizi dell'Ambito Socio Territoriale, viene svolta secondo le modalità previste dal già richiamato



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

ACN del 23.03.2005, allegato H e corrispondente, nella nuova definizione, alle Cure Domiciliari Integrate di I e II livello;

- ✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SANITARIO:** consiste nell'erogazione domiciliare delle sole prestazioni sanitarie (Cure Domiciliari Prestazionali e Cure Domiciliari Integrate di I e II livello);
- ✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE DI TIPO ESCLUSIVAMENTE SOCIALE (Ambito Socio Territoriale):** consiste nell'erogazione, a domicilio dell'utente, di prestazioni di tipo socio-assistenziale;
- ✓ **ASSISTENZA DOMICILIARE RIVOLTA AI MALATI IN FASE CRITICA:** è resa a domicilio del paziente in fase critica, secondo quanto già previsto dalle deliberazioni di GR n. 196 del 7/2/2000 e n. 1650 dell'1.08.2005 e corrisponde alle Cure Domiciliari Integrate di III livello. Sono previsti tre differenti livelli di intensità, sulla base del numero di accessi sanitari del medico (supervisione clinica, impostazione e verifica) e/o dell'infermiere (impostazione, monitoraggio e verifica del piano di assistenza infermieristica della terapia):
 - Cure Domiciliari Prestazionali – prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;
 - Cure Domiciliari di I e II livello – assenza di criticità specifiche ma bisogno di continuità assistenziale e di interventi programmati che si articolano su più giorni settimanali (I livello massimo 5 giorni, II livello massimo 6 giorni);
 - Cure Domiciliari integrate di III livello e Cure domiciliari palliative a malati terminali – presenza di criticità specifiche e bisogno di continuità assistenziale e d'interventi con un elevato livello di complessità che si articolano anche sui 7 giorni della settimana (assorbono “l'Assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale”, “l'Ospedalizzazione Domiciliare” e “l'Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative”).

La richiesta di attivazione può essere presentata al Distretto dal MMG, dallo SUMAI, dai Servizi Sociali del Comune di Residenza, o dai familiari del paziente e può essere effettuata, in vista della dimissione, dal responsabile del reparto ospedaliero per quei casi di pazienti fragili insorti in occasione del ricovero oppure già seguiti a domicilio.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD- UVI)

- esegue la valutazione iniziale del paziente entro precisi limiti di tempo, a seconda del grado di urgenza del caso (entro 3 giorni nei casi urgenti; entro 5 giorni in caso di dimissione protetta; entro 10 giorni o 3 settimane negli altri casi, in base alla capacità di supplenza da parte della rete informale; entro 5 settimane in caso di domanda cautelativa); può essere effettuata direttamente in ospedale nei casi di urgenza.
- valuta in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona, ne accerta il grado di non autosufficienza e ne definisce il profilo funzionale, utilizzando in tutta la Regione uno strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale (S.Va.M.A. o VAOR, ecc.) infine predispone un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (Cure Domiciliari, centro diurno, RSA, SCI, Hospice, ecc.). È poi necessario rivalutare periodicamente il tipo di assistenza erogata, in relazione all'evoluzione del caso.
- Il case manager (ovvero il "responsabile del caso", di solito l'infermiere professionale o il MMG) opera come punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe, verificando la corretta attuazione del percorso assistenziale.

La gestione delle Cure Domiciliari è di competenza del Distretto, che ha il compito di impostare la valutazione preliminare dei pazienti, favorire l'integrazione organizzativa delle varie professionalità, favorire l'empowerment del referente familiare (caregiver), mettere a punto un piano assistenziale personalizzato, attuare le procedure tecnico-amministrative di supporto, predisporre e conservare la documentazione clinico-assistenziale, erogare farmaci ed altri presidi sanitari, e infine di valutare il servizio offerto. Al MMG e al PLS viene invece ricondotta la responsabilità della gestione del piano di assistenza individuale dei pazienti.

Progetto di un modello organizzativo innovativo: "diamo una casa alla salute"

La Casa della Salute, struttura innovativa della rete dei servizi sociosanitari. La Casa della Salute, così come tutte le strutture che svolgono funzioni sociali, anche quelle a più forte contenuto tecnico-scientifico, va inquadrata in un contesto politico-culturale che è quello della società ove si manifesta il bisogno di salute e la necessità di disporre di una struttura che renda possibile la realizzazione e



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L'operatività di un servizio rivolto a promuovere e tutelare la salute della persona. La Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, è un presidio strategico del distretto sociosanitario 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 lotta all'aborto e alla sua clandestinità", evidenziando i diritti sanciti della Costituzione e dal corpo giuridico della nostra società, come anche "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 è uno dei pilastri del sistema di protezione sociale. Tale sistema può essere equiparato ad una rete con i suoi nodi e con i suoi fili di congiungimento che rappresentano i percorsi sui quali si realizzano gli scambi tra struttura, servizi ed istituzioni. La caratteristica della rete è la sua stabilità e la sua prevedibilità. Quindi essa è per sua natura programmabile.

La casa della Salute non deve essere intesa come una fortezza chiusa in se stessa ma deve, per quanto tecnicamente possibile e sostenibile scientificamente ed economicamente, proiettare il suo lavoro



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

all'esterno della struttura per raggiungere i luoghi della vita e del lavoro, fermo restando che una parte qualificata e consistente del lavoro viene predisposta ed esplicitata all'interno.

Gli esempi sono numerosi. Si pensi, ad esempio, al rapporto che può essere stabilito tra la Casa della Salute e il Comune per costruire sinergie nel campo della prevenzione e della sanità pubblica con un Ente locale che può dispiegare tutte le sue competenze nel campo dei determinanti della salute (aria, acqua, suolo, alimenti, insediamenti urbani e produttivi, ecc.), aprendo spazi d'iniziativa alla partecipazione dei cittadini, e che può giovare di una struttura sanitaria in grado di dare sistematicità ai dati epidemiologici che stanno nei computer dei medici di famiglia, necessari per mirare gli obiettivi di salute del Servizio Sanitario locale.

Determinante è l'associazionismo professionale per un lavoro di gruppo che, mettendo a frutto l'enorme mole di dati in possesso dei medici di base, può avviare programmi di ricerca epidemiologica che portano all'individuazione delle criticità dell'organizzazione sanitaria zonale proponendo e attuando quindi processi d'educazione sanitaria e di prevenzione per la popolazione e per il singolo cittadino preso in carico.

L'attuazione di processi di aggiornamento professionale degli stessi operatori sanitari attraverso lo svolgimento di corsi ECM e di progetti che favoriscono l'integrazione tra l'attività dei MMG e quella dei medici del presidio ospedaliero distrettuale, innalzeranno il livello organizzativo e professionale della casa della salute. La riuscita del progetto è legata essenzialmente alla realizzazione del lavoro di gruppo come metodo ordinario di lavoro, per cui la formazione continua del personale diventa un punto cruciale.

Metodologicamente occorre che la Casa della Salute sia progettata, organizzata e gestita con un approccio sempre più flessibile.

Ciò sta a significare che la programmazione sociosanitaria distrettuale (Pat) deve definire un sistema differenziato di standard da rielaborare permanentemente sulla base dell'evoluzione socio-sanitaria ed epidemiologica locale. E' evidente che non possono esservi standard nazionali o regionali rigidi, validi per tutti i territori. Al contrario, essi vanno differenziati a seconda che si opera in un territorio montano, in ambiente rurale, in una situazione urbana o in un'area metropolitana. La variabilità dei criteri e la flessibilità dei progetti saranno alla base della costruzione di ogni Casa della Salute.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



In primo luogo, 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(UTAP).

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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 sovrappollamento), 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,



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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;
- **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;
- **opera per programmi condivisi** che privilegiano l'integrazione delle attività sanitarie con quelle socio-assistenziali sulla base delle linee guida del Programma delle Attività Territoriali



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

del distretto (PAT), del Piano sociale di Zona (PSZ) e del Piano integrato di salute (PIS) e del PAL (Piano Attuativo Locale);

- **promuove e valorizza 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.
- **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;
- **sviluppa 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;
- **mantiene, 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; favorisce il controllo collegiale delle attività e la loro valutazione;
- **offre occasioni di formazione permanente degli operatori**;
- **assicura la continuità assistenziale sulle 24 ore ed il primo soccorso**, organizzando il Punto Territoriale di Primo Intervento anche come sede del 118;
- **assicura la specialistica ambulatoriale**, con la previsione anche della reperibilità in orario notturno e festivo prevedendo anche procedure di teleconsulto per urgenze codice verde;
- **potenzia e valorizza le forme associative dei M.M.G. e dei P.L.S. (Pediatri di Libera Scelta)** e la medicina di gruppo e della loro messa in rete con tutti i servizi territoriali(UTAP);
- **organizza attività intramoenia**;



Piano Attuativo locale 2012-2014

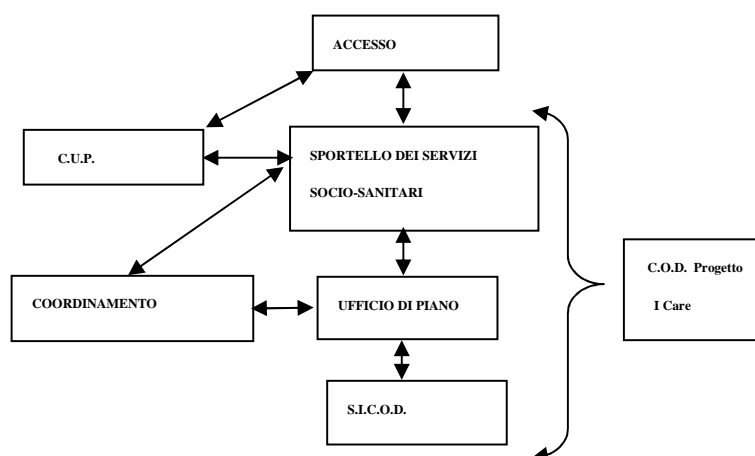
Direttore Generale dott. Mario Marra

- **riduce 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).



*Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra*

Lo Sportello Unico nasce dall'esigenza di avere un unico punto di "accettazione" della domanda e di avere una chiara idea di cosa, come, dove sono i servizi per poter rendere pienamente agevole e rapido il percorso di chi ha un bisogno sociale. Con la sua istituzione si vuole strutturare un sistema che consenta al cittadino di essere accolto in un luogo capace di rispondere con completezza e precisione alle diverse domande, evitandogli di perdersi nei meandri della burocrazia, con l'obiettivo di semplificare ed agevolare sempre più l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, ponendo particolare attenzione per i cittadini non autosufficienti ed ai cittadini comunitari ed extra comunitari.

Ad es., rivolgendosi allo sportello unico, il cittadino può ottenere la necessaria modulistica per accedere ai servizi distrettuali; riceve tutte le informazioni necessarie per la soluzione di problemi classificati "semplici"; riceve informazioni anche sulla tempistica delle procedure, sulle date di convocazione delle commissioni multidisciplinari o dell'appuntamento con i servizi territoriali.

Anche una adeguata collocazione dello Sportello unico, nell'ambito della Casa della Salute, facilita la comprensione delle domande e delle aspettative, permette di effettuare una prima valutazione, anche in riferimento all'intreccio con gli aspetti sanitari, facilita la ricerca di una risposta immediata e risolutiva per le problematiche di tipo "semplice".

Se il problema esposto dal cittadino presenta aspetti complessi o urgenti, viene indirizzato all'Ufficio di Piano: è qui che si può realizzare la "presa in carico" della domanda del cittadino ed il suo accompagnamento lungo il percorso assistenziale, particolarmente ed in modo prioritario per problematiche afferenti all'area della fragilità. L'ufficio di Piano agisce pertanto su due fronti:

- il primo è rappresentato dal contatto diretto con la persona che sta vivendo un disagio personale e/o familiare, il più delle volte complesso e protratto nel tempo, caratterizzato, ovviamente, da ansia e da una forte aspettativa. In questa fase la parte fondamentale svolta dall'operatore attiene l'adeguata accoglienza ed un attento ascolto;
- il secondo fronte riguarda l'organizzazione ed il coordinamento dei servizi socio-sanitari dell'area, siano essi di pertinenza dell'ASL, del Comune o di altre istituzioni, proprio al fine di attivare, in tempi rapidi, un percorso ottimale per l'utente: si tratta di percorsi che devono avere una loro uniformità di indirizzo sulla base di direttive stabilite nel Piano sociale di Zona(PSZ), nel Piano Attività territoriali(PAT), nel Piano Integrato sociale(PIS) in modo da realizzare efficienza, efficacia ed integrazione degli interventi. Esso redigerà il piano intercomunale che è



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

lo strumento operativo per la presa in carico e che, in base alla L.R. n°4 del 14/02/07, unifica e sostituisce il P.A.T, il P.S.Z. ed il P.I.S. Il S.I.C.O.D. provvederà a codificare e monitorare i percorsi complessi fino alla soluzione del problema, verificando giornalmente che le strutture interessate lungo il percorso sanitario, sociale o socio-sanitario che il cittadino sta effettuando, abbiano provveduto alla presa in carico ed alla chiusura della stessa.

Il Centro Unificato di Prenotazione ha la funzione di offrire, tramite rete, l'accesso alle prestazioni di diagnosi e cura presenti non solo nella Casa della Salute ma in tutte le strutture dell'Azienda Sanitaria compreso l'Azienda Ospedaliera di riferimento.

Come noto tali sistemi offrono una serie di garanzie che possono sintetizzarsi come segue:

- trasparenza sul fronte dell'offerta delle prestazioni in strutture pubbliche e private convenzionate nonché eventuali attività intramoenia;
- possibilità di ridurre i tempi di attesa ottimizzando la distribuzione della domanda nei diversi punti di erogazione delle prestazioni;
- monitoraggio delle liste di attesa, al fine di attivare iniziative finalizzate al loro contenimento;
- unicità del punto di prenotazione indipendentemente dal luogo di erogazione;
- possibilità di effettuare direttamente la prenotazione da parte dei medici di base che potranno personalizzarla in base alle necessità del loro assistito (intervento programmato, prioritario per patologie neoplastiche, temporizzato (per es. nelle gravidanze) ecc.

Coordinamento Farmacie

Nell'area dell'accesso sarà previsto anche il collegamento informatizzato con le Farmacie pubbliche e convenzionate per potenziare, con la loro collaborazione, i servizi di prenotazione, informazione, educazione sanitaria, piccola diagnostica, assistenza farmaceutica domiciliare. Le Farmacie sono presidi caratterizzati da facile accessibilità e per questo motivo possono dare, in collaborazione con i medici della Casa della salute, un forte contributo ai bisogni di salute e di assistenza dei cittadini, potenziando così il sistema delle cure primarie. Gli aspetti interessati sono molteplici:

-servizi di informazione e di prenotazione;

-l'erogazione di farmaci nei casi di ripetibilità terapeutica anche in assenza di ricetta;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- presa in carico di pazienti con percorsi terapeutici definiti e protratti nel tempo, monitorando sia il corretto svolgimento della terapia secondo le indicazioni mediche che i risultati terapeutici, con particolare attenzione alle “compliance”, anche ai fini della farmaco vigilanza;
- in collaborazione con l'ADI potrebbe fornire al paziente un supporto domiciliare per la terapia del dolore e per la nutrizione parenterale o enterale;
- prestazioni di primo soccorso compreso la defibrillazione e collaborazione con i servizi di telemedicina a distanza;
- supporto utile all'erogazione di analisi di 1.a istanza, in tempi immediati, per terapie urgenti;
- supporto alle campagne di informazione sull'uso corretto dei farmaci, sulla lotta al fumo, alla droga, al doping, ecc;
- promozione dei farmaci equivalenti.

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.

Le 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 medica, 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 (DGR 331/11.03.08), 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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 terapeuti, 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 U.T.A.P. (Unità Territoriale di Assistenza Primaria) che rappresenta la forma organizzativa strutturale della Casa della Salute in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone.

L' U.T.A.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 il Poliambulatorio di Senise 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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

All'interno dell'organico dell' U.T.A.P sarà previsto la formazione di equipages (o team per le cure primarie) che rappresentano la forma organizzativa funzionale della Casa della salute. Esse avranno compiti più specifici come, per es., seguire gruppi di persone che presentano uguali patologie, gestire la politica della prevenzione tramite screening per fasce di età(medicina scolastica per es. o per la prostata nelle persone adulte ecc.), gestire l'ADI, la prevenzione degli infortuni, l'educazione sanitaria ecc.. e saranno integrate, di volta in volta, in base al caso da prendere in carico, dai medici che operano in ADI, dai medici della prevenzione e sanità pubblica, dai medici del lavoro, dai medici ospedalieri, dagli specialisti ambulatoriali, dal personale assistenziale sia del Distretto che dei Comuni.

Gli infermieri nella casa della salute: l'infermiere professionale svolge un ruolo importante, anche per attenuare o superare il carattere medicalizzante della struttura.

Nei servizi sanitari e sociosanitari attivati nella Casa della Salute possono operare infermieri direttamente assunti dal Medico di Medicina Generale ed infermieri dipendenti del Distretto. Si viene a costituire, così, un gruppo di infermieri che, pur inseriti in moduli operativi diversi (u.v.m., ambulatori, consultori, servizio adi, rsa, centri diurni, ppit, ospedale di comunità ecc..) deve realizzare una sua unità e coesione professionale per meglio programmare il proprio lavoro, per meglio esprimere e accrescere la propria cultura professionale al servizio delle esigenze complessive, naturalmente in stretta collaborazione con i Medici di medicina generale e con gli specialisti.

Il Regolamento della Casa della Salute dovrà determinare i compiti, le responsabilità e le forme di organizzazione del Gruppo infermieristico in modo da garantire autonomia e integrazione operativa senza separazioni e rigidità gerarchiche. Resta ferma la responsabilità dei MMG e PLS, degli specialisti e di tutte le altre figure mediche nel governo clinico della struttura.

La Casa della Salute, che realizza la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, consente di avviare esperienze di integrazione operativa tra il MMG di giorno e il Medico di Continuità Assistenziale di notte promuovendo una unità di cura integrata tra guardia medica e Medicina di Base (ottimizzata da forme organizzate, anche ad hoc, di aggiornamento e di formazione) che, dotata di adeguata strumentazione, potrebbe far fronte in modo efficace alle domande di primo soccorso. E' una questione importante e come tale vissuta da parte della popolazione anche in considerazione del fatto che il nuovo ospedale sarà realizzato a Lagonegro e quindi a diversi chilometri dalla Casa della Salute. Anche per questo motivo si rende ancor più necessario accogliere all'interno della stessa un Punto di Primo



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Intervento Territoriale, appunto primo soccorso. Esso rassicura la popolazione e, nel contempo, garantisce quell'insieme di piccoli interventi (piccola infortunistica ecc.) che il più delle volte sono effettuati dai pronto soccorso ospedalieri (codici bianchi) e che rappresentano per gli stessi un carico di lavoro improprio che, tra l'altro, toglie risorse e tempo a casi veramente urgenti. Inoltre verrà effettuato un primo triage in caso di trasferimento al DEA di riferimento. Con l'inserimento nella Casa della Salute del Punto di Primo Intervento Territoriale e, come si vedrà successivamente, di altre funzioni precedentemente espletate nell'ambito dell'ospedale, si pone la necessità che vi sia un'area della diagnostica strumentale che comprenda un point of care e una radiologia gestita dai MMG e da tecnici di radiologia. La concentrazione dei medici di base in uno stesso luogo e la connessione (sia telefonica che informatica) con il servizio di radiologia ospedaliero, dove è assicurata la presenza continua del radiologo, consente di attivare una consulenza volta ad individuare, in breve tempo, l'iter diagnostico più appropriato. Il point of care testing, permettendo una rapida diagnosi di patologie importanti tramite la misura rapida di alcuni parametri (per es. la glicemia- l'emoglobina- il ca++ ionizzato- la ricerca di adenovirus- di streptococco beta emolitico ecc..) assicura una maggiore appropriatezza di risposta da parte del Punto di primo intervento e rappresenta inoltre una risorsa per l'unità di cure continue, a cui concorrono guardia medica e MMG.

Presso la Casa della Salute sarà operante anche un punto prelievo (già esistente a livello distrettuale), dotato di una organizzazione che provvederà al trasporto del materiale biologico al laboratorio di analisi cliniche dell'ospedale distrettuale; nella radiologia occorrerà prevedere la presenza di attrezzature radiologiche che risultano indispensabili per l'attuazione di programmi di medicina preventiva, quali l'ecografo. Sarà inoltre possibile attivarvi anche un servizio di senologia (mammografia, ecc.) in relazione ai programmi di prevenzione ed eventuali altre alternative organizzative (mezzi mobili, ecc.). Il 118, che sarà parte integrante della Casa della salute, supporterà in modo forte il punto di 1° Intervento territoriale ed il servizio di guardia medica.

La 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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

infermieristico degli Ospedale Distrettuali, (attualmente sono quattro: il presidio di Maratea, di Chiaromonte, di Lauria e di Venosa) 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'UTAP 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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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.

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, foniatica, 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).



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 sociosanitaria 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;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



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. È 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.

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.

Poiché la Casa della Salute si situa in un ambito territoriale distrettuale, le équipes del Servizio sociale che trovano collocazione nella struttura avranno una dimensione e una direzione zonale (intercomunale). Si tratta di articolazioni o équipes che devono avere una loro stabilità e consistenza sulla base dei parametri stabiliti nel Piano sociale di Zona, redatto in sinergia fra Comuni ed ASL, in modo da mantenere l'unitarietà degli indirizzi e delle funzioni e nello stesso tempo di operare al livello più decentrato possibile, senza dispersioni, salvaguardando efficienza, efficacia ed integrazione degli interventi. La collocazione nella Casa della Salute dell'Ufficio di Piano consente di realizzare una prima



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

e naturale integrazione tra spezzoni di servizi che hanno le stesse finalità e le stesse modalità d'intervento.

Oltre al C.O.D. di cui si è trattato in precedenza, le articolazioni del Servizio sociale che necessariamente devono trovare collocazione nella Casa della Salute riguardano il Pronto intervento sociale anche in riferimento all'aiuto economico, l'Assistenza sociale domiciliare con particolare riguardo ai servizi di aiuto domiciliare anche in funzione alla conciliazione famiglia-lavoro, l'assistenza socio-educativa, la promozione della informazione e della partecipazione attiva dei cittadini ai fini della formazione di una domanda sociale responsabile, la sede delle Commissioni per l'invalidità e per la Valutazione Multidimensionale, le eventuali strutture semiresidenziali (Centri diurni).

Un Servizio sociale ricomposto nella sua unitarietà è nelle condizioni migliori per contribuire a realizzare la seconda integrazione, quella tra sanità ed assistenza, senza con questo mettere in discussione l'autonomia del sociale che deve misurarsi con tematiche lavorative, abitative ed educative. In rapporto a questa complessa funzione e flessibilità del Servizio sociale, la programmazione sociale di Zona può meglio indicare le diverse attività sociali e/o sociosanitarie da inserire nella Casa della Salute, le forme di integrazione e gli spazi da destinare.

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.

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;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.

Il servizio è liberamente consultabile da tutti i cittadini che desiderano sapere dove andare e come fare quando hanno bisogno di assistenza e quali servizi la casa della salute mette a disposizione. Il sistema è costantemente monitorato ed aggiornato dal personale del SICOD.

Il servizio informatico è alla base dell'utilizzo ottimizzato dell'enorme mole di informazioni che detiene il MMG ed i PDL, indispensabili per l'elaborazione dei dati epidemiologici e statistici e per l'attività di ricerca sulle cause delle malattie e, di conseguenza, per l'elaborazione e la programmazione degli interventi da adottare. Si pensi all'informatizzazione degli archivi medici ed al collegamento fra essi ed il centro operativo informatico della casa della salute; al collegamento degli studi medici con le sedi di continuità assistenziale anche periferiche ed al loro collegamento con la sede centrale della Casa della salute e quindi con tutti i servizi ad essa collegati, compreso il punto di primo intervento ed il 118; all'archivio informatizzato delle cartelle cliniche ed al loro accesso da parte dei medici o altri operatori debitamente autorizzati; al collegamento informatico con tutti gli attori socio-assistenziali e sanitari, compreso il volontariato, che agiscono sul territorio; al collegamento con tutti i comuni; ai servizi di informazione direttamente collegati al CUP ed allo "sportello unico di accesso" con possibilità di prenotazione on-line e di invio referti per via telematica.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Con una tecnologia all'avanguardia è legittimo pensare ad una organizzazione che si avvale della Telemedicina delle attività sanitarie e sociali, del teleconsulto, della telediagnosi, del telesoccorso(per persone a rischio), del telemonitoraggio e della teleassistenza, tutti sistemi che sono alla portata della Medicina della Cure Primarie per realizzare delle collaborazioni a distanza con tutti i centri diagnostici, ovvero dall'Ospedale Distrettuale ai Centri ad alta specializzazione.

Altre funzioni importanti dei sistemi informatici sono:

- la possibilità di inserire delle linee guida che saranno monitorate ed aggiornate dal sistema e la possibilità di inserire idonei sistemi di allerta che aiutano le équipes ad attenersi a loro;
- la possibilità di mostrare, in tempo reale, i livelli di performance delle équipes nei confronti degli indicatori riferiti alle varie malattie cronico-degenerative(diabete, ipertensione, rischio cardiovascolare ecc..) permettendo eventuali e repentine rettifiche per migliorare i protocolli terapeutici.

Tutto ciò apre strade inedite alla tempestività ed appropriatezza delle cure, alla qualità professionale e ad un rapporto più sinergico tra ospedale e territorio, tra sanità e assistenza sociale. Un esempio, già citato a proposito dei NCP(nuclei cure primarie), dell'importanza dell'apporto informatico consiste nella possibilità che il sistema offre nell'approntare in breve tempo i registri per patologia, cioè suddividere gli assistiti in gruppi omogenei che hanno in comune una determinata condizione cronica, in modo che ogni gruppo possa essere preso in carico da un “team di cure primarie”, integrato dallo specialista per quella condizione cronica, che pianifica ed attua la cura individuale dei pazienti.

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;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- 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.

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



L'INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO COME NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

L'Azienda assume a base della propria programmazione le strategie, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione.

Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale e nei documenti attuativi regionali, la valutazione dei problemi di salute della popolazione, le criticità del sistema dei servizi e gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione, sono gli elementi fondamentali su cui costruire con la Conferenza dei Sindaci e le Rappresentanze istituzionali locali il Piano delle Azioni triennale e il Piano Annuale delle Attività, i Piani Annuali Distrettuali.

L'Azienda, attraverso tutte le sue strutture, intende offrire la massima collaborazione contribuendo a livello tecnico e organizzativo al lavoro della Conferenza dei Sindaci e del Comitato dei Sindaci di Distretto, espressioni del governo locale assumendo la gestione dei servizi e la ricerca di percorsi sinergici con tutti i protagonisti del sistema di promozione della salute.

E' indubbio che le autonomie locali rappresentino gli interessi della collettività: ad esse il ruolo progettuale e di garanzia, di chiarezza e di coerenza nel non confondere salute e sanità, strategia e gestione concreta, ma anche capacità di mettere in rete le iniziative finalizzate alla qualità della vita. La comunità esprime un ricchissimo "capitale sociale" fatto di senso civico, di disponibilità a collaborare, di valori di solidarietà e di accoglienza. Su questi valori l'Azienda intende sviluppare percorsi di collaborazione per la definizione dei ruoli e delle possibili sinergie. In particolare si vuole ricercare, attraverso progetti comuni e collaborazioni strutturate, la partecipazione del mondo produttivo e delle istituzioni pubbliche, come la scuola, le forze dell'ordine e le altre istituzioni a sfondo sociale. Ambiti di lavoro privilegiati sono la promozione della salute, la ricerca di nuove modalità organizzative attraverso lo scambio di competenze, la sperimentazione di forme nuove e più adeguate di intervento e di servizio. Al terzo settore in particolare (sia esso volontario che imprenditoriale) è rivolta l'attenzione per una diversa logica di progettazione e gestione dei servizi. Si intende agire riconoscendo ad esso un ruolo non sostitutivo né integrativo, ma protagonista nell'offerta di servizi in un rapporto di progettualità partecipata con il governo complessivo delle autonomie locali e della sanità, per quanto di competenza, acquisendo sia il principio della sussidiarietà che quello del valore delle differenze



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



all'interno dei criteri generali e specifici di qualità che saranno concordati.

L'Azienda è impegnata a ricercare *forme di integrazione* con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio, per arricchire il capitale sociale già fortemente radicato nella provincia e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini. La complessità e pluralità dei bisogni, i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta, impensabili per un unico soggetto, da cui la necessità di sviluppare alleanze con tutti i soggetti sia pubblici che privati operanti nel campo sanitario, produttivo, sociale e assistenziale, culturale, formativo e della qualità della vita. L'Azienda promuove una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico. Obiettivo dell'Azienda è quello di: *“Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri “stakeholders” per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali, per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti”*.

Al fine di conseguire più elevati gradi di efficienza ed efficacia l'azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuove forme innovative di gestione quali le sperimentazioni gestionali, mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico-privato, di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento convenzionale tra enti diversi e fondazioni Onlus.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



L'assistenza territoriale erogata dall'ASP di Potenza è così ad oggi strutturata, nelle more della nuova articolazione distrettuale:

AREA NORD

- Melfi - c/o Ospedale via Foggia –
- Melfi - c/o Distretto via Medaglie d'Oro M. Ferrara –
- Rionero in Vulture Poliambulatorio Distrettuale. c/o CROB st. prov. –
- Pescopagano - c/o Poliambulatorio Distrettuale. c/o Ospedale via S. Pietro –
- San Fele - c/o Poliambulatorio Distrettuale via D'Addezio –
- Venosa - c/o Ospedale via Appia
- Lavello - c/o Poliambulatorio Distrettuale S.S. 93
- Genzano di Lucania c/o Poliambulatorio Distrettuale via Fani



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

Aree distrettuali
Distretti
3
Punti di erogazione
Sedi distrettuali
30
Scelta e Revoca
MMG
13



Palazzo S. Gervasio - c/o Poliambulatorio. Distrettuale viale d'Errico

CITTÀ DI POTENZA E AREE ALTO BASENTO, MARMO PLATANO- MELANDRO, VAL D'AGRI

Potenza - c/o Poliambulatorio via del Gallitello

Muro Lucano - c/o Poliambulatorio Distrettuale via San Biagio

Oppido Lucano - c/o Poliambulatorio Distrettuale via P. Neruda

Picerno - Via Piacenza

Anzi - c/o Poliambulatorio Distrettuale via Salita

Villa d'Agri - c/o Poliambulatorio Distrettuale via C. Colombo

Villa d'Agri - c/o Ospedale via G. Fortunato

Sant'Arcangelo - c/o Poliambulatorio Distrettuale via L. Da Vinci

Moliterno - c/o Poliambulatorio Distrettuale via Ortone

Brienza - c/o Poliambulatorio Distrettuale via Aceronia

Corleto P. - c/o Poliambulatorio Distrettuale via De Gasperi

AREA SUD

Chiaromonte - c/o Ospedale c.da S. Lucia

Lagonegro - c/o Ospedale viale Colombo

Lagonegro - c/o Poliambulatorio Distrettuale via G. Fortunato

Lauria - c/o Poliambulatorio ed Ospedale distrettuale via XXV Aprile

Latronico - c/o Poliambulatorio Distrettuale via Zanardelli

Maratea - c/o Poliambulatorio Distrettuale. e Ospedale via S. Nicola

Rotonda - c/o Poliambulatorio Distrettuale via P. Nenni

Senise - c/o Poliambulatorio distrettuale via G. Amendola

San Costantino Albanese - c/o Poliambulatorio Distrettuale. Largo del Molo

In tutti gli ambiti dell'Azienda, oltre a svolgersi la normale attività ambulatoriale specialistica vi sono anche strutture di integrazione socio-sanitaria.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Compito del Distretto Sanitario 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, delle tossicodipendenze, degli anziani e dei disabili. A tal fine all'interno del Distretto o delle sue sub articolazioni una équipe di operatori sanitari di varie qualifiche professionali assume in proprio la tutela globale della salute di un gruppo ben definito di cittadini.

MEDICINA DI BASE

Nel territorio della Asl di Potenza al 31 dicembre 2011 operavano 331 Medici di Medicina Generale, con un rapporto di un medico ogni 1.175 abitanti ,al di sopra quindi, di quanto raccomandato sia dal Ministero che dall 'OMS che prevedono un rapporto di un medico ogni 1.300 abitanti.

Medici del territorio operanti nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza al 31/12/2011

AREA	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta	Medici di continuità assistenziali
ambito territoriale di Lagonegro	67	1	113
ambito territoriale di Potenza	183	23	213
ambito territoriale di Venosa	81	13	70
TOTALE	331	37	396



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA)

Il Servizio di Continuità Assistenziale è assicurato in ogni comune della ASP e garantisce l'assistenza medica, ambulatoriale e a domicilio, durante seguenti fasce orarie dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali; dalle ore 10,00 del Sabato o di altro giorno prefestivo alle ore 8,00 del Lunedì, secondo la seguente articolazione che sarà suscettibile di modifiche sulla base della riorganizzazione regionale:

Postazioni di Continuità Assistenziali(guardia medica) al 31/12/2011 Area Lagonegro	Postazioni di Continuità Assistenziali(guardia medica) al 31/12/2011 Area Potenza	Postazioni di Continuità Assistenziali(guardia medica) al 31/12/2011 Area Venosa
Calvera	* Abriola-Calvello	Atella
Carbone	Acerenza	Banzi
Castelluccio inf. E sup.	* Albano di L. -Campomaggiore	Barile
Castelsaraceno	* Anzi-Laurenzana	Forenza
Castronuovo S.Andrea	Avigliano	Genzano di Lucania
Cersomino-S.Paolo Albanese	Balvano	Ginestra
Chiaromonte-Fardella-Teana	Bella	Lavello
Episcopia	*Brindisi M.- Trivigno	Maschito
Francavilla sul Sinni	* Lagopesole - S. Giorgio di P.	Melfi
Lagonegro	Castelgrande	Montemilone
Latronico-Agromonte	Castelmezzano	Palazzo San Gervasio
Lauria inf. Lauria sup.	Filiano	Pescopagano
Maratea	Muro Lucano	Rapolla
Nemoli-Rivello-S.Costantino Rivello- Trecchina	OppidoLucano	Rapone
Neopoli-S.Costantino Albanese	Picerno	Rionero in Vulture
Roccanova	Pietragalla	Ripacandida
Rotonda-Viggianello	Pietrapertosa	Ruvo del Monte
S.Severino Lucano- Mezzana	Pignola	San Fele
Senise	Potenza	Venosa
Terranova del Pollino	* Ruoti- Baragiano	
	S.Chirico Nuovo	
	* S.angelo le F. - Savoia di L.	
	Tito	
	Tolve	
	* Vaglio di B. - Casncellara	
	Vietri di Potenza	
	*Brienza - Sasso di C.	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Corleto Perticara

* Gallicchio-Armento-Missanello

* Grumento N.- Moliterno

Guardia Perticara

Marsiconuovo

Marsicovetere

*Paterno -Tramutola

Santarcangelo

Sarconi

Satriano di Lucania

*S.Chirico R.- S. Martino d'Agri

* Spinoso - Montemurro

Viggiano

* COMUNI ACCORPATI

MEDICINA PENITENZIARIA

Nel territorio dell'ASP di Potenza insistono tre istituti penitenziari di cui uno minorile a Potenza e gli altri due ubicati a Potenza e Melfi.

Il primo ha una popolazione media carceraria annua di 13 minori mentre nella Casa Circondariale di Potenza sono presenti mediamente 170 detenuti fronte di una capienza regolamentare di 110 posti essendo chiusa perché a rischio crollo la sezione penale; da rilevare che l'ultima statistica presente sul sito internet del Ministero della Giustizia e risalente al giugno del 2011, rileva una capienza regolamentare di 204 posti, evidentemente da aggiornare.

Nella Casa Circondariale di Melfi nell'anno

2011 sono presenti 251 detenuti (nessuna donna) a fronte di una capienza tollerabile di 220.

LE DIPENDENZE

Nel mondo giovanile devono essere individuate precocemente le situazioni a rischio e deve essere facilitato l'accesso ai servizi attraverso azioni di consulenza e sostegno per gli operatori che intervengono nei vari contesti (scuola, aggregazioni giovanili, mondo del divertimento, mondo del



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

lavoro). L'offerta di servizi di consulenza e presa in carico è specificamente messa a punto (es: centro ascolto adolescenti) al fine di garantire la massima accessibilità.

I Sert presenti sul territorio ASP svolgono azioni di prevenzione verso gli adolescenti nelle scuole, nei centri giovanili, nei luoghi di aggregazione formali ed informali, nelle discoteche e nei pubblici esercizi più frequentati dai giovani.

E' necessario continuare a procedere nella direzione della riqualificazione e intensificazione dell'intervento dei servizi per le dipendenze, in relazione all'evolversi del fenomeno, sviluppando a tal fine modalità di lavoro per progetti, secondo criteri d'adeguatezza e congruenza ai bisogni e di razionalità nell'impiego delle risorse. Occorre potenziare l'integrazione tra interventi sociali e sanitari ed il raccordo con i servizi sociali e consolidare il rapporto di collaborazione tra pubblico e privato, in un sistema di rete dei servizi, anche ampliando la tipologia delle offerte assistenziali all'interno dei rapporti convenzionali esistenti. Andrà valorizzata ed utilizzata l'esperienza di integrazione che vede la partecipazione del SERT, degli enti locali, degli enti ausiliari e del volontariato.

Inoltre sono programmati interventi di riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e interventi finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo e verrà garantito il supporto alla realizzazione della rete informativa provinciale, per poter porre in atto una costante attività di osservazione epidemiologica sul fenomeno della dipendenza.

Azioni specifiche dovranno inoltre essere previste in alcune aree peculiari:

- **tabagismo:** soprattutto per la fascia di popolazione giovanile, saranno attivati interventi di educazione e prevenzione primaria e secondaria dei rischi derivanti dal fumo di tabacco;
- **alcolismo:** sarà rilanciata l'offerta di servizi sul territorio, in modo da sviluppare gli interventi di tipo assistenziale, di formazione e di analisi epidemiologica.

Occorrerà promuovere interventi di educazione per una maggiore consapevolezza dei rischi nella popolazione, al fine di prevenire i danni causati dagli eccessi. Si dovrà intervenire per ridurre i rischi alcool correlati, in relazione alle abitudini di vita in specifici ambienti e favorire un approccio coordinato tra i soggetti che operano a vario titolo su tali problemi, per assicurare una rete di protezione alla quale concorrano i servizi sanitari e sociali, i gruppi di volontariato e dell'auto-aiuto;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- **cocaina:** sarà approfondita la conoscenza delle situazioni di consumo e di dipendenza da cocaina e dovrà essere facilitato l'accesso al SERT delle persone con problemi d'abuso;
- **marginalità sociali:** saranno assicurati percorsi terapeutici e assistenziali per i tossicodipendenti senza fissa dimora,
- **stranieri extracomunitari, nomadi, ecc.,** al fine di intervenire sul cosiddetto sommerso anche attraverso l'offerta di prestazioni di mediazione linguistica e culturale e di servizi a bassa soglia di accesso;
- **comorbilità psichiatrica:** per i soggetti con "doppia diagnosi" e/o problemi di dipendenza da più di una sostanza, saranno definiti strumenti e percorsi di cura adeguati ad affrontare la complessità del problema, giungendo a modalità di presa in carico condivise con le altre unità operative del dipartimento;
- **tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia:** gli impegni saranno rivolti a diffondere le informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze d'abuso in gravidanza, a favorire l'accesso delle donne ai servizi con modalità di accoglienza attente alla specificità femminile, a promuovere la sperimentazione di un modello operativo diretto a bassa soglia di accesso volto alla tutela della salute del minore e della famiglia.

CONSULTORI

I Consultori Familiari dell' ASP di Potenza e i Consultori Referenti IVG sono centro di riferimento per la tutela della salute della donna e della famiglia in tema maternità e paternità consapevole, coniugalità e genitorialità, ed offrono servizi e prestazioni all'interno di percorsi di salute specifici. I Consultori Familiari organizzano la loro attività nel rispetto della DGR. N.214 del 9.2.2010, "Linee Guida Regionali per Consultori Familiari" che ritengono i consultori :

"un servizio di base fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria e attua interventi previsti a tutela della salute della donna globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari." *"Il Consultorio Familiare è una struttura territoriale a sostegno della famiglia,*



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



della procreazione e dello sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza, onde soddisfare, mediante interventi integrati sociali e sanitari, le richieste della famiglia nel suo insieme e quelle dei suoi singoli componenti." I Consulteri Familiari dell' ASP di Potenza nell' esercizio delle proprie funzioni esplicano attività di primo e secondo livello ed entrano in sinergie con il terzo livello. Individuano situazioni di difficoltà, offrono un primo accoglimento della domanda di aiuto; trattamenti di breve durata su situazioni emergenti; counselling; diagnosi e cura di prima istanza a carattere psico-sociale e sanitario, inoltre garantiscono una qualificata azione educativa in tema di prevenzione e tutela della salute, con corsi, incontri ed eventi di pubblica comunicazione sul territorio e nelle scuole. Lavorano in sinergia con i distretti ed affidano al Dipartimento Materno Infantile l'integrazione funzionale e la messa in rete con i servizi territoriali ed ospedalieri, nonché la realizzazione dei programmi.

Punti di forza dei consulteri della rete aziendale è la progettazione integrata che vede gli operatori, servizi e agenzie territoriali che a qualsiasi titolo si occupano di salute, discutere e programmare attività che soddisfano la domanda degli utenti. Gli operatori mettono in essere un processo che vede gli utenti protagonisti di un servizio a tutela del proprio benessere ed insieme capitalizzano il loro lavoro per il conseguimento degli obiettivi di salute.

L'ambito territoriale dei Consulteri Familiari dell' ASP di Potenza comprende n. 23 Consulteri Familiari, distribuiti per aree:

CONSULTORI FAMILIARI AREA CITTÀ DI POTENZA E AREE ALTO BASENTO, MARMO PLATANO-MELANDRO, VAL D'AGRI

- Potenza
- Muro Lucano
- Oppido Lucano
- Picerno
- Laurenzana
- Avigliano
- Campomaggiore
- Sant' Angelo le Fratte
- Villa d' Agri
- Marsiconuovo
- Sant' Arcangelo
- Corleto Perticara

CONSULTORI FAMILIARI DELL' AREA NORD



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- Venosa
- Melfi
- Rionero
- Lavello
- Rapone

CONSULTORI FAMILIARI AREA SUD

- Lagonegro
- Lauria
- Matera
- Latronico
- Rotonda
- Senise

AREE DI ATTIVITÀ :

Aree di attività individuate nelle Linee Guida Regionali:

- SPAZIO ADOLESCENTI
- RELAZIONI DI COPPIA, DI FAMIGLIA E DISAGIO FAMILIARE
- CONTROLLO DELLA FERTILITÀ E PROCREAZIONE RESPONSABILE
- ASSISTENZA IN GRAVIDANZA
- ASSISTENZA ALLA PUERPERA E AL NEONATO
- PREVENZIONE DELL'IVG
- PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI
- INTERVENTI PER L'ETÀ POST-FERTILE
- VACCINAZIONI

Le Aree individuate nelle Linee Guida Regionali sono punto di riferimento della programmazione consultoriale aziendale. Tutte le attività, infatti, sono implementate in *percorsi di salute*, nei quali vengono stabiliti gli obiettivi prioritari del territorio di appartenenza, le azioni necessarie per raggiungerli, le risorse di personale, le risorse economiche, gli indicatori di esito e di processo, requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l'espletamento delle attività.

PERCORSI DI SALUTE INDIVIDUATI:

I percorsi di salute programmati tenendo presente gli obiettivi prioritari del territorio di appartenenza, le risorse di personale ed economiche.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- ❖ **PERCORSO NASCITA**
- ❖ **PERCORSO INFANZIA**
- ❖ **PERCORSO ADOLESCENTI**
- ❖ **PERCORSO SALUTE DELLA DONNA DELLA COPPIA E DELLA FAMIGLIA**
- ❖ **PERCORSO ETÀ POST-FERTILE**

Per ogni percorso i Consultori Familiari offrono:

SERVIZI ALL'UTENZA SPONTANEA

Informazione e consulenza psico-sociale e sanitaria, oltre che diagnosi e cura, limitatamente all'esercizio delle proprie specifiche funzioni;

PROGRAMMI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Corsi, incontri, eventi di pubblica comunicazione realizzati sul territorio e nelle scuole di vario grado a gruppi spontanei o preventivamente definiti o gruppi a rischio;

ATTIVITÀ INTEGRATA TERRITORIALE

Attività svolta in collaborazione con i Comuni, le Parrocchie, le associazioni, il volontariato, il terzo settore ed altri dipartimenti e servizi dell'azienda sanitaria.

ATTIVITÀ DI DOCUMENTAZIONE - FORMAZIONE - RICERCA E PUBBLICAZIONE ATTIVITÀ DI VERIFICA E MONITORAGGIO ATTIVITÀ

PROGETTI PRIORITARI :

CONSULTORIO I.V.G. - Progetto Regionale in applicazione della D.G.R. n. 172 del 19/02/2007:

- Azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici

SPAZIO FAMIGLIA - Progetto Regionale in applicazione della DGR 2083/2006;

- Azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità anche attraverso l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare e la costituzione di un numero congruo di équipe di operatori dotati competenze specifiche in materia, anche al fine di salvaguardare i figli minori, soprattutto in presenza di conflittualità familiare.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- Attivazione di servizi per adolescenti-genitori con attività di tipo formativo e consultoriale nei percorsi di crescita con una particolare attenzione alla fase adolescenziale, ai conflitti familiari, alla sessualità, alla relazionalità ed alle scelte di vita e dei percorsi scolastici.
- Azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.

PERCORSO NASCITA - Progetto Nazionale "Percorso Nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi "Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva - Istituto Superiore di Sanità

La nuova azienda e le sue dimensioni provinciali impongono una riflessione sul ruolo dei Consultori Familiari nel nuovo assetto territoriale, non solo per mettere in relazione attiva e propositiva gli operatori che entrano a comporre la nuova azienda, ma per implementare un nuovo sistema di rete, atto a socializzare, valorizzare e non disperdere le esperienze realizzate nelle tre ex aziende sanitarie e promuovere un sistema coordinato ed integrato, dove il lavoro sinergico viene capitalizzato per promuovere nuovi indirizzi e dar vita ad una programmazione comune che abbia come obiettivo unico la qualità degli interventi e la reale tutela della salute dei cittadini.

Particolare attenzione sarà riservata alla valutazione dei bisogni, alla individuazione degli obiettivi, alla programmazione, all'organizzazione degli interventi, alla verifica delle azioni, alla rilevazione dei dati annuali, alla formazione, alla individuazione degli strumenti utili, e alla divulgazione delle attività.

Obiettivi:

- Attivare servizi all'utenza spontanea attraverso azioni di informazione e consulenza psico-sociale e sanitaria e attraverso la presa in carico;
- Garantire uniformità di azione su tutto il territorio dell' ASP
- Implementare una rete consultoriale che rispettando le specificità, metta in sinergia operatori ed attività;
- Elevare i livelli della comunicazione
- Migliorare la qualità della programmazione
- Favorire il lavoro di gruppo
- Parametrare risorse ed attività svolte



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- Privilegiare i percorsi assistenziali
- Attivare collaborazioni di livello regionale
- Favorire progetti innovativi
- Valorizzare l'immagine dei Consulitori Familiari

L'azienda nell'organizzazione della propria rete dei consultori familiari ha tratto gli indirizzi dalle Linee-guida regionali per i Consulitori Familiari approvate con D.G.R. n. 214 del 09/02/2010.

L'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica dell'Azienda Sanitaria di Potenza deve essere garantita secondo un modello a rete che consenta l'integrazione con gli altri servizi territoriali, ospedalieri aziendali e con gli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione di interventi di promozione della salute. Le attività consultoriali si integrano con quelle dell'assistenza distrettuale. Il Consultorio dovendosi integrare con le funzioni distrettuali dovrà almeno servire lo stesso bacino di utenza delle USIB (Unità per i servizi integrati di Base).

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

Gli interventi dei Consulitori dovranno garantire:

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA AI SENSI DELLA L.R.17/2011

A decorrere dal 01/01/2012, l'attività ospedaliera per acuti è svolta esclusivamente nell'IRCCS-CROB di Rionero in Vulture, nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza e negli ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso Attivo. 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 previsione, che nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) interessa 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 diseguaglianze 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.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Presidio Ospedaliero Distrettuale diviene quindi la sede della integrazione ospedale-territorio e gestisce, da un lato, le condizioni di fragilità, di non autosufficienza e di complessità assistenziale collegate alla cronicità trattando problematiche mediche che non necessitano di ricovero in acuzie e, dall'altro lato, garantendo spazi ed idonea assistenza alla lungodegenza e alla riabilitazione e alle prestazioni ambulatoriali mediche e chirurgiche, anche avanzate, articolate in Percorsi



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC), da rendersi in day service, per tutte le Comunità del territorio di riferimento.

Inoltre, proprio per non disperdere "eccellenze" consolidate nel tempo in ciascun Presidio Ospedaliero Distrettuale, ciascuno di essi, accanto a funzioni "core" comuni a tutti gli altri, articola ulteriori moduli funzionali aggiuntivi e/o caratterizzanti per i quali svolge una funzione di "hub" rispetto alle medesime attività che si possono attuare in altre strutture del sistema ("spoke").

Quindi, sulla base dei peculiari elementi caratterizzanti ciascun Presidio Ospedaliero Distrettuale, sembra quanto mai attuale riproporre, sulla base di un modello già sperimentato nella ex ASL n.3 di Lagonegro, una loro articolazione in "Poli" e, precisamente:

Polo dell'Autonomia: Presidio Ospedaliero Distrettuale di Maratea

Polo del Sollievo: Presidio Ospedaliero Distrettuale di Lauria

Polo del Sorriso: Presidio Ospedaliero Distrettuale di Chiaromonte

Polo del Conforto: Presidio Ospedaliero Distrettuale di Venosa

Infine, a completamento dell'offerta territoriale, ciascun Presidio Ospedaliero Distrettuale prevede moduli funzionali residenziali e sociali e la funzione dell'emergenza-urgenza attestata nel PTS .

Attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera con la riconversione di alcuni ospedali si liberano importanti risorse umane e materiali da impiegare per un potenziamento della rete territoriale, potenziamento che trova grande giovamento dall'utilizzo del patrimonio edilizio e strumentale delle Strutture presso le quali sono state disattivate le attività di ricovero per acuti.

La riconversione riguarda gli ospedali di Venosa, di Chiaromonte e di Maratea, dove fino al 31/12/2011 sono state erogate attività ospedaliere per acuti.

Negli stessi presidi, "denominati ospedali distrettuali, viene svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti, ed, in ogni caso, saranno garantite le attività previste dalla L.R. 3 agosto 1999 n. 21 e s.m.i." con punti di primo intervento. Negli ospedali oggetto della riconversione l'attività ambulatoriale delle discipline presenti al 31/12/2011 viene potenziata per fronteggiare la maggiore richiesta di prestazioni correlata alla ottimizzazione del setting assistenziale



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

A) per le acuzie

Il fabbisogno di prestazioni e di posti letto, determinato considerando i ricoveri effettuati negli ospedali dell' Azienda nell'anno 2010, corretti attribuendo all'Area Medica i ricoveri medici realizzati impropriamente dalle UU.OO Chirurgiche, è riportato nelle seguenti tabelle.

FABBISOGNO* POSTI LETTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAGONEGRO						
	ORDINARI		DH/DS		TOTALE	
	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali
AREA MEDICA	86	33	13	6	99	39
AREA CHIRURGICA	30	47	11	5	41	52
TOTALE	116	80	24	11	140	91

*Fabbisogno calcolato considerando i ricoveri effettuati nell'anno 2010 negli Ospedali di Lagonegro, di Chiaromonte e di Maratea, corretti attribuendo all'area medica i ricoveri medici realizzati nell'area chirurgica

FABBISOGNO* POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELFI						
	ORDINARI		DH/DS		TOTALE	
	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali
AREA MEDICA	70	30	14	2	84	32
AREA CHIRURGICA	35	47	17	4	52	51
TOTALE	105	77	31	6	136	83

*Fabbisogno calcolato considerando i ricoveri effettuati nell'anno 2010 negli Ospedali di Melfi e di Venosa, corretti attribuendo all'area medica i ricoveri medici realizzati nell'area chirurgica

FABBISOGNO* POSTI LETTO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAGONEGRO DETERMINATO APPLICANDO I CRITERI POA**						
	ORDINARI		DH/DS		TOTALE	
	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali
AREA MEDICA	54	33	4	6	60	39
AREA CHIRURGICA	25	47	6	5	29	52
TOTALE	79	80	10	11	89	91

* Fabbisogno calcolato considerando i ricoveri effettuati nell'anno 2010 negli Ospedali di Lagonegro, di Chiaromonte e di Maratea



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

**PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

FABBISOGNO* POSTI LETTO PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELFI						
DETERMINATO APPLICANDO I CRITERI POA**						
	ORDINARI		DH/DS		TOTALE	
	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.	Fabbisogno di P.L.	P.L. attuali	Fabbisogno di P.L.
AREA MEDICA	60	30	9	2	69	32
AREA CHIRURGICA	27	47	12	4	39	51
TOTALE	87	77	21	6	108	83

*Fabbisogno calcolato considerando i ricoveri effettuati nell'anno 2010 negli Ospedali di Melfi e di Venosa

**PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

Fermo restando la rivisitazione dei posti letto alla luce di quanto previsto dal Piano della Salute, il confronto tra il fabbisogno di posti letto, destinato ad incrementarsi con il recupero della “mobilità di frontiera”, e l’attuale dotazione negli Ospedali sede di PSA di afferenza dei ricoveri per acuti dei Presidi da riconvertire, evidenzia carenze per l’Area Medica cui si deve far fronte oltre che con la realizzazione di nuovi spazi di degenza, con la modifica della tipologia di attività, con il perseguimento della massima appropriatezza del livello assistenziale, anche mediante ricoveri in Strutture di postacuzie e territoriali da attivare, con l’applicazione del modello del bed management, con lo sviluppo della massima efficienza tecnica ed organizzativa nella produzione delle prestazioni e con l’utilizzo in rete degli ospedali aziendali. Anche applicando i criteri del programma operativo di appropriatezza, dal confronto tra il fabbisogno stimato di posti letto e disponibilità degli stessi, si evidenziano carenze.

Il POA, per alcune prestazioni sanitarie la cui gestione attiene prevalentemente alle competenze territoriali, utilizza indicatori idonei a valutare:

- l’adeguatezza del setting prescelto;
- il grado di utilizzazione di alcune procedure;
- l’ospedalizzazione evitabile per alcune patologie croniche.

Tale programma consente di ipotizzare il fabbisogno “modificato” in presenza di adeguate strutture residenziali di post-acuzie e reti territoriali.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

B) per la post acuzie

per gli ospedali soggetti alla riconversione, nel rispetto dei posti letto destinati alla riabilitazione ed alla lungodegenza post acuzie definita con la DGR n. 513 del 16/4/2007 come modificata dalla DGR n. 228 del 9/2/2010, si prevede la seguente distribuzione di posti letto:

PRESIDIO OSPEDALIERO	CODICE 56 II LIVELLO		CODICE 60 I LIVELLO	
	Cardiorespiratoria	Neuromotoria	Riabilitativo	Lungodegenza medica
OSPEDALE VENOSA		24		24 ⁽¹⁾
OSPEDALE CHIAROMONTE			16	
OSPEDALE MARATEA		72	24 ⁽²⁾	
OSPEDALE LAURIA		4+4		24

⁽¹⁾ di cui n. 4 posti di LAIC (Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura)

⁽²⁾ da attivare ai sensi della legge regionale 20/2008

ATTIVITA' FINALIZZATE AL MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO ED ASSISTENZIALE

- A. rivisitazione della rete ospedaliera e territoriale ed entrambe non possono prescindere dalla rete dell'emergenza-urgenza.
- B. progettazione e la realizzazione di adeguamenti strutturali finalizzati ad aumentare gli ambienti di degenza stante l'attuale carenza di posti letto negli ospedali di Melfi e di Lagonegro,
- C. protocolli diagnostico-terapeutici assistenziali e con intese interaziendali a supporto della rete ospedaliera, centrata sul modello hub e spoke, e nell'uso intensivo delle risorse strutturali e tecnologiche;
- D. conversione dei presidi presso i quali è stata disattivata dal 01/01/2012 l'attività ospedaliera in strutture con i requisiti per espletare funzioni di residenzialità territoriale;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PARTE III: ATTIVITA' ANNI 2010-2011



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO

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 31/12/2011. Anche senza andare troppo indietro negli anni può essere sufficiente sottolineare come nell'anno 2011 i ricoveri sono stati 24.687 a fronte di un dato 2010 di 26.855 con una diminuzione di 2.168 ricoveri pari all'8,07% in meno.

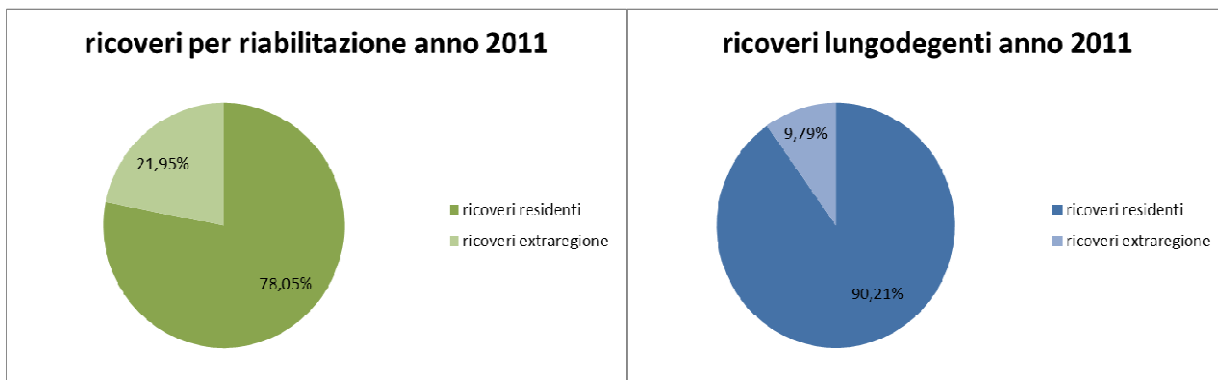
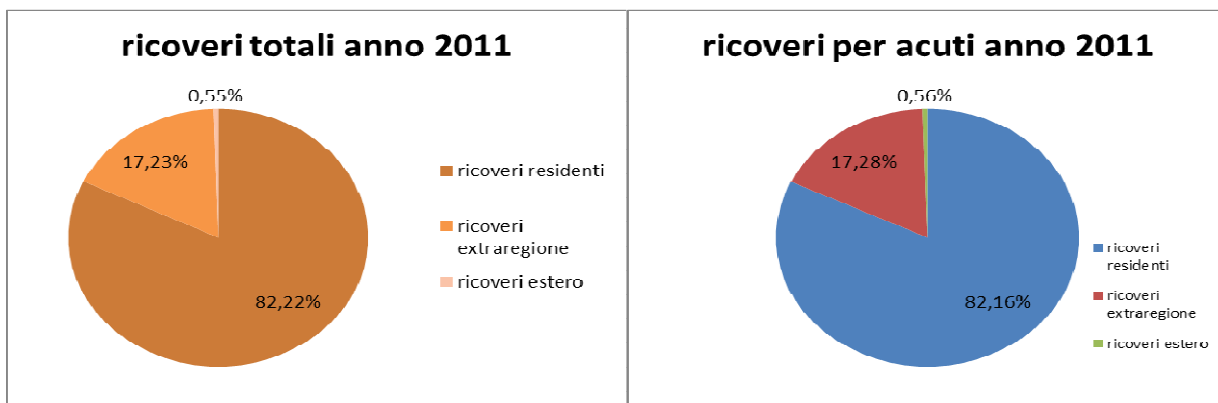
Tipologia ricoveri	ricoveri_2010	ricoveri_2011	diff_2011 vs 2010	% diff
Ricoveri ordinari chirurgici	3.662	3.584	78	-2,13%
ricoveri ordinari medici	12.466	11.630	836	-6,71%
ricoveri in regime di Day Surgery	5.284	4.626	658	-12,45%
ricoveri in regime di Day Hopital	5.107	4.530	577	-11,30%
Totale ricoveri per acuti	26.519	24.370	2.149	-8,10%
Ricoveri per riabilitazione	84	82	2	-2,38%
Ricoveri lungodegenti	252	235	17	-6,75%
TOTALE	26.855	24.687	2.168	-8,07%

Tipologia ricoveri	ricoveri residenti	ricoveri residenti ASM ed extraregione	residenti estero	totale
Ricoveri ordinari chirurgici	2.929	624	31	3.584
ricoveri ordinari medici	9.989	1.562	79	11.630
ricoveri in regime di Day Surgery	3.567	1.048	11	4.626
ricoveri in regime di Day Hopital	3.537	978	15	4.530
Totale ricoveri per acuti	20.022	4.212	136	24.370
Ricoveri per riabilitazione	64	18	-	82
Ricoveri lungodegenti	212	23		235
totale ricoveri	20.298	4.253	136	24.687



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI EFFETTUATI PRESSO I PRESIDII OSPEDALIERI DELL' ASP DI POTENZA BIENNIO 2010-2011

Presidio Ospedaliero	n_ricoveri_2010	n_ricoveri2011	diff 2011-2010	valore_2010	valore_2011	diff 2011-2010
Chiaromonte	2.206	1.699	507	3.105.672,32	2.926.653,82	179.018,50
Lagonegro	5.386	5.442	56	11.229.355,28	12.178.563,87	949.208,59
Lauria	271	273	2	1.278.337,89	1.389.962,59	111.624,70
Maratea	1.026	767	259	2.237.280,53	2.025.158,91	212.121,62
Melfi	4.835	4.547	288	12.087.780,20	11.174.904,43	912.875,77
Venosa	6.727	5.856	871	12.719.568,32	11.134.150,75	1.585.417,57
Villa d'Agri	6.404	6.103	301	14.736.752,87	13.780.990,44	955.762,43
TOTALE	26.855	24.687	2.168	57.394.747,41	54.610.384,81	2.784.362,60

Nel pieno rispetto delle direttive regionali l'Azienda ASP di Potenza ha registrato nell'anno 2011 una riduzione del numero complessivo dei ricoveri dell'8,07% (-2.168 ricoveri) rispetto all'anno 2010, accompagnata da una riduzione della valorizzazione dell' 4,85%. Tale decremento si rileva prevalentemente nel P.O.U. di Melfi e Venosa (-1.159 ricoveri), nei Presidi Ospedalieri unificati del lagonegrese e nel presidio(-201) di Chiaromonte (- 507 ricoveri), mentre nel Presidio di Villa d'Agri si è registrato una riduzione di 301 ricoveri. Si è rilevata anche una diminuzione del peso totale dei DRG prodotti che da 23.296 nell'anno 2010 passa a **22.042** nell'anno 2011, mentre il **peso medio** aumenta passando da **0.87 (2010) a 0.89 (2011)**.

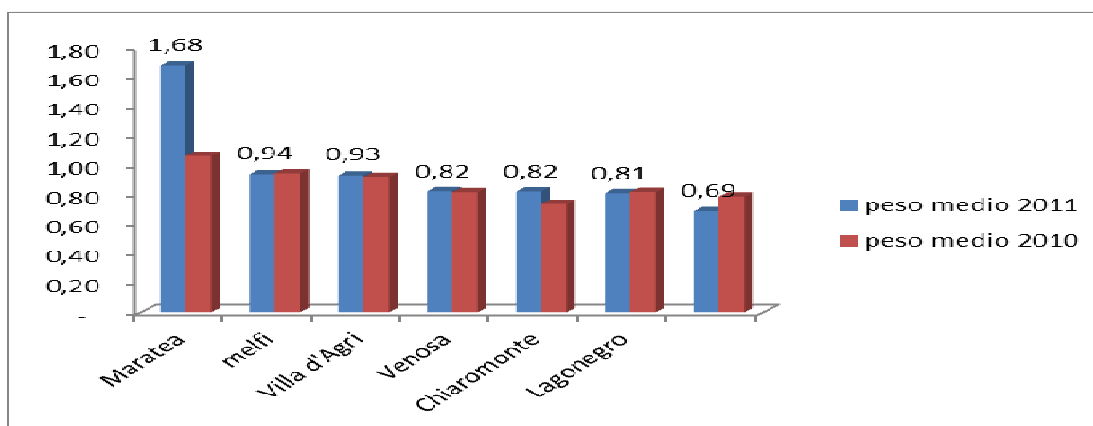
PESO MEDIO PRESIDII OSPEDALIERI ASP ANNI 2011-2010

Presidio Ospedaliero	peso medio 2010	peso medio 2011
Chiaromonte	0,74	0,82
Lagonegro	0,82	0,81
Lauria	0,79	0,69
Maratea	1,06	1,68
melfi	0,95	0,94
Venosa	0,81	0,82
Villa d'Agri	0,92	0,93
TOTALE	0,87	0,89



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

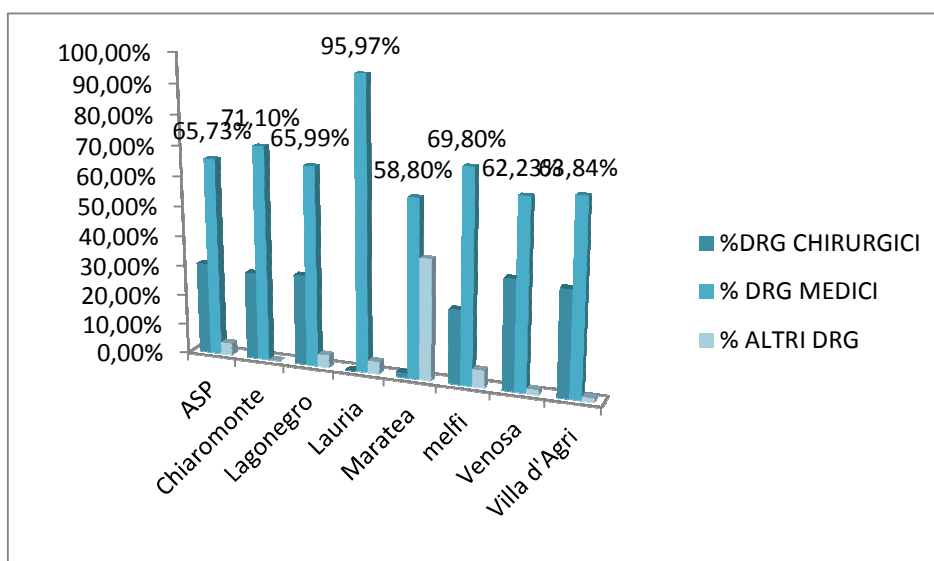


PRESIDI OSPEDALIERI: % DRG CHIRURGICI E MEDICI ANNO 2011				
	ricoveri	%DRG CHIRURGICI	% DRG MEDICI	% ALTRI DRG
ASP	24.687	30,39%	65,73%	3,88%
Chiaromonte	1.699	28,90%	71,10%	0,00%
Lagonegro	5.442	29,95%	65,99%	4,06%
Lauria	273	0,00%	95,97%	4,03%
Maratea	767	1,43%	58,80%	39,77%
melfi	4.547	24,54%	69,80%	5,65%
Venosa	5.856	36,24%	62,23%	1,54%
Villa d'Agri	6.103	34,95%	63,84%	1,21%

Il 65,73% dell'attività di ricovero ha prodotto DRG medici, mentre il 30,39% DRG e solo il 3,88% trattasi di altri DRG.



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra



Di seguito si riportano gli indicatori dell'attività ospedaliera erogata dalle Strutture Aziendali nell'anno 2011:

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIAROMONETE - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Chirurgia Generale	DH	2	394	0	183,65	69,8	0,766
Chirurgia Generale	Ordinari	8	139	5,19	24,79	33,81	0,83
Medicina Generale	DH	3	262	0	50,13	0,76	0,642
Medicina Generale	Ordinari	20	518	9,94	70,71	0,19	0,89
Oculistica	DH	6	99	0	35,06	92,93	0,802
Ostetricia e Ginecologia	DH	2	140	0	48,65	51,43	0,48
Ostetricia e Ginecologia	Ordinari	12	3	1	0,07	66,67	0,8
SPDC	DH	1	43	0	72,31	0	0,745
SPDC	Ordinari	3	101	13,05	127,7	0	0,48



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAGONEGRO - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Cardiologia	DH	1	100	0	53,46	0	0,731
Cardiologia	Ordinari	9	439	5,91	79,15	0,23	0,94
Chirurgia Generale	DH	2	703	0	420	43,67	0,698
Chirurgia Generale	Ordinari	24	852	7,84	76,45	53,99	0,84
DH Internistico	DH	3	185	0	231,03	0,54	0,852
Medicina Generale	Ordinari	18	612	8,94	83,53	1,47	1,22
Nido	Ordinari	8	576	2,7	53,81	0	0,24
Ortopedia e Traumatologia	DH	2	248	0	86,35	89,11	0,863
Ortopedia e Traumatologia	Ordinari	10	301	8,57	70,88	75,08	1,21
Ostetricia e Ginecologia	DH	1	318	0	231,15	74,84	0,578
Ostetricia e Ginecologia	Ordinari	13	777	3,8	62,34	48,65	0,6
Pediatria	DH	2	132	0	32,12	0	0,43
Pediatria	Ordinari	2	158	2,87	62,23	0,63	0,42
Rianimazione	Ordinari	4	41	13,32	37,5	21,95	2,45



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAURIA - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Hospice		6	42	15,1	29,03	0	0,26
Lungodegenza		16	146	33,88	84,94	0	0,8
Riabilitazione		4	40	0	108,85	0	0,805
Riabilitazione		4	42	33,45	96,5	0	0,83

Attualmente sul P.O. di Lauria sono attivi n. 16 PL in regime ordinario di cod. 60 lungodegenza (di cui n. 6 p.l. in regime ordinario per pazienti con tipologia di stato vegetativo e/ o minima responsività) in attesa che la Regione, così come all'Accordo Stato-Regione del 05.05.2011, con atto formale specifichi un adeguato percorso assistenziale per i pazienti in stato vegetativo. L'ASP ha dedicato 6 dei 16 p.l. di lungodegenza per l'assistenza di questi pazienti che hanno prodotto, nell'anno 2011 n. 10 ricoveri con 1.704 giornate di degenza.. Questi ricoveri hanno registrato una permanenza in reparto dei pazienti che va oltre i regolari canoni assegnati, ossia 60 giorni come degenza massima, e, pertanto, il dato della degenza media riflette questa criticità.

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MARATEA - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Endocrinologia	DH	1	51	0	40	0	0,488
Geriatrics	DH	2	51	0	28,65	0	0,788
Geriatrics	Ordinari	18	305	8,92	41,51	0	0,49
Pneumologia	DH	1	27	0	50,38	0	1,17
Pneumologia	Ordinari	11	333	7,12	58,72	3,3	1,25

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MELFI - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Chirurgia Generale	DH	1	235	0	91,92	82,55	0,746
Chirurgia Generale	Ordinari	17	500	6,6	53,33	46	0,96
Detenuti	Ordinari	1	5	1,8	2,47	60	0,62
Medicina Generale	DH	2	162		84,04	0	0,711



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Medicina Generale	Ordinari	22	709	5,29	46,87	0,28	0,97
Neonatologia	Ordinari	8	657	3,96	89,46	0	0,69
Ortopedia e Traumatologia	DH	1	178	0	68,85	88,2	0,862
Ortopedia e Traumatologia	Ordinari	12	381	5,41	47,16	75,07	1,15
Ostetricia e Ginecologia	DH	2	297	0	89,62	73,74	0,519
Ostetricia e Ginecologia	Ordinari	18	845	4,62	59,6	58,11	0,61
Pneumologia	Ordinari	4	408	5,89	165,11	1,23	1,6
Psichiatria (M)	Ordinari	4	116	11,18	89,08	0	0,76
Rianimazione	Ordinari	4	54	15,98	59,27	27,78	3,55

RESIDIO OSPEDALIERO DI VENOSA - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Cardiologia	Ordinari	6	178	4,8	0	15,73	1,03
CEIMI	DH	2	364	0	194,62	0,55	0,815
CEIMI	Ordinari	0	1	1	0	0	0,81
Chirurgia Generale	DH	2	256	0	57,5	56,25	0,694
Chirurgia Generale	Ordinari	14	739	6,82	98,96	43,44	0,89
Lungodegenza	Ordinari	12	89	15,51	31,59	0	1,09
Medicina Generale	DH	3	476	0	0	0	0,726
Medicina Generale	Ordinari	20	1067	4,5	0	0,19	0,85
Oculistica	DH	4	1307	0	302,4	94,11	0,748
Oculistica	Ordinari	0	41	2,78	0	85,37	0,75
Otorinolaringoiatria	DH	2	271	0	150,77	70,85	0,73
Otorinolaringoiatria	Ordinari	2	162	3,04	67,58	61,11	0,86
Pediatria	DH	2	202	0	59,62	1,98	0,437
Pediatria	Ordinari	6	419	3,03	58,2	0,24	0,44
Utic	Ordinari	4	284	5,1	0	22,54	1,38

PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D'AGRI - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Chirurgia Generale	DH	4	1026	0	220	76,12	0,748
Chirurgia Generale	Ordinari	15	547	5,09	50,97	74,04	0,91
Medicina Generale	DH	1	265	0	547,69	0,75	0,964
Medicina Generale	Ordinari	27	739	7,99	60,11	2,57	1,12
Nido	Ordinari	0	245	3,71	0	0	0,21



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PRESIDIO OSPEDALIERO DI VILLA D'AGRI - ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 2011							
Unità operative	REGIME	Posti letto	n ricoveri	Degenza Media	%Occ PL	% DRG chirurgici	Peso Medio
Ortopedia e Traumatologia	DH	2	321	0	109,81	81	0,896
Ortopedia e Traumatologia	Ordinari	14	319	6,08	38,07	50,47	0,97
Ostetricia e Ginecologia	DH	2	589	0	278,65	39,05	0,511
Ostetricia e Ginecologia	Ordinari	14	373	4,25	31,14	47,99	0,55
Pediatria	DH	1	269	0	433,85	1,12	0,491
Pediatria	Ordinari	7	217	4,42	37,64	1,38	0,51
Pneumologia	DH	1	126	0	165,38	0	1,176
Pneumologia	Ordinari	11	436	8,58	93,48	0,92	1,54
Rianimazione	DH	0	1	0	0	0	0,8
Rianimazione	Ordinari	4	52	15	53,57	15,38	2,89
SPDC	DH	1	16	0	47,31	0	0,684
SPDC	Ordinari	6	138	15,73	99,4	0	0,73
Utic- Cardiologia	Ordinari	9	424	5,31	68,74	18,4	1,28

Le tabelle che seguono ci permettono di analizzare le principali cause di ricovero dei cittadini presso le Strutture Ospedaliere dell'Azienda Sanitaria ASP di Potenza. Sono stati esaminati , quali Indicatori di complessità delle performances ospedaliere , i primi dieci DRG (medici e chirurgici) dei ricoveri ordinari e in DH dei Presidi Ospedalieri in rapporto alla loro frequenza.

La principale causa di ricovero nell'anno 2011 come nell'anno 2010 è relativa a MDC "Malattie e Disturbi dell'Apparato circolatorio, mentre il DRG maggiormente prodotto è lo 127 "insufficienza cardiaca e shock".

Di seguito si riporta l'elenco dei dieci principali DRG prodotti dall'Azienda.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PRINCIPALI DRG PRODOTTI DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE AZIENDALI ANNO 2011

I primi DRG prodotti dai Presidi Ospedalieri della ASP anno 2011			
DRG	descrizione DRG	n.ricoveri	valore
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1.074	2.722.687,00
391	NEONATO NORMALE	867	468.361,02
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	789	2.068.843,91
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	647	883.323,03
371	PARTO CESAREO SENZA CC	640	1.611.089,93
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	608	695.728,57
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETÀ > 17 SENZA CC	436	668.633,31
430	PSICOSI	413	941.637,18
369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	401	293.022,14
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEETTO RETINA IRIDE E CRISTALLINO	390	758.037,72

RICOVERI ORDINARI E DH PER I DRG DEI LEA AD ALTO RISCHIO DI IN APPROPRIATEZZA

Per quanto attiene all'appropriatezza dei ricoveri rileviamo un miglioramento, rispetto all'anno precedente, sia per i DRG chirurgici che per i DRG medici in tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda.

Per mantenere alto il livello di attenzione dei Direttori delle UU.OO. su questa materia e per fornire ogni utile strumento teso al governo delle attività, la U.O. Centro di Controllo Direzionale trasmette trimestralmente i prospetti relativi ai casi totali trattati e all'incidenza percentuale del regime diurno, con il calcolo del rapporto percentuale realizzato ed il confronto con il valore soglia da rispettare a seconda della tipologia di DRG. Analoga azione di monitoraggio sistematico per i DRG dei LEA ad alto rischio di in appropriatezza viene svolta dalla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero che sui report specifici organizza periodici audit con le UU.OO. ospedaliere.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

INDICI DI APPROPRIATEZZA

“*Fare la cosa giusta, al momento giusto, alla persona giusta, nel posto e nel modo giusto*” ,in quanto ciò riflette anche la qualità percepita dall'utenza. Si potrebbe sinteticamente definire in questo modo l'appropriatezza, che si configura come uno strumento di valutazione dell'efficienza di una struttura ospedaliera. I ricoveri inappropriati sono quindi quei casi che in teoria non necessitavano di una prestazione ospedaliera, ma che potevano essere risolti a livello ambulatoriale o territoriale. I ricoveri impropri si misurano esaminando i DRG ad alto rischio di inappropriatezza individuati con il DPCM 29.11.2001 primo dato da evidenziare è che l'Azienda ha visto peggiorare lievemente la propria performance in tal senso rispetto al 2010(+0,65 % ricoveri inappropriati).

In linea generale i Presidi Ospedalieri di Lagonegro, Chiaromonte e Villa d'Agri hanno dimostrato una maggiore attenzione nell'evitare i ricoveri inappropriati, un dato che sommato alla riduzione dei ricoveri dimostra la bontà della strada intrapresa.

Valori ancora leggermente alti invece, per il Presidio Ospedaliero Unificato di Melfi e Venosa per il quale un dato di inappropriatezza superiore a 3,7 punti percentuali rispetto all'anno 2010.

	2010			2011		
	Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA	Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA
PO di Chiaromonte	149	854	17,45	99	761	13,01
PO di Villa d'Agri	499	3.805	13,11	413	3.493	11,82
POU del Lagonegrese	597	4.379	13,63	526	4.395	11,97
POU Melfi e Venosa	685	7.090	9,66	882	6.566	13,43
Totale	1.930	16.128	11,97	1.920	15.215	12,62



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Ospedale	Reparto	2010			2011		
		Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA	Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA
Ospedale di Chiaromonte	CHIRURGIA GENERALE CHIAROMONTE	113	203	55,67	66	139	47,48
Ospedale di Chiaromonte	MEDICINA GENERALE CHIAROMONTE	33	550	6,00	27	518	5,21
Ospedale di Chiaromonte	NIDO CHIAROMONTE		2	-			
Ospedale di Chiaromonte	OST. E GINECOLOGIA CHIAROMONTE	3	9	33,33	3	3	100,00
Ospedale di Chiaromonte	SPDC CHIAROMONTE		90	-	3	101	2,97
Ospedale di Lagonegro	CARDIOLOGIA MEDICA LAGONEGRO	26	397	6,55	14	439	3,19
Ospedale di Lagonegro	CHIRURGIA GENERALE LAGONEGRO	256	764	33,51	328	852	38,50
Ospedale di Lagonegro	HOSPICE LAURIA				34	42	80,95
Ospedale di Lagonegro	MEDICINA GENERALE LAGONEGRO	21	649	3,24	6	612	0,98
Ospedale di Lagonegro	NIDO LAGONEGRO	12	529	2,27	5	576	0,87
Ospedale di Lagonegro	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA LAG	43	293	14,68	47	301	15,61
Ospedale di Lagonegro	OSTETRICIA E GINECOLOGIA LAGONEGRO	90	779	11,55	73	778	9,38
Ospedale di Lagonegro	PEDIATRIA LAGONEGRO	50	172	29,07	28	158	17,72
Ospedale di Lagonegro	RIANIMAZIONE E T. I. LAGONEGRO	1	55	1,82	1	41	2,44
Ospedale di Matatea	BRONCOPNEUMOLOGIA MARATEA		344	-	1	333	0,30
Ospedale di Matatea	ENDOCRINOLOGIA MARATEA	72	117	61,54			



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Ospedale	Reparto	2010			2011		
		Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA	Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA
Ospedale di Matatea	MEDICINA GERIATRICA MARATEA	26	280	9,29	23	305	7,54
Ospedale di Melfi	CHIRURGIA DI URGENZA	36	315	11,43			
Ospedale di Melfi	Chirurgia Generale (M)	45	229	19,65	105	500	21,00
Ospedale di Melfi	Detenuti (M)	6	16	37,50	2	5	40,00
Ospedale di Melfi	MEDICINA (M)	34	831	4,09	76	709	10,72
Ospedale di Melfi	NEONATOLOGIA (M)	1	703	0,14	15	657	2,28
Ospedale di Melfi	ORTOPEDIA (M)	101	402	25,12	91	381	23,88
Ospedale di Melfi	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (M)	72	931	7,73	54	845	6,39
Ospedale di Melfi	Pneumologia (M)	12	353	3,40	27	408	6,62
Ospedale di Melfi	PSICHIATRIA (M)	5	142	3,52	5	116	4,31
Ospedale di Melfi	RIANIMAZIONE (M)		54	-	-	54	-
Ospedale di Venosa	Cardiologia Venosa	4	216	1,85	5	178	2,81
Ospedale di Venosa	CEIMI				1	1	100,00
Ospedale di Venosa	CHIRURGIA GENERALE (V)	200	743	26,92	234	739	31,66
Ospedale di Venosa	MEDICINA GENERALE (V)	67	1.303	5,14	161	1.066	15,10
Ospedale di Venosa	OCULISTICA (V)	43	47	91,49	38	41	92,68
Ospedale di Venosa	OTORINOLARINGOIATRIA (V)	29	124	23,39	42	163	25,77
Ospedale di Venosa	PEDIATRIA (V)	27	407	6,63	19	419	4,53
Ospedale di Venosa	UTIC (V)	3	274	1,09	7	284	2,46
Ospedale di Villa d'Agri	CHIRURGIA GENERALE (V.A.)	154	570	27,02	140	550	25,45
Ospedale di Villa d'Agri	MEDICINA GENERALE (V.A.)	41	826	4,96	50	739	6,77
Ospedale di Villa	NIDO (V.A.)		276	-	1	245	0,41



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Ospedale	Reperto	2010			2011		
		Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA	Ric. Ord. Inapp.	Tot. Ric.Ord.	% LEA
d'Agri							
Ospedale di Villa d'Agri	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (V.A.)	184	438	42,01	117	319	36,68
Ospedale di Villa d'Agri	OSTETRICIA E GINECOLOGIA (V.A.)	34	367	9,26	42	373	11,26
Ospedale di Villa d'Agri	PEDIATRIA (V.A.)	47	301	15,61	29	217	13,36
Ospedale di Villa d'Agri	PNEUMOLOGIA (V.A.)	1	378	0,26	4	436	0,92
Ospedale di Villa d'Agri	SERVIZIO PSICHIATRICO (V.A.)	10	147	6,80	9	138	6,52
Ospedale di Villa d'Agri	TERAPIA INTESIVA (M.V.)		62	-	-	52	-
Ospedale di Villa d'Agri	Utic Cardiologia (M.V.)	28	440	6,36	21	424	4,95
totale		1.930	16.128	11,97	1.954	15.257	12,81

Inoltre si evidenzia che degli 8.018 ricoveri per LEA medici e chirurgici eseguiti nei PP.OO. della Azienda Sanitaria ASP di Potenza il **74,83%** (6.000) viene eseguito nel regime appropriato (DH); va evidenziato che per i DRG dei LEA trattati in regime ordinario molti prevalentemente riguardano DRG la cui numerosità dei casi è complessivamente (ord+DH) < di 5. La % di DRG dei LEA trattati in DH sul totale dei DRG trattati in DH è pari al 74,83% (6.000/8.018). Nel corso del 2010, a seguito della definizione delle tariffe delle prestazioni chirurgiche da trasferire dal regime di day surgery in regime ambulatoriale, nonostante la carenza di spazio adeguati per tale regime, ha assunto concretezza l'obiettivo di disincentivare il ricorso al day surgery per le prestazioni di cui all'allegato 2 della DGR n.606/2010. Infatti, gli interventi chirurgici per "tunnel carpale" e cataratta, precedentemente erogati in regime di ricovero, vengono ora erogati in regime ambulatoriale.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



ASSISTENZA SPECIALISTICA E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Il crescente sviluppo e l'introduzione sempre più rilevante di nuove e complesse tecnologie nella gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione, ha determinato, già da diversi anni, problemi connessi alla accessibilità ai servizi sanitari. Una delle evidenze di questa ridotta accessibilità sono i lunghi tempi di attesa necessari per effettuare prestazioni in regime ambulatoriale, soprattutto per quelle prestazioni a maggior contenuto tecnologico. Il problema della eccessiva lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche è diventato, pertanto, uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale, in quanto determina ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici prescrittori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e territoriali) e sui pazienti. Infatti, la ridotta accessibilità alle prestazioni da una parte ha pesanti interferenze con il processo decisionale dei medici ed è spesso causa di incomprensioni con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione, d'altra parte lede il diritto dei pazienti di accessibilità alle cure. Con l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 Marzo 2006 si definiva il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006 - 2008, di cui all'art. 1 comma 280 della Legge 23 Dicembre 2005, n.266;

La suddetta Intesa stabiliva che le Regioni, entro novanta giorni dall'adozione del Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, dovevano adottare uno specifico Piano Attuativo regionale. La Regione Basilicata con la D.G.R. n.907 del 19.06.2006 ad oggetto "Piano attuativo per il contenimento dei Tempi di Attesa relativo al triennio 2006 - 2008", ha definito gli obiettivi ed i risultati attesi in materia di contenimento delle Liste di attesa da realizzarsi attraverso i Piani Aziendali che sono stati predisposti da ciascuna Azienda Sanitaria ed approvati con la D.G.R. 1092 del 8 agosto 2007.

In considerazione dei risultati ottenuti o di eventuali criticità insorte nei due anni di valenza dei Piani aziendali, si ritiene di dover procedere ad una revisione degli stessi ed in particolare alla riprogrammazione delle azioni da perseguire nel biennio 2010-2011 al fine del contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni definite critiche.

L'azienda ha ottemperato nell'anno 2011 alle disposizioni regionali formulate con la DGR 1092/2007 che recepisce il piano aziendale di riduzione dei tempi di attesa.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

I tempi di attesa aziendali medi sono nei limiti per le prestazioni di competenza. Alcune difficoltà si riscontrano negli ambulatori a cadenza quindicinale (Senise e Rotonda) ;

Inoltre in ottemperanza al DGR 896/2007 (Manuale RAO) la Direzione strategica ha individuato al momento le seguenti prestazioni che sono erogate secondo tale modalità:

Cardiologia :- Visita;

- Ecodoppler TSA
- Ecocardiogramma;

Radiologia : Ecografia;

TAC;

Eco Mammaria

Il monitoraggio viene effettuato sia dal centro CUP con cadenza trimestrale, che dalla Stessa Regione Basilicata su indirizzo ministeriale per alcune attività, con cadenza semestrale e si avvale del software Mappa. Vengono monitorati i tempi di attesa per le attività ambulatoriali e gli stessi sono sempre ricondotti nei limiti stabiliti (semaforo giallo software Mappa). In tutti i distretti sono state tenute riunioni con i MMG e con gli specialisti che erogano le prestazioni da inserire nei RAO al fine di tracciare un percorso comune circa l'appropriatezza prescrittiva .I Direttori di Distretto e di Area Cure Primarie hanno partecipato ai tavoli regionali sia per le procedure di affidamento dei tetti di spesa ai Centri Privati Accreditati che alla revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

La Regione Basilicata ha effettuato nell'anno in questione il monitoraggio dei tempi di attesa di tutte le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie regionali. I tempi di attesa delle prestazioni sono stati monitorati ed aggiornati anche presso la ASP che ha pubblicato mensilmente le risultanze sul sito aziendale. Sono state rilevate le criticità e proposte soluzioni ai responsabili di struttura. Sono state, inoltre, evidenziate e monitorate nel tempo quelle prestazioni che hanno presentato tempi di attesa al di sopra di quelli massimi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale in materia. Va chiarito che, ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, ed in coerenza con quanto previsto dai Piani Nazionale e Regionale, si considerano esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni, benché prime visite o prime prestazioni diagnostiche strumentali, degli utenti che hanno rifiutato la prima disponibilità fornita dal CUP esercitando la propria libera scelta della struttura erogatrice. Le prestazioni, prese in considerazione dal Piano Regionale e monitorate, v comunque garantite, come previsto, al 90% degli utenti con classi di priorità B e D entro i tempi massimi stabiliti. Si riportano nelle due tabelle sottostanti, i tempi di attesa rilavati nell'anno 2011 delle prestazioni ambulatoriali, e di quelle diagnostiche, individuate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, oggetto di monitoraggio ministeriale previsto nel Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2009-2011:

Prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale(Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011) Prestazioni a visita



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Prestazioni ambulatoriali - visite - Attesa minima rilevata il 2 maggio 2011 (strutture ASP più rilevanti)														
Prestazione	Dis Potenza	Dis. M. Lucano	P.O. e Dis Villa D'agri	Dis	P.O e	Osp e Dis Melfi	DS Genza	Osp e Dis Maratea	Osp e Dis Lauria	Osp e Dis Lagon	Osp Dis Chiaro	Dis Senise	TOT ALE	me dia
				Arc.elo	Venosa									
1 Visita cardiologia	132	82	22	58	162	86	3	0	0	1	30	18	594	54,0
2 V. Chir. Vascol.			2		2	21					162		187	17,0
3 Visita endocrino.	224	253	108	135	14	43	24	2	45	11	82	49	990	90,0
4 Visita neurologica	1	2	14	7		8	10		78			2	122	11,1
5 Visita oculistica	27	21	4	40	92	11	63	1	26	25	50	11	371	33,7
6 Visita ortopedica	68	15	24	N.D.		14	43	15		21	37	30	267	24,3
7 Visita ginecologica	30	N.D.	3	7	7	49	7	1	8	1	2	2	117	10,6
8 Visita O.R.L.	34	99	17	21	43	1	9	9	8	4	7	30	282	25,6
9 Visita urologica	5							18	25	142		92	282	25,6
10 Visita dermatologica	28	34		19		18	3	3	1	10	2	15	133	12,1
11 Visita fisiatrica	34	28		23		24	25	24	46		45	92	341	31,0
12 Visita gastroenterologia	N.D.			5	15	1	7		59	3	43	88	221	20,1
13 Visita oncologica										N.D.			0	0,0
14 Visita pneumologia	36			1	16	28	1	36	1		80	30	229	20,8



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Dal confronto dei tempi di attesa con il fabbisogno valutato dalla mappa di compatibilità si evidenzia che il territorio che presenta meno criticità è quello dell'ASP/Ambito Territoriale di Venosa. Si evidenzia inoltre ulteriormente una domanda non soddisfatta sul territorio del Lagonegrese. Le prestazioni a visita che risultano critiche sono "Visita cardiologia, Visita endocrinologica, " che presentano nella rilevazione una media del tempo di attesa rilevato nelle strutture con maggiore offerta, superiore ai 40 gg., nonché la visita oncologica, che si effettua presso la sede ospedaliera di Lagonegro grazie ad una convenzione con il C.R.O.B. di Rionero, che attualmente non presenta una disponibilità.

Prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011) Prestazioni diagnostiche

Prestazioni strumentali ASP - Attesa minima rilevata il 2 maggio 2011												
	Esami Diagnostici	Potenza	Villa D'agri	Sant'Arcangelo	Osp Venosa	Osp Melfi	Osp Maratea	Osp Lauria	Osp Lagon	Osp Chiaro	totale	media
15	Mammografia	166	N.D.			28		168	148		510	128
16	TC senza e con contrasto Torace	20	122	21	21	11			42	2	239	34
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	20	122	21	21	11			42	2	239	34
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	20	122	21	21	11			42	2	239	34
19	TC senza e con contrasto Addome completo	20	122	21	21	11			42	2	239	34
20	TC senza e con contrasto Capo	14	122	21	21	11			42	2	233	33
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	20	122	21	21	11			42	2	239	34
22	TC senza e con contrasto Bacino	20	122	21	21	11			42	2	239	34
23	RMN Cervello e tronco encefalico	145							N.D.		145	145
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	145							N.D.		145	145
25	RMN Muscoloscheletrica	145							N.D.		145	145
26	RMN Colonna vertebrale	145							N.D.		145	145
27	Ecografia Capo e collo	93	78	120	71	38	11	49	49	51	560	62



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Prestazioni strumentali ASP - Attesa minima rilevata il 2 maggio 2011												
Esami Diagnostici	Potenza	Villa D'agri	Sant'Arcangelo	Osp Venosa	Osp Melfi	Osp Maratea	Osp Lauria	Osp Lagon	Osp Chiaro	totale	media	
28 Ecocolordoppler cardiaca	N.D.	88	106	123	50			N.D.	N.D.	367	92	
29 Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	91	331	92	18	2			135	N.D.	669	112	
30 Ecocolordoppler dei vasi periferici	87	254	71	29	36			N.D.		477	95	
31 Ecografia Addome	93	78	120	71	36		49	49	51	547	68	
32 Ecografia Mammella	N.D.	513	120	71	38	11	49	N.D.	51	853	122	
33 Ecografia Ostetrica – Ginecologica		5	14	18	2	11	2	15		67	10	
34 Colonscopia	N.D.	49	68		23	2	56	59		257	43	
35 Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	N.D.	49	68		23		56	59		255	51	
36 Esofagogastroduodenoscopia	N.D.	67	40	1	1		4	N.D.		113	23	
37 Elettrocardiogramma	132	39	58	162	86			2	30	509	73	
38 Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	54	92		137	95			58	N.D.	436	87	
39 Elettrocardiogramma da sforzo	38	101						23		162	54	
40 Audiometria	36	42	21	39			36	32		206	34	
41 Spirometria	34	1	22		14	2	7		17	97	14	
42 Fondo Oculare	35	4	40	94		2	26	25	15	241	30	
43 Elettromiografia							197			197	197	

Le prestazioni diagnostiche che risultano critiche, ed evidenziate nella tabella seguente, sono “Mammografia, Ecografia Mammella, Risonanza Magnetica Nucleare, Elettrocardiogramma ed Holter, Ecocolordoppler cardiaco, dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, ed Elettromiografia” che presentano all’ultima rilevazione, una media del tempo di attesa rilevato nelle strutture con maggiore offerta, superiore ai 70gg.

Applicazione dei RAO

In ottemperanza alla DGR 1869/2007 (manuale RAO) e DGR 329/2008 (sostituita dall’attuale DGR 644/2009) sono state attivati le classi di priorità per le prestazioni di Ecocolordoppler periferico (TSA ed Arti) secondo la metodica RAO in tutte le strutture ASP.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Sono state attivate le classi di priorità per le prestazioni di RMN Neuro nel poliambulatorio di Potenza, sono state mantenute le agende per classi di priorità già attivate negli anni precedenti negli ambulatori dell'ambito territoriale di venosa e sono state attivate le classi di priorità per le prestazioni di TAC nel PO di Villa D'Agri e di ECO mammarie nel Poliambulatorio di Potenza.

Inoltre già nel primo semestre 2011 sono state attivate ulteriori classi di priorità per le visite cardiologiche e l'Ecocardiogramma, almeno nelle strutture con più offerta e con più criticità (Potenza e Lagonegro).

Si riporta in tabella i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ed esami strumentali oggetto di prenotazione attraverso la metodica RAO :

Prestazioni strumentali ASP - Attesa minima rilevata il 2 maggio 2011 con metodica RAO											
Esami Diagnostici	Priorità	Potenza	Villa D'Agri	Osp Venosa	Osp Melfi	Osp Maratea	Osp Lauria	Osp Lagon	Osp Chiaro	totale	media
Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	B	10	1					2		13	4
Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	D	7	65					25		97	32
Ecocolor Doppler dei vasi periferici	B		2	2						4	2
Ecocolor Doppler dei vasi periferici	D		36	N.D.						36	36
Ecocolor Doppler cardiaca	B	7	15	2				8		32	8
Ecocolor Doppler cardiaca	D	3	23	N.D.				15		41	14
Visita Cardiologica + Elettrocardiogramma	B	19						11		30	15
Visita Cardiologica + Elettrocardiogramma	D	36						1		37	19
RMN	B	20			10					30	15
RMN	D	8			N.D.					8	8
Ecografia Mammella	B	6						3		9	5
Ecografia Mammella	D	N.D.						N.D.		0	N.D.
Visita Diabetologica	B			8						8	8
Visita Diabetologica	D			N.D.						0	N.D.
Visita Oculistica	B			0						0	0
Visita Oculistica	D			0						0	0
Radiologia - scheletro	B			14	8					22	11



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Radiologia - scheletro	D			19	19					38	19
Ecografia	B			1	8			10		19	6
Ecografia	D			10	N.D.			N.D.		10	10
TAC	B			14	N.D.			7		21	11
TAC	D			16	10			N.D.		26	13
Visita reumatologica	B			1						1	1
Visita reumatologica	D			1						1	1
Visita Senologica	B				2					2	2
Visita Senologica	D				N.D.					0	N.D.
Visita Fisiatrica	B				3					3	3
Visita Fisiatrica	D				N.D.					0	N.D.

Dalla tabella si evince come sono assicurate, ad eccezione della visita cardiologica e della RMN, ove si sfiora di poco, le prestazioni nel rispetto dei limiti previsti alla voce “B” della metodica RAO (10 gg. Dalla data di prenotazione). I tempi inerenti la metodica di prenotazione RAO per la voce “ D “, sono molto al disotto dei limiti previsti (30 gg. Per visite e 60 gg. Per esami strumentali).

ASSISTENZA SPECIALISTICA REGIONALE ANNO 2011

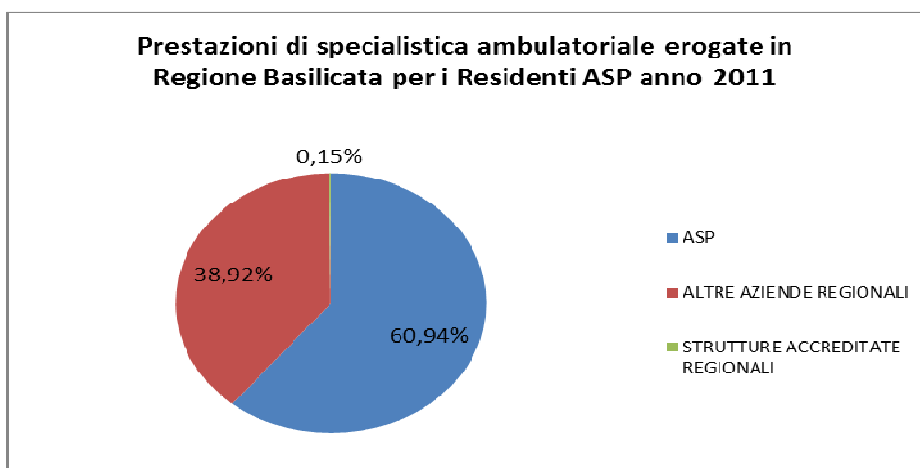
Nell’anno 2011 sono state erogate dalle strutture sanitarie pubbliche ed accreditate circa 5.053.807 prestazioni di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti sul territorio ASP. Il 60,94% è stato erogato dalle strutture afferenti all’Azienda ASP di Potenza, il 38,92% dall’Azienda ospedaliera San Carlo, CROB e ASM, mentre solo lo 0.15% dalle strutture accreditate dalla Regione Basilicata.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in Regione Basilicata per i Residenti ASP anno 2011		
STRUTTURE SANITARIE	N. PRESTAZIONI	%
ASP	3.079.598	60,94%
ALTRE AZIENDE REGIONALI	1.966.788	38,92%
STRUTTURE ACCREDITATE REGIONALI	7.421	0,15%
	5.053.807	100,00%



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



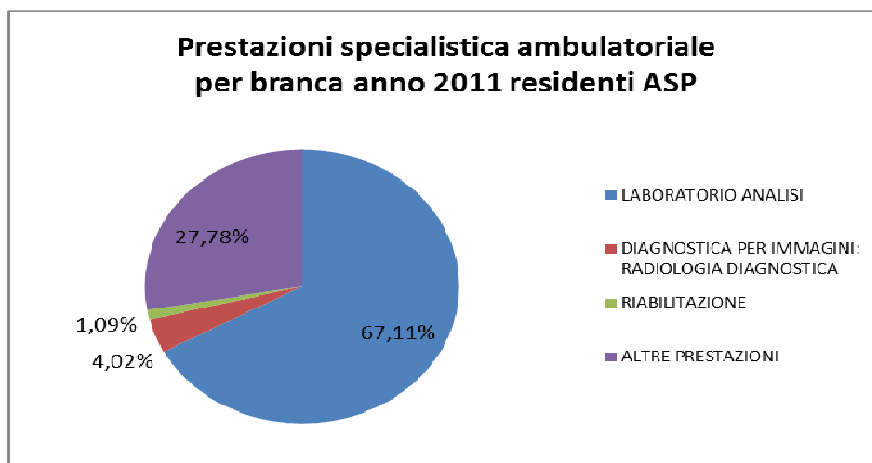
Prestazioni di specialistica ambulatoriale distinte per le principali branche erogate in Regione Basilicata per i Residenti ASP anno 2011

BRANCA	N. PRESTAZIONI	%
LABORATORIO ANALISI	3.391.510	67,11%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	202.944	4,02%
RIABILITAZIONE	55.163	1,09%
ALTRE PRESTAZIONI	1.404.190	27,78%
TOTALE	5.053.807	100,00%

Le prestazioni riguardano prevalentemente per il 67,11 la branca degli esami di laboratorio, mentre per il 27,78 si tratta di prestazioni riguardanti altre branche come la nefrologia, l'oculistica, la cardiologia, l'ortopedia ecc.

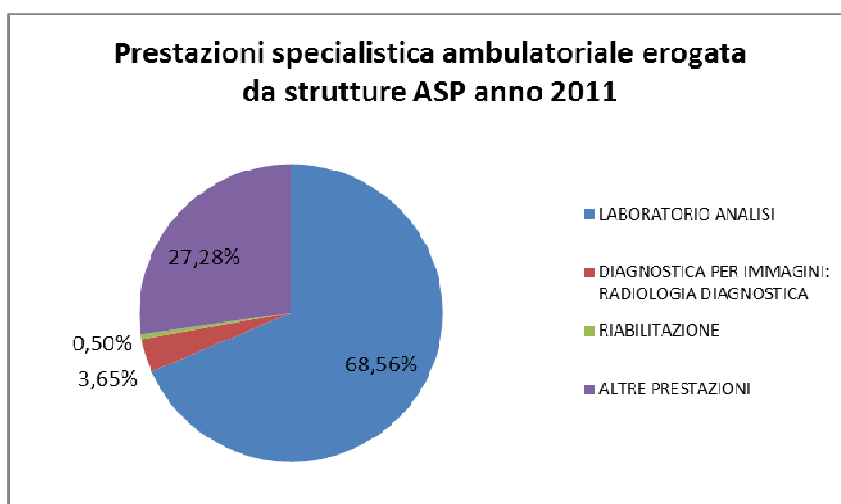


Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra



Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dall'ASP per i Residenti ASP anno 2011

Descrizione branca	numero prestazioni	%
LABORATORIO ANALISI	2.111.409	68,56%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	112.548	3,65%
RIABILITAZIONE	15.455	0,50%
ALTRE PRESTAZIONI	840.186	27,28%
	3.079.598	100,00%

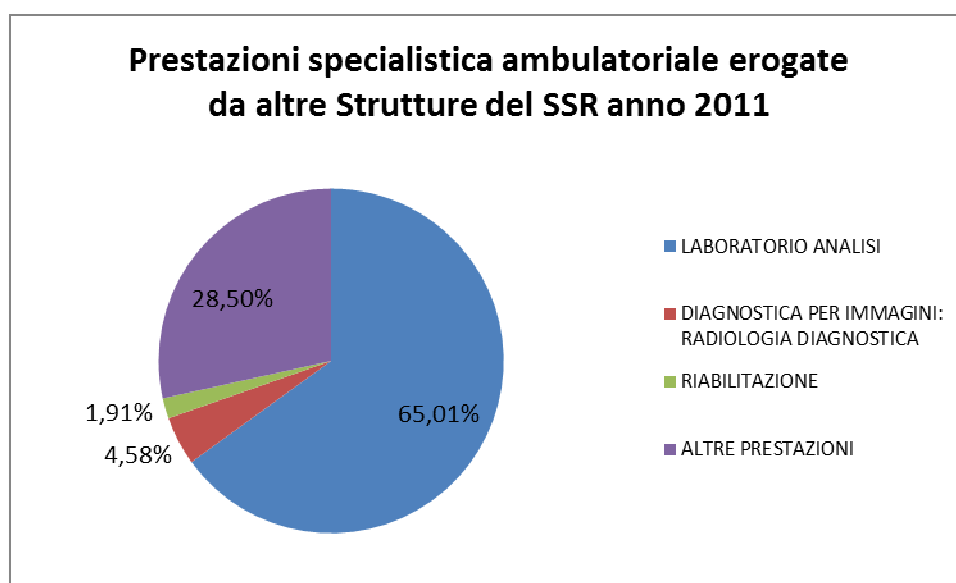


Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

ASSISTENZA SPECIALISTICA INFRA - REGIONALE ANNO 2011

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle Aziende Sanitarie Regionali per i residenti di questa Azienda coprono il 38,92 della domanda aziendale. Si tratta prevalentemente di esami di laboratorio (65,01%)

Prestazioni specialistica ambulatoriale erogate da altre Strutture del SSR anno 2011		
LABORATORIO ANALISI	1.278.652	65,01%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	89.996	4,58%
RIABILITAZIONE	37.635	1,91%
ALTRE PRESTAZIONI	560.505	28,50%
TOTALE	1.966.788	100,00%



ASSISTENZA SPECIALISTICA EXTRA REGIONALE ANNO 2010

Come è ben noto i dati relativi alla mobilità passiva extra-regionale sono riferiti all'anno 2010.

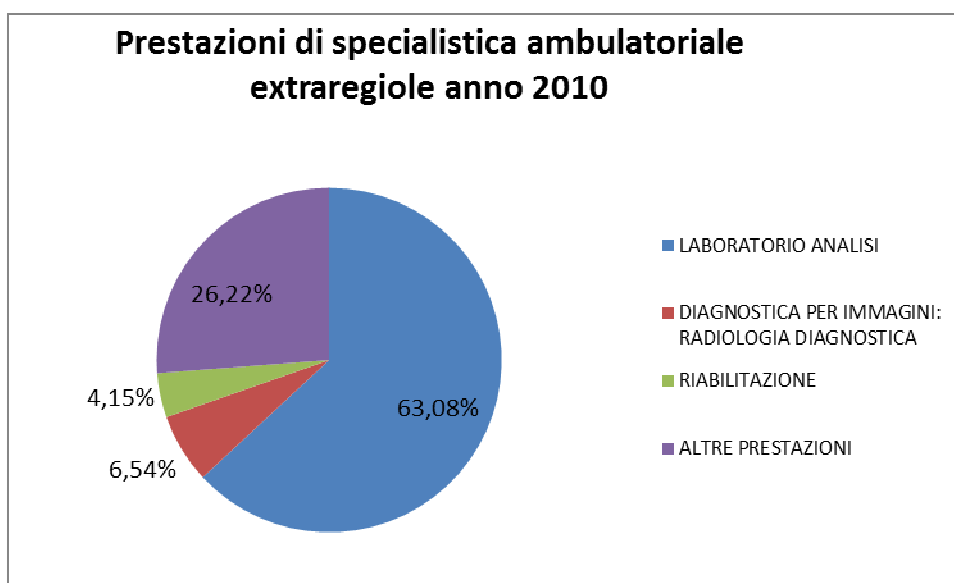
Si registrano 256.185 prestazioni che interessano per il 63,08% la branca delle prestazioni di Laboratorio in conformità con quanto rilevato per l'anno 2011 per le prestazioni erogate ai cittadini residenti dell'ASP.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Prestazioni di specialistica ambulatoriale extraregionale anno 2010		
BRANCHE	n. prestazioni	%
LABORATORIO ANALISI	161.605	63,08%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	16.765	6,54%
RIABILITAZIONE	10.636	4,15%
ALTRE PRESTAZIONI	67.179	26,22%
TOTALE	256.185	100,00%



LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Vengono rispettate le direttive della Giunta Regionale sul fabbisogno di prestazioni di cui alle DGR nn. 1907/2006, 805/2007, 2105/2006, 689/2007 e 388/2008 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vengono rispettati i tetti aziendali pubblici e privati determinati in base alla mappa di compatibilità aggiornata. Viene effettuato il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate da parte delle UU. OO. competenti, anche in ordine a verifiche sulle dotazioni strumentali e di personale ed alla verifica dei documenti. E' stata garantita la partecipazione al tavolo tecnico della contrattazione con i C.E.A. per il rinnovo dei



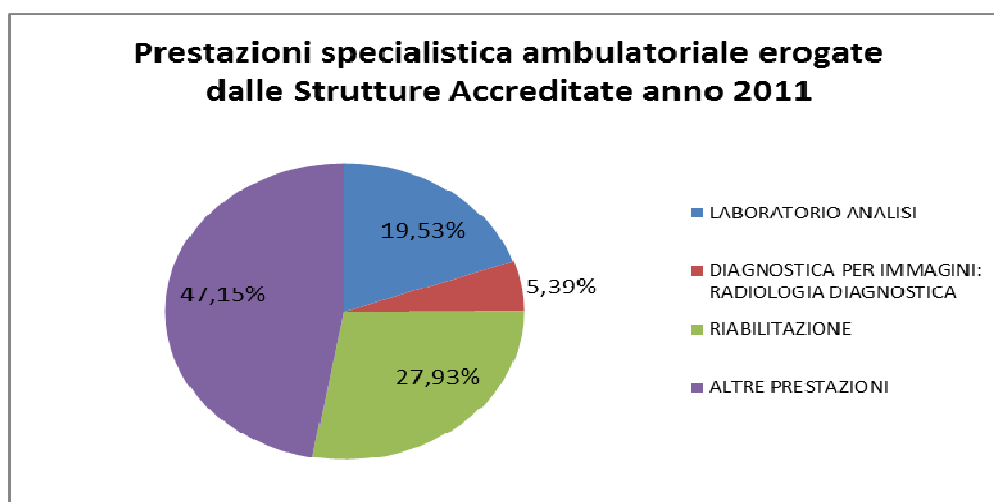
Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

contratti; Infine, sono state poste in essere iniziative tese a razionalizzare l'attestazione di risorse economiche ai vari settori assistenziali operanti nel privato-accreditato e/o a migliorare la qualità dell'assistenza. Si riportano di seguito i principali atti deliberativi in materia approvati nel corso del 2010:

- Delibera n. 64 del 25/01/2010 “Congregazione Religiosa Suore Ancelle della Divina Provvidenza – Centro di Riabilitazione Opera Don Uva di Potenza. Prestazioni assistenziali e riabilitative ex art. 26 L.833/78 – Modulo RSA anziani disabili. Determinazione budget. Approvazione schema di contratto. Sottoscrizione”;
- delibera n. 969 del 29/09/2010 “ Presa d’atto determinazioni dirigenziali regionali n. 72 AB 2010/D.00490 del 22/06/2010 – DGR 2105 – approvazione tetti di spesa aziendali e tetti di spesa strutture private accreditate – anno 2009 – e n. 72AB. 2010/D 00523 del30/06/2010 – DGR 104/2010 - – approvazione tetti di spesa aziendali e tetti di spesa strutture private accreditate – anno 2010”.

Prestazioni specialistica ambulatoriale erogate dalle Strutture Accreditate anno 2011		
LABORATORIO ANALISI	1.449	19,53%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	400	5,39%
RIABILITAZIONE	2.073	27,93%
ALTRE PRESTAZIONI	3.499	47,15%
TOTALE	7.421	100,00%



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

ATTIVITA' DI PREVENZIONE

MONITORAGGIO INDICATORI DGR n.298/2012				
Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP	Sistema di pesi	1° Monitoraggio Aprile-Giugno (*)
1,00	TUTELA DELLA SALUTE		20,00	
0,04	Prevenzione primaria		5,00	
0,04	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)		0,30	0,99
0,04	Copertura per vaccino MPR		0,30	0,86
0,04	Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	*	0,40	0,61
0,04	Prevenzione secondaria		5,00	
0,04	Estensione grezza dello screening mammografico		0,20	0,46
0,04	Adesione grezza dello screening mammografico		0,30	0,54
0,04	Estensione grezza dello screening cervice uterina	*	0,20	0,79
0,04	Adesione grezza dello screening cervice uterina		0,30	0,26
0,04	Sicurezza negli ambienti di lavoro		5,00	
0,04	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate		1,00	0,03
0,04	Sanità veterinaria		5,00	
0,04	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina		0,25	0,72
0,04	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina		0,25	0,52
0,04	Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina		0,25	0,02
0,04	Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale		0,25	0,33



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PARTE IV: IL PATRIMONIO



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

CAPITALE UMANO

Le risorse umane assumono un ruolo centrale e propulsivo nell'Azienda Sanitaria ASP di Potenza. Si è avviato un processo di rinnovamento organizzativo- culturale, che va incontro al cittadino, sempre più sensibile alla qualità del servizio offerto, dove l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dipende da loro stesse e dal loro contributo produttivo. Si è reso necessario quindi potenziare l'investimento sui dipendenti per aggiungere loro valore, favorendo lo sviluppo delle politiche del personale. La tendenza generale di gestione delle risorse umane è stata spinta verso un coinvolgimento partecipativo sempre più marcato e verso uno sviluppo continuo dell'individuo e del gruppo, attraverso la valorizzazione del potenziale umano orientato ad effettuare investimenti significativi in professionalità, utilizzando un approccio di confronto alla gestione delle risorse umane. E' necessario valutare complessivamente i problemi e cercare soluzioni che facciano riferimento ai seguenti criteri:

- aumento della motivazione ad attrezzarsi culturalmente con metodologie che consentano lo sviluppo delle risorse umane;
- acquisizione di risorse orientata dalla conoscenza delle esigenze strategiche aziendali di medio e lungo termine in considerazione dei fabbisogni quantitativi e qualitativi delle risorse umane coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi.
- selezione del personale attraverso la valutazione delle conoscenze richieste per lo svolgimento del ruolo, tenendo conto anche della previsione degli sviluppi, ovvero dell'insieme delle attitudini e delle caratteristiche individuali non ancora espresse e che potrebbero essere sviluppate;
- inserimento e orientamento dei neoassunti a tutti i livelli;
- individuazione e valorizzazione, da parte dei dirigenti, di risorse potenzialmente idonee per percorsi di sviluppo operativo; in questo caso il piano di valutazione del potenziale viene fatto pesando elementi legati all'esperienza interna, alla valutazione delle prestazioni ed alle indicazioni di orientamento espressi dai responsabili;
- attribuzione chiara di responsabilità definendo a priori il grado di autonomia nella gestione delle risorse, snellendo il numero delle posizioni dirigenziali effettive, con selezione rigorosa e



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

immissione di risorse adeguatamente formate, in contestualità con la dovuta valorizzazione delle posizioni organizzative consentite dal nuovo CCNL del Comparto;

- promozione di processi relativi alla gestione delle risorse umane in particolare :
 - determinazione del fabbisogno del personale
 - selezione ed inserimento del personale
 - sistemi di classificazione del personale e definizione dei ruoli dirigenziali
 - aggiornamento /formazione del personale
 - politiche retributive e sistemi premianti
 - sistemi di valutazione permanente del personale
 - organizzazione dei servizi ed uffici amministrativi
 - sviluppo delle carriere

La politica del personale che l'azienda intende adottare è orientata ad individuare, analizzare e mettere a confronto quei processi ritenuti di forte ricaduta strategica nel contesto aziendale, ai fini di una gestione delle risorse umane più efficiente ed efficace, che permetta di ottenere una migliore qualità dei processi interni e dei servizi erogati. La ridefinizione di ruoli e funzioni è tesa ad un impiego flessibile ed interdisciplinare del personale, con un modello organizzativo dipartimentale che preveda la gestione autonoma, funzionale e strutturale. Il personale in servizio, registrato al 31/12/2011 rispetto all'anno precedente, non subisce variazioni di rilievo, infatti, il personale a tempo indeterminato sommato a quello determinato non subisce variazioni. Per il personale a tempo indeterminato si registra un incremento del personale del ruolo sanitario con contestuale riduzione del personale dei ruoli tecnico ed amministrativo. Anche il costo risulta pressoché invariato sia rispetto al preventivo che rispetto al consuntivo dell'anno precedente. La tabella sottostante indica il personale dipendente alla data di bilancio, 31/12/2011, distinto per ruolo e per area contrattuale, a tempo determinato e indeterminato, con l'indicazione delle variazioni rispetto al precedente esercizio.

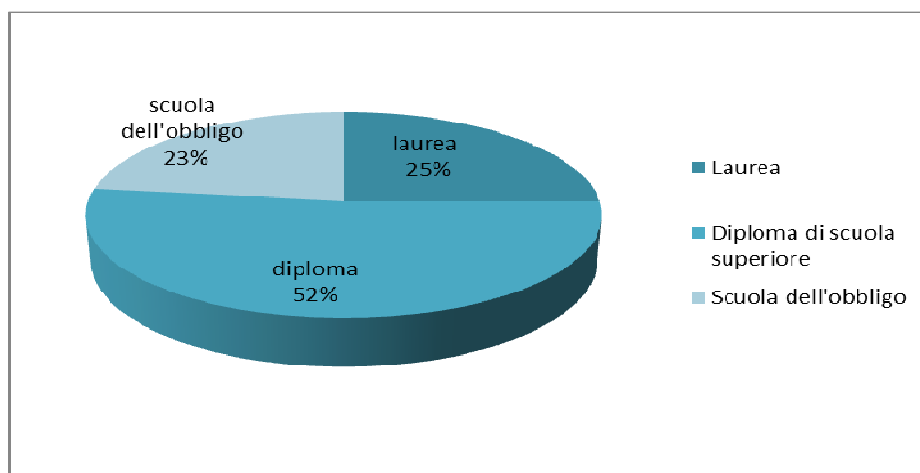


Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Ruolo/area contrattuale	31/12/2011	31/12/2010	Variazioni	N° medio dipendenti
SANITARIO				
Dirigenza medica veterinaria	521	488	33	504,50
Dirigenza non medica	64	73	-9	68,50
Comparto	1312	1309	3	1310,50
PROFESSIONALE				
Dirigenza	7	9	-2	8
Comparto	1	1	0	1
TECNICO				
Dirigenza	18	17	1	17,50
Comparto	548	573	-25	560,50
AMMINISTRATIVO				
Dirigenza	10	10	0	10
Comparto	280	281	-1	280,50
TOTALE	2761	2761	0	2761

Livello di Istruzione del personale in servizio ASP anno 2011



Piano Attuativo locale 2012-2014
 Direttore Generale dott. Mario Marra

INVESTIMENTI STRUTTURALI

L'Azienda ASP di Potenza prevede per il triennio 2012-2014 un programma di investimenti sul parco immobiliare rivolto a perseguire i seguenti obiettivi:

- riorganizzare le strutture sanitarie in termini logistici e funzionali;
- adeguare le strutture sanitarie alle prescrizioni delle norme regionali per l'accreditamento;
- prevedere e riqualificare spazi necessari per l'esercizio della libera professione;
- adeguare le strutture e gli impianti tecnologici in materia di prevenzione incendi ed in materia di sicurezza in generale.

Alcuni degli investimenti hanno un carattere generale e si concretizzano in interventi che interessano tutte le strutture ospedaliere, altri sono specifici e sono finalizzati all'avvio e/o implementazione di nuove attività anche alla luce del riordino della rete ospedaliera e territoriale.

Di seguito si riporta il piano degli investimenti relativo al triennio 2013-2015 in conformità alla DGR di Basilicata n. 908 del 10.07.2012:

SCHEDA 1 QUADRO DELLE RISORSE DISPONIBILI

Tipologie Risorse	Disponibilità Finanziaria Primo anno	Disponibilità Finanziaria Secondo anno	Disponibilità Finanziaria Terzo anno	Importo Totale
Entrate aventi destinazione vincolata per legge	28.988.173,67	49.314.154,69	11.242.017,67	89.544.346,03
Entrate acquisite mediante contrazione di mutuo	0	0	0	0
Entrate acquisite mediante apporti di capitali privati	29.826.053,00	0	0	29.826.053,00
Trasferimento di immobili ex art. 19, c. 5-ter L. n. 109/94	0	0	0	0
Stanziamenti di bilancio	0	0	0	0
Altro	0	0	0	0
Totali	58.814.226,67	49.314.154,69	11.242.017,67	119.370.399,03



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

**PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012**

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMM A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAM MA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capital e privato Tipologia
99	E10 99	Realizzazione struttura da adibire ad RSA	0	1.400.000,00	0	N	0	
4	E10 99	Venosa ristrutturazione sede ex ASI/1	100.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	DSB di Melfi realizzazione casa della salute	100.000,00	100.000,00	100.000,00	N	0	
4	E10 99	DSB di Venosa ristrutturazione e sistemazione esterna struttura di Montemilone	100.000,00	0	0	N	0	
8	E10 99	DSB di Melfi completamento ed adeguamento del poliambulatorio	100.000,00	100.000,00	0	N	0	
4	E10 99	DSB di Melfi ristrutturazione e manutenzione straordinaria sede di San Fele	500.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Intervento sul patrimonio aziendale per l'adeguamento ai fini dell'accreditamento istituzionale	800.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	Ospedale di Venosa realizzazione nucleo Alzheimer ristrutturazione	500.000,00	0	0	N	0	
9	E10 99	Ospedale di Venosa ampliamento posti rete nel servizio dialisi	586.800,00	0	0	N	0	
7	E10 99	Lavori di manutenzione straordinaria sulle strutture della ex ASL/2	280.000,00	200.000,00	200.000,00	N	0	
99	E10 99	Adeguamento del P.O. di Villa D'Agri ai sensi delle DGR n. 2192/2005 e n. 1000/2006 Rimodulazione dei posti letto, completamento reparto geriatria, completamento gruppo operatorio, ed altro	0	3.880.000,00	0	N	0	
99	E10 99	Lavori sul patrimonio aziendale ai fini	0	1.892.137,03	0	N	0	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

**PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012**

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capitale privato Tipologia
		dell'accreditamento istituzionale e adeguamento degli impianti di climatizzazione presso il P.O. di Maratea, Chiaromonte, Villa D'Agri e strutture territoriali						
8	E10 99	Completamento dei lavori di realizzazione di ambienti per l'implementazione di un sistema integrato per il post acuzie e della cronicità presso il complesso ospedaliero di Villa D'Agri	2.000.000,00	0	500.000,00	N	0	
8	E10 99	Completamento dei lavori di ristrutturazione ex sede PMIP di Potenza - II lotto	0	5.760.000,00	0	N	0	
9	E10 99	Lavori di costruzione del nuovo SERT di Potenza	0	1.920.000,00	0	N	0	
9	E10 99	Lavori di costruzione del Centro di Igiene Mentale di Potenza Farmaceutica territoriale	3.000.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	Lavori di completamento della ristrutturazione ed adeguamento del P.S. di Viggiano da adibirsi a centro di Riabilitazione	0	1.000.000,00	0	N	0	
9	E10 99	Adeguamento delle strutture territoriali alle norme per l'accreditamento (protezione sismica, impiantistica, energetica, abbattimento barriere architettoniche, sicurezza)	0	8.400.000,00	0	N	0	
8	E10 99	Completamento di lavori di adeguamento del P.O. di Villa D'Agri ai sensi delle DGR n 2192/2005 e	0	5.720.000,00	0	N	0	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capitale e privato Tipologia
		n 1000/2006 II Stralcio funzionale						
99	E10 99	Polo per i servizi sanitari della popolazione e realizzazione della USIB di Acerenza	310.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Adeguamento ambulatorio di continuit� assistenziale Albano di Lucania	50.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Adeguamento centro territoriale 118 Albano di Lucania	30.000,00	0	0	N	0	
8	E10 99	DSB di Anzi-Camastra e sede 118 di Anzi lavori di potenziamento e completamento della struttura	20.000,00	0	0	N	0	
8	E10 99	Sede DSB Anzi-Camastra e sede 118	5.000,00	0	0	N	0	
8	E10 99	Completamento adeguamento ambulatorio di Armento	15.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	Ristrutturazione ambulatorio di Bella	30.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	PTS 118 di Brienza	15.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Lavori di adeguamento del Poliambulatorio di Corleto Perticara	80.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	Ristrutturazione PTS di Corleto perticara	15.000,00	0	0	N	0	
7	E10 99	Riposizionamento caldaia all'esterno e revisione impianto termoidraulico, realizzazione paretina antumido al piano seminterrato, riqualificazione esterna e sistemazione scoli e grondaie, revisione imp.	30.000,00	0	0	N	0	
7	E10 99	Elisuperficie e PTS di Villa D'Agri	85.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Realizzazione nuovi servizi igienici, adeguamento impianti tecnologici, sostituzione	15.000,00	0	0	N	0	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capitale e privato Tipologia
		infissi e lavori edilcomplementari						
99	E10 99	Adeguamento della struttura nella parte ubicata al P.T. del poliambulatorio di Moliterno	120.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	Ristrutturazione del PTS di Moliterno	15.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Adeguamento funzionale ed impiantistico	30.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	DSB e Poliambulatorio di Muro Lucano	670.250,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Lavori di adeguamento dell'ambulatorio di Paterno	40.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Adeguamento ambulatorio di continuit� assistenziale di Pietragalla	30.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Lavori di adeguamento funzionale dell'ambulatorio di S. Martino d'Agri	60.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Lavori di adeguamento del poliambulatorio di Sant'Arcangelo	122.000,00	0	0	N	0	
7	E10 99	Eliminazione barriere architettoniche e adeguamento funzionale	30.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Lavori di adeguamento dell'ambulatorio di Viggiano	60.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Centro iperbarico presso il presidio di Maratea	1.000.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Presidio di Chiaromonte realizzazione di strutture residenziali e semi residenziali	1.000.000,00	1.500.000,00	0	N	0	
99	E10 99	P.O. di Lauria Realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative	400.000,00	1.100.000,00	0	N	0	
99	E10 99	PSA di Lagonegro Adeguamento ai fini dei requisiti per	1.000.000,00	0	0	N	0	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

**PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012**

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMM A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAM MA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capital e privato Tipologia
		l'accreditamento istituzionale						
99	E10 99	Realizzazione e gestione sperimentale polo riabilitativo multispecialistico P.O. di Maratea	9.942.017,67	9.942.017,66	9.942.017,67	N	29.826.053,00	2
99	E10 99	Lavori di somma urgenza al P.O. di Lagonegro	400.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Centro diurno Psichiatrico	250.000,00	250.000,00	0	N	0	
99	E10 99	Centro diurno Psichiatrico	50.000,00	0	0	N	0	
8	E10 99	Completamento ed adeguamento degli ambulatori ASP	128.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Adeguamento dei servizi territoriali del distretto di Lauria	172.856,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Potenziamento dell'attività medica di base	70.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	PTS di Lagonegro	15.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	PTS di S. Costantino Albanese	15.000,00	0	0	N	0	
4	E10 99	PTS di Viggianello	20.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Elisuperficie di Maratea	38.250,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Elisuperficie e PTS di Chiaromonte	43.000,00	0	0	N	0	
99	E10 99	Realizzazione di strutture sanitarie territoriali e residenziali di Villa D'Agri	500.000,00	500.000,00	0	N	0	
99	E10 99	Potenza Mitigazione del rischio sismico	1.000.000,00	1.000.000,00	0	N	0	
99	E10 99	PSA di Villa D'Agri Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	2.000.000,00	2.000.000,00	0	N	0	
99	E10 99	Realizzazione di strutture sanitarie, territoriali e sanitarie	0	500.000,00	500.000,00	N	0	
9	E10 99	Ospedale di Venosa:	0	1.150.000,00	0	N	0	



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

**PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 - ARTICOLAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA
DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE N. 776 DEL 06.11.2012**

Tipologia	Categoria	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Primo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA A Secondo Anno	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA Terzo Anno	Cessione immobili (S/N)	Apporto di capitale privato Importo	Apporto di capitale privato Tipologia
9		Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale						
99	E10 99	PSA di Melfi: Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	1.000.000,00	1.000.000,00	0	N	0	
		TOTALE	28.988.173,67	49.314.154,69	11.242.017,67	0,00	29.826.053,00	2

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 ELENCO ANNUALE DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASP N. 776 DEL 06.11.2012

Cod. Int. Amm.ne	CODICE UNICO INTERVENTO - CUI	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO	FINALITA'	Conformità Urb (S/N)	Conformità Amb (S/N)	Priorità	STATO PROGETTAZIONE approvata	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO FINE LAVORI
ASPex1VENOSA	-	Venosa ristrutturazione sede ex ASI/1	100.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	3Â°/2015
ASPex1VENOSA	-	DSB di Melfi realizzazione casa della salute	100.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex1VENOSA	-	DSB di Venosa ristrutturazione e sistemazione esterna struttura di Montemilone	100.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex1VENOSA	-	DSB di Melfi completamento ed adeguamento del poliambulatorio	100.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex1VENOSA	-	DSB di Melfi ristrutturazione e manutenzione straordinaria sede di San Fele	500.000,00	MIS	S	S	3	PD	1Â°/2013	4Â°/2013
ASPex1VENOSA	-	Ospedale di Venosa realizzazione nucleo Alzheimer ristrutturazione	500.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 ELENCO ANNUALE DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASP N. 776 DEL 06.11.2012										
Cod. Int. Amm.ne	CODICE UNICO INTERVENTO - CUI	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO	FINALITA'	Conformità Urb (S/N)	Conformità Amb (S/N)	Priorità	STATO PROGETTAZIONE E approvata	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO FINE LAVORI
ASPex2POTENZA	-	Lavori di manutenzione straordinaria sulle strutture della ex ASL/2	280.000,00	MIS	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2015
ASPex2POTENZA	-	Completamento dei lavori di realizzazione di ambienti per l'implementazione di un sistema integrato per il post acuzie e della cronicità presso il complesso ospedaliero di Villa D'Agri	2.000.000,00	MIS	S	S	3	PD	1°/2013	4°/2015
ASPex2POTENZA	-	Polo per i servizi sanitari della popolazione e realizzazione della USIB di Acerenza	310.000,00	ADN	S	S	3	PD	1°/2013	4°/2015
ASPex2POTENZA	-	Adeguamento ambulatorio di continuità assistenziale Albano di Lucania	50.000,00	ADN	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	Adeguamento centro territoriale 118 Albano di Lucania	30.000,00	ADN	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	DSB di Anzi-Camastra e sede 118 di Anzi lavori di potenziamento e completamento della struttura	20.000,00	MIS	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	Sede DSB Anzi-Camastra e sede 118	5.000,00	MIS	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	Completamento adeguamento ambulatorio di Armento	15.000,00	COP	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	Ristrutturazione ambulatorio di Bella	30.000,00	MIS	S	S	3	PE	1°/2013	3°/2014
ASPex2POTENZA	-	PTS 118 di Brienza	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014
ASPex2POTENZA	-	Lavori di adeguamento del Poliambulatorio di Corleto Perticara	80.000,00	ADN	S	S	3	PE	1°/2013	4°/2014



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 ELENCO ANNUALE DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASP N. 776 DEL 06.11.2012										
Cod. Int. Amm.ne	CODICE UNICO INTERVENTO - CUI	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO	FINALITA'	Conformità Urb (S/N)	Conformità à Amb (S/N)	Priorità	STATO PROGETTAZIONE E approvata	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO FINE LAVORI
ASPex2POTENZA	-	Ristrutturazione PTS di Corleto perticara	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Riposizionamento caldaia all'esterno e revisione impianto termoidraulico, realizzazione paretina antumido al piano seminterrato, riqualificazione esterna e sistemazione scoli e grondaie, revisione imp.	30.000,00	AMB	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Elisuperficie e PTS di Villa D'Agri	85.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	2Â°/2013
ASPex2POTENZA	-	Realizzazione nuovi servizi igienici, adeguamento impianti tecnologici, sostituzione infissi e lavori edilcomplementari	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Adeguamento della struttura nella parte ubicata al P.T. del poliambulatorio di Moliterno	120.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Ristrutturazione del PTS di Moliterno	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Adeguamento funzionale ed impiantistico	30.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	DSB e Poliambulatorio di Muro Lucano	670.250,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Lavori di adeguamento dell'ambulatorio di Paterno	40.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Adeguamento ambulatorio di continuità assistenziale di Pietragalla	30.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Lavori di adeguamento funzionale dell'ambulatorio di S. Martino d'Agri	60.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 ELENCO ANNUALE DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASP N. 776 DEL 06.11.2012										
Cod. Int. Amm.ne	CODICE UNICO INTERVENTO - CUI	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO	FINALITA'	Conformità Urb (S/N)	Conformità à Amb (S/N)	Priorità	STATO PROGETTAZIONE E approvata	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO FINE LAVORI
ASPex2POTENZA	-	Lavori di adeguamento del poliambulatorio di Sant'Arcangelo	122.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Eliminazione barriere architettoniche e adeguamento funzionale	30.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Lavori di adeguamento dell'ambulatorio di Viggiano	60.000,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	Centro iperbarico presso il presidio di Maratea	1.000.000,00	MIS	S	S	3	SF	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	Presidio di Chiaromonte realizzazione di strutture residenziali e semi residenziali	1.000.000,00	MIS	S	S	3	PD	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	P.O. di Lauria Realizzazione di strutture residenziali dedicate alle cure palliative	400.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	PSA di Lagonegro Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	1.000.000,00	ADN	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	Realizzazione e gestione sperimentale polo riabilitativo multispecialistico P.O. di Maratea	9.942.017,67	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	Lavori di somma urgenza al P.O. di Lagonegro	400.000,00	CPA	S	S	3	SC	1Â°/2013	1Â°/2013
ASPex3LAGONEGRO	-	Centro diurno Psichiatrico	250.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2013
ASPex3LAGONEGRO	-	Centro diurno Psichiatrico	50.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2013
ASPex3LAGONEGRO	-	Completamento ed adeguamento degli ambulatori ASP	128.000,00	COP	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2013



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PROGRAMMA TRIENNALE DELLE OPERE PUBBLICHE 2013-2015 ELENCO ANNUALE DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE ASP N. 776 DEL 06.11.2012										
Cod. Int. Amm.ne	CODICE UNICO INTERVENTO - CUI	DESCRIZIONE INTERVENTO	IMPORTO INTERVENTO	FINALITA'	Conformità Urb (S/N)	Conformità Amb (S/N)	Priorità	STATO PROGETTAZIONE E approvata	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO INIZIO LAVORI	Tempi di esecuzione TRIM/ANNO FINE LAVORI
ASPex3LAGONEGRO	-	Adeguamento dei servizi territoriali del distretto di Lauria	172.856,00	ADN	S	S	3	PE	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	Potenziamento dell'attività medica di base	70.000,00	COP	S	S	3	PP	1Â°/2013	4Â°/2015
ASPex3LAGONEGRO	-	PTS di Lagonegro	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	PTS di S. Costantino Albanese	15.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	PTS di Viggianello	20.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	Elisuperficie di Maratea	38.250,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex3LAGONEGRO	-	Elisuperficie e PTS di Chiaromonte	43.000,00	MIS	S	S	3	PE	1Â°/2013	4Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Realizzazione di strutture sanitarie territoriali e residenziali di Villa D'Agri	500.000,00	MIS	S	S	3	PP	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	Potenza Mitigazione del rischio sismico	1.000.000,00	ADN	S	S	3	PP	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex2POTENZA	-	PSA di Villa D'Agri Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	2.000.000,00	ADN	S	S	3	PP	1Â°/2013	3Â°/2014
ASPex1VENOSA	-	PSA di Melfi: Adeguamento ai fini dei requisiti per l'accreditamento istituzionale	1.000.000,00	ADN	S	S	3	PD	1Â°/2013	4Â°/2014
			24.601.373,67							



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Investimenti Tecnologici

Le tecnologie rappresentano una voce importante per valutare l'offerta di servizi di una sanità moderna ed efficiente. La Asl di Potenza sta lavorando molto per colmare il gap che la separa dalle altre aziende ma ancora molto rimane da fare in tal senso, soprattutto per dare risposte adeguate ed efficienti ai bisogni di salute della popolazione.

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008								
n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/ dipartimento	unità/servizio	descrizione	motivazio ne delle priorità	q . t à	importo totale (Euro)
1	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Videobroncoscopio con videoprocessore digitale	nuova funzione	1	€ 84.000,00
2	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Sistema per spirometria con cabina Pletissimografica	nuova funzione	1	€ 60.000,00
3	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Pulsossimetri	potenziam ento	4	€ 4.800,00
4	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Pompe per infusione	potenziam ento	2	€ 6.000,00
5	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Modulo per l'effettuazione di prove di broncostimolazione aspecifica	nuova funzione	1	€ 6.000,00
6	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Aerosol Uniko	nuova funzione	1	€ 2.400,00
7	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Spirometro portatile	nuova funzione	1	€ 24.000,00
8	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Emogasanalizzatore portatile	nuova funzione	1	€ 7.200,00
9	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Apparecchio per tosse	nuova funzione	2	€ 5.400,00
10	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Misuratore dell'ossido nitrico nell'esalato	nuova funzione	1	€ 6.000,00
11	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Apparecchio per sterilizzazione endoscopi	nuova funzione	1	€ 36.000,00
12	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		U.O. Pneumologia	Modulo ergonomico per laboratorio di fisiopatologia respiratoria	nuova funzione	1	€ 48.000,00
13	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Postazione informatica. Monitor e stampante. Accesso alla rete Aziendale Programma teleradiologia	completa mento	1	€ 1.200,00
14	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Terapia Antalgica Anest/Rianimazi one	Elettrostimolatore agopuntura per ambulatorio di terapia antalgica	potenziam ento	1	€ 192,00
15	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Monitor multiparimetrico portatile adatto a apazienti adulti- pediatrici-neonatali	potenziam ento	1	€ 8.400,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
16	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Videolaringosopio sistema per intubazione intraoperatoria emergenza training clinico	potenziam ento	1	€ 18.000,00
17	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Sistemi FCI/TIVA composti da 3 pompe di insusione a siringa per farmaci	aggiornam ento	2	€ 26.400,00
18	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Integrazione ai ventilatori in uso alla Sala Operatoria sistema di interfaccia ai monitor multiparametrici per la gestione bilanciata dell'anestesia	completa mento	1	€ 12.000,00
19	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	sistema per il monitoraggio emodinamico non invasivo	nuova funzione		€ 12.000,00
20	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Anestesia Rianimazione	Sistema monitoraggio dell'emostasi tromboelastografo	nuova funzione		€ 36.000,00
21	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Cardiologia UTIC	Ecocardiografo portatile	completa mento	1	€ 24.000,00
23	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Nefrologia e Dialisi	Letti con bilancia elettronica per trattamento emodialitico	Sostituzio ne	1 1	€ 52.800,00
24	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa D'Agri		Nefrologia e Dialisi	Fax	Potenziam ento	1	€ 1.000,80
25	ASP- ex ASL 2	Ambulatorio Muro Lucano		Nefrologia e Dialisi	Letti con bilancia elettronica per trattamento emodialitico	Sostituzio ne	7	€ 33.600,00
26	ASP- ex ASL 2	Ambulatorio Muro Lucano		Nefrologia e Dialisi Muro Lucano	PC client + stampanti	Nuova funzione	6 +	€ 9.600,00
27	ASP- ex ASL 2	Ambulatorio Muro Lucano		Nefrologia e Dialisi	Emogasanalizzatore + materiali di consumo	Nuova funzione	1	€ 22.990,00
28	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	PC server	Nuova funzione	1	€ 2.400,00
29	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Apparecchiature per tecniche di dialisi emodialisi standard	Sostituzio ne	8	€ 120.000,00
30	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Apparecchiature per tecniche di dialisi senza acetato AFB	Sostituzio ne	3	€ 60.000,00
31	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Apparecchiature per tecniche di dialisi continua	Sostituzio ne	2	€ 12.000,00
32	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Armadio ad ante scorrevoli per deposito farmaci + 1 cassetiera e tre cassette classificatori per archivio + carrello per terapia ontensiva + carello per medicazione	Sostituzio ne	1	€ 12.000,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
33	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	TV a schermo piatto LCD	Sostituzio	4	€ 7.200,00
34	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi Muro Lucano	Colonne a scambio ionico addolcitori + due colonne a carbone attivo e dechlorazione di acqua per dialisi + 4 pompe di mandata	Sostituzio	2	€ 12.000,00
38	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Apparecchiatura di biosmosi inversa per trattamento dell'acqua per emodialisi	Sostituzio	1	€ 12.000,00
39	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Ecografo portatile + sonda da 5 Mhz + sonda da 7-12 Mhz vascolare	Potenziam	1	€ 60.000,00
40	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Pc client + stampanti	Potenziam	8 + 4	€ 14.400,00
41	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Emogasometro in service +materiale di consumo	Sostituzio	1	€ 33.600,00
42	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Nefrologia e Dialisi	Apparecchiatura osmosi inversa	Sostituzio	1	€ 7.200,00
43	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Medicina Interna	Defibrillatori portatili	Sostituzio	2	€ 28.000,00
44	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Acuzie Mediche	Ecografo multidisciplinare	Potenziam	1	€ 24.000,00
45	ASP-ex ASL n.1	Cardiologia UTIC Venosa	DIPARTIMENTO MEDICO		defibrillatore bifasico	potenziam	1	€ 14.400,00
46	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Cappette per ossigeno (tendine rotonde)	Nuova funzione	5	€ 2.420,00
47	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Pompa per infusione	Nuova funzione	1	€ 2.420,00
48	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Lettini pediatrici	Sostituzio	1 6	€ 12.584,00
49	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Lettini neonatali	Sostituzio	1 0	€ 4.198,00
50	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Comodini	Sostituzio	1 0	€ 2.565,93
51	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Pediatria	Culla Termica	Sostituzio	1	€ 1.500,00
52	ASP-ex ASL n.1	Endoscopia	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		sistema video-endoscopia	potenziam	1	€ 339.000,00
53	Area Potenza Val D'Agri	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Otorinolaringoiat	Strumentazioni audilogiche per la diagnosi delle ipoacusia	nuova funzione	1	€ 36.300,00
54	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Chirurgia	Colonna video-endoscopica	nuova funzione	1	€ 72.000,00
55	Area Potenza Val D'Agri	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Polimabulatorio di Potenza	Densitometro	nuova funzione	1	€ 145.200,00
56	Area Potenza Val D'Agri	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Polimabulatorio di Potenza	colonne e attrezzature endoscopiche	nuova funzione	2	€ 243.000,00
57	Area Potenza Val	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Polimabulatorio di Potenza	aggiornamento mammografo digitale con tomosintesi	aggiornam	1	€ 243.000,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
	D'Agri							
58	Area Potenza Val D'Agri	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Radiologia	Ecotomografi di fascia alta	nuova funzione	1	€ 151.250,00
2	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Otorinolaringoiatria	Unità centrale per il collegamento di trapani per chirurgia endoscopica del naso, chirurgia dell'orecchio, comprendente i relativi manipoli, frese dedicate a ferri chirurgici per la chirurgia del naso	nuova funzione	1	€ 72.600,00
9	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Chirurgia Generale	Gambali pneumatici antitrombosi a compressione intermittente	nuova funzione	1	€ 2.420,00
10	ASP-ex ASL n.1	O.R.L.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		colonna per videorinolaringoscopia ambulatoriale	potenziamento	1	€ 48.400,00
11	ASP-ex ASL n.1	O.R.L.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		colonna per chirurgia endoscopica	potenziamento	1	€ 72.600,00
12	Area Potenza Val D'Agri	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri		Radiologia	TC multistrato 256 strati	Sostituzioni	1	€ 1.089.000,00
64	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Chirurgia Generale	Laser chirurgico a CO2	nuova funzione	1	€ 36.300,00
65	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Chirurgia Generale	Laser endovascolare elves	nuova funzione	1	€ 36.300,00
66	ASP-ex ASL n.1	O.R.L.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		microscopio per chirurgia otologica dotato di telecamera HD	potenziamento	1	€ 72.600,00
67	ASP-ex ASL n.1	O.R.L.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		riunito ambulatorio	potenziamento	1	€ 18.150,00
68	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Chirurgia Generale	P.H. Metro	nuova funzione	1	€ 1.210,00
69	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Sistema per spirometria con cabina pletismografica	Nuova Funzione	1	€ 60.000,00
70	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Pulsossimetri	Nuova Funzione	2	€ 2.400,00
71	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Registratori per polisonnigrafia	Nuova Funzione	2	€ 14.400,00
72	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Modulo per effettuazione prove broncostimolazione aspecifica	Nuova Funzione	1	€ 6.000,00
73	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Aerosol uniko	Nuova Funzione	1	€ 2.400,00
74	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Spirometro portatile	Nuova Funzione	1	€ 7.200,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
75	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Emogasanalizzatore portatile	Nuova Funzione	1	€ 24.000,00
76	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Apparecchio per tosse	Nuova Funzione	1	€ 5.400,00
77	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Misuratore ossido nitrico esalato	Nuova Funzione	1	€ 6.000,00
78	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Elettrocardiografo a 12 canali	Nuova Funzione	1	€ 6.000,00
79	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio PZ		U.O.C. Pneumologia Territoriale -	Defibrillatore semiautomatico	Nuova Funzione	1	€ 3.600,00
80	ASP- ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri		Servizi farmaceutici	Intervento di automatizzazione con adozione di armadi robotizzati gestione farmaci	nuova funzione		€ 600.000,00
81	ASP-ex ASL n.1	O.R.L.	DIPARTIMENTO CHIRURGICO		trapano multiuso per chirurgia endoscopica dei seni paranasali, orecchio, maxillo- facciale	nuova funzione	1	€ 30.250,00
82	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Sala Operatoria	Tavolo operatorio	nuova funzione	1	€ 60.000,00
83	ASP-ex ASL n.1	Anestesia e Rianimazione	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA		sistema per anestesia endovenosa	potenziam ento	2	€ 21.600,00
84	ASP-ex ASL n.1	Anestesia e Rianimazione	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA		Monitor defibrillatore completo x rianimazione	potenziam ento	4	€ 48.000,00
85	ASP-ex ASL n.1	Anestesia e Rianimazione	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		Monitor defibrillatore completo	potenziam ento	8	€ 96.000,00
86	ASP-ex ASL n.1	Anestesia e Rianimazione	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		laringoscopio per carrelli emergenza	potenziam ento	8	€ 9.600,00
10	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA	Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta	Sistema Holter	nuova funzione	1	€ 21.600,00
11	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA	Continuità Assistenziali	Defibrillatori	nuova funzione	1 0	€ 18.000,00
12	ASP-ex ASL n.1	Anestesia e Rianimazione	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		tavolo operatorio elettrico	potenziam ento	1	€ 72.000,00
13	ASP-ex ASL n.1	Pronto Soccorso Osservazione breve intensiva H-Melfi	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		letti degenza	aggiornam ento	2	€ 14.400,00
14	ASP-ex ASL n.1	Pronto Soccorso Osservazione breve intensiva H-Melfi	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		frigorifero x farmaci	nuova funzione	1	€ 5.040,00
15	ASP-ex ASL n.1	Pronto Soccorso Osservazione breve intensiva H-Melfi	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		Lavapadelle	nuova funzione	1	€ 7.200,00
16	ASP-ex ASL n.1	Continuità Assistenziale Melfi	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URG ENZA		Defibrillatore		1 0	€ 18.000,00
17	ASP-ex	Lagonegro	DIPARTIMENTO	Continuità	Defibrillatori	nuova	1	€



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
	ASL n.3		EMERGENZA/URGENZA	Assistenziale	semiautomatici	funzione	0	18.000,00
18	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	Medicina interna,d'urgenza ed accettazione	Letti di degenza con spondine	nuova funzione	18	€ 43.200,00
19	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	Medicina interna,d'urgenza ed accettazione	Sollevapersona	sostituzione	1	€ 9.000,00
20	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	Anestesia e rianimazione	Sistema di sterilizzazione a gas plasma	nuova funzione	1	€ 78.113,00
21	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	Anestesia e rianimazione	Ventilatori	nuova funzione	4	€ 44.400,00
22	ASP-ex ASL n.3	Senise	DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	Amb. Cardiologia	ecotomografo multidisciplinare con tre sonde	nuova funzione	1	€ 24.000,00
1	ASP-ex ASL 2	P.O. Villa d'Agri	DIPARTIMENTO MEDICO	Pediatria	Holter pressorio pediatrico	Nuova funzione	1	€ 1.452,00
2	ASP-ex ASL n.1	Cardiologia UTIC Venosa	DIPARTIMENTO MEDICO		Test da sforzo treadmill	potenziamento	1	€ 21.600,00
3	ASP-ex ASL n.1	Cardiologia UTIC Venosa	DIPARTIMENTO MEDICO		sistema di lettura holter	potenziamento	1	€ 21.600,00
4	ASP-ex ASL n.1	Cardiologia UTIC Venosa	DIPARTIMENTO MEDICO		ecocardiografo	potenziamento	1	€ 54.000,00
5	ASP-ex ASL n.3	Chiaromonte - Lagonegro - Lauria	DIPARTIMENTO MEDICO	Medicina	Cappe laminari per chemioterapici	nuova funzione	4	€ 48.000,00
6	ASP-ex ASL n.3	Lagonegro	DIPARTIMENTO MEDICO	Medicina	Sistema parametri vitali per Strock Unit	nuova funzione	7	€ 58.800,00
7	ASP-ex ASL n.3	Maratea	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Aspiratore chirurgico	nuova funzione	1	€ 3.600,00
8	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Fibrobroncoscopio con fonte luminosa	nuova funzione	1	€ 30.000,00
9	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Carrello per emergenza e pronto soccorso	nuova funzione	1	€ 12.000,00
10	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Armadio custodia fibroscopio	nuova funzione	1	€ 3.600,00
11	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Spirometro compatto con analizzatore multigas	nuova funzione	1	€ 7.200,00
12	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Aspiratori portatili	nuova funzione	3	€ 10.800,00
13	ASP-ex ASL n.1	U.O. Pneumologia - H. Melfi	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA		Polisonnografo con pc dedicato	nuova funzione	1	€ 12.000,00
14	ASP-ex ASL n.3	Maratea	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Broncoscopio rigido	nuova funzione	1	€ 12.000,00
15	ASP-ex ASL n.3	Maratea	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Ventilatori Polmonare Bil Level	nuova funzione	1	€ 3.600,00
16	ASP-ex ASL n.3	Maratea	DIPARTIMENTO PNEUMOLOGIA	U.O.C. Malattie Apparato Respiratorio	Sistema per spirometria con cabina pletismografica + pc dedicato + stampante	nuova funzione	1	€ 60.000,00
17	ASP-ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia Avigliano	Ris-Pacs	potenziamento	1	€ 84.700,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
18	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia Avigliano	Ortopantomografo	nuova funzione	1	€ 36.300,00
3	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Polimabulatorio di Potenza Madre Teresa di Calcutta	Ecotomografi di fascia alta e media	aggiornam ento	3	€ 302.500,00
4	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia	Telec. digitale	aggiornam ento	2	€ 216.000,00
5	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia Avigliano	Telecomandato digitale	nuova funzione	1	€ 108.000,00
8	ASP- ex ASL 2	Poliambulatorio Potenza P.O. Villa D'Agri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia Villa D'Agri	Aggiornamento TAC	nuova funzione	1	€ 120.000,00
9	ASP-ex ASL n.1	Radiologia H. Melfi- Venosa	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA		risonanza magnetica Artroscan		1	€ 181.500,00
10	ASP-ex ASL n.1	Radiologia H. Melfi- Venosa	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA		mammografo analogico		1	€ 96.800,00
11	ASP-ex ASL n.3	Presidi Ospedalieri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia	Aggiornamenti Telec. Digitale	nuova funzione	2	€ 320.650,00
12	ASP-ex ASL n.3	Presidi Ospedalieri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia	Ortopantomografi	nuova funzione	3	€ 108.900,00
13	ASP-ex ASL n.3	Presidi Ospedalieri	DIPARTIMENTO RADIOLOGIA	Radiologia	Risonanza Magnetica artroscan	nuova funzione	1	€ 350.900,00
14	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST ACUZIE E AMAPA		Apparecchio per ultrasuoni terapia		1	€ 3.600,00
15	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST ACUZIE E AMAPA		Apparecchio elettroterapia		1	€ 4.800,00
16	ASP-ex ASL n.3	Lauria	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST ACUZIE E AMAPA	AMAPA	Sollevapersone	nuova funzione	3	€ 27.000,00
17	ASP-ex ASL n.3	Lauria	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST ACUZIE E AMAPA	AMAPA	Monitor Parametri vitali	nuova funzione	4	€ 33.600,00
18	ASP-ex ASL n.3	Lauria	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST ACUZIE E AMAPA	AMAPA	Ventilatori Meccanici	nuova funzione	4	€ 38.400,00
19	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST- ACUZIE E AMAPA		sollevapersone		3	€ 27.000,00
20	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST- ACUZIE E AMAPA		apparecchio laser terapia		1	€ 3.600,00
21	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST- ACUZIE E AMAPA		letti degenza		1 0	€ 36.000,00
22	ASP-ex ASL n.1	Medicina Fisica e Riabilitazione H. Venosa	DIPARTIMENTO STRUTTURE OMOGENEE POST-		Arredi vari			€ 20.400,00



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

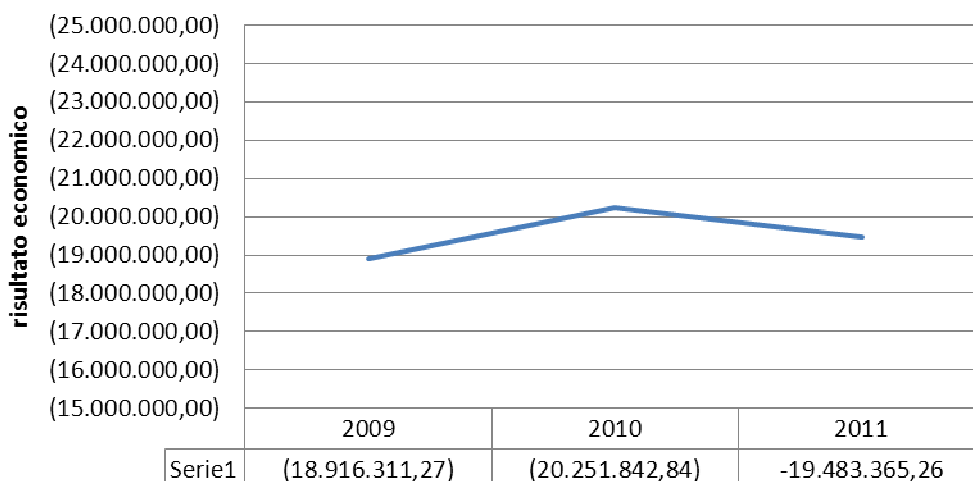
PIANO DEGLI INVESTIMENTI TECNOLOGICI FORMULATO AI SENSI DELLA DGR N. 1190 DEL 22/07/2008

n.	Azienda	ubicazione	n.scheda/ ACUZIE E AMAPA	unità/servizio	descrizione	motivazio	q	importo
TOTALE								7.528.905,73

Risultati economici 2011

	Previs. 2013	Previs. 2012	consuntivo 31/12/2011
Valore della produzione	651.569.900,00	659.474.000,00	657.256.072,02
Costi della produzione	642.949.700,00	648.154.662,00	659.320.267,92
Differenza tra valore e costi della produzione	8.620.200,00	11.319.338,00	-2.064.195,90
Proventi e oneri finanziari	-76.200,00	12.000,00	28.956,25
Proventi e oneri straordinari	0,00	0,00	-5.658.781,86
Risultato prima delle imposte	8.544.000,00	11.331.338,00	-7.694.021,51
Imposte sul reddito dell'esercizio	12.027.000,00	11.331.338,00	11.789.343,74
Utile (perdita) dell'esercizio	-3.483.000,00	0,00	-19.483.365,25

Andamento storico dei risultati economici anni 2009-2010-2011



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PARTE V: MISSION, VISION E STRATEGIA AZIENDALE



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Nelle pagine precedenti è stato rappresentato “*lo scenario di riferimento*” nel quale la Asl di Potenza è chiamata a rispondere ai bisogni di salute dei suoi cittadini. Con riferimento all'analisi della domanda (caratteristiche demografiche e profilo epidemiologico) e dell'offerta (ambito ospedaliero, attività in regime di ricovero) l'orientamento strategico adottato dalla Direzione Aziendale è quello di rappresentare un ponte tra passato e presente e di cogliere nuove sfide, determinate dal mutare delle condizioni di contesto verso il futuro. La definizione dei programmi strategici è frutto dell'analisi e delle valutazioni della realtà in cui l'Azienda si inserisce e del capitale di esperienze e conoscenze che caratterizza l'organizzazione di successo di una strategia. Questa Direzione Strategica attraverso l'analisi delle relazioni che intercorrono tra i fattori interni all'Azienda e quelli esterni ad essa (prime tra tutte, la costituzione della ASL provinciale e il processo di risanamento del sistema sanitario regionale) si propone di intraprendere azioni inerenti la specificità del contesto su cui focalizzare le iniziative di revisione dei processi. Interpretare i futuri scenari e individuare un'appropriata organizzazione aziendale flessibile ai cambiamenti ambientali ed epidemiologici della popolazione rappresentano la meta ambiziosa che l'Azienda intende perseguire nel triennio in esame. Bisogna operare in una logica di complementarietà con tutti gli attori garantendo a cittadini luoghi di cura adeguati e unitari interventi di promozione della salute

ANALISI SWOT DELLA ASL DI POTENZA

<i>Punti di Forza</i>	<i>Punti di Debolezza</i>
<p>Presenza di specialità riconosciute dal sistema regionale e da quello nazionale come punto di riferimento, luogo di eccellenza e di innovazione;</p> <p>Adozione dell'articolazione organizzativa in Dipartimenti con l'obiettivo di razionalizzare le risorse economiche e riorganizzare la gestione delle attività e delle professionalità proprie di ciascun dipartimento;</p>	<p>Non sempre i presidi ospedalieri operano come strutture deputate al solo trattamento delle acuzie, ma prestano assistenza sanitaria talvolta non appropriata</p> <p>Non sufficiente implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra unità operative</p>



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Progettazione delle Unità Operative aziendali.

Margini di potenziale recupero sull'indice di attrazione dell'utenza esterna al territorio provinciale per alcune specialità.(es oculistica)

Aumento di credibilità

Trasparenza

Crescita di collaborazione interna ed esterna

Scarsa integrazione ospedale-territorio per mancanza di meccanismi di dimissione protetta

Rapporto fiduciario con l'utente incrinato dallo scenario regionale e locale di trasformazione e risanamento.

Resistenza culturale al cambiamento organizzativo

Senso di abbandono per mancanza di supporto e facilitazione

Risorse scarse

Opportunità

Minacce

Standardizzazione di modelli e di procedure

Addestramento e formazione del personale

Monitoraggio delle attività progettuali

Catalogazione delle attività di

ricerca/sperimentali Integrazione e

coordinamento

Buona pianificazione

Monitoraggio dei risultati

Staff dedicato e direzione di supporto

Miglioramento della soddisfazione dell'utente

Miglioramento delle cure dei pazienti

Senso di abbandono per mancanza di supporto e facilitazione

Mancanza di comunicazione con il vertice aziendale

Restrizione dell'autonomia del lavoro clinico

Esplicitazione di atteggiamenti negativi



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



MISSION

L'Azienda è un Ente Pubblico senza scopi di lucro che, attraverso specifici interventi sanitari, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, *garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata secondo i principi di equità nell'accesso, adeguatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.* Nel favorire la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza, come definiti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, l'Azienda svolge il ruolo di produttore diretto dei servizi e di acquirente di prestazioni da soggetti accreditati ponendosi come centro di una rete di erogatori autonomi, ma coordinati.

L'attività dell'Azienda è inoltre finalizzata a contribuire alla promozione, al mantenimento ed allo sviluppo dello stato di salute della comunità per la quale opera, non limitandosi dunque a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, favorendo l'attività di prevenzione e concorrendo all'eliminazione degli ostacoli al reinserimento sociale delle persone che soffrono situazioni di marginalità.

L'Azienda si propone di esercitare con autorevolezza un ruolo di governance clinica di sistema, orientando le missioni dei singoli produttori, monitorando e valutando l'appropriatezza dei consumi tramite l'esercizio di un efficace ruolo di *moral persuasion*. Competenze bilanciate tra governo della produzione e dei consumi favoriranno lo sviluppo di competenze complessive di tutela della salute.

L'ASP gestisce le risorse che le sono affidate informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza ed economicità e di equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati. Essa persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



L'Azienda intende realizzare *attività formative* in collaborazione con la Regione Basilicata, con l'Azienda Ospedaliera Regionale, l'IRCS regionale e l'Università di Basilicata ed altri Enti, promuovendo attività di ricerca e di sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa.

L'Azienda persegue *l'integrazione* fra le attività di assistenza sanitaria e gli interventi di natura sociale, in collaborazione con gli enti locali, nelle forme previste dalla normativa e dalla programmazione regionale, concordate localmente, nonché con le altre aziende sanitarie regionali e con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio, per arricchire il capitale sociale già fortemente radicato nella provincia e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini. La complessità e pluralità dei bisogni e i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta, impensabili per un unico soggetto, da cui la necessità di sviluppare alleanze con tutti i soggetti sia pubblici che privati operanti nel campo sanitario, produttivo, sociale e assistenziale, culturale, formativo e della qualità della vita. L'Azienda promuove una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico. Obiettivo dell'Azienda è quello di: *“Sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché con tutti gli altri “stakeholders” per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali, per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati; sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti”*.

L'azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuoverà forme innovative di gestione quali le sperimentazioni gestionali, mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico-privato, di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



convenzionale tra enti diversi e fondazioni Onlus laddove tali strumenti saranno ritenuti utili al miglioramento qualitativo e di efficienza dei servizi ai cittadini.

VISION

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a perseguire la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità ai servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni e attese, orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e agli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili. Per la realizzazione della sua prospettiva strategica l'Azienda deve ricercare ed offrire il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di determinare il raggiungimento dei suoi obiettivi. A tal fine individua nella concertazione e nella rendicontazione con le organizzazioni sindacali e le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, gli strumenti di relazione ottimale.

L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione a rete, al tempo stesso differenziata ed integrata al suo interno e con le altre aziende sanitarie con cui intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di qualità sostenibili nel tempo; un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita e di sviluppo ai professionisti che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno.

Per il perseguimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'azione dell'Azienda si avvale di sinergie con le altre aziende sanitarie della Regione ed in particolare con l'Azienda Sanitaria di Matera, con l'Azienda Ospedaliera regionale, l'IRCCS - CROB.

L'Azienda vede nell'integrazione sovradistrettuale per aree territoriali il modo di realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare assistenza di elevata qualità e a costi sostenibili a tutta la popolazione della provincia, in un quadro organizzativo generale in cui le scelte di sviluppo differenziate e complementari dei diversi *Distretti della Salute* si accordano in un modello a rete integrata con nodi sovraordinati (modello Hub&Spoke).

L'integrazione in aree territoriali interdistrettuali e/o sovradistrettuali avviene su tre livelli:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Livello di programmazione o di governo, finalizzato all'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra distrettuale, alla definizione della loro distribuzione e del rispettivo sistema di governo.

Livello organizzativo-gestionale, per la definizione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili e con estensione a tutto il territorio di tale processo di ottimizzazione.

Livello professionale, indispensabile alla promozione delle migliori pratiche assistenziali. Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle clinical networking (reti cliniche integrate) e affida alla Direzione Sanitaria aziendale la pianificazione delle azioni specifiche da realizzare in coerenza con gli obiettivi di miglioramento della qualità concordati a livello di Direzione Generale.

I VALORI FONDANTI AZIENDALI

L'Azienda sanitaria per la sua particolare natura, perseguendo il benessere attraverso la promozione della salute comune e la valenza etica della sua attività, ha il dovere di esplicitare con chiarezza *i valori e i principi* cui devono uniformarsi i comportamenti aziendali. I "valori fondanti", intesi come i valori che orientano i comportamenti delle persone che lavorano nell'Azienda e che contribuiscono al raggiungimento della sua missione, costituiscono il comune ed esplicito punto di riferimento per la individuazione dell'interesse generale e per la formulazione di giudizi di valore su ciò che debba essere considerato giusto, migliore, preferibile, opportuno, compatibile. Essi sono:

La centralità del cittadino e il rispetto della dignità umana impongono a tutti i dipendenti aziendali di concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario (persona o servizio), sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli esistenti. Di qui l'obbligo di rendere facilmente disponibili ed accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi perché possano scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni di cui hanno necessità, e di impegnarsi, con il loro contributo, nel miglioramento continuo della qualità dei servizi. Elementi cruciali di tale atteggiamento sono l'ascolto, il rispetto della cultura e della storia delle persone, lo



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

stimolo alle informazioni di ritorno, la ricerca del consenso come contributo alla qualità dell'azione, l'esplicitazione delle ragioni delle scelte e la chiarezza nelle attese reciproche.

A tal fine è necessario che le persone che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

ascoltare e valutare le ragioni degli interlocutori, rendere più efficace e funzionale agli obiettivi istituzionali la comunicazione; esporre chiaramente la posizione e il punto di vista propri e dell'organizzazione; rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi; adeguare la comunicazione alla cultura, all'ambiente, all'esperienza degli interlocutori; esplicitare le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi e delle prestazioni che si impegna a rispettare; stimolare informazioni di ritorno sui servizi erogati al fine di migliorarne conseguentemente la qualità.

subordinare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza.

ricercare l'appropriatezza clinica e organizzativa, privilegiare le prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, sono meno invasive, rispettino l'integrità della persona e il suo mantenimento nel proprio contesto sociale.

L'equità, l'Azienda si impegna a garantire l'equità, la riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, al fine di affermare il diritto di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri. Garantirà pertanto, a parità di bisogno, pari tempestività nell'accesso alle prestazioni, ai servizi, agli strumenti messi a disposizione dell'Azienda dal Servizio Sanitario, per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza adeguati, appropriati e di buona qualità, economicamente sostenibili per la comunità.

Nello specifico: l'operatore aziendale dovrà rispettare ed applicare le regole di funzionamento dell'Azienda e del suo sistema di riferimento; sfruttare tutte le opportunità di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità delle prestazioni e dei servizi prodotti, sistematizzando le soluzioni adottate; motivare e supportare il processo di allocazione competitiva delle risorse sulla base dell'idoneità alla soluzione dei problemi prioritari; esplicitare e motivare i comportamenti e le decisioni rendendoli comprensibili agli



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

interlocutori; selezionare le richieste compatibili con l'interesse generale e coerenti con gli obiettivi prioritari; esplicitare i conflitti di interesse in modo che a parità di condizioni corrispondano uguali comportamenti.

L'equilibrio compatibile tra i servizi offerti e risorse disponibili, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Basilicata, da ottenersi attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali della salute, che tengano conto anche del rapporto costo-efficacia, sulla base delle evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli di assistenza programmati, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

La trasparenza, l'Azienda si impegna a garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati ottenuti, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, internamente ed esternamente all'azienda, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema.

Nello specifico, il dipendente aziendale deve essere costantemente disponibile a confrontarsi, motivare e diffondere il proprio punto di vista e le ragioni delle decisioni; definire regole esplicite nell'acquisizione e nella cessione di servizi o prestazioni e nel diffonderne la conoscenza; manifestare le proprie opinioni in modo da migliorare la qualità del servizio, il rendimento delle risorse, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la soddisfazione dei beneficiari dei servizi e degli operatori che contribuiscono a produrli o al fine di ridurre la dissonanza organizzativa; mantenere una costante relazione informativa sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado di loro raggiungimento; stimolare con gli strumenti riconosciuti più efficaci la distribuzione e il ricevimento di informazioni utili al miglioramento organizzativo; esplicitare e rendere contestabili i diversi livelli di autonomia e di responsabilità decisionale; dichiarare esplicitamente obiettivi, attese ed impegni.

L'adeguatezza, la flessibilità, la sicurezza, è impegno aziendale adeguare il comportamento professionale e organizzativo e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda, rendere sensibili l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale o organizzativo cui devono dare risposta, operare garantendo la sicurezza dei prodotti, dei processi e degli ambienti di lavoro,



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



intesi come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti che devono assicurare la massima tutela per i pazienti che usufruiscono dei servizi e gli operatori che vi lavorano.

Nello specifico i dipendenti dell'ASP daranno peso ed importanza ai punti di vista di quanti contribuiscono o beneficiano, direttamente o indirettamente, dei servizi; facilitano i cambiamenti nelle situazioni di lavoro ogni volta che questi, nel rispetto delle forme e dei contenuti delle regole contrattuali, siano motivati da oggettive necessità di migliorare l'assistenza erogata, l'efficienza d'uso e il rendimento delle risorse disponibili; contestualizzano le regole e le procedure al fine di garantire la massima specificazione del comportamento; sviluppano la capacità di rispondere in condizioni non standard, e standardizzano le soluzioni estemporanee migliori; adeguano approcci e comportamenti professionali ed organizzativi alle evidenze di errore in presenza di rischi di degradazione del servizio; non condizionano la realizzazione di un compito alla esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto da chi la può assicurare, e successivamente favorire la revisione organizzativa in modo da minimizzare i rischi di ripetizione dell'evenienza.

L'affidabilità, l'Azienda assumerà solamente impegni che sarà in grado di rispettare. Gli impegni vanno assunti in ragione delle disponibilità finanziarie, delle competenze e della capacità di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi fissati e dichiarati. Gli impegni vengono dichiarati a priori ed assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenza. Gli impegni assunti sono rispettati, sia nei confronti dell'esterno che dell'interno, entro i tempi stabiliti.

Nello specifico, il personale aziendale gestirà anche i problemi e le situazioni estemporanee e di emergenza, minimizzando i rischi di degrado del servizio e sistematizzando le soluzioni adottate; renderà disponibile per altre istanze aziendali che ne abbiano bisogno le conoscenze e le competenze di cui dispone. Renderà infine disponibile per altre istituzioni con cui l'Azienda ha rapporti e per i cittadini le proprie conoscenze e competenze; svilupperà la competenza del gruppo di appartenenza; assicurerà la coerenza delle azioni e dei risultati nonché efficienza e tempestività nell'assolvimento degli impegni assunti.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L'efficacia, gli strumenti, i tempi, le azioni prescelte dall'azienda dovranno essere supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute e capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi voluti, avendo cura di adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dell'ulteriore miglioramento continuo dei risultati raggiunti.

Nello specifico: l'Azienda e i suoi operatori adotteranno un sistema di selezione delle priorità di intervento rendendo palesi i criteri di scelta delle priorità adottate per risolvere i problemi e dare soddisfazione alle aspettative dei cittadini/utenti. La capacità di scelta presuppone lo sviluppo formativo dei professionisti e l'utilizzo appropriato delle risorse in relazione all'efficacia degli interventi sanitari. A tal riguardo appare fondamentale la capacità di individuare nel tumultuoso progredire della ricerca scientifica gli aspetti più significativi e supportati da evidenze cliniche, da trasferire nella pratica clinica.

L'utilizzo dei servizi è il risultato di una relazione fra il professionista e l'utente che ha una propria rappresentazione del problema di salute ed ha aspettative, di frequente, diverse rispetto ai risultati. Solo una corretta informazione dell'utente riesce a migliorare questo rapporto e a ridurre problemi di incomprensione, false aspettative, rivendicazioni ed un uso scorretto ed inappropriato delle risorse.

L'etica, intesa come dimensione dei singoli e del sistema che si dovrà concretizzare:

- nella riduzione delle diseguaglianze,
- nella lotta agli sprechi che sottraggono risorse al sistema,
- nel rendere accessibili e fruibili a tutti i servizi per la salute, al fine di dar concretezza all'aspettativa di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;
- nell'essere trasparente, e cioè nel garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti,
- nell'assicurare la visibilità dei processi decisionali nelle politiche aziendali,
- nel diffondere i criteri (*evidenze di efficacia*) su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria,



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- nell'esplicitare i livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;
- nell'essere affidabile, ossia nella capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità (bisogni) della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati.

L'etica del sistema ed il benessere organizzativo perseguiti dall'azienda sono le due facce della stessa medaglia, che dovranno trovare collocazione nella *carta etica aziendale*.

IL PERCORSO STRATEGICO

Percorso Strategico e Mission si concretizzano nelle Strategie che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2012-2014. Lo scenario in cui essa opera deriva da un complesso processo di fusione di tre Asl (Venosa, Potenza, Lagonegro).

L'Azienda per rispondere alle molteplici esigenze è impegnata ad attivare un ciclo virtuoso che riduca la naturale distanza tra la strategia pensata, quella deliberata e quella realizzata, riconoscendo al proprio capitale umano il ruolo fondamentale di partecipazione attiva e proattiva al processo di cambiamento.

Il cambiamento organizzativo è considerato "guida dei comportamenti" attraverso lo stimolo di quelli ritenuti virtuosi per il raggiungimento degli obiettivi e delle finalità strategiche.

Ne discende che l'analisi del contesto ambientale interno ed esterno è sostanziale per individuare le azioni strategiche più opportune.

Affinché un piano strategico non si esaurisca in una mera dichiarazione di intenti, ma assolva il ruolo di strumento dell'operatività aziendale, è necessario che la strategia adottata definisca le principali innovazioni organizzative e logistiche, atte a predisporre le condizioni ottimali per la realizzazione degli obiettivi fissati.

Le prospettive di analisi strategica descrivono un percorso ideale di cambiamento organizzativo in funzione del cambiamento strategico che passa attraverso l'esplicitazione



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- dell'identità organizzativa,
- della valorizzazione delle professionalità interne all'Azienda,
- della rete territoriale dei servizi,
- della fiducia dell'Utente,
- della compatibilità economica.

In particolare l'intervento sull'identità organizzativa deve rappresentare la base per favorire una reale valorizzazione delle professionalità interne all'Azienda e, nello stesso tempo, deve supportare una diversa articolazione della rete complessiva dei servizi sul territorio provinciale. Tutti questi elementi a loro volta diventano funzionali ad un indispensabile recupero di fiducia da parte dell'utenza, sia provinciale che regionale. La dimensione economica è quindi interpretata come la risultante di più elevati livelli di efficienza organizzativa, appropriatezza e capacità di attrazione.

L'Azienda Sanitaria di Potenza, nel rispetto delle linee direttive introdotte dal D.lgs 229/99, intende assumere una struttura organizzativa basata sul principio della chiara ed univoca responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifico ambito organizzativo. Per assicurare il governo complessivo, economico e clinico dell'Azienda vengono predisposte linee di comando nette e finalizzate alla ricerca della massima economicità, qualità ed appropriatezza nell'impiego delle risorse strutturali, tecnologiche ed umane disponibili.

Per soddisfare questa esigenza si privilegia la scelta di definire un'articolazione organizzativa distinta tra funzioni di governo e di gestione. Nel contempo, sono sottolineate le esigenze di coordinamento trasversale tra i diversi ambiti gestionali, finalizzate a valorizzare le necessarie competenze professionali ispirate all'evidenza scientifica ed alla migliore pratica clinica, assistenziale e tecnica.

Questo coordinamento prevalentemente professionale tra attività omogenee svolte anche a molti chilometri di distanza, è realizzato attraverso appositi "ambiti funzionali".

L'articolazione delle strutture secondo un criterio gestionale rappresenta la soluzione assunta a cardine del modello aziendale, sia dell'area ospedaliera che di quella territoriale. Conseguentemente, anche il Distretto e il Dipartimento assumeranno una connotazione di struttura eminentemente gestionale, garantendo, per effetto della contiguità degli spazi e/o della



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

omogeneità delle tecnologie utilizzate e/o della omogeneità della funzione svolta nel generale assetto produttivo aziendale, opportune sinergie grazie all'utilizzo integrato e programmato delle risorse umane, strumentali e logistiche presenti nelle singole Unità Operative per una maggiore economicità nella gestione e miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia.

L'ampio processo di riorganizzazione in cui è coinvolta l'Azienda ASP di Potenza già dalla sua istituzione nel gennaio 2009 ha visto il susseguirsi di numerose disposizioni regionali, oltre che alle evoluzioni organizzative derivanti dal naturale processo di accorpamento.

Il rafforzamento e la centralità del governo strategico dell'Azienda si realizza attraverso il potenziamento delle funzioni di staff che ne supportano l'esercizio.

Quest'ultime dovranno garantire il configurarsi di un governo unitario e centralizzato delle funzioni aziendali basato su una forte Corporate Governance.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.

LO SVILUPPO DEGLI STRUMENTI MANAGERIALI

Una delle principali criticità che emerge dall'analisi dell'azienda è di certo la difficoltà nel recuperare informazioni attinenti agli accadimenti gestionali: sovente il dato è frammentario o poco attendibile e talvolta non esiste proprio. Il primo passo per poter sviluppare strumenti manageriali che forniscano un efficace supporto ai processi decisionali riguarda la costruzione di un sistema informativo integrato (basato sui datawarehouse) che consenta di disporre di un numero anche limitato di informazioni purché affidabili e significative. In questo senso l'azienda ASP di Potenza intende investire nel triennio 2012-2014 per gettare le basi del sistema informativo che dovrà negli anni a venire non solo soddisfare i debiti informativi aziendali, ma consentire un flusso costante e significativo di elaborazioni rilevanti per la Direzione aziendale.

A questo progetto si collega l'introduzione della contabilità analitica, ormai in via di completamento in parallelo a quella di magazzino, che rappresenta uno dei flussi dati di base a cui il sistema informativo attingerà per elaborare le informazioni e senza la quale non è possibile definire completamente alcuna attività di programmazione sul lato dei consumi: il meccanismo del budget aziendale sarà lo strumento operativo con cui si procederà nell'arco del triennio ad implementare tale processo di programmazione, sensibilizzando l'azienda nel complesso e le sue sotto-unità organizzative sul binomio autonomia operativa - responsabilità economica, fondamentale per portare a compimento le strategie di rientro dal disavanzo e stabilizzazione della spesa.

Con il processo di budget verrà introdotto quindi un momento fondamentale di coordinamento dell'attività e di programmazione dei consumi correlati, indispensabile per imprimere alla macchina organizzativa il senso di marcia voluto.

Accanto al meccanismo di budget si renderà infine necessario portare a regime in nuovi istituti contrattuali del personale, dotando l'azienda dei meccanismi della retribuzione di posizione e di risultato, due importanti leve gestionali che consentono di incentivare e premiare/sanzionare i comportamenti del personale coerenti o contraddittori con finalità ed obiettivi aziendali. Occorrerà



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

quindi abbandonare la prassi della distribuzione a pioggia tipica dei contesti pubblici, per utilizzare la quota variabile della retribuzione come strumento per valorizzare pienamente le persone e le professionalità che contribuiscono al successo dell'azienda, sviluppando così un clima positivo di appartenenza all'organizzazione.

Infine, l'AUSL oltre a voler introdurre strumenti di programmazione e controllo dell'attività per centri di responsabilità, che di certo favorirà una riduzione delle liste di attesa ed una più attenta pianificazione di prestazioni coerenti con i bisogni, in parallelo ha già attivato da tempo l'ufficio per la qualità. Esso ha sviluppato un progetto di monitoraggio basato sull'autoverifica della qualità rispetto agli standard definiti dalla carta dei servizi per le attività svolte dalle singole unità operative.

L'attenzione alla qualità, finalizzata attraverso l'applicazione di logiche di miglioramento continuo e di specifici strumenti manageriali, rappresenta quindi un'area di investimento assolutamente prioritaria per l'azienda nel prossimo triennio, durante il quale vi sarà un crescente impegno di risorse su questo fronte.

LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÀ'

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.

LA FORMAZIONE

La valorizzazione delle competenze professionali all'interno delle aziende sanitarie rappresenta il valore aggiunto in grado di assicurare l'offerta di prestazioni integrate e pertinenti con la domanda di salute dei cittadini. In questo scenario diventa strategico ricercare consenso e partecipazione attiva dei professionisti stimolandone performance e potenziali individuali. L'elemento centrale e vincente è perciò rappresentato dall'apprendimento costante. Una organizzazione che apprende, è una istituzione fortemente innovativa in cui le persone acquisiscono costantemente modelli di pensiero nuovi e stimolanti, migliorano la loro capacità di ottenere i risultati desiderati e soprattutto, imparano continuamente sia individualmente che collettivamente. L'apprendimento, in questo caso, va inteso come processo creativo e problematico, nel quale hanno un ruolo centrale le capacità di analisi, di riflessione e di confronto. L'introduzione dell'educazione continua (ECM) obbliga tutti gli operatori sanitari, dipendenti o liberi professionisti, operanti sia nella sanità pubblica che in quella privata, ad acquisire crediti formativi, per garantire il mantenimento di livelli di aggiornamento adeguati al ruolo e alle funzioni svolte. Il programma ECM comprende “



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative finalizzate a mantenere aggiornata la professionalità degli operatori della sanità". Le iniziative accreditate ECM utilizzano come termine di valutazione i crediti formativi, che sono la misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato all'aggiornamento e al miglioramento delle proprie competenze nell'arco di un anno. E' da queste premesse che nasce l'impegno aziendale di continuare a promuovere, potenziare e consolidare le attività formative ECM.

Nello specifico la formazione aziendale nel triennio si prefigge di:

- fornire un supporto per il conseguimento degli obiettivi aziendali o di quelli connessi con la mission aziendale, siano essi di produzione, di innovazione o di sviluppo;
- favorire il consolidamento di una cultura aziendale centrata sulla persona e sul miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti;
- valorizzare le professionalità sostenendo l'aggiornamento, il miglioramento e l'innovazione delle conoscenze e delle competenze;
- facilitare l'integrazione delle conoscenze e delle competenze specifiche valorizzandole come risorsa collettiva in grado di assicurare un servizio sanitario caratterizzato da prestazioni multiprofessionali, ad alta discrezionalità, interdipendenza e a fortissimo tasso emotivo/relazionale;
- sviluppare una concezione dell'organizzazione aziendale come "sistema" in grado di produrre, accumulare, utilizzare, far circolare conoscenza, mettendo in gioco modelli cognitivi, sistemi di riferimento comportamentali e valori associati, anticipando l'innovazione, imparando dagli errori e recuperando crisi e successi come elementi regolatori e stimolatori del sistema;
- accrescere il senso di appartenenza dei dipendenti nei confronti dell'azienda, attraverso la condivisione della mission aziendale e la considerazione del valore etico e sociale del servizio reso.

Le aree tematiche su cui si concentreranno gli interventi formativi aziendali sono le seguenti:

- appropriatezza e governo clinico;
- gestione del rischio, della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro;
- mantenimento e miglioramento delle competenze cliniche, assistenziali e tecniche;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



- miglioramento dei processi interni, attraverso l'implementazione delle attività di Audit;
- sviluppo del sistema informativo e della gestione di strumenti informatici;
- comunicazione interna ed esterna all'azienda;
- revisione dei modelli organizzativi interni finalizzati al contenimento della spesa.

Nel triennio, inoltre, l'Azienda provvederà a gestire, attraverso convenzioni con l'Università degli Studi di Firenze e con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, i corsi di laurea per le professioni sanitarie - professione infermieristica e di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro -, programmati dalla Regione Basilicata.

L'Azienda sarà anche impegnata per l'attivazione di corsi di formazione base di 1000 ore per Operatore Socio-Sanitario, figura professionale che svolge attività di assistenza sia nel settore sanitario che in quello sociale e sociosanitario, nonché di corsi per la formazione complementare dell'OSS. Si rinnova, inoltre, l'impegno aziendale a garantire l'effettuazione di stage e di tirocini formativi e di orientamento a favore di studenti universitari e di partecipanti a corsi di formazione professionale.

LA COMUNICAZIONE

Una delle risorse fondamentali per qualificare il processo di ri-orientamento dell'azienda sanitaria verso i bisogni di salute della persona, è rappresentata dal sistema di comunicazione. La comunicazione ha, quale finalità, quella di sostenere la crescita armonica dell'azienda rispetto all'ambiente in cui opera, gestendo i molteplici rapporti di scambio con il mondo esterno e ricercando, di volta in volta, un equilibrio tra le aspettative di questo e le esigenze dell'azienda stessa. A questa logica biologico-sistemica che individua nella comunicazione una delle funzioni vitali di ogni organismo si è affiancato negli ultimi anni un quadro normativo che impegna tutta la pubblica amministrazione in una rivoluzione culturale che, ponendo in primo piano regole precise per il rapporto tra istituzione e utenti, privilegia la reale partecipazione dei cittadini. In questa prospettiva compito prioritario della pubblica amministrazione è la capacità di tradurre gli interessi dell'utenza in diritti, attraverso l'erogazione di servizi che rispondono a specifici standard di qualità. L'adozione di questa linea consente alla pubblica amministrazione di pensare l'erogazione



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

del servizio come ad un processo che può essere continuamente adattato, modificato e migliorato sulla base della comunicazione tra il soggetto erogatore ed il cittadino. L'attivazione di flussi di comunicazione dalle amministrazioni pubbliche verso i propri cittadini e viceversa impone la necessità della contemporanea valorizzazione della comunicazione all'interno della stessa azienda sanitaria. Solo così, infatti, è possibile attivare un reale processo di comunicazione, garantire una efficace erogazione dei servizi e creare spazi e modalità di partecipazione dei cittadini alle scelte che orientano le politiche sanitarie.

Questo percorso vede l'Azienda ASP impegnata a passare dalla comunicazione istituzionale, asimmetrica e caratterizzata da un approccio passivo/difensivo incentrato su adempimenti normativi, ad un approccio interattivo globale in cui l'azienda sanitaria dialoga ed agisce proponendosi come luogo di incontro e relazione.

La comunicazione allora diventa il terreno delle opportunità, favorendo quelle interazioni che creano il servizio. In questo processo lo sviluppo della comunicazione interna come rete di relazioni determina il valore aggiunto alla qualità delle prestazioni, in quanto accresce l'adesione degli operatori ai valori ed agli obiettivi aziendali e contribuisce alla riorganizzazione dei servizi.

La comunicazione all'interno e tra i vari operatori dell'Azienda viene potenziata attraverso:

- il sito aziendale;
- le newsletter
- il portale del dipendente;
- il forum tematico.

Lo sviluppo della comunicazione esterna, con l'attivazione di una rete di relazioni con i cittadini, le associazioni, le istituzioni, le aziende private e i media, valorizza le risorse e le coordina per il raggiungimento della finalità comune di garanzia e promozione di un benessere socio-sanitario diffuso.

La comunicazione integrata diventa luogo della valorizzazione di risorse interne ed esterne e della facilitazione dei processi di qualità dei servizi sanitari, con l'obiettivo di assicurare la soddisfazione e la fidelizzazione del cittadino, la soddisfazione dell'operatore ed il conseguente senso di appartenenza all'azienda stessa.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Questo approccio richiede un'elevata corresponsabilità degli attori e una cultura di fondo condivisa. Una sfida che nel nostro territorio, caratterizzato da sempre dal patrimonio sociale di protagonismo nelle strategie di salute da parte dei cittadini e da professionisti continuamente stimolati al miglioramento dei servizi, non si può vincere senza la corresponsabilizzazione della società civile nelle scelte e nella verifica dei risultati. Una direzione che guida il percorso della qualità dei servizi sanitari ha a disposizione molte risorse ed elevate aspettative di tutti gli attori: una sfida al miglioramento continuo da giocare insieme per costruire la sanità locale a misura di persona. Il sistema di comunicazione aziendale ha perciò il compito di promuovere e coordinare la rete delle relazioni e interazioni comunicative fra i diversi attori: cittadini, istituzioni/associazioni, media, professionisti, direzione aziendale e quanti concorrono al comune obiettivo di realizzare il benessere sanitario della comunità locale. Un altro settore su cui sarà necessario incidere nei prossimi anni è quello dell'accoglienza al cittadino. Per comunicare con il cittadino in maniera positiva e costruttiva è infatti necessario porsi dal punto di vista dell'utente e considerare le sue esigenze nel momento stesso in cui entra nella struttura pubblica per un bisogno di salute. Il primo approccio si ha nell'accoglienza, poi nella capacità di indirizzo, di accesso alle informazioni ed ai percorsi che portano ai servizi. La percezione che il cittadino ha del servizio, infatti, è determinata oltre che dalle caratteristiche oggettive dello stesso, anche dall'esperienza passata e dalle informazioni ricevute attraverso le varie fonti.

L'attività più propriamente informativa si sviluppa attraverso un rapporto diretto con il cittadino e/o telefonico: Tra le attività che si prevedono di sviluppare nel prossimo futuro, particolare rilevanza assume quello delle indagini di customer satisfaction, ossia la verifica della qualità percepita da parte di cittadini ed utenti. Queste indagini, generalmente attuate tramite questionari, forniscono continui stimoli per il miglioramento del rapporto tra i servizi sanitari e la comunità, permettendo di analizzare come il cittadino utilizza l'azienda e i suoi servizi e quale percezione ha riguardo la qualità dell'assistenza, la relazione operatore sanitario-paziente, il comfort alberghiero, ed in generale gli standard di qualità dei servizi.

Vi è poi la comunicazione interpersonale medico-paziente che dovrà essere particolarmente curata, anche attraverso una adeguata formazione degli operatori sanitari che hanno un ruolo di guida per



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

la salute. Il ruolo degli operatori è essenziale anche nel consentire agli utenti di compiere scelte consapevoli per la propria salute.

Un tema che dovrà essere al centro dell'attenzione del sistema di comunicazione aziendale nei prossimi anni è quello di rendere più efficaci le procedure e semplificare i linguaggi utilizzati per l'informazione all'utente, soprattutto quando fornita da personale sanitario, padrone di un linguaggio tecnico non facilmente accessibile. In particolare le procedure per il consenso informato dovranno essere rivalutate e semplificate, per permettere al paziente di ottenere, dall'operatore sanitario con cui si relaziona, informazioni pertinenti e significative che gli permettano di costruirsi una autonoma e consapevole scelta rispetto alla propria salute.

Tra gli obiettivi vi è il potenziamento della comunicazione interna e soprattutto di una strategia di reale coinvolgimento degli operatori nella vita aziendale per instaurare un dialogo permanente fra tutte le componenti dell'organizzazione, migliorare la comunicazione ed il senso di appartenenza all'azienda e fornire un servizio di qualità, in sintonia con i bisogni della popolazione. Analizzare l'insieme dei valori, dei comportamenti, delle consuetudini, degli atteggiamenti dell'organizzazione, del passaggio di informazioni, del modo di comunicare, di gestire il dissenso, di valutare gli eventi organizzativi, sono gli elementi da cui partire per la costruzione, all'interno dell'azienda, di un clima di partecipazione e condivisione degli obiettivi strategici ed operativi da parte di tutti i dipendenti, che possa indirizzarsi verso quel benessere organizzativo oggi finalmente riconosciuto come fondamentale per il buon funzionamento dell'organizzazione stessa. L'ASP intende sviluppare eventi informativi e comunicativi indirizzati sia a target specifici che all'intero universo aziendale e ha iniziato a promuovere processi trasversali per mettere in contatto, in dialettica, in integrazione e sinergia, diversi settori ed attori dell'azienda. Su questa strada si intende proseguire con continuità ed impegno, operando per l'apertura di dialogo e confronto, pensando ad un disegno generale che armonizzi gli obiettivi personali agli obiettivi aziendali, esplicitando criteri di selezione e valutazione, fornendo gli strumenti per un'effettiva e ampia possibilità di partecipazione nelle decisioni.

La comunicazione esterna appare particolarmente rilevante in questo particolare momento storico, in cui forte è l'esigenza di diffondere le informazioni necessarie all'appropriato utilizzo, da parte dei cittadini, dei servizi sociosanitari, che dovrà accompagnarsi ad uno sforzo comunicativo mirato



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

anche ad accrescere nella popolazione la percezione della specificità e dell'identità peculiare del servizio sanitario regionale. Non solo informazione di servizio, quindi, necessaria, tempestiva e trasparente, ma anche comunicazione, ad ogni livello e con il maggior numero di strumenti possibili, dei valori alla base del nostro sistema, per coinvolgere il cittadino in un ruolo sempre più attivo all'interno del progetto sanitario regionale. Il rapporto con i media, che costituiscono un target specifico, con esigenze, aspettative e bisogni propri, deve essere garantito da modalità relazionali ad hoc. Se, infatti, attraverso questi mezzi è possibile raggiungere buoni livelli di trasparenza e di diffusione dell'informazione di servizio, degli eventi essenziali che rientrano nella strategia aziendale, nonché di messaggi più propriamente valoriali e culturali, è pur vero che talvolta la diffusione distorta o semplicistica di notizie, a scopo talora scandalistico, può produrre gravi danni all'immagine aziendale e minare la fiducia del cittadino nell'azienda. La gestione dei rapporti con gli organi di informazione deve avvenire, quindi, in maniera coerente coi valori aziendali ed assicurando la trasparenza nei confronti del pubblico di riferimento. Poiché è però noto che il target di riferimento dei mass media non copre che una parte della popolazione, si rende necessario sviluppare ulteriori iniziative verso il pubblico esterno: campagne mirate di educazione alla salute, di informazione e di coinvolgimento che devono utilizzare diversi strumenti di comunicazione, in maniera mirata a seconda degli scopi. Tra i progetti in via di sviluppo si segnala l'implementazione di un portale aziendale che permetta ai cittadini di accedere ad una svariata gamma di informazioni sui servizi, ma anche di dialogare direttamente con l'azienda sanitaria ed eventualmente di fruire di servizi on-line. Tutto ciò con aggiornamenti in tempo reale che renderanno ogni informazione attuale e tempestiva e quindi efficace.

Un altro fondamentale settore di intervento riguarda la gestione delle relazioni e della comunicazione con gli opinion leader, le istituzioni, la scuola, il terzo settore, i gruppi di interesse, le aziende private, ecc., ossia con i soggetti di riferimento per la cittadinanza che, in quanto "cittadini competenti", possono costituire per l'azienda degli ottimi "mediatori" e degli alleati potenziali nella trasmissione dei messaggi alla popolazione. In particolar modo dei messaggi di tipo culturale e valoriale che riguardano l'educazione alla salute e l'informazione sugli stili di vita. Collaborazione, ascolto, sostegno reciproco con questi attori significa intessere una trama relazionale essenziale per raggiungere gli obiettivi aziendali.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

IL CLIMA ORGANIZZATIVO

L'organizzazione dell'azienda sanitaria di Potenza considera tra i propri strumenti di gestione anche la lettura del clima organizzativo. Si intende per lettura del clima organizzativo l'insieme di percezioni individuali; viene cioè rilevata la dimensione soggettiva dell'organizzazione. In particolare si coglie l'insieme di percezioni soggettive socialmente condivise dai membri dell'organizzazione, il cui contenuto riflette sensazioni, vissuti, stati d'animo presenti sul lavoro, nelle relazioni tra individui e con l'organizzazione stessa. Esso comprende sia le percezioni relative alla struttura, sia le percezioni dei rapporti e delle attività che si instaurano internamente alla struttura. Il clima spesso varia in rapporto alle diverse aree della stessa organizzazione e ha un notevole effetto sui soggetti appartenenti al gruppo di lavoro; incide per esempio sulla loro partecipazione o estraniamento, nonché sulla soddisfazione lavorativa e sulla socializzazione al lavoro; rappresenta dunque un importante indicatore su cui è possibile intervenire concretamente. Misurare il clima non significa analizzare l'organizzazione come oggetto, ma cogliere il punto di vista dei soggetti che le compongono. Il clima organizzativo è uno strumento significativo per rilevare il buon funzionamento di un'organizzazione. È stato evidenziato e confermato la presenza di relazioni significative tra il costrutto del clima organizzativo con il benessere lavorativo e le performance.

È importante sottolineare l'importanza che rivestono aspetti quali il clima organizzativo e la cultura organizzativa sulla salute nelle organizzazioni lavorative. Si passa da un concetto di sicurezza, che ha nell'ambiente fisico di lavoro e nel singolo individuo il campo di intervento, a un concetto che porta il lavoro organizzato al centro dell'interesse per la prevenzione. In base a come il lavoro è organizzato, alle scelte e alle decisioni organizzative adottate, possono realizzarsi le condizioni di pericolo o di rischio per il benessere fisico, ma anche psichico, dei lavoratori. È a partire da questo specifico legame che l'ambito di interesse e di intervento si amplia a un più generale benessere psichico e sociale oltre che fisico dei lavoratori e si analizzano i processi organizzativi oltre che tecnici.

L'azienda intende porre in essere interventi orientati a migliorare la salute nei luoghi di lavoro e la cura dello stato di salute psicofisica dei lavoratori. Verranno elaborati programmi di intervento che rivolgono maggiore attenzione alle caratteristiche del contesto di lavoro oltre che a dimensioni strettamente individuali e soggettive. Interventi diretti a ridurre lo stato di stress dei propri dipendenti. Il



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

management deve tenere in considerazione tre fondamentali risultati organizzativi (affettività/soddisfazione, benessere/burnout, qualità del servizio/prestazione) in relazione al clima organizzativo. Una prima conseguenza di questa relazione è che il clima ha effetto diretto su tre risultati organizzativi ovvero c'è una influenza diretta del clima organizzativo vissuto da chi lavora all'interno dell'organizzazione sulla soddisfazione lavorativa, sul burnout come indice di salute mentale del lavoratore e sulla qualità percepita del servizio fornito e dichiarato dal lavoratore. Variazioni nella percezione del lavoratore in merito al proprio ambiente di lavoro determinano variazioni nella soddisfazione del cliente e nelle intenzioni dei clienti. La relazione tra clima organizzativo e i risultati è mediata dallo stress occupazionale. Il clima organizzativo è un predittore dei risultati organizzativi in termini di soddisfazione lavorativa, salute lavorativa (burnout) e soddisfazione del cliente. In particolare viene sottolineato che, nonostante la diversità degli approcci e delle cause, lo stress ha sempre effetto sui risultati organizzativi. L'analisi del clima è il supporto indiscutibile per qualunque strategia organizzativa che miri a ridurre lo stress organizzativo. Il clima fornisce supporto sociale, feedback e riconoscimenti condivisi e costituisce una strategia potenziale per la riduzione dello stress. La gestione dello stress è la chiave per la soddisfazione lavorativa e la soddisfazione del cliente. In organizzazioni come quelle sanitarie, affrontare i cambiamenti per riqualificare l'assistenza significa in buona parte far leva sulle competenze delle persone, che contribuiscono alla sua realizzazione - in uno stretto legame di co-produzione. Se infatti è già piuttosto difficile pensare di investire nel miglioramento del servizio senza i produttori (cittadini e professionisti), certamente è impensabile farlo in organizzazioni sanitarie che producono beni, allorché produttore e consumatore realizzano il prodotto nel loro incontrarsi e dove il servizio è spesso esaurito nella relazione. Associare quindi la qualità non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione, ma anche alla capacità di tenere conto degli aspetti relazionali e soggettivi, costituisce uno degli importanti mutamenti culturali e organizzativi sostenuti dall'attuale processo di ridefinizione delle politiche di promozione della salute. In questa prospettiva, l'analisi del clima organizzativo è un concetto molto interessante ai fini della definizione di un sistema di qualità e di miglioramento continuo all'interno di una struttura. Rientra infatti nell'ambito di un processo di costruzione dell'ascolto interno all'Azienda in cui individuo e organizzazione sono in relazione tra loro. Perché da questa relazione nascano l'innovazione e il cambiamento è necessario che l'organizzazione da una parte tracci scenari, individui i propri fattori



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

di successo, riconosca le proprie competenze distintive, si relazioni strettamente con il contesto, e dall'altra sappia riconoscere il valore delle persone come agenti di cambiamento. Dal punto di vista gestionale si deve quindi consolidare nella organizzazione di questa azienda la consapevolezza che il miglioramento della qualità implica l'accantonamento definitivo della cultura burocratica e la trasformazione delle Aziende in **learning organization**, organizzazione capace di apprendere.

L'organizzazione deve considerare l'insieme dei singoli operatori (persone) e il modo in cui avviene la relazione, il come si legano le persone e gli elementi tra loro con il fine.

“Gestire” introduce l'idea di valore aggiunto, è prendersi cura, offrire opportunità e non solo amministrare nella logica della pubblica amministrazione. Attraverso la gestione si dovrebbero creare le condizioni perché il contributo di ciascuno sia integrato, valorizzato, recuperato al disegno generale. La promozione della qualità, le azioni di innovazione che mirano a ricomporre i processi aziendali e a sottolineare la centralità del cittadino-utente, richiedono interventi specifici in cui deve essere tenuto presente il ruolo centrale che le risorse umane rivestono all'interno dell'organizzazione. In questo contesto, l'analisi di clima è supporto indispensabile al cambiamento organizzativo, sia come approccio di analisi del cambiamento sia come tramite per il cambiamento stesso: come approccio di analisi, in quanto attraverso il clima si possono ricavare informazioni sul momento contingente e sullo status quo dell'Azienda e visualizzare le vie da seguire per promuovere azioni di miglioramento sostenibili nei diversi ambiti dell'organizzazione; come tramite di cambiamento, in quanto l'analisi di clima può essere uno degli strumenti a supporto di un passaggio imprescindibile, che è diffondere tra il personale la cultura della qualità, coinvolgerlo nel processo di riprogettazione organizzativa attraverso formazione, lavoro di gruppo, crescita della cultura della valutazione. Solo attraverso un'adesione convinta del personale al rinnovamento si può raggiungere un risultato e consolidarlo nel tempo. In questo senso, l'analisi del clima organizzativo costituisce per la direzione strategica un segnale di grande importanza, anzitutto nel mettere il professionista nella condizione di un uomo libero che agisce in un'organizzazione che ne riconosce l'identità, che è in grado di scegliere perché riconosce la meta e la strada, che è consapevole degli effetti delle proprie scelte. Verrà posto in essere un apposito progetto volto al “benessere organizzativo”.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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. L'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.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 e' evidente nel costruire riferimenti sui quali



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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 Gruppo di Coordinamento Aziendale, nel definire il piano delle attività per l'annualità 2012, ha posto particolare attenzione a muoversi all'interno di una *logica gestionale di sistema* del rischio, discutendo e anticipando anche altri temi importanti da sviluppare nelle successive annualità 2013 e 2014.

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);



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- 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 (ovvero nell'arco del triennio 2012-2014) 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 anno 2012 sono:*

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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- 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**. A tal proposito sono in fase di elaborazione due progetti da realizzare nell'annualità 2013, uno sulla *prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e l'altro sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere*.

- **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**. A tale scopo sarà attivato un forum sul sito aziendale per la segnalazione e discussione degli eventi avversi e degli eventi sentinella.

- **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



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

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.

LA GESTIONE PER PROCESSI E I PERCORSI ASSISTENZIALI

“L'approccio per processi” è il concetto base per il sistema di gestione dell'offerta dell'Azienda Sanitaria di Potenza.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Raramente il processo relativo alla diagnosi e al trattamento di problema di salute in una organizzazione sanitaria è trattato da un solo professionista o da professionisti di una sola disciplina. Per lo più vi contribuiscono più professionisti della stessa disciplina, più discipline, più categorie professionali, più unità organizzative e talvolta anche più organizzazioni (Kaplan e Murdock, 1991).

Più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le “interfacce” tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa utile l’approccio per processi.

Il processo non è qualcosa di tecnico e freddo, fatto di procedure, attrezzature, flussi di attività, tecniche. Il processo ha “vita” in quanto è gestito da persone, ha origine, nella sua globalità da un mix di persone e metodologie, in cui le attrezzature sono uno strumento al servizio delle persone.

L’applicazione di tale approccio all’interno di una organizzazione sanitaria complessa, consente l’individuazione e quindi la necessità di governo, di processi gestionali e di processi sanitari.

Tale principio favorisce la visione globale all’organizzazione aziendale, rappresentandola attraverso un insieme di processi tra loro interconnessi (manageriali, clinici, infermieristici, amministrativi) in cui il paziente/utente è coinvolto.

Infatti è bene evidenziare che ciò che il paziente/utente percepisce ha origine direttamente dai processi e sono indirettamente dalle singole funzioni.

Tradizionalmente le gestioni e i miglioramenti sono stati affrontati per funzioni, ma si genera valore attraverso i processi, e non mediante le funzioni (sono i processi a creare valore).

Ragionare pertanto nella logica dei processi significa innanzitutto comprendere che non ha senso ottimizzare le funzioni aziendali in quanto tali.

La gestione per processi è caratterizzata da un ciclo dinamico che può essere applicato sia al singolo processo, inteso come sottosistema, sia alla rete di processi in quanto tale, intesa quale macrosistema aziendale. Il ciclo è strettamente associato con la pianificazione, l’attuazione, il controllo ed il miglioramento continuo dei processi realizzativi. Esso si applica sia ai processi strategici di alto livello sia alle più semplici attività operative connesse ai processi realizzativi.

E’ altresì evidente il nesso logico funzionale fra i principi: "coinvolgimento del personale (e relative azioni di empowerment)" / "approccio sistemico" / "approccio per processi" /"leadership" /; l’attribuzione, ai process owners (responsabili di processo) della responsabilità di conseguire specifici



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

obiettivi per il proprio processo, misurabili sia in termini di qualità erogata (monitoraggio e misurazione delle prestazioni del processo), sia in termini di qualità percepita (da parte del "cliente interno"), fa sì che la gestione per la qualità dell'organizzazione sia focalizzata soprattutto sulle interazioni fra i processi; proprio tale scenario riproduce il classico modello di sistema, inteso come insieme di elementi strutturalmente interconnessi allo scopo di realizzare, mediante la rete delle reciproche relazioni funzionali, la realizzazione di un fine.

In altri termini, laddove l'approccio funzionale attribuisce alla direzione un compito di indirizzo e sorveglianza della conformità di ciascuno degli elementi dell'organizzazione, rispetto alle regole stabilite, (dal cliente, dall'azienda, dal quadro normativo), l'approccio per processi consente alla direzione di focalizzare la propria attenzione sull'*orchestrazione e al "riesame"* del sistema e "dei processi del sistema".

La necessità di questo spostamento dell'asse, dal versante dell'autorità a quello dell'autorevolezza, trova ulteriore rappresentazione nel principio della "leadership".

La gestione per processi rappresenta un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso risultati non solo contabili. Può servire ad aumentare la congruità tra le attività svolte e le finalità dell'azienda.

Dei processi si possono considerare:

- la valutabilità, che dipende da quanto durante il processo vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;
- la flessibilità, ossia la facilità con cui si possono modificare attività e tempi per adattarli al cambiamento dei bisogni dei clienti (utenti), interni ed esterni;
- la costanza o riproducibilità, ossia la capacità di dare origine al medesimo prodotto nel periodo considerato in assenza di cause di variazioni straordinarie;
- l'efficacia o grado di raggiungimento degli obiettivi; per i processi rappresentati dal trattamento di una condizione patologica riguarderà il raggiungimento dei migliori esiti di salute possibili date le conoscenze esistenti e le risorse disponibili;
- l'efficienza o rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate; in sanità, si possono distinguere una efficienza economica, in cui le risorse usate (i costi) vengono messe in rapporto con gli esiti di



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

salute, ed una efficienza operativa, in cui le risorse usate vengono messe in rapporto con il volume di prestazioni generato.

L'approccio per processi prevede, in generale, i seguenti principali livelli di intervento:

- I livello degli interventi riorganizzativi (Business Process Reengineering)
- II livello della gestione operativa (gestione per processi - process owner)
- III livello della gestione routinaria del miglioramento (cliente interno - day to day management)

La gestione per processi consente di individuare i processi su cui intervenire e opera poi in modo strutturato per il miglioramento degli stessi, senza modificare l'organigramma aziendale (a livello macro). L'unica, ma importante, variazione organizzativa, è costituita, come si è detto, dalla creazione dei responsabili dei processi, i process owner.

Ogni funzione aziendale coinvolta nel processo deve conoscere, comprendere e soddisfare i bisogni del "cliente. Il responsabile di ciascuna attività è il manager della propria sotto-organizzazione, ed è il responsabile della realizzazione dei corrispondenti obiettivi.

Questa condizione fa sì che il sistema sia regolato dal meccanismo delle aspettative interne, rendendo meno necessaria una direzione di tipo verticistico.

Il process owner governerà le relazioni funzionali fra gli enti che intervengono nel processo.

L'alta direzione sarà responsabile di definire l'architettura del sistema, e la forma dell'organizzazione, individuare le strategie di risposta al "cliente" esterno, attribuire le responsabilità gestionali.

Il tal modo:

1. il principio funzionale dell'organizzazione non risiederà più nella somma delle sue parti, singolarmente e separatamente, ma nel "sistema" delle relazioni fra le funzioni, intese come attività correlate nel processo che è nelle mani del process owner, nonché autoregolate dalla logica della catena interna di fornitura (le procedure di gestione assumono maggiore peso che nel passato, rispetto alla procedure di realizzazione).
2. la condizione di efficacia non consisterà più nella sola conformità alle regole superiori, ma, soprattutto, nella gestione migliorativa delle contingenze quotidiane al livello di ciascuna interfaccia fornitore-cliente.

L'organizzazione dell'Azienda ASP di Potenza dovrà in particolare :

- scegliere i processi su cui prioritariamente intervenire



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- studiare e attuare i cambiamenti nei processi scelti
- gestirli nel tempo per mantenere le prestazioni.

La scelta dei processi su cui intervenire è strettamente connessa agli obiettivi strategici che l'organizzazione intende ottenere nel triennio in esame e alle prestazioni attuali dei processi.

Questa attività sarà sviluppata attraverso riunioni, tali da coinvolgere il management e i responsabili delle principali funzioni aziendali, durante le quali sarà individuato il collegamento fra gli obiettivi strategici di medio periodo e i processi interni maggiormente coinvolti nel loro raggiungimento.

Si tratta prevalentemente di **processi professionali** cioè quelli in cui sono preminenti le azioni dei professionisti sanitari.

La gestione dei processi professionale può riguardare:

- singole prestazioni ospedaliere;
- singole prestazioni extraospedaliere;
- problemi di salute limitatamente alle attività ospedaliere (ambulatoriali, di ricovero ordinario, di ricovero diurno);
- problemi di salute limitatamente alle attività svolte nei servizi di assistenza primaria o territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, consultori, ecc.);
- problemi di salute nella loro gestione sia territoriale, sia ospedaliera.

Interventi di valutazione e miglioramento di specifiche prestazioni possono essere utili, ma vi è ormai un ampio accordo che sono opportuni approcci più ampi, sistemici, capaci di interessare contemporaneamente più prestazioni e più dimensioni (qualità professionale, organizzativa e relazionale). Tra i diversi approcci quello che l'azienda intende adottare è quello del "Disease Management" che si propone di far sì che l'assistenza rivolta a un problema di salute sia il più possibile omogenea, coordinata, comprensiva (Hunter e Fairfield, 1995; Ellrodt et al, 1997; Kesteloot e Defever, 1998).

Verranno definiti **percorsi assistenziali** intesi come macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute ed include anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

La gestione dei percorsi assistenziali deve riguardare sia la componente territoriale, sia quella ospedaliera.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Per un buon percorso assistenziale è necessario che:

- vi sia un approccio interprofessionale, multidisciplinare e talvolta anche multiagenzia;
- le raccomandazioni professionali siano il più possibile basate sulle evidenze scientifiche
- vi sia l'adattamento e la condivisione locale del piano
- il percorso sia suddiviso in fasi di durata definita
- sia specificata la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (chi deve fare che cosa quando) nelle diverse fasi;
- sia valutata l'attuazione del percorso mediante validi indicatori di processo e possibilmente anche di esito; sia promosso il coinvolgimento degli utenti.

I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione per favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse”.

L'azienda attraverso i percorsi assistenziali intende:

- favorire la collaborazione tra discipline e lo scambio di informazioni tra i professionisti e tra i professionisti e i pazienti;
- dare grande rilievo alla gestione dei rischi per i pazienti;
- mettere a disposizione degli utenti illustrazioni divulgative dei percorsi assistenziali in atto;
- favorire l'accesso di medici e utenti alla letteratura medica;
- adottare metodi di pagamento e di incentivazione capaci di rimuovere gli ostacoli all'integrazione delle prestazioni e di incoraggiare i miglioramenti;
- promuovere lo sviluppo dell'automazione nella rilevazione delle informazioni.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

La ricostruzione ed analisi dei percorsi assistenziali permette di identificare lentezze e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili.

La scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi obbliga a chiarire i criteri clinici e organizzativi applicati per inserire o "arruolare" l'utente in una fase e per "trasferirlo" alla fase successiva.

Rispetto ad altre forme di gestione per processi, i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di dare importanza fondamentale ai criteri di appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute e quindi di richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (i prodotti o *output*), ma gli esiti (gli *outcome*). In effetti la diffusione dei percorsi assistenziali è stata favorita dall' "ondata della EBM" che ha reso più disponibili e più accettabili rassegne sistematiche e linee guida che tengono conto delle evidenze scientifiche.

I percorsi assistenziali sembrano anche capaci di influenzare la pratica clinica e di influenzarla in modo esteso, più ad esempio delle linee guida, per tre motivi:

- la metodologia dei percorsi coinvolge nel loro sviluppo i professionisti che li dovranno applicare, il che favorisce la loro adesione.
- la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro che comprendono rappresentanti di tutte le professionalità (assistenziali e non) che sono implicate nel trattamento della condizione in questione. Lo scambio di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti porta ad una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre a dare occasioni di apprendimento (Bradshaw, 1999). Inoltre la partecipazione integrata di personale medico, infermieristico, amministrativo/organizzativo, sociale, ecc. protegge dal rischio che la stesura del percorso assistenziale possa essere manipolata in modo corporativo da un unico gruppo professionale (Weiland, 1997).
- l'orientamento multiassiale che tiene presenti contemporaneamente esigenze di appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, tempestività, equità, integrazione, soddisfazione degli utenti

I percorsi assistenziali favoriscono anche lo sviluppo di sistemi informativi verso la rilevazione di indicatori relativi ai volumi di attività, ai costi, ai processi professionali e agli esiti.

Attraverso i percorsi assistenziali gli utenti avranno molteplici vantaggi:

- informazioni sull'iter che li aspetta;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- conoscenza del contenuto e dei tempi degli interventi
- consapevolezza degli esiti che si possono aspettare

Rappresenta uno strumento di attuazione della parola “informato” e dell’affascinante ma vaga parola “trasparenza”. Inoltre i pazienti possono essere loro stessi una fonte importante di informazioni della misura in cui il percorso viene davvero applicato.

IL CHRONIC CARE MODEL

La gestione della cronicità viene affrontata con un approccio molto simile a quello dei percorsi assistenziali. Gran parte delle condizioni croniche sono mal curate ed i pazienti con condizioni croniche hanno bisogno di trattamenti efficaci, continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile, follow-up sistematici più o meno intensi a seconda della gravità clinica.

Per rispondere a questi bisogni sono necessari profondi cambiamenti che tengano conto delle conclusioni della revisione della letteratura secondo i principi della EBM:

- adozione di linee guida,
- promozione del lavoro di squadra,
- miglior utilizzo dei componenti non medici della squadra,
- miglioramento dei sistemi informativi,
- definizione di piani condivisi con pianificazione degli incontri tra paziente e operatori,
- valorizzazione dell’autogestione.

Per ottenere questi risultati sono opportune modifiche di sistema che facilitino la somiglianza (“l’allineamento”) degli obiettivi di tutti i professionisti, a qualunque livello operino, e l’erogazione di incentivi, anche di incentivi economici per l’applicazione delle raccomandazioni suddette .

Nell’attuale sistema aziendale sembra essere indicato come strumento per migliorare l’assistenza delle condizioni croniche attraverso l’individuazione di percorsi assistenziali che abbracciano insieme ospedali e territorio.

Il modello prevede che tutte le figure professionali sanitarie e sociali interagiscano con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare nell’erogazione delle prestazioni assistenziali appropriate, per



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

tipologie, tempi e luoghi, per la soddisfazione dei bisogni specifici di salute, in base a percorsi assistenziali predefiniti.

Nella gestione della cronicità vengono individuati i seguenti percorsi assistenziali:

- diabete mellito;
- scompenso cardiaco;
- broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- demenze e malattie neurovegetative;
- disabilità da ictus e osteoartropatie cronico-degenerative;
- insufficienza renale cronica;
- patologia oncologica.
-

IL NUOVO RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE

Particolare impegno sarà necessario nella qualificazione delle forme associative dell'assistenza primaria, ed in particolare delle medicine di gruppo, che interessano i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. Gli obiettivi sottesi saranno essenzialmente i seguenti:

- facilitare il rapporto tra cittadino e medico (es.: il medico è meno preso da adempimenti burocratici ed è quindi più disponibile);
- snellire le procedure di accesso ai servizi offerti dall'azienda
- garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori per il monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza come il diabete, l'ipertensione, la broncopneumopatia cronica;
- realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure, in particolare dell'assistenza domiciliare integrata anche attraverso modalità di integrazione fra medici;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del distretto(es: entrare a far parte delle campagne vaccinali);
- promuovere la salute in modo globale, avendo particolare attenzione non solo agli aspetti organici, ma a quelli relazionali e psicologici, di integrazione nel contesto familiare e sociale, e



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

dunque di “benessere mentale” anche in una logica riabilitativa, coordinando le tradizionali attività ambulatoriali del medico di famiglia con i servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale, compresi quelli preposti al contrasto delle dipendenze e di supporto all’handicap psicofisico realizzare forme di maggiore fruibilità ed accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale (es.: migliorando l'organizzazione generale del lavoro);

- perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale(es.: grazie ad una maggiore disponibilità di supporti tecnologici);
- condividere ed implementare linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica (es.: il lavoro di gruppo porta inevitabilmente ad una maggiore uniformità dei comportamenti).

L’Azienda vuole siglare con i medici di medicina generale e con le organizzazioni sindacali che li rappresentano un vero e proprio **“Patto”** in cui vengono individuati obiettivi e risultati attesi in conformità a quelli strategici aziendali. Si cerca una partecipazione attiva degli stessi ai piani aziendali. L’integrazione delle attività dei medici convenzionati nei piani di attività aziendali rappresenta il tratto distintivo più importante e passa attraverso la condivisione di obiettivi legati al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare, al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, al ricorso razionale e programmato alla specialistica ambulatoriale o al ricovero ospedaliero.

Si definisce, in una forma dinamica e “in progress”, l’insieme dei professionisti, di ambito sanitario e sociale, che insistono e già ora operano sul territorio aziendale, ovvero sono nella condizione potenziale di essere coinvolti ad operare in futuro, con continuità, in maniera decentrata e in rete, al fine di migliorare le condizioni di salute di quella comunità.

Il modello organizzativo che ci si propone di promuovere, si rifà, nel suo nocciolo fondativo teorico, all’idea di mettere in valore la concreta esperienza della medicina territoriale convenzionata sviluppata in Italia ed in Basilicata, che si è incarnata prima nel medico di condotta ed in seguito, dopo la legge 833, nel “medico di base”. Tale esperienza si è caratterizzata, nella sua espressione più qualificata, quale “medicina della famiglia” ma anche “del quartiere” o “del paese”, aspirando ad essere, in sintesi, “medicina della piccola comunità”, proprio allo scopo di adempiere, più compiutamente ed incisivamente, al suo scopo fondamentale:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- assistere meglio la persona, l'individuo, collocando e "leggendo" i suoi bisogni anche attraverso la conoscenza del contesto familiare, psicologico e sociale;
- utilizzare le opportunità che tale contesto è in grado di offrire per individuare e promuovere le soluzioni di educazione sanitaria, di trattamento terapeutico e riabilitativo efficaci e possibili.

Tutto il contrario dunque di una assistenza sanitaria "individualista" in senso deterioro, distante ed avulsa dal contesto, tecnicista, "spersonalizzata", massificata. E' proprio l'essenza di questa visione che si vuole non solo difendere e conservare, ma valorizzare e portare a compiuta maturazione.

Ciò tuttavia può avvenire soltanto se non sono ignorate, anzi, al contrario, pienamente comprese, le grandi novità dell'oggi, in diversi campi, tra cui in particolare si segnalano:

- le modificazioni anagrafiche della composizione geografica e familiare;
- l'enorme sviluppo delle conoscenze scientifiche e mediche;
- la rivoluzione rappresentata dall'approccio della medicina fondata sulle prove di efficacia;
- la nuova soggettività dei cittadini e dei pazienti, anche in base alla facilità di accesso all'informazione;
- l'aspirazione (legittima) alla autonomia ed alla responsabilità, su specifici ambiti assistenziali, di nuove professioni sanitarie non mediche.

Affinché acquisisca piena credibilità, nell'ambiente sanitario come in quello della collettività locale, e venga a valorizzarsi ed a concretamente realizzarsi quella che, in termini di sistema (cioè nell'ambito della organizzazione sanitaria aziendale) si definisce "la centralità del medico di medicina generale", è indispensabile che (sul piano operativo, assistenziale, di erogazione dei servizi) si faccia strada la consapevolezza, la nuova idea fondante, della piena adesione al lavoro di equipe e della vera integrazione professionale: dei medici con gli infermieri, con i fisioterapisti, con i farmacisti, con i professionisti del DSM che si occupano della salute mentale, le assistenti sociali, e con le operatrici di base, oltre che con il mondo del volontariato.

Senza questo sforzo di collaborazione, infatti, la centralità del medico territoriale rimarrà una chimera o una velleità, perché la semplice riproposizione, sic et simpliciter, di una figura del passato, in un contesto radicalmente modificato è chiaramente destinata al fallimento.

Si tratta di coagulare ed articolare, all'interno degli ambiti territoriali tutte le figure professionali sopra richiamate, prestando attenzione a promuovere, con la gradualità e la condivisione necessaria, il



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

decentramento territoriale e la messa in rete degli altri professionisti, in una logica che contemperi il definitivo superamento di un modello organizzativo a “canne d’organo” (a direzione centrale) con la piena esplicitazione e valorizzazione della autonomia professionale dei sanitari non medici e degli operatori dei servizi sociali.

Tale percorso va portato avanti in piena condivisione con le comunità locali garantendo momenti di condivisione e di conoscenza ai cittadini, singoli ed associati, anche attraverso strumenti tecnici innovativi (guide, materiali illustrativi, mezzi informatici in farmacia) che consentano di avvicinare capillarmente la persona alla organizzazione.

Le problematiche, da tempo individuate quali “temi caldi” ai fini dell’integrazione ospedale-territorio sono:

Rapporti con l’ospedale

- organizzazione delle dimissioni
- ricoveri e rricoveri
- utilizzo del day hospital
- documentazione clinica

Diagnostica strumentale

- protocolli inerenti le diagnostiche
- meccanismi di filtro

Visite specialistiche

- protocolli inerenti le visite specialistiche
- presa in carico specialistica

Assistenza domiciliare

- home care
- monitoraggio ADI/ADP
- rapporti con l’assistenza infermieristica domiciliare

Assistenza farmaceutica

- linee guida terapeutiche
- terapie in dimissione



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- disposizioni di legge
- modalità dei controlli

Informatizzazione

- individuazione software
- formazione
- rapporti con il Distretto
- reportistica

Aggiornamento e comunicazione

- Temi
- Metodologie
- foglio notizie
- calendari aggiornamento
- audit

La responsabilizzazione diffusa, funzionale al processo di implementazione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, deve promuovere coesione, rafforzamento dei legami personali delle varie figure professionali coinvolte. Tutto ciò al fine di valorizzare nuove energie e nuove competenze professionali e di favorire una maggiore adesione dei medici di medicina generale alle strategie sviluppate nell'ambito dell'Azienda sanitaria di Potenza. Si tratta dunque di fare vivere tali processi con ulteriore convinzione e continuità, con nuova apertura e fiducia, garantendo inoltre che un processo parimenti capillare, partecipato e condiviso avvenga all'interno dei dipartimenti del presidio ospedaliero, superando in avanti (attraverso audit clinici) l'esperienza degli ultimi anni, a volte contrassegnata da un taglio troppo individuale ai problemi da parte dello specialista. L'arricchimento del ruolo del medico di medicina generale che opera in collaborazione con le professionalità aziendali, comporta cambiamenti positivi in termini di:

- quantità, qualità, complessità dei servizi erogati, loro integrazione;
- continuità delle cure e della presa in carico;
- necessario decentramento gestionale di risorse umane, professionali e tecniche;
- progressivo radicamento al contesto di appartenenza;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- condivisione sociale del concetto di appropriatezza e dunque responsabilizzazione sia rispetto ai LEA, sia rispetto all'utilizzo delle risorse.

L'Azienda intende promuovere momenti di confronto, di lettura critica della domanda realmente espressa, di monitoraggio e valutazione della corrispondenza del servizio erogato al reale bisogno.

Il valore della vicinanza della erogazione del servizio ha un significato soprattutto se è funzionale alla personalizzazione ed alla umanizzazione delle cure, e non invece se è esclusivamente organico alla comodità di accesso in sé, la quale può tradursi negativamente in una logica consumistica. E' da questi momenti analitici e decentrati, che deve scaturire, trarre vera e propria linfa il processo, necessariamente promosso "dal basso", e governato dal distretto, del programma delle attività territoriali, il cui compito è quello di portare a sintesi e ad equilibrio le priorità sanitarie "oggettive", con i determinati di benessere e malessere sociale ed anche con le percezioni e le preoccupazioni avvertite tra "i cittadini non esperti.

L'ATTIVITA' DI RICERCA : COLLABORAZIONE ASP E FONDAZIONE ONLUS "STELLA MARIS MEDITERRANEO"

La collaborazione tra L'Azienda ASP e la Fondazione ONLUS "Stella Maris Mediterraneo nasce nei campi del comportamento alimentare, dell'autismo e dell'alcolologia. La ricerca di base è l'attività sperimentale o teorica sviluppata per acquisire nuova conoscenza su fenomeni fondamentali, iniziata senza la previsione di una sua particolare applicazione.

É intenzione dell'ASP suddividere l'attività di ricerca di base da un punto di vista programmatico e operativo in :

- **attività di ricerca di base libera**, che trae origine dalle indicazioni e dalle proposte degli stessi ricercatori ed operatori sanitari dell'Azienda, e viene svolta senza un obiettivo preordinato. Questo tipo di ricerca è generalmente finanziato tramite il Fondo di Funzionamento Ordinario alle Università (FFO) e agli Enti di Ricerca e i Progetti di Interesse Nazionale (PRIN).
- **attività di ricerca di base strategica** dove l'unica limitazione è rappresentata dalla predeterminazione del settore di attività. Si tratta di settori scientifici ove l'accumulo di nuova conoscenza procede in modo accelerato, aventi importanti prospettive applicative nel



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

breve/medio periodo, come ad esempio per taluni settori delle bioscienze (genomica, proteomica strutturale e funzionale, riabilitazione psicosociale) ecc.

L'ASP in questo settore vuole svolgere un ruolo innovativo e importante utilizzando risorse pubbliche. Le proposte di ricerca saranno valutate, in sede aziendale, dal Comitato Tecnico Scientifico appositamente istituito, per poi avviare l'iter formale delle loro autorizzazioni.

L'ASP contribuisce alla diffusione, alla promozione, all'innovazione e alla sperimentazione dei propri campi di attività, collaborando sistematicamente con enti ed organismi locali, regionali, nazionali ed internazionali. I valori e i principi a cui si ispira l'attività di ricerca sono:

- centralità della persona umana: Prendersi cura del malato, nel rispetto integrale della sua dignità, dei suoi bisogni, della sua sofferenza e della sua speranza;
- miglioramento continuo della qualità assistenziale in un ottica di formazione e aggiornamento continuo;
- eccellenza del servizio: offrire servizi e prestazioni che siano eccellenti in termini di efficacia, appropriatezza, equità, sicurezza, tempestività, efficienza ed accessibilità;
- approccio multidisciplinare agli aspetti clinici;
- sviluppo della ricerca sperimentale con rapido trasferimento dei risultati al paziente;
- valorizzazione delle risorse umane;
- tradurre gli intenti ed i valori in azioni concrete, costanti e coerenti attraverso gli impegni primari della direzione e la partecipazione attiva di tutte le figure professionali;
- apertura alle collaborazioni internazionali.

È opportuno precisare che ad oggi sono già avviati i seguenti studi:

Nel campo del comportamenti dei disturbi alimentari e del peso:

- A) caratteristiche antropometriche e biochimiche di pazienti di CDA ed efficacia terapeutica del ricovero riabilitativo residenziale presso il Centro Gioia di Chiaromonte;
- B) indagine genetica e nutrizionale su soggetti affetti da anoressia e bulimia, in collaborazione con il centro CDA di Todi, Regione Umbria ed Università degli Studi di Perugia;
- C) studio “Nesfatin-1” Centro CDA Chiaromonte, ruolo e funzione nella suscettibilità per lo sviluppo dell'obesità.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Nel campo dell'autismo:

- A) “PRIMA PIETRA”, Progetto collaborativo di assistenza, ricerca clinica e tele riabilitazione dell'autismo.

Nel campo dell'alcologia:

- A) ricerca statistica sugli aspetti psicosociosanitari della riabilitazione residenziale alcolica; Centro CRA di Chiaromonte e CORRAL;
- B) studio di neuro imaging sugli effetti dell'alcolismo, Centro CRA di Chiaromonte e azienda Reckitt-Benckiser;
- C) ricerca sul trattamento dell'alcolismo in comorbidità (altre sostanze di abuso, gambling); Centro CRA di Chiaromonte e CORRAL.

LA TECNOLOGIA

Un obiettivo prioritario è quello di rafforzare e sviluppare il sistema informativo aziendale per rispondere all'esigenza di completare ed integrare le rilevazioni dei principali settori di attività e dei costi dei servizi sanitari per tutte le attività di programmazione e valutazione.

In questo ambito l'impegno dell'azienda sarà quello di riorganizzare il sistema informativo aziendale perseguendo la massima semplificazione possibile, in relazione ai contenuti informativi necessari e condivisi, ed eliminando duplicazioni e ridondanze di rilevazioni.

Nel prossimo triennio andrà completato anche il processo, già avviato nel corso del 2009, relativo alla certificazione dei bilanci. L'obiettivo della certificazione è da considerare prioritario in quanto, attraverso lo sviluppo di meccanismi di standardizzazione, garantirà la corretta ed omogenea lettura dei bilanci e migliorerà la capacità di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi delle gestioni aziendali.

Il ruolo dell'informatica nell'evoluzione e nell'ammodernamento di una azienda è molto importante, la tecnologia, se correttamente usata, può portare notevoli progressi sia nello snellimento del lavoro del dipendente, oltre che nella fruibilità dei dati, sia sanitari che economici, ma anche agevolazioni all'utenza nell'utilizzo dei servizi offerti.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Le dimensioni raggiunte dall'ASP a seguito dell'accorpamento, pongono l'azienda su un livello di complessità gestionale molto elevato, e l'informatica può essere di ausilio nella gestione delle problematiche su un territorio vasto e ricco di sedi come quello gestito da questa azienda.

Sono state predisposte una serie di azioni che vengo di seguito riassunte:

- **WAN:** la rete aziendale è stata ristrutturata su tutto il territorio ASP ed adeguata alle nuove esigenze, è in standard SPC ed è in grado di reggere l'attivazione di ulteriori sedi. È stata disegnata per consentire il colloquio in VOIP tra le varie strutture aziendali.
- **LAN:** le lan aziendali hanno situazioni diverse a seconda della sede. L'azienda sta progettando l'adeguamento di quelle con caratteristiche non adeguate all'attuale traffico, anche alla luce dell'attivazione del RIS-PACS
- **Sicurezza:** è stato configurato un dominio ed in esso si stanno inserendo tutti i client per un maggior e miglior controllo. Si sta progettando la sicurezza perimetrale con l'istituzione di una DMZ e la configurazione di firewall aziendali da aggiungersi a quelli già forniti dalla Regione.
- **VOIP:** la rete WAN così configurata consentirà il passaggio alla VOIP di tutte le centrali telefoniche aziendali, con la possibilità di colloquio tra tutte le strutture ed una gestione flessibile dei "posto operatore".
- **EVOLUZIONI SOFTWARE:**
 - **Deliberazioni e Determinazioni:** l'utilizzo di un software per la gestione di tali aspetti, unita con la firma digitale, consentirà una gestione più snella dei procedimenti. Si abbandonerà la carta, riducendone così i consumi, tutto l'iter sarà gestito in digitale consentendo così ai dipendenti ed alla direzione strategica di collaborare restando anche in sedi diverse riducendo spostamenti e costi di missioni, gli atti saranno pronti per l'affissione all'albo on line per una maggiore fruibilità da parte dei cittadini.
 - **GESTIONE DEL PROTOCOLLO E DELLA PEC:** digitalizzare la posta in entrata ed in uscita consente all'ente una gestione più efficiente della posta. Viene eliminato il cartaceo per tutti i casi possibili in uscita e lo smistamento di quello in entrata. Ogni ufficio avrà la sua postazione dove consultare la posta limitando lo spreco di carta e l'utilizzo di un messo per la consegna della posta.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- **AIRO:** la gestione delle cartelle cliniche in maniera informatizzata effettuata direttamente in reparto consentirà l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico regionale.
- **ARCA:** tutti i referti aziendali prodotti sia in reparto che in ambulatorio saranno prodotti digitalmente e resi accessibili tramite il fascicolo sanitario elettronico ed il portale Referti on line, oltre che, naturalmente, render disponibile al refertante la storia di tutti gli eventi di cura pregressi del paziente trattato.
- **LUMIR E REFERTI ON LINE:** l'utilizzo di ARCA ed AIRO consentirà di alimentare LUMIR (fascicolo sanitario elettronico) e Referti On Line. Il fascicolo sanitario elettronico conterrà tutti gli eventi di cura del paziente e sarà accessibile, dietro consenso dello stesso, anche a specialisti non aziendali che avranno così modo di valutare meglio la sua storia clinica, consentendo una migliore diagnosi ma anche una riduzione dei costi di esami diagnostici. Referti on Line consente al paziente di ricevere i referti a casa senza dover ritornare presso le nostre strutture a ritirarli
- **PAGAMENTO ON LINE:** la messa in funzione di uno specifico portale per il pagamento dei ticket on line darà la possibilità agli utenti di pagare ciò che è stato prenotato senza dover effettuare lunghe file agli sportelli.
- **CIRCOLARITA' ANAGRAFICA:** è in via di attuazione un accordo con il ministero degli interni per collegare tramite web service la nostra anagrafica sanitaria con quella di tutti i cittadini italiani gestita dal ministero. Ciò consentirà uno snellimento delle pratiche a livello ASP ed una maggiore precisione nella registrazione delle utenze con ovvi vantaggi in fase di compensazione e delle spettanze per i MMG ed i PLS.
- **GESTIONE DELLA CONTABILITA', MAGAZZINO ED INVENTARIO:** l'adozione di un nuovo software per la gestione ed il controllo dei procedimenti amministrativi attraverso l'uso di un workflow, consente di automatizzare gli ALERT per i responsabili in caso di inadempienze nel rispetto dei tempi previsti.
- **PORTALE DEL DIPENDENTE:** l'utilizzo di un portale per la gestione del personale consente al dipendente di ricevere verificare il proprio cedolino, il proprio CUD ed il report delle proprie timbrature a casa, oltre a richiedere certificazioni e modifiche su assegni



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

familiari detrazioni, ecc senza recarsi presso gli uffici competenti. Tutto ciò agevola il dipendente e riduce i consumi per spostamenti oltre che le perdite di tempo.

- **PROTESICA, DSM, CONSULTORI:** l'attivazione di queste nuove procedura consentirà la registrazione di tutte le attività non passanti tramite CUP, con ovvi vantaggi sia nella gestione del paziente che nella quantificazione dell'erogato.

L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO

La Regione Basilicata con nota trasmessa via mail del Dipartimento Regionale di Sicurezza e Solidarietà sociale, datata 08/11/2012, pervenuta a quest'Azienda in pari data e protocollata al n. 136607 del 09/11/2012, ha trasmesso la proposta di “ Riparto del Fondo Sanitario Regionale di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata – Riparto Provvisorio per l'anno 2013” -, con l'allegata scheda di assegnazione del FSR per l'anno 2013, ai fini della predisposizione del Bilancio Economico Preventivo entro i termini previsti dalla Legge Regionale n. 16/2012 artt. 15 e 16. Nella quale è stato specificato che tale proposta sarebbe stata sottoposta all'approvazione della Giunta regionale;

L'allegata scheda di riparto – quota indistinta e vincolata- assegna a quest'Azienda una quota provvisoria di FSR per l'anno 2013 pari a €. 598.753.000,00 come quota indistinta, oltre la somma di € 8.879.000,00 per “Obiettivi di Piano” – per un totale complessivo di €. 607.632.000,00.

La riduzione della quota di FSR assegnata per l'anno 2013, pari a €. 6.018.000,00 (di cui €. 201.000,00 in meno per obiettivi di piano ed €. 5.817.000,00 in meno per quota indistinta) in meno rispetto all'analogia quota provvisoria assegnata per l'anno precedente, nel presente bilancio preventivo, non consente più la previsione del pareggio di bilancio, anzi con le ulteriori misure di razionalizzazione dei costi in materia sanitaria adottate sia a livello nazionale che regionale ed aziendale non consente neanche la previsione di pareggio negli anni 2014 e 2015. Per gli anni 2014 e 2015 si fa riserva di rivedere la situazione previsionale sulla base dei dati definitivi di riduzione dei costi derivanti dall'applicazione delle misure in corso che sono ampiamente illustrate nelle relazioni allegare al presente atto.

I dati del preconsuntivo 2012 utilizzati per la determinazione degli stanziamenti di bilancio per l'anno 2013 - ove necessita l'analisi storica del dato – sono quelli rilevati e/o stimati per la predisposizione del



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

modello CE 3° Trimestre 2012 opportunamente rapportati ad anno. Essi risultano, comunque indicativi ed approssimativi in quanto ancora, alla data odierna, sono definiti a livello previsionale di spesa.

Le previsioni di costo e di ricavo riportate nel presente bilancio per l'anno 2013 e per il triennio 2013/2015 hanno tenuto conto, anche, delle azioni di contenimento dei costi già descritte nei piani di riequilibrio economico approvati, unitamente al bilancio preventivo 2011 e 2012, con deliberazioni n. 655 del 26/07/2011 e n. 1194 del 30/12/2011.

Le azioni dettagliatamente descritte e quantificate nei loro effetti previsionali negli allegati alle predette deliberazioni sono di seguito riassunte:

Misure regionali:

- ◆ DGR n. 1049 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale -;
- ◆ DGR n. 1050 del 23/06/2010 ad oggetto: Misure di razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in convenzione con il SSR -;
- ◆ DGR n. 1051 del 23/06/2010 ad oggetto: Assistenza Farmaceutica – direttiva vincolante -;
- ◆ DGR n. 1052 del 23/06/2010 e n. 1356/2010 ad oggetto: Prestazioni di assistenza protesica – assistenza sanitaria integrativa regionale – direttiva vincolante – e integrazioni;
- ◆ DGR n. 2022 del 30/11/2010 di obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria - anni 2010-2011 - che stabilisce una serie di misure-obiettivi che hanno prodotto, anch'essi, il contenimento dei costi.

Ulteriori misure di riduzione dei costi definite sia a livello aziendale che regionale con la legge n.17/2011 e 16/2012, oltre che le disposizioni contenute decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 - in vigore dal 7 luglio 2012 - (spending review), per le parti applicabili alle aziende sanitarie.

- per prestazioni di assistenza protesica - protesi e ausili per incontinenti.
- per la distribuzione dell'ossigeno domiciliare.
- per la formazione e aggiornamento del personale.
- per mobilità infraregionale ospedaliera, specialistica e file F.
- per inappropriatazza delle prestazioni ospedaliere pubbliche e private.
- per appropriatezza in materia di prestazioni riabilitative,
- per le tariffe prestazioni specialistiche ed ambulatoriali,



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- per il personale dipendente: prestazioni aggiuntive e compensi partecipazione a commissioni e gare,
- per l'acquisto di beni e servizi,
- per prescrizioni mediche,
- per i ticket per assistenza farmaceutica ed ambulatoriale,
- per la riorganizzazione della rete ospedaliera,

Nel particolare, nella programmazione economica, contenuta nel bilancio preventivo 2013, sono stati inclusi gli effetti previsti per l'applicazione delle seguenti misure di incremento di ricavi e riduzione di costi:

Ricavi:

E' stato previsto l'aumento dello stanziamento per le prestazioni erogate dal DCA in applicazione della DGR 1454/2011 con un aumento medio previsto del 15% delle tariffe

E' stato previsto l'aumento dello stanziamento per la Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket - in applicazione dell' art. 19 comma 1,2 e 3 L.R. 17/2011

E' stato previsto l'aumento della capitalizzazione degli ammortamenti per gli effetti dell'applicazione delle procedure di "sterilizzazione" a tutti i beni acquisiti a titolo gratuito dalle vecchie aziende.

Costi:

Per la medicina di base non sono stati previsti incrementi stipendiali in applicazione del blocco degli aumenti contrattuali, l'aumento dello stanziamento risultante dalla comparazione dei dati di conto economico deriva dall'applicazione dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni in cui era vigente. Negli anni precedenti è stato riportato apposito accantonamento per consentire i pagamenti arretrati.

Per l'assistenza farmaceutica da convenzione è stata prevista una riduzione in applicazione della L.R. n. 17/2011 art. 19 relativo all'incremento dei ticket sulla farmaceutica e art. 15 comma 1 e 2 contenenti disposizioni in merito alle prescrizioni farmaceutiche.

Per le Prestazioni specialistiche di diagnostica e riabilitative erogate dalle strutture private accreditate è stata prevista una riduzione in applicazione della L.R. 17/2011 art. 8 e 9 e della conseguente Determina dirigenziale regionale n. 72AB.2011/D.00560 del 04/11/2011 che hanno rimodulato i tetti di spesa e le tariffe. Gli stanziamenti dei capitoli di bilancio ove sono riportati i costi di che trattasi sono stati



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

calcolati mettendo a rapporto i nuovi tetti assegnati per gli anni 2011 - 2012 e 2013 con la spesa storica che produce un costo inferiore rispetto ai budget stessi.

La voce di spesa per Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati Privati, ove risultano i costi dell'assistenza ospedaliera riabilitativa codici 56 e 60 erogata dalla Fondazione Don Gnocchi e dal Don Uva, sono stati ridotti per la prevista apertura della lungodegenza presso l'ospedale di Venosa e per l'apertura dei reparti di riabilitazione presso lo stesso ospedale e quello di Chiaromonte.

I costi previsti, sia per il personale dirigente che per il personale di comparto, per pagamenti dei compensi per attività aggiuntive (CCNL- art. 55 c. 2) per la riduzione dei tempi di attesa, sono stati drasticamente ridotti in applicazione della L.R. 17/2011 art. 10 che ha previsto un abbattimento del 30% rispetto al 2009.

Con deliberazione n. 545 del 16/07/2012 è stato fissato il tetto massimo delle prestazioni aggiuntive da eseguire nell'anno 2012 entro il limite di €. 2.733.254,40 . Tale importo è stato riportato nel presente bilancio preventivo.

Mentre con delibera n. 707 del 04/10/2012 sono stati individuati i tetti di spesa per il rimborso spese al personale dipendente in applicazione della L.R. n. 16 dell'08/08/2012 art. 19. Che per l'anno 2013 corrisponde ad 391.000,00 che è stato riportato nel presente bilancio preventivo e rispetta i limiti di legge.

Anche i costi per le collaborazioni e prestazioni di lavoro sanitari e non sono previsti in riduzione in applicazione della L.R.17/2011 art. 11 e della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Tutti i costi riportati alle voci delle prestazioni di servizi non sanitari, manutenzioni e noleggi sono stati previsti in riduzione in applicazione dell' art. 20 della L.R. 17/2011 di riorganizzazione della rete ospedaliera nonché delle disposizioni contenute decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 - in vigore dal 7 luglio 2012 - (spending review) che prevede la rinegoziazione dei contratti e degli acquisti in genere con un abbattimento del 5%.

Nel costo del personale dipendente risultano incluse le previsioni per nuove assunzioni nei limiti di legge di cui alle deliberazioni n. 710 e 711 del 10/10/2012. Tale costo nel suo complesso risulta in riduzione in applicazione della seguente normativa vigente:



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L.R. n. 17/2011 art. 14 comma 3, Legge n. 191 del 23/12/2009, D.L. n. 98 del 06/07/2011 art. 9 Circolare n. 12/2011, L.R. 42 del 31/12/2009, L.R. n. 33/2010, L.R. 17/2011 art. 20.

Le riduzioni operate sono a carico anche dei fondi contrattuali in applicazione dell'art. 2 comma 72 Legge 191/2009, dell'art. 9 del D.L. n. 98 del 06/07/2011, della Circolare ministeriale n. 12/2011 e dell'intesa Stato – Regioni.

Dalla comparazione dei dati di conto economico risulta un incremento di spesa derivante dal fatto che nei consuntivi degli anni precedenti la voce indennità di risultato e produttività risulta negli accantonamenti e dal fatto che i medici di emergenza sono stati assunti alle dipendenze dell'azienda per cui la voce di costo viene spostata da “assistenza sanitaria di base” a “personale dipendente”. Anche i costi per il personale non dipendente (organi istituzionali) restano bloccati a seguito del blocco degli incrementi stipendiali.

AZIONI DA PORRE IN ESSERE NEL TRIENNIO 2013-2015

A.1. PERSONALE

Analisi di posizionamento

	CONSUNTIVO 2011	CE III° TRIMESTRE 2012 SU BASE ANNUA	PREVENTIVO 2013	Diff. 2013-2011	Diff. % 2013-2011
Totale costo del personale	139.632.732,69	140.152.371,43	140.046.000,00	413.267,31	0,30%
costo personale dipendente	138.868.984,58	137.607.482,76	137.501.111,33	-1.367.873,25	-0,99%
medici del 118*	763.748,11	2.544.888,67	2.544.888,67	1.781.140,56	233,21%

Dalla voce CE B05089 “Totale costo del personale” risulta che il costo complessivo del personale nell'anno 2012 non subirà una riduzione rispetto al consuntivo dell'anno 2011, in quanto il personale medico del servizio 118 da novembre 2011 è stato assunto alle dipendenze dell'Azienda ASP di



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Potenza, mentre in precedenza il costo di queste figure risultava nell'ambito della macrovoce CE "Medicina Convenzionata di Base" alla voce "Altra"(medicina dei servizi, medicina fiscale, ecc).

Pertanto, se non si tenesse conto dell'effetto di tale spostamento di costo da una voce all'altra (importo stimato in circa 2.544.88,67 di euro), il costo presunto del personale relativamente all'anno 2012 subirebbe una riduzione **di 1.367.873,25 euro**. Nonostante le manovre di contenimento ai sensi del Decreto 95/2012 e della L.R. 16/2012 che di seguito si riportano, la Direzione Aziendale ha chiesto la deroga al blocco delle assunzioni ai sensi del comma 2 art. 20 della L.R. 16 dell'8 agosto 2012.

A.1.2. Azioni

- 1. Cessazione tempo indeterminato e tempo determinato** (tali riduzioni registrabili in termini numerici non lo sono in termini economici a causa della contestuale assunzione di figure professionali atte a garantire l'attività del servizio 118 e per le quali al comma 3 dell'art. 20 della L.R. 16/2012 è prevista una deroga al blocco del turn-over) (- 34 UNITA' A TEMPO INDETERMINATO E -86 A TEMPO DETERMINATO)
- 2. Riduzione Pronta disponibilità**
- 3. Revisione dei turni di guardia e controllo preventivo e consuntivo degli stessi da parte della Direzione Aziendale**
- 4. Definizione del tetto di spesa ai sensi della L.R. 17/2011 dei compensi per attività aggiuntive (CCNL-art. 55c.2) del personale dirigente e del personale sanitario del comparto**
- 5. Riduzione del rimborso spese personale dipendente** anche attraverso l'individuazione per il personale dei Dipartimenti di Prevenzione aziendali, che svolge attività di ispezione e vigilanza, dei propri compiti, della periodicità delle ispezioni e delle fonti normative di riferimento.

A.2. FARMACEUTICA CONVENZIONATA



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Azioni

- Audit sull'attività prescrittiva MMG e specialisti ospedalieri per area critica e per area territoriale gestita dal distretto di comunità
- Formazione su evidenze scientifiche per prescrizioni
- Politica dei prezzi – ticket abbassamento prezzo farmaci equivalenti (perdita brevetto) riclassificazione farmaci ai sensi del Decreto 95/2012;
- Prescrizione della molecola (decreto 95/2012);
- Promozione attività UCAD(Ufficio di Coordinamento Distrettuale), composto da membri interni ed esterni all'Azienda. Gli uffici finora hanno esaminato diversi casi di non appropriatezza prescrittiva con esito del pagamento del farmaco indebitamente prescritto al Medico di Medicina Generale prescrittore;
- Commissione aziendale appropriatezza prescrittiva coordinata dal Direttore Sanitario Aziendale
- Progetto ATIB e stipula di un "Patto con i Medici di Medicina Generale"
- Protocollo d'intesa Ospedale e Territorio per patologie croniche e farmaci off patent

A.3. FARMACEUTICA A GESTIONE DIRETTA

Azioni

FARMACI OSPEDALIERI

La spesa farmaceutica Ospedaliera (farmaci erogati per le strutture ospedaliere e territoriali interne all'Azienda) è in continuo aumento, in linea con il trend nazionale.

1. L'azienda ha effettuato nel primo semestre dell'anno la ricognizione delle giacenze presso i reparti con conseguente blocco degli ordinativi.
2. è stato uniformata l'anagrafica dei prodotti e il magazzino farmaceutico.
3. la Farmacie Ospedaliera e l'U.O. Economato hanno attivato una rinegoziazione con le ditte fornitrici di quei farmaci i cui prezzi superano quelli rilevati dall'Osservatorio regionale prezzi.
4. Sta per partire lo scarico informatizzato da reparto al fine di ottimizzare la tenuta delle scorte e gli ordinativi di acquisto.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

5. E' stato fissato un budget per ogni Unità Operativa il cui non raggiungimento comporterà valutazione negativa per i dirigenti responsabili di struttura
6. E' stata fatta richiesta, nel mese di luglio ai Dirigenti Medici di Presidio Ospedaliero e ai Direttori di USIB di individuare e porre in essere le misure di contenimento della spesa.

DISTRIBUZIONE DIRETTA: (DISTRIBUZIONE AL I° CICLO DI TERAPIA + FARMACI DI FASCIA A)

Per quanto attiene ai “farmaci di classe A” dati in distribuzione diretta il costo è in continuo aumento infatti quello rilevato nell’anno 2010 è notevolmente inferiore rispetto agli anni 2011 e 2012.

Infatti a partire da novembre 2010 molti farmaci OSP 2 (farmaci H e/o ospedalieri), soprattutto quelli ad alto consumo (eritropoietinici, farmaci immunologici, ecc) passano in Fascia “A” -PHT , pertanto la Regione Basilicata ha previsto che vengano dispensati direttamente dalle farmacie aziendali e non distribuiti per conto dalle farmacie territoriali convenzionate.

Per i Farmaci di Fascia “A” e di fascia “H” importante è la predisposizione di Protocolli con le altre Aziende Regionali per farmaci innovativi e ad alto costo terapeutico

DISTRIBUZIONE IN NOME E PER CONTO

Il costo dei prodotti farmaceutici distribuiti in nome e per conto è strettamente legato alla riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, in quanto molti interventi tendono a spostare il costo dal servizio di farmacia convenzionata alla voce “acquisti di beni sanitari”, ciò comporta comunque delle riduzioni generali di spesa dovuta allo sconto praticato per gli acquisti degli enti pubblici.

A.4. PRESIDI E PROTESI

Azioni

PROTESI E DISPOSITIVI MEDICO-CHIRURGICI

- negoziazione e approvazione budget relativamente al consumo dei presidi alle UU.OO;



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

- monitoraggio mensile del consumo ed analisi degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi fissati;
- rinegoziazione dei prezzi di acquisto al fine di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento pubblicati dall'Osservatorio Nazionale dei prezzi.

ASSISTENZA PROTESICA AI SENSI DEL D.M. 332/99 ED ASSISTENZA INTEGRATIVA

- Approvazione del disciplinare recante le modalità di erogazione dell'assistenza protesica e predisposizione delle linee guida aziendali per l'assistenza protesica (Delibera del Direttore generale n.472 del 14/06/2012)
- Controllo sulle forniture di riconducibilità;
- Monitoraggio costante e Controllo sull'appropriatezza prescrittiva e verifica dell'utilizzo a casa dei pazienti avvio di procedure sanzionatorie a carico dei medici prescrittori inadempienti.

A.5. ASSICURAZIONI

Azioni

L'Azienda ha risolto il contratto con la City Insurance SA ed attualmente, accogliendo un espresso invito del Dipartimento regionale, l'Azienda sanitaria di potenza ha deciso di aderire al modello dell'autoassicurazione per la responsabilità civile per danni a cose e/o a persone.

La realizzazione del sistema di autoassicurazione non dovrebbe prevedere diminuzioni di costo ma il costo sostenuto nell'anno 2011 verrà accantonato interamente anche se si auspica ad una contrattazione del contenzioso attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con la parte lesa. L'azienda intende attivare un valido sistema di controllo e di prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento con una conseguente eventuale diminuzione della sinistrosità. A tale scopo è stato istituito un gruppo di coordinamento aziendale per il risk management (Delibera del Direttore Generale n. 387 del 11.05.2012) ed elaborato il Piano di Risk Management per l'anno 2012 (delibera n. 625 dell'11/08/2012).



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

A.6. SERVIZI (MENZA – LAVANDERIA - PULIZIE) -

Azioni

Verifica rispetto ai prezzi di riferimento e ricontrattazione con le ditte fornitrici

A.7. FORMAZIONE

Azioni

L'Azienda ASP di Potenza si è dotata ad inizio anno di un piano annuale per la formazione nel quale è stata prevista una drastica riduzione dei costi, soprattutto relativamente alle attività di convegnistica extraregionale, mentre si sono privilegiati corsi di formazione “sul campo” presso strutture sanitarie di rilievo nazionale.

Individuazione del tetto massimo di spesa ai sensi della L.R. 17/2011. Verrà autorizzata solo l'attività formativa obbligatoria collegata con gli ECM.

A.8. GESTIONE LOGISTICO PATRIMONIALE

Azioni

- Parco Auto: Si sta attuando un monitoraggio del parco auto tenendo presente che per la maggior parte si tratta di autoblunanze
- Fitti Passivi: E' stato avviato un processo di rivisitazione delle sedi aziendali tendente all'eliminazione dei fitti passivi ed ad una maggiore efficienza organizzativa mediante accorpamento in un'unica sede di servizi e di attività dislocate su più sedi L'Azienda ha



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

provveduto al trasloco delle attività della sede di Via Potito Petrone di proprietà delle Ancelle della Divina Provvidenza di Bisceglie (Opera Don UVA) alla sede di Via Ciccotti di proprietà aziendale. Tale operazione comporta non solo un risparmio di spesa per canone di locazione ma anche riduzione dei costi per le utenze varie e una realizzazione funzionale delle attività quasi tutte afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione della Salute Umana e del Benessere Animale. E' in atto, inoltre, la rivisitazione delle attività territoriali finalizzate ad individuare le sedi più idonee nei punti di maggior afflusso da parte dell'utenza o di centralità territoriale.

- Rinegoziazione dei contratti ed eliminazione della clausola che prevede l'adeguamento ISTAT
- Misure e proposte di integrazione interaziendale finalizzate ad individuare spazi e percorsi comuni E' in atto tra le nuove direzioni strategiche aziendali una politica di dialogo costante e di valutazione di azioni e proposte finalizzate alla condivisione degli spazi, percorsi e personale al fine non solo del contenimento dei costi ma anche all'ottimizzazione dei percorsi e alla valorizzazione delle risorse a disposizione. Di seguito si riportano due progetti strategici:
- Realizzazione di una piastra unica ambulatoriale comune nei locali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo in cui verranno espletate le attività ambulatoriali attualmente allocate presso il Poliambulatorio di Madre Teresa di Calcutta di Potenza.
- Realizzazione della Centrale Unica di committenza
- Leasing e noleggio Si sta attuando un monitoraggio dei contratti in leasing e/o noleggio
- Manutenzioni Verrà effettuata una verifica sulla convenzione CONSIP con eventuale rinegoziazione con la ditta fornitrice.

Per le manutenzioni di immobili ed apparecchiature elettromedicali non si prevede nessuna riduzione di costo in quanto il ricorso a CONSIP richiede che vengano messi in manutenzione immobili e/o attrezzature le cui riparazioni in precedenza venivano fatte in economia Tale aumento è dovuto alla vetustà dei fabbricati ed attrezzature che non sempre sollecitamente possono essere ricambiate alla scadenza della vita utile contabile



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

A.9. STRUTTURE ACCREDITATE

L'Azienda provvederà ad adeguare i contratti in essere con le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per l'assistenza ospedaliera e per quelle eroganti prestazioni ambulatoriali, residenziali, semi-residenziali e domiciliari , ex art.26 Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

I tetti di spesa ed i relativi volumi di attività sono ridotti in modo proporzionale di un importo pari, rispettivamente allo 0.5%, 1% e 2% della spesa consuntivata nell'anno 2011.

I tetti di spesa delle strutture private eroganti prestazioni ambulatoriali, residenziali, semi-residenziali e domiciliari , ex art.26 Legge 23 dicembre 1978, n. 833 hanno valenza regionale.

Le prestazioni riabilitative autorizzate dalle UVBR eccedenti i tetti di spesa ed i relativi volumi sono ridotti del 20% .

A.10. Mobilità Sanitaria attiva e passiva

I dati di mobilità interregionale trasmessi in via informale dalla Regione Basilicata e relativi all'anno 2011 risultano in miglioramento rispetto ai dati dell'anno precedente sia nella parte dei ricavi che dei costi ed in somma algebrica ammonta a +535.000 euro. Anche nella mobilità intraregionale, previa comunicazione informale dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, risulta un miglioramento del saldo di mobilità rispetto agli anni precedenti sia per l'assistenza ospedaliera che per la specialistica ambulatoriale.

In considerazione delle influenze positive le azioni , di cui sopra si è dettagliato, porteranno ancora per l'anno 2013 ad un miglioramento della mobilità attiva e passiva infraregionale ed interregionale.

Si è ritenuto, pertanto, di aggiornare nel bilancio di previsione relativo al triennio 2013-2015 i dati di mobilità dei dati con quelli informalmente pervenuti dalla Regione e dall'Azienda Ospedaliera San Carlo.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

SPENDING REVIEW: GLI INTERVENTI IN SANITÀ

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il 6 luglio il decreto legge “**Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati**” (*spending review*) integrato e modificato dalla Legge n. 135 del 07.08.2012. Di seguito vengono illustrati gli interventi in campo sanitario che l’Azienda intraprenderà nel triennio in esame.

L’analisi della spesa sanitaria delle diverse Regioni, delle singole Aziende Sanitarie Locali e ospedaliere ha evidenziato una notevole variabilità dei costi sostenuti per l’acquisto di beni e servizi sanitari, e non sanitari, di farmaci e di dispositivi medici. Ciò ha suggerito l’opportunità di concentrare gli sforzi per una riduzione dei costi sanitari soprattutto nei seguenti capitoli di spesa:

- condizioni di acquisto e fornitura di beni e servizi;
- spesa per farmaci;
- spesa per dispositivi medici;
- acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

Il risparmio generale, stimato è di 1 miliardo di euro per il secondo semestre del 2012, 2 miliardi per il 2013 e 2 miliardi per il 2014.

CONDIZIONI DI ACQUISTO E FORNITURA DI BENI E SERVIZI

La misura adottata prevede la rideterminazione degli importi e delle prestazioni nei singoli contratti di fornitura nella misura in riduzione del 5% a decorrere dall’entrata in vigore del decreto legge e per tutta la durata del contratto. Tale misura straordinaria è finalizzata ad anticipare già nel 2012 la manovra sui beni e servizi prevista dal decreto legge 98/2011 la quale esplicherà pienamente i suoi effetti a decorrere dal 2013 e sarà basata sull’obbligo per le centrali di acquisto di tenere conto dei nuovi contratti dei prezzi di riferimento che via via l’Autorità di controllo sui contratti pubblici renderà noti e disponibili. Per i contratti già stipulati è prevista invece una rinegoziazione tra Azienda sanitaria e fornitori, ovvero la possibilità di recesso da parte della struttura pubblica, nel caso di significativi scostamenti (20%) tra i prezzi in vigore e quello di riferimento, e ciò in deroga all’articolo 1171 del Codice civile.

Un ulteriore contributo alla revisione della spesa verrà dall’accelerazione dei processi di razionalizzazione delle reti ospedaliere che le Regioni sono chiamate a realizzare, in modo da



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

evitare duplicazione di funzioni e mantenimento di presidi sottoutilizzati, nei quali comunque oggi si registra un eccesso di consumi per beni e servizi. In tal senso il decreto legge prevede una riduzione dello standard di posti letto portandolo a 3,7 per 1000 abitanti, di cui però lo 0,7 resta vincolato alla lungodegenza e alla riabilitazione.

SPESA PER FARMACI

Per l'anno 2012, ai sensi del comma 1 dell'art. 15 della Legge n. 135 del 07.08.2012, è previsto un aumento dello sconto obbligatorio che le farmacie e le aziende farmaceutiche praticano nei confronti del SSN, che passa per le farmacie da 1,82% a 2,25% per il 2012, 2013 e 2014 e per le aziende farmaceutiche da 1,83% a 6,5% per il solo anno 2012, a partire dall'entrata in vigore del decreto. Per gli anni successivi la revisione della spesa viene operata tramite una ridefinizione delle regole che prevedono un tetto di spesa sia per la farmaceutica convenzionata territoriale che per la farmaceutica ospedaliera. Per la farmaceutica territoriale viene individuato un nuovo tetto di spesa pari all'11,35% rispetto al precedente 13,1%. Per la farmaceutica ospedaliera il nuovo tetto è del 3,5% rispetto al precedente 2,4%.

Nel caso di sfondamento del tetto della farmaceutica territoriale viene confermato il meccanismo di ripiano totalmente a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti); per lo sfondamento della spesa farmaceutica ospedaliera, che fino ad oggi è stato tutto a carico delle Regioni, viene introdotto un meccanismo di ripiano che pone a carico delle aziende farmaceutiche il 50% di tale sfondamento.

SPESA PER DISPOSITIVI MEDICI

Per il solo secondo semestre 2012 viene previsto un abbattimento del 5% degli importi e dei volumi di fornitura, mentre nel 2013 la revisione della spesa viene realizzata tramite la fissazione di un tetto di spesa pari al 4,8% per tali dispositivi. Le Regioni sono chiamate a garantire tale tetto di spesa sia attraverso l'utilizzo dei prezzi di riferimento, sia attraverso interventi di razionalizzazione nella fase di acquisto, immagazzinamento e utilizzo degli stessi nelle attività assistenziali.

ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI

La misura prevista consiste in una riduzione del budget assegnato alle singole strutture pari all'1% per il 2012 e del 2% per il 2013 rispetto al budget 2011.



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

Di seguito si riportano gli obiettivi generali, specifici e operativi del “Piano Regionale di contenimento e riqualificazione della spesa del Servizio Sanitario regionale:

PIANO REGIONALE DI CONTENIMENTO E DI RIQUALIFICAZIONE DELLA SPESA SANITARIA		
OBIETTIVO GENERALE	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVI OPERATIVI
SPESA FARMACEUTICA	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	Introduzione dell'informatore indipendente ulteriore sconto applicato dalle farmacie
	SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA	magazzino unico regionale
SPESA SPECIALISTICA CONVENZIONATA, ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SERVIZI DESTINATI ALL'URGENZA E ALL'EMERGENZA	EMERGENZA URGENZA E MEDICINA DI BASE	riorganizzazione della rete di emergenza urgenza e della continuità assistenziale
	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	riduzione dei tetti di spesa del privato accreditato
	ASIR	riduzione della spesa dei dispositivi medici introduzione di controllo di appropriatezza
RIDUZIONE DELLE RISORSE DESTINATE ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	riorganizzazione della rete ospedaliera percorsi diagnostici terapeutici
	RIDUZIONE DELLA SPESA OSPEDALIERA EROGATA DAL PRIVATO	riduzione dei tetti di spesa del privato accreditato
ALTRE MISURE DI CONTENIMENTO DEI COSTI	INTERVENTI SUL COSTO DEL PERSONALE E COSTI ASSIMILATI	blocco del turn over
		verifica entità fondi contrattuali
		riduzione delle prestazioni aggiuntive
		riduzione delle strutture dirigenziali complesse e semplici, delle funzioni di coordinamento e delle posizioni organizzative
		riduzione del costo per missioni
	INTERVENTI SUI COSTI DEI BENI E SERVIZI	riorganizzazione dei turni del personale infermieristico
		contenimento dei costi di manutenzione ordinaria e straordinaria nei limiti del 2% del valore dell'immobile
		riduzione della spesa per incarichi di studio e di consulenza
		riduzione della spesa per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e l'esercizio di autovetture nonché per l'acquisto di buoni taxi
		riduzione contratti di appalti e servizi (5%)
RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI	Autoassicurazione	
	riduzione del costo dei fitti passivi e valorizzazione del patrimonio aziendale	
	centrale di committenza	
		laboratorio unico regionale
		attivazione del magazzino unico regionale



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

SOMMARIO

PREMESSA/INTRODUZIONE	1
PARTE I: CONTESTO SOCIO ECONOMICO ED EPIDEMIOLOGICO	4
PROFILO TERRITORIALE	5
PROFILO DEMOGRAFICO.....	9
STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE DAL 2002 AL 2011	10
CITTADINI STRANIERI 2011 – PROVINCIA DI POTENZA	15
DISTRIBUZIONE PER AREA GEOGRAFICA DI CITTADINANZA.....	15
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER ETÀ E SESSO.....	16
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA PER AREA GEOGRAFICA	18
PROFILO SOCIO-ECONOMICO	23
DISTRIBUZIONE DEI REDDITI.....	23
PROFILO EPIDEMIOLOGICO	27
DI COSA CI AMMALIAMO.....	27
MORTALITÀ	30
PROFILO TERRITORIALE E DEMOGRAFIA DEGLI ALLEVAMENTI.....	30
PARTE II: LA PIANIFICAZIONE REGIONALE E LA NUOVA OFFERTA AZIENDALE.....	37
LA PIANIFICAZIONE REGIONALE.....	38
I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE	41
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE COLLETTIVA DELLA SALUTE UMANA	42
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLA SANITÀ E BENESSERE ANIMALE.....	43
LA SALUTE MENTALE:SALUTE DEL SINGOLO E DELLA COLLETTIVITÀ.....	47
I CONTESTI ATTUALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	48
IL RAPPORTO TRA LE RISORSE E LA DOMANDA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	50
CULTURA, IMMAGINE PUBBLICA E MANDATO SOCIALE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	51



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra

L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E LA SFIDA DELLA SALUTE MENTALE.....	51
LA PSICHIATRIA PENITENZIARIA E L'OPG	56
IL SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA	57
ASSISTENZA TERRITORIALE	59
RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI.....	59
IL DISTRETTO DI COMUNITÀ E LA SUA ORGANIZZAZIONE	61
LE UNITÀ PER I SERVIZI INTEGRATI DI BASE (UU.SS.I.B.).....	64
I DISTRETTI DI COMUNITA' E LA RETE TERRITORIALE	67
L'INTEGRAZIONE OSPEDALE E TERRITORIO COME NUOVO MODELLO	
ORGANIZZATIVO.....	120
AREA NORD.....	122
CITTÀ DI POTENZA E AREE ALTO BASENTO, MARMO PLATANO-MELANDRO, VAL	
D'AGRI.....	123
AREA SUD	123
MEDICINA DI BASE	124
SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA).....	125
MEDICINA PENITENZIARIA	126
LE DIPENDENZE.....	126
CONSULTORI	128
IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA AI SENSI DELLA L.R. 17/2011	134
PARTE III: ATTIVITA' ANNI 2010-2011.....	139
ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO	140
DISTRIBUZIONE DEI RICOVERI EFFETTUATI PRESSO I PRESIDII OSPEDALIERI DELL'	
ASP DI POTENZA BIENNIO 2010-2011	142
PRINCIPALI DRG PRODOTTI DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE AZIENDALI ANNO 2011	
.....	149
RICOVERI ORDINARI E DH PER I DRG DEI LEA AD ALTO RISCHIO DI IN	
APPROPRIATEZZA	149
INDICI DI APPROPRIATEZZA.....	150



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



ASSISTENZA SPECIALISTICA E MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	154
ASSISTENZA SPECIALISTICA REGIONALE ANNO 2011	161
ASSISTENZA SPECIALISTICA INFRA - REGIONALE ANNO 2011	164
ASSISTENZA SPECIALISTICA EXTRA REGIONALE ANNO 2010.....	164
LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	165
ATTIVITA' DI PREVENZIONE.....	167
<i>PARTE IV: IL PATRIMONIO</i>	168
CAPITALE UMANO	169
INVESTIMENTI STRUTTURALI	172
<i>PARTE V: MISSION, VISION E STRATEGIA AZIENDALE</i>	191
ANALISI SWOT DELLA ASL DI POTENZA	192
MISSION	194
VISION	196
I VALORI FONDANTI AZIENDALI	197
IL PERCORSO STRATEGICO	202
LE PRINCIPALI LINEE DI AZIONE STRATEGICA:	205
IL RIORDINO DEL SETTORE AMMINISTRATIVO.....	205
LO SVILUPPO DEGLI STRUMENTI MANAGERIALI	206
LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA'	207
LA FORMAZIONE	208
LA COMUNICAZIONE.....	210
IL CLIMA ORGANIZZATIVO	215
LO SVILUPPO DI SISTEMI DI GOVERNO CLINICO E RISK MANAGEMENT	218
LA GESTIONE PER PROCESSI E I PERCORSI ASSISTENZIALI.....	224
IL CHRONIC CARE MODEL	231
IL NUOVO RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE	232
L' ATTIVITA' DI RICERCA : COLLABORAZIONE ASP E FONDAZIONE ONLUS “ STELLA MARIS MEDITERRANEO”.....	237
LA TECNOLOGIA.....	239



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra



L'EQUILIBRIO ECONOMICO-FINANZIARIO.....	242
A.1. PERSONALE	246
A.2. FARMACEUTICA CONVENZIONATA	247
A.3. FARMACEUTICA A GESTIONE DIRETTA	248
A.4. PRESIDI E PROTESI	249
A.5. ASSICURAZIONI	250
A.6. SERVIZI (MENZA – LAVANDERIA - PULIZIE) -	251
A.7. FORMAZIONE	251
A.8. GESTIONE LOGISTICO PATRIMONIALE.....	251
A.9. STRUTTURE ACCREDITATE	253
A.10. Mobilità Sanitaria attiva e passiva	253
SPENDING REVIEW: GLI INTERVENTI IN SANITÀ.....	254



Piano Attuativo locale 2012-2014

Direttore Generale dott. Mario Marra