



REGIONE BASILICATA

**PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E DEI SERVIZI
ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'**

2012 – 2015

Ammalarsi meno, curarsi meglio.

(bozza non definitiva)

Indice

PREMESSA	4
TITOLO I: LE POLITICHE	
CAPITOLO 1- SCELTE POLITICHE E METODOLOGIA	9
CAPITOLO 2 - LE POLITICHE TRASVERSALI: COMPATIBILITA', COMPOSSIBILITA', SOSTENIBILITÀ,SUSSIDIARIETA'	12
CAPITOLO 3 -STRATEGIE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	23
CAPITOLO 4 - RIPENSARE IL RUOLO DELLE STRUTTURE	25
CAPITOLO 5 - RIPENSARE L'OSPEDALE	31
CAPITOLO 6 - RETI QUALI SISTEMI INTERCONNESSI PER LA SALUTE	34
CAPITOLO 7 -LA STRATEGIA PER IL CAMBIAMENTO	36
TITOLO II - TUTELE SOCIO SANITARIE	
CAPITOLO 1 - LA PREVENZIONE: I DIPARTIMENTI	47
CAPITOLO 2 - IL DISTRETTO DI COMUNITA'	48
2.1 - IL CONSULTORIO: NECESSITA' DI UNA TRANSIZIONE ORGANIZZATIVA	48
2.2 -LA SALUTE DEL BAMBINO	49
2.3 - LA SALUTE DELLA DONNA	50
2.4 - IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	50
2.5 - L'ASSISTENZA DOMICILIARE	52
2.6 - L'ASSISTENZA PRIMARIA	54
2.7 - LA RESIDENZIALITA'	56
2.8 - LA RIABILITAZIONE	56
2.9 - L'AREA ASSISTENZIALE POST ACUZIE	57
2.10 -LE DIPENDENZE	58
TITOLO III - TUTELE SOCIALI	
CAPITOLO 1 - LE SCELTE STRATEGICHE PER LE POLITICHE DI CITTADINANZA	61
TITOLO IV - I CONDIZIONALI	
DEFINIZIONE DI CONDIZIONALE	66
CAPITOLO 1 - SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	66
1.1 - ANALISI DI CONTESTO	67
CAPITOLO 2 - QUADRO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO	70
CAPITOLO 3 - METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI	84
CAPITOLO 4 - STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DEL BENESSERE PROCAPITE	85
CAPITOLO 5- RIFERIMENTI PER LE MAPPE DI RISCHIO, PROFILI EPIDEMIOLOGICI, PIANI PER LA SALUTE	85
CAPITOLO 6 - STRUMENTI INFORMATIVI PER FINI DI SALUTE	87
CAPITOLO 7 - CONTRATTO DI OSPITALITA'	88
CAPITOLO 8 - CODICE ETICO	89

CAPITOLO 9 - CANONE DI OSPITALITA'	91
CAPITOLO 10 - RELAZIONE PERIODICA SULLO STATO DI SALUTE DELLA COMUNITA' - BILANCIO SOCIALE	93
CAPITOLO 11 - MODELLO DI DIPARTIMENTALITA': SISTEMI INTERCONNESSIONALI	94
CAPITOLO 12 - I PERCORSI ASSISTENZIALI	96
CAPITOLO 13 - METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, STRUMENTALI E AMBULATORIALI	97
CAPITOLO 14 - L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	100
CAPITOLO 15 - DALLA RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI ALLA CENTRALE UNICA DI COMMITTENZA	104
CAPITOLO 16 - IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE	106
CAPITOLO 17 - LA RETE OSPEDALIERA	108
CAPITOLO 18 - LO SVILUPPO DELLE RETI IN REGIONE	121
CAPITOLO 19 - BED MANAGEMENT	172
CAPITOLO 20 - LISTE DI ATTESA E CLASSI DI PRIORITA'	174
CAPITOLO 21 - PERCORSO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE-DAY SERVICE	177
CAPITOLO 22 - ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI NURSING A GESTIONE INFERMIERISTICA	179
CAPITOLO 23 - I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE	181
CAPITOLO 24 - IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	183
CAPITOLO 25 - IL DISTRETTO DI COMUNITA'	189
CAPITOLO 26 - L'ASSISTENZA CONSULTORIALE	195
CAPITOLO 27 - IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI	196
CAPITOLO 28 - IL SETTORE DELLE DIPENDENZE	200
CAPITOLO 29 - LA RESIDENZIALITA'	202
CAPITOLO 30 - IL SISTEMA DELLA RIABILITAZIONE E IL RECUPERO DELLE DISABILITA'	210
CAPITOLO 31 - LE ATTIVITA' DI LUNGODEGENZA MEDICA POST-ACUZIE	216
CAPITOLO 32 - L'AMBITO SOCIO TERRITORIALE	218
CAPITOLO 33 - LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI	222
33.1- ANALISI DI CONTESTO	222
33.2- DALLE AREE DI BISOGNO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI	232
33.3- RUOLO E FUNZIONI DEGLI ATTORI SOCIALI	257
CAPITOLO 34 -GLI STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	262
CAPITOLO 35 -LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI INTERCOMUNALI DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	265

PREMESSA

UN PIANO DI APERTURA E DI INNOVAZIONE

Il mutamento del contesto nazionale

Il Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015 interviene alla vigilia di importanti mutamenti del contesto nazionale, annunciati ed in parte già generati, a partire dalla riforma del titolo V della Costituzione, da un ripensamento in senso “ federale “ - o, più propriamente, di redistribuzione, secondo criterio di sussidiarietà, dei poteri e delle responsabilità di governo - dello Stato.

L'evoluzione in atto nel quadro normativo nazionale disegna nuovi orizzonti per le Regioni italiane anche per ciò che riguarda le politiche destinate a tutelare e realizzare il diritto costituzionale dell'individuo e l'interesse della collettività alla salute nonché quelle volte a concorrere alla rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana.

La produzione legislativa in materia di autonomia di entrate delle Regioni a statuto ordinario nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario, cioè il cosiddetto federalismo fiscale, comporta la necessità che la pianificazione del prossimo triennio prefiguri scenari e compia scelte non tanto o soltanto conseguenti ad un tale mutamento del contesto in cui sono chiamate a collocarsi, ma che siano in grado di individuare, anticipandole, le strategie necessarie ad essere parte attiva, positiva e propositiva nelle fasi di costruzione e stabilizzazione del nuovo sistema.

Si tratta quindi di comprendere, anzitutto, quali saranno i mutamenti più rilevanti che i nuovi assetti dei flussi di finanza pubblica indurranno sui sistemi regionali e su quello della Basilicata in particolare.

Non è questa la sede per condurre un'analisi generale sugli effetti che verranno prodotti dal passaggio da un sistema fondato su trasferimenti ordinari, a base storica, dallo Stato alle Regioni ad un sistema di compartecipazione regionale al gettito fiscale e tributario generato dai rispettivi territori, per quanto corretto, oltre che dalle entrate proprie, da un fondo perequativo che dovrebbe, in linea di principio, operare in maniera inversa rispetto alla capacità fiscale dei territori.

Ciò che qui rileva è evidenziare quanto potrà accadere sul versante della determinazione dei fabbisogni e dei costi sanitari, poiché è a questi che la pianificazione deve e dovrà in futuro fare riferimento con l'obiettivo di impiegare le risorse che ne deriveranno per garantire ai cittadini il massimo possibile di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di parità di diritti.

Nel percorso disegnato dalla nuova normativa si prefigurano tre fasi, sia temporali che di contenuto, nel corso delle quali dovrebbe compiersi il passaggio da un sistema sostanzialmente basato sulla spesa storica ad uno basato sui fabbisogni standard.

Una prima fase riguarderà l'anno 2012, durante il quale il fabbisogno standard corrisponderà a quanto già determinato dall'intesa Stato – Regioni 2010 – 2012, fase che dovrebbe essere caratterizzata dalla rilevazione dei valori di costo, computati per macrolivelli di assistenza collettiva, distrettuale ed ospedaliera, in tre Regioni di riferimento, ciascuna rappresentativa, per appartenenza geografica, delle aree rispettivamente nord, centro e sud del Paese.

Una seconda fase decorrerà a partire dal 2013 o, più probabilmente, dal 2014 con l'applicazione a tutte le Regioni dei valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento e la conseguente determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale. Da qui prenderà avvio il processo quinquennale di convergenza dalla spesa storica al fabbisogno standard.

La terza fase corrisponderà all'applicazione a regime del nuovo assetto, caratterizzato dalla determinazione del fabbisogno nazionale standard, costituito dall'ammontare delle risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza e cumulativamente corrispondente alla determinazione dei fabbisogni regionali standard, questi ultimi dati dalle risorse pari ai rispettivi valori percentuali di rapporto rispetto al fabbisogno nazionale standard stesso.

Pur con il permanere, teoricamente, di una logica di garanzia delle condizioni di eguaglianza dei cittadini rispetto all'effettivo esercizio del diritto alla salute attraverso la determinazione di standard uguali per l'intero territorio nazionale, le risorse necessarie a sostenere il sistema deriveranno dalla nuova modalità che caratterizzerà l'intera finanza regionale e da questa dovranno trovare copertura anche le eventuali scelte di maggiore intensità di intervento rispetto alla garanzia dei livelli essenziali.

Un percorso solo parzialmente simile riguarderà la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. In questo caso, però, pur mantenendosi l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard nei vari livelli di governo, il processo viene affidato a successivi atti legislativi, regolamentari e di intesa, per cui la scansione temporale del percorso stesso non risulta ancora definita.

Rimane, cioè, anche nel nuovo scenario, la dicotomia storica tra una funzione sanitaria fortemente presidiata e regolata sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello finanziario ed una funzione dedicata ai diritti di cittadinanza molto frammentata in diversi livelli di governo e meno strutturata nelle forme organizzative di erogazione.

Questa circostanza può incidere in maniera sensibile soprattutto sul grado di efficienza di impiego delle risorse e, di conseguenza, anche sul grado di efficacia e sui livelli di appropriatezza e di qualità dei servizi e degli interventi.

Non soltanto ma anche per questa ragione il Piano deve porsi l'obiettivo di integrare realmente politiche sanitarie e politiche sociali in una visione che dia centralità alla persona ed alla complessità dei bisogni o delle aspettative che essa esprime nei luoghi di vita e di lavoro e che concepisca e pratichi una cultura della funzione pubblica svincolata dai confini delle competenze e capace di creare sinergie, continuità di risposta, flessibilità, permeabilità e sussidiarietà.

Deve porsi inoltre l'obiettivo di garantire una diffusa e consapevole partecipazione alle decisioni riguardanti la salute, in modo che:

- a) I cittadini operino le proprie scelte comportamentali e sanitarie in piena consapevolezza, trasparenza e responsabilità;
- b) I professionisti sanitari svolgano il proprio lavoro concentrandosi sul miglioramento continuo della qualità dei servizi che devono essere efficaci, efficienti, appropriati ed umani;
- c) I managers gestiscano le organizzazioni sanitarie focalizzandosi sugli obiettivi di salute dei cittadini
- d) I politici svolgano il proprio ruolo consapevoli della complessità dei problemi sanitari e della loro dimensione.

I fattori economici e finanziari – il Patto per la Salute 2013 – 2015.-

I recenti eventi che hanno caratterizzato il quadro economico e finanziario internazionale ed europeo e le loro dirette conseguenze sulla finanza pubblica hanno determinato l'adozione di provvedimenti straordinari da parte del Governo nazionale che hanno ridotto e ridurranno in maniera significativa le risorse messe a disposizione del servizio sanitario.

In questo quadro il processo di formazione del Patto per la Salute 2013 – 2015 ha sino ad oggi prodotto un sostanziale accantonamento dell'attuazione delle norme di impostazione " federalista " precedentemente richiamate a fronte dei provvedimenti urgenti adottati e previsti in materia di finanza pubblica.

L'emergenza, in sostanza, ha finora prevalso sul riordino strutturale della finanza sanitaria ed il versante della spesa su quello della programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, generando indiscutibili effetti sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza che le Regioni devono comunque garantire. La Regione Basilicata, come si è detto, pur rappresentando un'eccezione virtuosa nel panorama delle regioni meridionali, deve anch'essa rapportarsi alla nuova situazione, che pone problemi di sostenibilità a tutto il sistema e a tutte le Regioni.

Appare perciò necessario che il nuovo Patto per la Salute, per la sua natura concertativa, rappresenti un idoneo strumento per ripensare alcuni importanti aspetti del Servizio Sanitario Nazionale in modo da poter riallineare le risorse con i livelli di assistenza da erogare, sempre in condizioni di efficienza, appropriatezza ed economicità, ossia in condizioni di sostenibilità.

Al di là delle contingenze legate alla necessità di risanamento del debito pubblico italiano, si è resa evidente nel sistema complessivo del welfare europeo una dicotomia crescente tra fattori che determinano aumento del fabbisogno – quali anzitutto l'incremento dell'aspettativa media di vita della popolazione – e fattori che determinano una diminuzione della capacità di generazione delle risorse necessarie – quali il calo demografico e la sostanziale stagnazione degli indicatori di crescita dei prodotti interni lordi - .

Questa realtà delinea un futuro che richiede interventi di riforma strutturale sia sul versante dei fattori di crescita economica sia sull'assetto del welfare, se si vuole mantenere una civiltà in cui le funzioni di protezione della persona e della comunità restino capisaldi irrinunciabili e valori di riferimento.

I sistemi sanitari e dei servizi sociali sono direttamente coinvolti, sia dalla contingenza straordinaria, sia dalla prospettiva strutturale che si delinea.

Per questo, già in sede di assestamento del bilancio regionale per l'anno 2011, sono state approvate norme incidenti sulla organizzazione della sanità regionale e quindi sulla pianificazione sanitaria. Ciò ha reso necessario rivedere in alcune parti lo schema di Piano già approvato dalla Giunta regionale e trasmesso al Consiglio, integrandolo con la puntuale indicazione del contesto in cui opererà e con la definizione degli obiettivi e delle strategie che si intendono porre in essere per garantire la sostenibilità dei servizi sanitari e sociali della Basilicata nella nuova realtà che si va formando.

Obiettivo primario del Piano, alla luce della particolare crisi economica che vive il Paese, è la sostenibilità finanziaria complessiva del sistema, ottenibile da un lato attraverso la eliminazione delle diseconomie derivanti da un'organizzazione per molti aspetti ancora rispondente a vecchie forme di assistenza, dall'altro sviluppando le sinergie interne del sistema, migliorandone la qualità ed elevandone l'attrattività.

Le conseguenze sulla pianificazione

Fare una premessa sull'evoluzione del quadro normativo riguardante i meccanismi di finanziamento del sistema non significa ritenere che questi siano i soli meccanismi rilevanti per l'evoluzione o l'involuzione del sistema stesso, ma comprendere che il nuovo scenario che si sta formando determina già la necessità di un nuovo approccio alla pianificazione ed alla programmazione, soprattutto per cogliere le opportunità positive che il cambiamento può indurre su tutti i fattori che compongono la complessità delle politiche destinate a presidiare il diritto alla salute ed i diritti di cittadinanza.

La Basilicata è caratterizzata da un'estensione territoriale importante cui, però, corrisponde una dimensione di popolazione relativamente esigua con una bassa densità ed una grande frammentazione abitativa, aggravata da una rete di infrastrutture arretrata e, pertanto, limitante i tempi di percorrenza per raggiungere i comuni vicini.

Come accade nella maggior parte delle regioni italiane l'andamento dei tassi demografici sta producendo un sensibile decremento della popolazione con un conseguente aumento dell'invecchiamento medio. A sua volta l'invecchiamento della popolazione genera un aumento della morbilità, specialmente sul versante delle malattie cronico - degenerative, ed un aumento della domanda di servizi legati alla non autosufficienza.

Per contro, diminuzione e invecchiamento della popolazione hanno influenza negativa sui fattori fiscali e tributari che saranno i generatori dei flussi finanziari nel nuovo assetto della finanza regionale e locale, così che ad un aumento dei bisogni sembrerebbe corrispondere il rischio di diminuzione delle risorse finanziarie disponibili.

Ciò non di meno, paradossalmente, la Basilicata potrà cogliere in questa occasione un'importante opportunità se saprà proporsi anche come possibile punto di riferimento nell'ambito delle regioni meridionali in virtù proprio delle caratteristiche anzidette e delle seguenti considerazioni:

- la metodologia di benchmark che verrà utilizzata per rilevare i valori di costo nelle regioni di riferimento per le macroaree nord, centro e sud imporrà nuove modalità di collaborazione interregionale e l'allineamento di criteri di valutazione e di modelli di erogazione in ambiti di area vasta;
- i successivi processi di convergenza comporteranno la necessità di confronto permanente tra le realtà regionali non più soltanto sui costi ma anche sui fabbisogni standard e, quindi, sulle condizioni di efficienza, di appropriatezza e di qualità;
- a regime si evidenzierà la necessità di assicurare determinate funzioni su basi adeguate, non più soltanto coincidenti con i confini regionali ma destinate a servire aree più vaste, alcune di dimensione sovregionale, ovvero, o anche, la necessità di utilizzare competenze o specializzazioni particolari con modalità concordate, evitando la dispersione di duplicazioni non necessarie;
- a regime, quindi, ferma restando la libertà di scelta dei cittadini, i flussi di mobilità interregionale potranno inquadarsi in percorsi predisposti e governati, quantomeno per le regioni che, per contiguità territoriale e per scelta di cooperazione positiva, accederanno alla possibilità di definire sintonie di pianificazione e accordi di programmazione;

In realtà, partendo da circostanze del tutto contingenti e dettate da necessità interne del sistema, ciò che emergerà sarà la necessità di rimodellare le reti attuali dei servizi, superando confini di geografia amministrativa, questioni di competenze e di pertinenze, vizi di autoreferenzialità di sistemi che, invece,

dovranno confrontarsi, rendersi l'un l'altro trasparenti e realizzare obiettivi comuni con nuovi strumenti di regia.

Se correttamente indirizzati verso politiche positive i nuovi scenari che si presentano possono sortire l'effetto esattamente contrario a quello che da alcune parti si è paventato o teorizzato: non quindi la chiusura dei sistemi regionali, ognuno impegnato a realizzare una più o meno autarchica autosufficienza legata al reddito prodotto dal territorio, ma la loro apertura verso nuove forme di sussidiarietà territoriale, di solidarietà e di cooperazione.

Il Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità della Basilicata per il triennio 2012 - 2015 si colloca nel periodo temporale che vedrà la transizione tra il vecchio e il nuovo contesto nazionale ed ha, quindi, oltre agli altri, anche l'obiettivo di rappresentare un'innovazione nel modo stesso di concepire la pianificazione e la programmazione in questo campo.

Intende quindi essere anzitutto un piano realmente integrato, che non si limiti, come tradizionalmente accade, alla trattazione generalizzata di realtà diverse, quella sanitaria e quella dei servizi sociali, ma concepisca un programma comune di governo di un sistema complesso che deve porre al centro la persona ed i suoi bisogni.

Si propone come un piano aperto alla partecipazione alla programmazione, anzitutto degli attori interni al sistema Basilicata, e non solo di quelli pubblici ed istituzionali, ma anche dei futuri interlocutori oggi esterni, ossia le altre realtà regionali con le quali dovranno essere create le condizioni di reciprocità per una pianificazione comune dei percorsi che si stanno per intraprendere.

Vuole essere anche un piano innovativo del sistema dei servizi, dei comportamenti professionali, dei metodi di intervento, dei rapporti ma anche delle tecnologie e delle culture di gestione ed impiego delle risorse.

Ha l'obiettivo, in buona sostanza ed infine, di essere un piano che, partendo dalle esperienze e dalle buone pratiche già sperimentate ed attuate in Basilicata, si apra culturalmente e territorialmente e si proietti verso la visione di reti più ampie e di relazioni più complesse, per realizzare un modello di welfare regionale e sovraregionale adeguato alle esigenze ed ai diritti dei cittadini.

Gli aspetti fondamentali della costruzione del nuovo modello riguardano il percorso di cambiamento non solo dell'organizzazione ma anche della cultura del sistema e le strategie da mettere in campo. Cambiamento culturale che deve derivare da un'adeguata politica formativa, da un'adeguata partecipazione attiva alla programmazione attuativa da parte di tutti gli attori del sistema, dalla ricerca di alleanze con centri nazionali di eccellenza per fornire prestazioni altamente qualificate, in grado di rendere il nostro sistema punto di riferimento, nell'Italia meridionale, per determinate patologie.

Sul versante organizzativo viene ridisegnato, in chiave moderna, il ruolo della funzione ospedaliera in una logica di reale integrazione con i servizi territoriali che vedono nel distretto di comunità il luogo di incontro della domanda e dell'offerta di servizi. Grande sviluppo viene dato alle reti regionali quali luoghi di sinergia delle competenze e delle funzioni per modulare risposte appropriate ed efficaci ai bisogni dei cittadini. Viene confermato ed ampliato il ruolo delle politiche di prevenzione e di intervento mirato a particolari obiettivi di salute, anche mentale, per far fronte ai bisogni e ai disagi che sono frutto del nostro vivere quotidiano. Viene posto al centro del sistema il bambino e, in genere, le situazioni di fragilità e di maggiore rischio, coniugando anche servizi sanitari e servizi sociali in una visione centrata sulla persona e sui suoi bisogni.

TITOLO I LE POLITICHE

CAPITOLO 1- SCELTE POLITICHE E METODOLOGIA

Dalla gestione al governo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dal "piano" al "programma"

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

La scelta politica è approntare, nella sostanza, un "*programma*" che consideri tutti i soggetti coinvolti (i direttori generali delle aziende, la dirigenza sanitaria, gli operatori, gli amministratori locali, il mondo della cooperazione e del volontariato) protagonisti nella veste di veri e propri *co-programmatori*.

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

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

Ma, ancor prima dei *condizionali*, è indispensabile condividere con i co-programmatori che la *prospettiva di questo programma è il governo della salute e rimodellamento dell'attuale rete di servizi*.

Essa riguarda gli *strumenti* e le *modalità* del loro impiego.

I servizi di cui disponiamo sono certamente *strumenti* ma necessitano, alla luce dei grandi cambiamenti sociali ed economici, di essere *ripensati* nelle loro *modalità*; da *come* essi si attingeranno dipenderà, per esempio, il livello di *umanizzazione*, la *valorizzazione professionale*, il *coinvolgimento dei cittadini*.

Questo Piano regionale integrato della salute intende affrontare non solo i *problemi strutturali evidenziati* ma anche quelli che riguardano i modi di essere delle strutture, delle prassi, delle pratiche, dei trattamenti e cioè l'atteggiamento degli operatori e deve quindi porsi quale vero patto tra istituzioni, operatori e cittadini per un servizio sanitario adeguato alle sfide del tempo necessario.

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

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

Dalla plurisettorialità alla intersettorialità

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

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

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

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

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

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

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

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

Dal “contesto” alla prospettiva: solidarietà, sussidiarietà, sostenibilità

La prospettiva di questo Piano non può che essere la salute dei cittadini della Basilicata, scontata nella sua dimensione statica, molto meno se considerata nella più ampia prospettiva dei sistemi di welfare, delle incertezze dell'economia, ed anche della limitatezza delle politiche sanitarie che sino ad ora si sono occupate di salute.

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

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

Questo Piano:

- è anche il risultato di una preoccupazione per i rischi che il sistema pubblico, sta correndo, su scala nazionale, con la ridiscussione dei principali presupposti del Welfare pubblico;
- esprime la convinzione che, alla luce di quanto sta accadendo, serva un *ripensamento del sistema salute* in grado di ridefinire i *modi* attraverso i quali *diritti e risorse* possano nuovamente accordarsi sulle loro specifiche esigenze.
- definisce gli obiettivi di salute (sanitari, socio-sanitari e sociali) che intende perseguire nel triennio di validità.

La *prospettiva politica* di questo Piano è una rete di servizi volta al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. un sistema sanitario in grado di ridefinire il rapporto tra diritti e risorse anche attraverso il miglioramento del grado di attrazione;
2. un *rimodellamento* del sistema sanitario, come parte della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, con nuove forme di *partecipazione della società civile*
3. la valorizzazione della *sussidiarietà e del capitale sociale rappresentato dal volontariato*
4. la ridefinizione dei *modi* e delle *forme* della *solidarietà* quale distribuzione di *eguali possibilità di cura*, maggiore *rispondenza alle specificità*, *giusta redistribuzione delle risorse*;
5. l'intesa tra *diritti alla salute e doveri alla salute*, quindi tra prerogative dei cittadini e prerogative dei servizi pubblici, quale base di un *nuovo contratto sociale* con i cittadini, che si impegnano a divenire protagonisti delle politiche di prevenzione.

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

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

1. *Compatibilità*;
2. *Compossibilità*;
3. *Sostenibilità*;
4. *Sussidiarietà*

1. Compatibilità

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

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

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

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

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

In particolare dovranno ridefinire il loro grado di congruità:

- il sistema ospedaliero (nel suo complesso);
- il sistema del territorio incentrato sul distretto;
- il sistema della prevenzione;
- i sistemi sociali e sanitari in assetto integrato.

2. Compossibilità

L'obiettivo delle politiche di compossibilità è la rimozione delle contraddizioni tra il diritto alla salute e le risorse destinate a garantirlo.

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

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

Poiché queste contraddizioni determinano notevoli costi sia sul piano morale che economico, le politiche di compostibilità mirano ad un notevole "risparmio" etico ed economico.

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

Dalle contraddizioni ai cambiamenti

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

1. l'organizzazione integrata dei servizi;
2. i processi agiti nei vari servizi;
3. gli stili di lavoro e, quindi, dei servizi.

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

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

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

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

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

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

Ogni responsabile di servizio è tenuto a riqualificare le proprie organizzazioni, i processi agiti e le prassi nelle forme convenienti auspiccate; ogni dirigente ed a sua volta ogni operatore deve diventare agente di cambiamento promuovendo un sistema solidale di relazioni all'interno della propria organizzazione e verso l'esterno. Tutto questo richiede uno sforzo di cambiamento culturale di cui la Regione si fa carico attraverso appositi interventi formativi.

Dalla singolarità riorganizzativa alla riorganizzazione “macro strutturale”

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

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

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

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

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

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

Per una macrostruttura aziendale interconnessa

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

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

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

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

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

I condizionali di riferimento sono:

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

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

Riprogrammare i processi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si tratta, certamente, di un'evoluzione culturale del modo di intendere il proprio ruolo e di viverlo, attraverso uno sforzo significativo che, in quanto tale, va riconosciuto: ciò rende necessario che le aziende pongano in essere politiche del personale che valorizzano la professionalità ed il merito sulla base di una rigorosa e corretta valutazione dei *risultati*.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie e sociali, per le quali si impone la nascita di una nuova "cultura della professione", così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing (PSN 2002 - 2004 - progetto 4 : potenziare i fattori di sviluppo della sanità).

L'umanizzazione come qualità coemergente e come nuova ospitalità

La questione dell'umanizzazione delle cure è una questione antica e per certi versi irrisolta. Umanizzazione dell'assistenza significa porre il malato nella sua interezza e complessità al centro delle attenzioni e delle attività dell'operatore sanitario. Vuol dire avere un approccio olistico e non organicistico.

Se si discute ancora di umanizzazione è segno che c'è ancora molto da fare su questo tema che ha tante sfaccettature e significa che, in effetti, le strutture che abbiamo, persino quelle più accoglienti e con il personale più disponibile finiscono con l'essere intrinsecamente disumane.

Il tutto può derivare da una cattiva relazionalità degli operatori sanitari ovvero da un ambiente vissuto nella sua estraneità: dallo spazio fisico alle persone, ai ritmi.

Per il malato è una frattura tra la vita quotidiana ed "un'altra vita" che improvvisamente è costretto a vivere. E' frattura con i suoi familiari che non può avere accanto quando lo desidera, ma in orari che altri hanno stabilito per lui. E' frattura con il suo lavoro che non può svolgere e che, talvolta, non potrà più svolgere allo stesso modo. E' frattura tra il non aver avuto problemi fisici e l'improvvisa esperienza della fragilità.

E' necessario innanzitutto che l'operatore sanitario abbia un rapporto con il paziente improntato ad attenzione, garbo, disponibilità e competenza comunicativa. Nella realtà, spesso senza volere, si pone più attenzione alla malattia che non al malato, con l'applicazione di rigidi protocolli di cura che, utilissimi di per sé, allontanano di più il medico dal paziente. Occorre un forte cambiamento di mentalità: è essenziale "umanizzarsi" per poter umanizzare; è necessario essere "dall'altra parte".

Nel processo di umanizzazione risulta importante anche la presenza di familiari. Ad essi si deve dedicare la giusta attenzione. Nondimeno vanno adattate le strutture; gli spazi dedicati all'ammalato rivestono un aspetto non secondario.

Tutte le soluzioni organizzative devono accennare il grado di relazionalità.

Le soluzioni dipartimentali, i percorsi, la presa in carico qui proposte, si basano *sull'organizzazione di relazioni*; la riprogrammazione dei processi si basa su integrazioni, cioè su un'idea di *continuità*

relazionale; la proposta di *autore* - quale superamento della figura di operatore - rappresenta una nuova *relazione*, tra conoscenza professionale e beni morali e materiali.

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

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

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

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

La *relazione di ospitalità*, non si riduce all'istituzione del classico "*servizio di accoglienza customer oriented*", soprattutto perché il malato non può essere considerato un cliente.

L'organizzazione dell'*ospitalità* rimodella il *modo di essere* degli ospedali e dei servizi.

Essa ha bisogno tuttavia di alcune precondizioni:

- la definizione di un *Contratto di ospitalità* tra Assessorato regionale e le rappresentanze dei cittadini degli Enti locali, per fissare la cornice entro la quale dare corso alle intese dello stesso tipo tra Direttori Generali e Sindaci;
- la definizione di un *codice etico* delle strutture aziendali predisposto ed accettato dagli operatori
- l'istituzione di un *servizio leggero di accoglienza integrato a scala* di azienda e di rete integrata di servizi alla persona;
- l'istituzione della figura del "*delegato all'ospitalità*".

Il Piano allega i relativi condizionali.

3. Sostenibilità

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

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

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

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

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

La sostenibilità nella programmazione

L'idea principale della sostenibilità è equilibrare ma anche interrelate i problemi legati alla crescita della spesa sanitaria a quelli legati allo sviluppo della salute quale *capitale naturale*.

Si tratta di vedere la questione salute sia in termini di *spesa pro-capite* sia in termini di *benessere pro-capite*.

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

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

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

In un sistema universalistico a risorse definite, qual è quello sanitario italiano, la sostenibilità è anche la condizione necessaria per garantire il diritto alla salute e l'uguaglianza dei cittadini rispetto alla fruizione di quel diritto a fronte dell'impiego di risorse predeterminate.

In questo senso la sostenibilità non può che avere come cifra costitutiva quella dell'appropriatezza: appropriatezza nell'erogazione di prestazioni e servizi in relazione ai livelli essenziali di assistenza determinati e garantiti e appropriatezza organizzativa e gestionale per realizzare la maggiore efficienza funzionale possibile, quindi la concentrazione delle risorse nelle funzioni rivolte al cittadino e la correzione di comportamenti gestionali, organizzativi o professionali impropri.

In questa direzione e per queste finalità la Regione Basilicata ha già intrapreso una serie di azioni riconducibili all'obiettivo della sostenibilità e connotate dal metodo della valutazione dell'appropriatezza strutturale e funzionale.

Le azioni già poste in atto nel corso del 2010 hanno determinato una serie di interventi di razionalizzazione e contenimento dei costi del SSR (DD.G.R. n. 1048-1049-1050-1051-1052/2010) quali: la distribuzione diretta di presidi e farmaci; la "mono" prescrizione per ricetta medica (con deroghe per i malati cronici); utilizzo dei "farmaci equivalenti"; la sospensione dell'istituto di "pronta disponibilità telefonica" corrisposta ai medici territoriali e le limitazioni all'assunzione di personale da parte delle aziende sanitarie regionali con i conti in disequilibrio.

Inoltre è stato adottato un apposito provvedimento per la rimodulazione dei fondi contrattuali relativi al trattamento accessorio del personale delle aziende sanitarie regionali e, in ultimo, ha disposto la sospensione di tutte le procedure riferite al conferimento di incarichi di struttura semplice e complessa e dei procedimenti di autorizzazione di strutture sanitarie pubbliche e private che richiedano l'attivazione di posti letto.

Nell'anno 2011 la Regione Basilicata, con la manovra di assestamento al Bilancio di Previsione 2011, ha ulteriormente intensificato le azioni tese alla razionalizzazione e alla riqualificazione della spesa sanitaria approvando una serie di interventi atti a ridimensionare i costi del SSR, tra cui :

- l' introduzione del Blocco del Turn-over al 30%;
- l'obbligo per le aziende sanitarie pubbliche di dispensare il 1° ciclo di terapia in Distribuzione Diretta ;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di ridurre dell'80% il costo della consulenze rispetto al valore iscritto in bilancio nel 2009;
- l'introduzione del Ticket fisso per ricetta farmaceutica;
- le prestazioni di FKT non ricomprese nei LEA non sono più erogabili a carico del SSR (e relativa riduzione dei tetti di spesa);
- l' abrogazione dell'art. 31 della LR 28/07 che prevedeva l'arrotondamento all'euro superiore delle tariffe di specialistica ambulatoriale (e relativa riduzione del tetto di spesa per i CEA privati accreditati);
- la decisione che, a decorrere dal 01/01/2012, solo i Presidi sede di PSA e di DEA , L'IRCCS e l'AOR San Carlo possano erogare prestazioni di ricovero per acuti (ridimensionamento e riorganizzazione della rete ospedaliera);
- l'obbligo per le aziende sanitarie di ridurre le spese per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza del 20% rispetto a quella sostenuta nel 2009;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di ridurre la spesa per incarichi di studio e di consulenza dell'80% rispetto a quella sostenuta nel 2009;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di ridurre la spesa per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e l'esercizio di autovetture del 20% rispetto a quella sostenuta nel 2009;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di ridurre del 30% , rispetto alle somme erogate nel 2009, dei corrispettivi erogati a titolo di prestazioni aggiuntive a favore del personale del SSR.

Infine tutte le azioni di razionalizzazione e di riqualificazione sono state ulteriormente consolidate con la LR n. 26 del 30 dicembre 2011 (finanziaria 2012) che ha previsto tra l'altro che :

- 1) per i componenti delle commissioni di concorso dipendenti del SSR non sia previsto alcun compenso aggiuntivo;
- 2) le Aziende Sanitarie aggiornino il regolamento della libera professione intramuraria al fine di utilizzare il 5% della massa dei proventi, già Fondo Speciale per il supporto indiretto al personale del comparto e delle dirigenza SPTA, per l'incremento del Fondo destinato alla corresponsione delle prestazioni aggiuntive finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa;
- 3) si introducano, sulla base dei parametri standard nazionali (Agenas), parametri standard regionali per l'attribuzione di incarichi di responsabilità di dipartimenti, aree, strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale della Aziende Sanitarie.

In relazione alla necessità di allineare il sistema sanitario regionale alle regole di appropriatezza e sostenibilità organizzativa, la Regione determinerà, entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano, con proprio atto di indirizzo e coordinamento, previo parere della Commissione Consiliare competente, il numero dei dipartimenti, delle unità operative complesse e semplici, posizioni organizzative e coordinamenti attivabili presso le Aziende sanitarie regionali.

4. Sussidiarietà

Al crescere dei vincoli della spesa sanitaria funzionale al *diritto* della salute cresce il “*dovere*” di *ammalarsi meno* attraverso idonei stili di vita. Le politiche rivolte alla lotta alle dipendenze all'alcol, al tabagismo, ad una corretta alimentazione assumono un ruolo strategico all'interno del presente Piano.

La malattia è il risultato di un concorso complesso di fattori genetici, biologici, ambientali, culturali, alimentari, economici. La genesi della malattia è talmente complessa che è difficile attribuirne la responsabilità esclusivamente ad alcuni dei determinanti della salute .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In tal senso va prevista l'istituzione di un portale della salute finalizzato alla divulgazione ai cittadini di informazioni dai livelli istituzionali e dai professionisti sanitari riguardanti:

- a) gli elementi rilevanti per la tutela della propria salute, i rischi legati al genere e all'età, alle abitudini e agli stili di vita, all'ambiente di vita e di lavoro;
- b) le modalità più appropriate e sostenibili di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie;

- c) l'individuazione delle strutture di erogazione dei servizi richiesti e le modalità di prenotazione dell'accesso;
- d) ogni altro elemento utile alla gestione informata del proprio rapporto con il sistema sanitario

Va prevista inoltre la tenuta di un forum biennale della salute quale manifestazione che favorisce un confronto sistematico e strutturato fra tutti gli stakeholders del sistema sanitario regionale, consentendo a tutti gli attori istituzionali, ai professionisti ed ai cittadini di comunicare tra loro e di fare il punto della situazione sullo stato di salute dei lucani e sulla qualità dei servizi erogati.

Tale forum biennale potrà assumere la denominazione di Stati Generali della salute, sulla scorta della esperienza condotta nella fase di formazione del Piano e nelle successive fasi di confronto, e rappresentare lo strumento di partecipazione alla verifica di attuazione del Piano ed alla formazione del successivo.

Va altresì previsto l'impegno del Governo regionale a riferire al Consiglio regionale le attività svolte in attuazione del Piano ed il loro esito.

Obiettivi di salute

La definizione degli obiettivi di salute del Piano regionale non può non tener conto delle previsioni del Piano Sanitario Nazionale e, da ultimo, degli atti di intesa tra il Governo, la Regione e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di valutazione dei Piani regionali della prevenzione, di indirizzi per ridurre il carico di malattia del cancro, e per la riabilitazione, pubblicate sulla G.U. il 2 marzo 2011.

Come detto in precedenza l'U.E. ha invitato i governi nazionali a porre il tema della salute in tutte le politiche; ciò in quanto i determinanti della salute dipendono da molteplici fattori, da quelli individuali (biologici, comportamentali, psicologici) a quelli familiari, socio-economici, culturali, ambientali, per finire alle abitudini di consumo ed alla struttura della società.

Appare evidente che garantire una salute migliore ai cittadini richiede lo sforzo di più attori e non soltanto del mondo della sanità. In questo contesto sono comunque fondamentali le azioni di promozione della salute che, attraverso la prevenzione, il servizio sanitario può e deve sviluppare.

La Regione Basilicata ha da molti anni avviato attività di prevenzione secondaria attraverso lo screening di alcune patologie tumorali ed intende confermare e potenziare tali attività anche verso altre forme tumorali quali il cancro della prostata.

La lotta alle neoplasie unitamente ad un'attenzione particolare ai bisogni di salute della donna e del bambino ed alla tutela socio-sanitaria delle persone fragili diventano obiettivi prioritari di questo Piano integrato della salute per il prossimo triennio.

Nella lotta alle neoplasie fondamentale, oltre al ruolo della prevenzione, diviene l'aspetto della cura e riabilitazione che impone, anche alla luce degli indirizzi concordati a livello nazionale di cui sopra citati, un nuovo modello organizzativo coordinato e diretto dalla Regione che mette in rete sia i soggetti di elevata qualificazione, quali l'IRCCS CROB e l'Azienda Ospedaliera S. Carlo, sia gli altri ospedali della regione, sia i servizi domiciliari territoriali e gli " hospice".

Il coordinamento regionale assume funzioni di indirizzo generale e di definizione del piano oncologico nonché ruolo di indirizzo tecnico scientifico, di governo clinico e di monitoraggio delle attività assistenziali e di ricerca. In questo contesto una particolare attenzione va rivolta anche alle profonde

ripercussioni nella sfera psicologica, affettiva, familiare, sociale e sessuale sia del paziente che dei suoi familiari.

Il sistema sanitario regionale deve essere in grado di garantire il necessario supporto psicologico, come anche deve utilizzare il patrimonio di capacità umane, professionali ed organizzative espressione del volontariato, del settore non profit e più in generale del privato sociale.

L'attività di prevenzione primaria è rivolta sia alla tutela delle nuove generazioni che allo stato di salute di tutti i cittadini e si articola in azioni volte a combattere il fumo e l'abuso di alcol nonché a promuovere una alimentazione salubre e l'attività fisica, a combattere gli agenti infettivi oncogeni e l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro.

In questo ambito è fondamentale il coinvolgimento dei cittadini nella tutela della propria salute; la comunicazione diviene strumento di lavoro per il sistema salute e deve fornire risposte appropriate alla domanda crescente di informazione su salute e malattia. Il sistema sanitario regionale deve sviluppare un adeguato piano di comunicazione.

Sul versante della fragilità appare fondamentale proporre sistemi e processi funzionali alla presa in carico di una condizione diffusa specie nella popolazione anziana. Occorre promuovere l'integrazione tra gli aspetti sociali e sanitari in un "Percorso assistenziale integrato" che miri a coniugare obiettivi di salute, qualità di vita e supporto ai nuclei familiari interessati, in una ottica di integrazione dei servizi preposti e di una governance adeguata.

Sul piano più generale, come si è già detto, il servizio sanitario regionale deve aumentare il suo grado di attrattività, attraverso un maggiore protagonismo degli operatori, una rivisitazione dei propri modelli organizzativi, un diverso ruolo delle strutture e forme di partenariato con centri nazionali di elevata qualificazione che consentano, da un lato, una crescita professionale degli operatori, dall'altro, un livello di eccellenza atto a richiamare cittadini di altre regioni.

A questo proposito giova ricordare l'esperienza del CROB di Rionero con l'I.N.T. di Milano, che ha consentito dopo alcuni anni di lavoro comune il riconoscimento della natura di IRCCS alla struttura di Rionero e l'analoga esperienza con la Fondazione Don Gnocchi nel settore della riabilitazione.

La Regione ha inteso ed intende, per questo, sviluppare ulteriori forme di collaborazione con l'Ospedale Bambin Gesù di Roma e con la Fondazione IRCCS Stella Maris di Pisa, attraverso la Fondazione Stella Maris Mediterraneo per garantire elevati livelli di cura nel settore della pediatria ed in quello della neuropsichiatria infantile ed abbinare all'attività di assistenza quella di una ricerca altamente qualificata.

Nei capitoli successivi sono specificate le azioni e che il Piano intende sviluppare per il raggiungimento di questi obiettivi.

CAPITOLO 3 - STRATEGIE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.

L' integrazione socio-sanitaria rappresenta l'obiettivo specifico delle più recenti strategie delle politiche di salute e di benessere.

L'integrazione socio-sanitaria si inserisce, infatti, fra le "idee forti" che caratterizzano l'innovazione, assumendo un ruolo centrale nella programmazione, come "condizione essenziale per migliorare la efficacia degli interventi incidendo sulla continuità assistenziale; invertendo i rapporti fra ospedale e territorio, fra cure residenziali e domiciliari, fra medicina generale e specialistica".

La scelta dell'integrazione socio-sanitaria diviene, pertanto, il punto qualificante dell'offerta dei servizi alla persona. Essa favorisce un uso più efficiente delle risorse, con particolare riferimento alle risorse umane, consentendo il superamento delle forme più diffuse di settorialità che normalmente generano frammentazione degli interventi, aumento sostanziale dei costi per prestazioni spesso inappropriate ed insoddisfacenti. difficoltà di comunicazione fra gli operatori, sovrapposizioni o cadute di assistenza, persistenza di disuguaglianze nella fruizione dei servizi da parte dei cittadini, fra territori più serviti e territori marginali.

L'integrazione può ridurre sensibilmente l'insoddisfazione dei cittadini quando richiedono un servizio assistenziale. La persona e la sua famiglia hanno normalmente come interlocutori, singole figure professionali (sanitarie o sociali) appartenenti a servizi e ad amministrazioni diverse con cui interagiscono separatamente, in tempi diversi e sulla base di modalità relazionali difformi e separate. L'integrazione professionale può assicurare invece un gruppo di operatori di riferimento che agiscono concordemente, in una logica di erogazione unitaria e coordinata, a tutto vantaggio della qualità del rapporto con il cittadino.

Con la costruzione di un sistema integrato si possono superare le difficoltà dei cittadini spesso costretti a vagare da un servizio all'altro, alla ricerca della difficile combinazione di quei "pezzi di offerta" che complessivamente possono rispondere alle loro necessità. Gli sportelli unici integrati socio-sanitari e sociali possono facilitare il primo accesso al sistema, garantire una corretta "presa in carico" ed un accompagnamento nel percorso, a volte complesso, dell'intervento assistenziale.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è dunque una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita.

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

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

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

Le diverse forme dell'integrazione socio sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria quale obiettivo strategico del sistema regionale di welfare, deve essere perseguita a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo. Tali modalità, ispirate dai principi fissati dal Piano regionale, saranno declinate da specifiche disposizioni regionali che ne accompagneranno l'attuazione.

a) L'integrazione istituzionale

Con essa si identificano, nell'ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità dei vari soggetti istituzionali (Comuni, Province, Aziendasanitarie) che devono essere esercitate in modo coordinato ed unitario.

L'integrazione istituzionale costituisce la premessa essenziale della realizzazione degli interventi, ne formalizza le condizioni attuative attraverso l'assunzione di specifici impegni, sia rispetto ai contenuti della programmazione, che rispetto alle responsabilità della realizzazione.

b) L'integrazione gestionale

Essa si realizza attraverso l'interazione dei diversi soggetti istituzionali (Distretti, Ambiti) che tra loro si coordinano per progettare e gestire la rete integrata dei servizi, le risorse finanziarie e gli altri fattori produttivi.

Il percorso per l'integrazione gestionale deve coinvolgere realtà istituzionali a volte disomogenee nella loro capacità finanziaria ed operativa. Rafforzare la presenza e la crescita di tutte le diverse realtà istituzionali territoriali è dunque la premessa per l'avvio di un efficace processo di integrazione gestionale.

c) L'integrazione professionale

Con l'integrazione professionale si realizzano le condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di *equipe* multiprofessionali, sia mediante l'erogazione congiunta di attività ordinariamente afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

L'integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali, secondo un processo che si compone di due fasi fondamentali:

- la fase della presa in carico e della progettazione individualizzata;
- la fase della valutazione.

L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza della propria funzione, del proprio ruolo e delle attività svolte.

Pertanto, nella fase di attuazione del Piano regionale, sarà necessario:

1. Sviluppare una elaborazione comune fra servizi sanitari e sociali sulla base delle indicazioni regionali in ordine alle che devono essere erogate e agli aventi diritto.
2. Coordinare i programmi annuali di spesa sia per il versante sanitario che per quello sociale, con particolare riferimento ai programmi per l'erogazione di servizi garantiti su base universalistica e collegati alla graduale introduzione di livelli essenziali.

In termini operativi occorrerà:

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

CAPITOLO 4 - RIPENSARE IL RUOLO DELLE STRUTTURE

Il ruolo delle strutture del Servizio Sanitario regionale

Il Dipartimento

Se questi sono gli obiettivi del servizio sanitario regionale diviene fondamentale ripensare il ruolo delle strutture portanti del sistema e cioè: i dipartimenti, i distretti, gli ospedali.

Venendo ai dipartimenti si osserva in primo luogo, che la frammentazione dell'organizzazione dei servizi sanitari in un arcipelago di entità operative è sempre più entrata in conflitto con il progressivo prevalere dei problemi sanitari dei pazienti, per i quali si rende indispensabile un approccio integrato giocato da più attori che possono e devono costituire punto principale di riferimento delle pratiche cliniche e assistenziali in momenti diversi e, comunque, in modo predeterminato, concordato e coordinato.

In secondo luogo il nuovo assetto aziendale del sistema ha reso necessario riportare a sintesi un sistema di responsabilità prima polverizzato, introducendo forme di riorganizzazione delle gerarchie ed inoltre ha consentito di mettere a punto gli strumenti utili per l'erogazione concreta e compiuta della clinical governance, ovvero delle funzioni dirette a gestire virtuosamente il sistema di produzione delle cure sanitarie.

Infine al dipartimento deve essere attribuito il ruolo di motore dei processi di razionalizzazione dell'uso delle risorse , praticate sia attraverso la messa a punto di modalità decisionali innovative sul piano della condivisione dei fattori produttivi, sia attraverso l'ottimizzazione dei percorsi clinici.

Il Distretto: dal territorio alla comunità

Lo spostamento di attività dall'ospedale al territorio, che ha avvio con la legge di riforma sanitaria, n. 833 del 1978, non esaurisce la portata del cambiamento richiesto ai servizi territoriali che sono caratterizzati da specificità che seguono le dinamiche socio-culturali, demografiche, epidemiologiche e tecnologiche che si manifestano nel corso del tempo.

Una delle principali peculiarità dei servizi territoriali è relativa alla varietà dell'assistenza sanitaria erogata in tale ambito: a partire da attività di prevenzione e fino alla presa in carico stabile dei pazienti, soprattutto fragili, ai quali vengono erogate cure necessarie per mantenere il loro stato di salute nel tempo. Inoltre, alla componente sanitaria si affianca in maniera rilevante la componente socio assistenziale, indispensabile per garantire la continuità delle cure.

L'integrazione tra ambito sanitario, sociale ed assistenziale è spesso così forte da rendere inscindibili prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. Il modello delle cure primarie deve ispirarsi ad alcuni elementi essenziali che devono riguardare da un lato la promozione del lavoro medico ed assistenziale in team, per affrontare i bisogni di coordinamento clinico, educativo, comportamentale e di cure dei pazienti con malattie croniche e dall'altro favorire una partnership tra medico e paziente nel processo di cura e quindi una compartecipazione nella definizione della strategia terapeutica.

Importante a questo livello è la costituzione di sistemi integrati di erogazione di servizi sanitari che programmano in maniera congiunta i servizi ospedalieri, l'attività delle strutture riabilitative e di lungodegenza, i servizi a domicilio e tutte le altre attività territoriali. Il distretto è dunque il fulcro del sistema delle cure territoriali.

Sino ad ora l'unità operativa dettava al bisogno espresso dal cittadino, le sue necessità; ora è il bisogno, la persona, la "situazione", la "contingenza" a dettare all'unità operativa le proprie condizioni.

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

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

L'intento è il superamento delle barriere, che sono innanzitutto culturali e poi di antiche prassi, che ostacolano la relazione tra i professionisti sanitari di diversa estrazione (ospedale e territorio). L'obiettivo è definire la centralità dell'utente e il suo diritto di avvalersi del complesso delle attività senza interruzione temporale o spaziale e che definisca senza alternativa l'obbligo della continuità e quindi dell'integrazione tra attività ospedaliere e distrettuali

Il distretto di comunità

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

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

Il distretto di comunità è una sorta di "cassetta degli attrezzi" al servizio della sussidiarietà, che mette a disposizione della comunità l'intero sistema di funzioni sanitarie. In questo modo è possibile ripensare la divisione tra ospedale e territorio. Il distretto di comunità ricolloca, finché possibile, la cura in prossimità del luogo di vita del cittadino.

Il distretto è anche e soprattutto il luogo della presa in carico dei bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali del cittadino.

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

Nel distretto di comunità vanno funzionalmente collocate:

- l'assistenza primaria;
- l'assistenza farmaceutica di comunità;
- le cure domiciliari;
- la residenzialità;
- la semiresidenzialità;
- la specialistica ambulatoriale e protesica;
- la riabilitazione e il recupero delle disabilità;
- le forme di competenza distrettuale delle reti e dei servizi dedicati
- le funzioni specialistiche fornite dai servizi ospedalieri proprie dei percorsi assistenziali e dei processi di continuità terapeutica.

Distretto quale sistema di snodi e di vettori

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

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

Questo sistema collocava i servizi in due forme di separatezza: per livelli e in ciascun livello.

Oggi questo sistema di cose si è palesemente dimostrato dispendioso e spesso inefficace .

Contestualmente i grandi cambiamenti culturali e sociali hanno spinto i sistemi sanitari ad invertire la logica, cioè i servizi ad adattarsi ai bisogni del cittadino assumendone la centralità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il distretto si deve dotare di quello che non ha, cioè di una vera e propria cabina di regia, che regoli i transiti, i percorsi, i passaggi, gli ingressi, le azioni comuni sociali e sanitarie, la collocazione dell'assistenza, delle prestazioni, degli operatori.

Tra comunità ed ospedale il distretto diventa un passaggio strategico e non più un semplice insieme di unità operative, di servizi, in ogni caso separati sia rispetto alla comunità, sia rispetto all'ospedale.

Il distretto quale cabina di regia

Se il distretto è un sistema di vettori rivolti verso la comunità e verso l'ospedale, esso ha bisogno di coordinazione e nello stesso tempo di programmazione.

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

Coordinare le tante attività significa disporre di una centrale operativa che abbia sotto gli occhi il quadro delle situazioni e sia in grado di governare il sistema e la sua riprogrammazione costantemente.

Da qualche decennio la letteratura documenta le esperienze in USA ed in Europa del "care management" e del "case management", che sono null'altro che sistemi assistenziali basati sulla continuità delle cure, sui percorsi assistenziali, sulla gestione del caso, sull'assistenza tarata su traiettorie assistenziali.

Il sistema (care management) provvederà a:

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

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

Al distretto giungeranno richieste, segnalazioni, informazioni sui passaggi e sui transiti dei malati nelle loro traiettorie assistenziali, sugli interventi da fare in tempo reale, sui servizi disponibili, sulle professioni disponibili, sulla "tracciabilità" dei percorsi messi in atto. Il distretto si potrà avvalere di

tecnologie telematiche per l'informazione e per le istruzioni che dovrà trasmettere, avvalendosi di sistemi informatici.

Organizzazione del distretto di comunità.

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

Esso sarà quindi costituito:

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

La dirigenza del distretto di comunità.

Sulla dirigenza va posta con forza la questione del modo di dirigere un distretto di comunità e dei requisiti necessari per farlo.

La differenza che intercorre tra amministrare un distretto e governare le relazioni distrettuali è la stessa che passa tra una visione verticale di tipo gerarchico e una visione orizzontale multifunzionale che contestualmente coordina strumenti diversi tra loro, sulla base di un spartito a cui tutti devono comunque riferirsi.

Il direttore di distretto deve essere, di fatto, un coordinatore di processi per favorire la partecipazione della comunità, e per definire le partnership con i servizi.

L'Area della Cronicità: il Chronic Care Model

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

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

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

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

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

Nella gestione della cronicità vengono individuati i seguenti percorsi assistenziali:

- Diabete mellito;
- Scompenso cardiaco;
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- Demenza e Malattie neurodegenerative;
- Disabilità da ictus e Osteoartropatie cronico-degenerative;
- Insufficienza renale cronica;
- Patologia oncologica;

Dall' Ambito sociale di zona all'Ambito Socio-Territoriale

A fronte di una impostazione di metodo e di strategia sicuramente allineata all'orizzonte della legge n. 328/2000, il Piano Socio-Assistenziale Regionale 2000-2002 ha comprensibilmente risentito di una fase faticosa di *start up*, soprattutto per la ristrettezza delle risorse finanziarie, ma anche per l'insieme delle operazioni organizzative necessarie, dalla costituzione degli ambiti sociali di zona all'attivazioni degli uffici sociali comunali, dal rodaggio delle gestione amministrativa associata all'effettuazione dei procedimenti di gara per l'affidamento dei servizi.

Fino all'emanazione della Legge Regionale n. 4/2007, La Regione Basilicata, non aveva prodotto una legge di recepimento e di attuazione della legge n. 328/2000.

Inoltre, ad appena un anno dall'approvazione della legge n. 328, è stata varata la legge costituzionale n. 3/2001 di modifica del Tit. V della seconda parte della Costituzione, che attribuisce alle Regioni la potestà legislativa in tutte le materie non riservate allo Stato ed espressamente enumerate all'art. 117, commi 2 e 3: materie che non ricomprendono quella socio-assistenziale.

Occorreva, quindi, affrontare il tema di un più convinto riorientamento delle politiche pubbliche nel senso del principio della sussidiarietà orizzontale, consacrato dall'art. 118 u.c. Cost., ossia della definitiva 'rottura' del monopolio statale in materia di produzione di beni e servizi di interesse sociale e della riconfigurazione delle pubbliche funzioni.

Il modello di *welfare* cui si ispira la L.R. 4/2007 risponde ad un'idea di sviluppo regionale in quanto punto di equilibrio, sostenibile nel medio-lungo periodo, tra economia di mercato, democrazia partecipativa e coesione sociale, ossia come strategia di investimenti nelle risorse di fiducia e di socialità, nel capitale sociale e relazionale, avendo comunque riguardo all'efficienza delle gestioni ed al controllo dei costi.

Tale modello adotta la figura e la logica della rete territoriale, animata da una *governance* della cooperazione interistituzionale e dell'integrazione tra pubblico e privato-sociale.

Il principale obiettivo di questa legge è quello dell'integrazione sociosanitaria essendo facilmente dimostrabile come i contesti istituzionali ed amministrativi frammentati non agevolino l'implementazione di politiche attive.

A tale scopo, essa dispone forme vincolate di cooperazione tra i Comuni e le ASL, attraverso l'unificazione della programmazione e gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, e riscopre ed esalta la funzione del Distretto di Comunità quale struttura-chiave del processo di integrazione e, di conseguenza, della riforma dell'assetto dello stesso Sistema Sanitario Regionale.

Organizzazione dell'Ambito Socio-Territoriale

Il governo locale delle politiche sociali compete ai Comuni associati negli Ambiti Socio- Territoriali , la cui Conferenza Istituzionale dei Sindaci individua un Comune Capofila.

L'Ambito Socio-Territoriale, territorialmente coincidente con il Distretto della Salute e l'Area Programma costituita ai sensi dell'art.23 della L.R. 30 dicembre 2010, n.33, con la DGR n.246/2012, rappresenta un'area omogenea ed ottimale del territorio regionale per la gestione associata dei servizi alla persona e alla comunità.

A supporto dell'Ambito Socio-Territoriale è prevista una tecno-struttura con funzioni di coordinamento e di gestione amministrativa del Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari (PISS): l'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario. Esso si integra con le funzioni del Distretto di Comunità e dell'Ufficio Comune dell'Area Programma.

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

All'Ufficio di Piano competono le seguenti funzioni:

- Programmazione e Pianificazione;
- Gestione Tecnica e Amministrativa;
- Monitoraggio e Valutazione.

Il Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio- Sanitari è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute e di benessere della popolazione.

CAPITOLO 5 - RIPENSARE L'OSPEDALE

Dalla deospedalizzazione alla ri-spedalizzazione

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

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

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

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

Nella riprogettazione della rete ospedaliera è necessario tenere conto di alcuni importanti fabbisogni:

1. sicurezza e qualità delle prestazioni;
2. accessibilità;
3. efficienza;
4. prevenzione dell'intervento ospedaliero;
5. reattività;

6. equità.

Il raggiungimento della maggior parte di questi fabbisogni implica una necessaria riorganizzazione dei servizi territoriali. La garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni dipende da diversi fattori ed in particolare dalla concentrazione della tecnologia e della casistica in sedi con un adeguato bacino di pazienti, in modo da favorire la specializzazione delle équipes mediche. Ciò in particolare per alcune specifiche tipologie di prestazioni di alta specialità quali la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la chirurgia oncologica e vascolare e di trapianto, in altri casi quale quello dei punti nascita l'OMS raccomanda che le strutture effettuino almeno 500 parti l'anno per mantenere le sicurezze necessarie.

Inoltre la concentrazione delle tecnologie e dell'équipes in alcuni ospedali è sostenuta anche da ragioni economiche.

La multidisciplinarietà dell'approccio medico è raggiungibile anche attraverso network clinici, non necessariamente con la concentrazione dei team medici in un unico luogo fisico.

L'accessibilità è determinata presso i presidi di prossimità di alcune importanti funzioni come il pronto soccorso di primo livello, ambulatori, day hospital, diagnostica e riabilitazione. Si tratta in sostanza di mantenere in aree più distanti dai grandi centri strutture orientate al soddisfacimento anche di bisogni complessi, connesse alla rete territoriale, orientati ad un ambito di trattamento della cronicità ed in assenza di quella condizione di acuzia alla quale sono chiamati i presidi sede di PSA

Tali strutture possono vedere l'integrazione tra MMG e specialisti e contribuire all'accessibilità con prestazioni ambulatori generiche e specialiste anche con il supporto di attrezzature complesse. Il recupero di efficienza comporta una riduzione della durata della degenza in ospedale attraverso lo sviluppo di assistenza post- intervento negli ospedali distrettuali ovvero presso strutture intermedie.

La ricerca di maggiore efficienza comporta anche la necessità di investire nella prevenzione spostando risorse verso l'assistenza territoriale e domiciliare in considerazione dei cambiamenti demografici ed epidemiologici della popolazione che presenta di più problemi di salute cronici.

Gli ospedali inoltre devono manifestare una maggiore reattività, ossia capacità di rispondere in anticipo al cambiamento dei bisogni sanitari dei pazienti, attraverso una organizzazione flessibile in grado di adeguarsi rapidamente.

L'equità si può garantire come già detto attraverso una riqualificazione del sistema che da un lato concentri in alcune strutture i trattamenti più complessi e dall'altro i servizi sanitari di media e bassa complessità negli ospedali di prossimità con una programmazione dei servizi ospedalieri integrata con quella degli altri servizi territoriali.

La progressiva riduzione dei posti letto rende necessario una serie di interventi ed in particolare:

- una riduzione dell'ospedalizzazione inappropriata da pronto soccorso e non urgente attraverso la funzione di posti letto di osservazione breve;
- una ottimizzazione nell'utilizzo dei posti letto attraverso una maggiore flessibilità attraverso la condivisione con più discipline nell'ottica precipua della filosofia dipartimentale;
- una riduzione della degenza media grazie ad una gestione delle dimissioni integrata con i servizi territoriali e le strutture intermedie;
- il potenziamento delle strutture alternative al ricorso ospedaliero
- l'integrazione ospedale – territorio attraverso il modello delle reti
- una riduzione della degenza media grazie ad una gestione delle dimissioni integrata con i servizi territoriali e le strutture intermedie;
- il potenziamento delle strutture alternative al ricovero ospedaliero.

Due gli indirizzi di fondo di questo Piano:

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

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

I due predetti indirizzi di fondo potrebbero trovare piena applicazione attraverso la realizzazione, in alcune aree territoriali, dell’Ospedale Unico sulla scorta di quanto stabilito dall’art 4, comma 7, della L.R. n. 12/2008 sul riordino del sistema sanitario regionale.

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

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

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

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

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

Per tali ragioni questo Piano stabilisce:

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

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

In tal senso, appare evidente il ruolo che l'azienda ospedaliera S Carlo ha svolto negli anni, all'interno del S.S.R. Tale ruolo dovrà avere ulteriori occasioni di rafforzamento e di caratterizzazione, sia nei suoi momenti di cura, che nelle modalità di organizzazione delle stesse.

CAPITOLO 6 - RETI QUALI SISTEMI INTERCONNESSI PER LA SALUTE

Reti distrettuali, interdistrettuali, ospedaliere, interospedaliere

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

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

L'organizzazione dei servizi si basa sugli stessi presupposti dei sistemi dipartimentali interconnessi, con la differenza che le reti allargano la multiresponsabilità sui processi.

Nell'attuale contesto sanitario, il bisogno assistenziale descrive il "caso" di cui prendersi cura, che in genere non è mai riduttivamente clinico, ma implicato con contingenze sociali, situazioni esistenziali, specificità individuali.

Le reti non vanno intese semplicemente come somme di prestazioni, e meno che mai come semplici estensioni cliniche, ma come corsie preferenziali nelle quali viaggiano le persone che esprimono un bisogno..

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

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

Alla base della programmazione e della organizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete.

Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione coordinata fra le singole unità produttive, all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento assistenziale loro affidato.

Per comprendere la dinamica di tali "corsie preferenziali", è sufficiente pensare nel seguente modo: la situazione, il bisogno, la necessità del malato costituiscono le condizioni iniziali da cui parte l'evoluzione dei trattamenti e dell'assistenza verso un grado sempre più alto di appropriatezza.

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

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

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

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

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

I modelli operativi

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

I modelli organizzativi che il Programma propone di adottare sono:

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

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

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

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

I percorsi di cura, ovvero le "corsie preferenziali" delle reti

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

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

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

- valutazione;
- presa in carico/pianificazione;
- comunicazione/informazione/consenso/educazione;
- sicurezza;
- indagini diagnostiche;
- consulenze;

- terapia medica;
- terapia chirurgica;
- interventi e procedure assistenziali, socio – assistenziali e sociali.

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

Generalmente vengono individuate le seguenti fasi così articolate :

Fase I: Accesso e presa in carico

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

Fase II: Cura e trattamento

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

Fase III: Dimissione e follow-up

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

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

CAPITOLO 7 - LA STRATEGIA PER IL CAMBIAMENTO

Fra gli obiettivi qualificanti del presente piano vi è quello di pervenire ad un cambiamento del sistema sanitario sviluppando una nuova logica organizzativa e negli operatori una maggiore consapevolezza del proprio ruolo.

La strategia per pervenire alla realizzazione dell'obiettivo si fonda sull'introduzione del governo clinico, su adeguate politiche di formazione ed attraverso lo sviluppo del ruolo della ricerca quale prassi quotidiana di lavoro.

Governo clinico e management diffuso

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

La questione, quindi, merita una puntualizzazione.

Essa riguarda il ruolo degli operatori nel governo della complessità.

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

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

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

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

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

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

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

La Formazione

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

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

Il ruolo della formazione appare quanto mai primario per accrescere competenze e professionalità per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale, allo scopo di garantire migliori servizi agli utenti, e per modificare la cultura organizzativa e quindi gli atteggiamenti degli operatori. Nella prospettiva di una sanità sempre più qualificata la formazione manageriale continua a rappresentare punto di forza della programmazione regionale in quanto si configura come strumento indispensabile per coloro che ricoprono le alte cariche dirigenziali all’interno servizio sanitario regionale.

Accanto a tale formazione , particolare attenzione deve essere dedicata da un lato alla dirigenza gestionale e dall’altro alla preparazione specialistica ed all’aggiornamento dei medici e degli altri professionisti sanitari. La rilevazione del fabbisogno è il primo passo verso la definizione degli interventi formativi volti a garantire le risorse umane e professionali necessarie al funzionamento del servizio sanitario.

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

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

La qualità della cura, termine che assume di volta in volta significati diversi a seconda dei contesti in cui viene usato, è determinata dal modo in cui le risorse umane, tecnologiche, organizzative vengono usate e questo riflette i modelli cognitivi, affettivi e comportamentali delle persone coinvolte: in definitiva, la loro formazione. In questo modo si passa da un contesto in cui il sistema di gestione per la qualità si aggiunge al lavoro quotidiano ad uno in cui il lavoro quotidiano diventa il sistema di gestione per la qualità.

Non ci può essere qualità delle prestazioni sanitarie senza un coinvolgimento attivo del cittadino nelle scelte che riguardano la propria salute; di qui la necessità di una formazione adeguata per il paziente, perché questi possa avvalersi del proprio diritto/dovere a che queste scelte siano partecipate e consapevoli.

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

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

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

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

Il ruolo che assume il servizio sanitario nel perseguimento degli obiettivi di salute con lo strumento della programmazione non può prescindere da quello affidato alla formazione del personale ai vari livelli di intervento, diffondendo la consapevolezza della centralità del cittadino-utente e delle problematiche etiche connesse alla sua esistenza, garantendo un approccio multidimensionale con percorsi formativi integrati per percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali, contribuendo a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio e le capacità manageriali e relazionali, nonché produrre cambiamenti efficaci per migliorare la qualità e dell'assistenza.

Metodologia formativa

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

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

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

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

Competenze, abilità, sensibilità

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

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

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

Le competenze professionali di base sono definite negli ambiti:

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

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

Un *autore* è un insieme di queste cose:

- cultura ed esperienza professionale;
- competenza e abilità tecnico-operativa;

- abilità Relazionale;
- competenza gestionale.

Azioni e obiettivi nel triennio

Nel prossimo triennio è necessario sostenere ed implementare il processo di accreditamento per tutti i singoli professionisti che ne garantisca l'idoneità ad erogare assistenza nei diversi settori. Ciò rende indispensabile lo sviluppo del sistema ECM Regionale in stretta collaborazione con l'Agenas. Contestualmente dovrà dare avvio ad un nuovo sistema informativo che interfacciandosi con quello regionale consente la trasferibilità dei dati tra tutti i diversi attori del sistema, e che si è in grado di produrre:

- l'accREDITamento on-line dei provider;
- l'inserimento dei Piani formativi e di singoli eventi/progetti;
- la costruzione di un'anagrafe formativa del personale dipendente, convenzionato e libero-professionista, al fine della registrazione dei crediti formativi;
- la costituzione ed il funzionamento di un Osservatorio regionale sulla qualità della formazione, in collaborazione con gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali;

Particolare importanza assume il consolidamento del rapporto della Regione con il mondo dell'università nell'ambito della formazione. Occorre inoltre avviare percorsi rivolte alla classe dirigente per conseguire quei mutamenti di fondo del sistema sanitario che sono obiettivo prioritario del triennio. Occorre infine avviare accanto alla formazione di base degli operatori sanitari e socio sanitari corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per far fronte alle crescenti esigenze di assistenza e di un diverso impiego delle risorse infermieristiche.

Ricerca

Come detto in precedenza la ricerca non è limitata alla pianificazione di studi clinici secondo metodologie codificate ma, intesa come dimensione fondamentale della prassi quotidiana nelle attività di erogazione dell'assistenza, interessa tutte le componenti ed i modelli dell'organizzazione di un'Azienda Sanitaria, ed è finalizzata alla valutazione ed al miglioramento continuo degli stessi.

L'integrazione della ricerca, anche in collaborazione con altre qualificate istituzioni esterne all'Azienda, con la formazione e l'innovazione tecnologica ed organizzativa nei percorsi di cura è uno strumento finalizzato allo sviluppo ed alla diffusione delle conoscenze.

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

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

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

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

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

Health technology assessment

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

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

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

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

L'affrontare un problema di così grande complessità implica l'impegno ed uno sforzo di competenze molto diverse e provenienti dal versante degli operatori sanitari, dei decisori politici e dei ricercatori nelle aree cliniche, economiche, statistiche ed ingegneristiche.

L'interdisciplinarietà rappresenta il primo e più rilevante carattere di qualsiasi metodo di valutazione dell'appropriatezza delle tecnologie in campo sanitario.

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

Lo strumento che meglio riesce a sintetizzare tutti questi aspetti è l'Health Technology Assessment (HTA) – processo di analisi multidisciplinare di efficacia, sicurezza, costo, rapporto costo / efficacia, utilità, applicabilità e conseguenze sociali, economiche ed etiche di un determinato programma o tecnologia utilizzata a scopi assistenziali - poiché utilizza un approccio multi-disciplinare, multi professionale e multi-settoriale a supporto dei decisori. Lo scopo fondamentale che si persegue nell'applicazione della metodologia HTA è di veicolare le informazioni scientifiche ai decisori politici, attraverso specifici report in cui si utilizza un linguaggio chiaro, attraverso un processo rigoroso, sistematico e trasparente.

L'attività di HTA servirà quindi a documentare in maniera scientifica l'impatto delle nuove tecnologie e di valutare l'opportunità di abbandonare quelle ormai obsolete, più costose e meno sicure.

Rischio clinico, contenzioso, costi assicurativi e medicina legale

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

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

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

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

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

Per tutte queste ragioni è opportuno che accanto a misure di formazione, di ripensamento dei servizi si preveda contestualmente una sorta di riuso di quella funzione definita genericamente "*medicina legale*" e che a tutt'oggi, nonostante i problemi relativi al contenzioso legale, riveste, suo malgrado, un'indebita posizione ancillare e residuale.

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

In questo contesto va rivalutato il ruolo della Medicina Legale, delle Direzioni Sanitarie, dell'URP e dell'Ufficio Legale. Una reinterpretazione in chiave plastica e moderna di strutture divenute un po' troppo rigide e per molti versi sottoutilizzate che possono integrarsi in gruppi di "gestione del rischio clinico".

Il coinvolgimento diretto degli operatori e degli utenti nelle problematiche modificherà ruoli, compiti e funzioni di molte strutture storicamente molto distaccate dalle esigenze delle linee operative.

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

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

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

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

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

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

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

Peraltro, i crescenti costi assicurativi da un lato ed il fatto che la gestione reale del rischio ordinario, rientrando nei limiti di franchigia, sia già in carico alle Aziende dall'altro inducono a valutare l'opportunità di attuare possibili modelli auto assicurativi, fondati sull'accantonamento dei fondi attualmente destinati a remunerare i contratti esterni di assicurazione per responsabilità civile verso terzi. La valutazione statistica dei rischi e dei sinistri effettivamente verificatisi potrà indicare l'opportunità o meno di mantenere rapporti assicurativi esterni per i grandi rischi.

La creazione di un Dipartimento Interaziendale per la gestione dei sinistri rappresenta la forma organizzativa attraverso la quale conseguire gli obiettivi sopra indicati.

Il dipartimento avrà la funzione di analizzare e valutare le richieste di risarcimento, sulla base dell'attività istruttoria effettuata dai competenti uffici delle singole Aziende e su quella disposta dallo stesso Dipartimento, e di formulare una proposta da sottoporre alla valutazione di uno "loss adjuster" esterno.

Al Dipartimento competerà, tra l'altro, di:

1. interagire con i soggetti coinvolti ogni qualvolta si verifichi un fatto che importi la tutela oggetto del presente regolamento;
2. valutare, se non espressamente individuato nella richiesta di risarcimento, la presunta entità economica dell'ammontare del danno;
3. valutare la fondatezza o meno delle richieste di risarcimento e, se ritenute fondate, procedere alla gestione dell'iter istruttorio;
4. contribuire ad individuare, le situazioni potenzialmente rischiose al fine di prospettare le soluzioni più idonee per il loro superamento;
5. contribuire a promuovere tra gli operatori, attraverso reports periodici di analisi degli eventi valutati, la "cultura del rischio" al fine di individuare all'interno i rischi e ridurre il loro impatto attraverso soluzioni efficaci ed economicamente sostenibili;

Il Dipartimento, inoltre, potrà supportare le Aziende regionali nell'attività di mediazione di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n.28 recante "Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n.69 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali".

Il "loss adjuster" potrà analizzare le risultanze cui è pervenuto il CIGS, confermando o riducendo l'entità della proposta del DIGS, valutare la possibilità di soccombenza in un eventuale giudizio e quantificando definitivamente il danno ai fini della proposta transattiva e della riserva da iscrivere in caso di reiezione della richiesta.

Occorrerà istituire, altresì, un Comitato Interaziendale Valutazione Sinistri (CIVS) con il compito di valutare definitivamente la proposta conclusiva formulata dal loss adjuster.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale

Il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona ed alla Comunità 2012 – 2015, è stato elaborato in condizioni di finanza pubblica complesse ma non ancora caratterizzate dalle misure proposte dal Decreto Legge n. 95/2012, cosiddetto sulla spending review, attualmente all'esame del Parlamento, che, se confermate nei contenuti attuali, determineranno una drastica riduzione delle risorse disponibili già a partire dal 2012.

Tuttavia le misure di cui al citato DL 95 non interferiscono con le politiche contenute nel presente Piano ; quanto agli aspetti quantitativi definiti dal Piano stesso, si è provveduto ad adeguare gli standard dei posti letto per acuti, portandoli dal 3,3 al 3 per mille residenti.

D'altro canto al programmatore regionale non sfugge la diversa valenza e la differente finalità che distinguono un provvedimento, qual' è il DL 95/2012, finalizzato alla eliminazione delle diseconomie di sistema " con invarianza dei servizi ai cittadini ", da un atto di pianificazione che mantiene fermi gli obiettivi di salute e declina i metodi per perseguirli con appropriatezza e nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e che proprio l'estrema variabilità delle contingenze di finanza pubblica porta a ritenere ancora più necessario per definire una strategia regionale tale da consentire a tutti i livelli di governo coinvolti di agire in modo coordinato anche rispetto agli effetti delle dinamiche economiche. La sostenibilità del SSR, quale principio e valore chiave di questo Piano, si basa sulla necessità di un equilibrio tra risorse disponibili e costi del servizio sanitario suddivisi per singolo livello di assistenza, così come individuato dalla normativa nazionale e regionale. Analizzando l'andamento delle risorse destinate al servizio sanitario nazionale si rileva che l'ultimo quindicennio è stato contrassegnato da un notevole incremento della spesa sanitaria pubblica in termini assoluti e in valore percentuale sul prodotto interno lordo. Tale crescita di per sé non può considerarsi un fatto negativo, anzi costituisce un elemento distintivo, un segno di civiltà e di progresso per un Paese che destina una quota crescente di risorse alla tutela di un bene prezioso ed insostituibile quale è la salute.

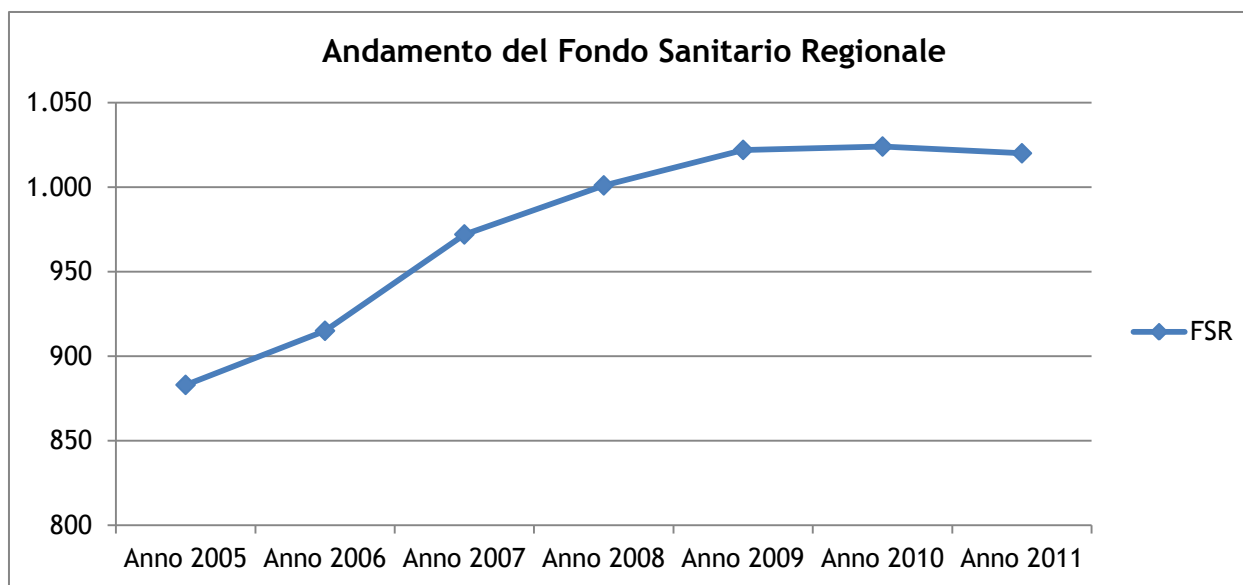
L'incremento della spesa sanitaria pubblica può divenire un problema nel momento in cui esso non è più compatibile con le risorse disponibili. La spesa sanitaria pubblica italiana è pari, nel 2009, al 7,28% del PIL; la spesa Sanitaria della Regione Basilicata e del Sud assorbono invece rispettivamente il 9,45% e il 10,09% del proprio PIL. Tale dato deriva dal fatto che, a fronte di una dinamica della spesa sanitaria crescente in modo significativamente superiore alla media nazionale, quella del PIL della Regione si dimostra particolarmente fragile e sensibile alla congiuntura economica. Circa poi la composizione di tale dato occorre evidenziare che la spesa privata è inferiore alla media nazionale (Fonte Rapporto CEIS 2011).

Occorre infine evidenziare che nell'ultimo anno il FSN è cresciuto di meno dell'1% mentre il FSR è diminuito dello 0,39%. Si è assistito, infatti, ad una generale contrazione, in termini reali, delle risorse destinate a livello nazionale alla Sanita, diminuzione che per la Regione Basilicata, in virtù soprattutto della riduzione della popolazione residente, assume, in termini reali, dimensioni rilevanti.

Tabella 1 : Andamento FSR Regione Basilicata

	<u>Anno 2005</u>	<u>Anno 2006</u>	<u>Anno 2007</u>	<u>Anno 2008</u>	<u>Anno 2009</u>	<u>Anno 2010</u>	<u>Anno 2011</u>
FSR	883	915	972	1.001	1.022	1.024	1.020

Valori in €/000



A fronte di una riduzione del FSR, sia in termini di quota di accesso che in termini assoluti, è cresciuto, il livello di copertura/integrazione del FSR assicurato dalla Regione con Risorse proprie, che si è reso necessario al fine di assorbire quantomeno l'incremento dei costi dovuto alla solo tasso di inflazione.

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

Con riferimento, poi, alla spesa suddivisa per singolo livello di assistenza si evidenzia, nel corso degli ultimi anni, un graduale riposizionamento della spesa verso gli obiettivi programmatici nazionali come si evince dalla tabelle di seguito riportate.

Tabella 2 : Spesa Effettiva FSR anno 2010

<u>Livello di Finanziamento</u>	<u>Spesa 2008</u>	<u>Spesa 2009</u>	<u>Spesa 2010</u>	<u>Obiettivo</u>
<u>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</u>	6,1%	5,9%	4,7%	5%
<u>Assistenza distrettuale:</u>	45,9%	48,5%	49,6%	51%
<u>Assistenza ospedaliera</u>	46,4%	48,2%	45,7%	44%

La Regione Basilicata ha avviato, infatti, a partire dal 2008 un notevole processo di riforma dell'assetto istituzionale, organizzativo, economico e finanziario, che ha coinvolto tutti i soggetti del SSR.

Il risultato sinergico generato dal dispiegarsi degli effetti delle diverse azioni poste in essere (Riduzione delle ASL, Riconoscimento dell'IRCCS, Riorganizzazione del SSR etc...) ha portato un incremento dei livelli di qualitativi delle prestazioni del SSR che trova riscontro in una graduale e costante riduzione del saldo di mobilità.

Tipologia prestazione	2006		2007		2008		2009		2010	
	NUM	IMPORTO	NUM	IMPORTO	NUM	IMPORTO	NUM	IMPORTO	NUM	IMPORTO
Ricoveri ospedalieri e day hospital	12.018	37.946.023	11.509	36.655.040	10.367	37.186.354	8.604	32.675.927	8.727	28.084.810
Medicina generale	3.732	567.434	7.433	522.359	6.245	537.919	9.129	558.239	6.813	540.354
Specialistica ambulatoriale	102.776	-226.680	75.161	-554.137	149.800	-430.004	99.241	-1.284.475	85.442	-1.804.108
Farmaceutica	73.009	850.492	68.739	713.335	70.126	617.891	96.284	899.492	93.906	838.510
Cure termali	-8.697	776.783	-11.507	788.321	2.991	1.112.209	-9.890	1.140.665	-9.043	1.130.937
Somministrazione diretta di farmaci	-1.488	2.324.339	3.598	3.012.572	3.710	3.167.005	10.090	3.755.401	9.656	2.918.953
Trasporti	-1.084	-288.668	-1.229	-579.150	-1.305	-556.193	-1.105	-523.960	-1.307	-723.547
Saldo in Euro	-	41.949.723	-	40.558.339	-	41.635.180	-	37.221.289	-	30.985.908

Linee programmatiche future per il Finanziamento del FSR

Il fabbisogno regionale è costituito dalle risorse destinate dal livello statale e da una necessaria ed adeguata integrazione di risorse regionali necessarie alla copertura del fabbisogno regionale, in una prospettiva di graduale riduzione della quota finanziata da risorse integrative regionali.

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

- 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- 51% per l'assistenza distrettuale;
- 44% per l'assistenza ospedaliera.

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

Questo orientamento programmatico teso alla razionalizzazione della spesa sanitaria in un contesto di risorse decrescenti (sia in termini di quote di accesso al FSN che in termini assoluti) richiede necessariamente interventi strutturali come quelli individuati dall'art. 20 della LR 17/2011.

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

In tale contesto le scelte di tipo finanziario che la Regione Basilicata intende operare per il triennio futuro saranno orientate al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Destinare interamente il FSR alle aziende sanitarie del SSR;
- Assicurare in termini programmatici le risorse ai singoli livelli essenziali di assistenza in conformità alle indicazioni programmatiche nazionali;
- Riconoscere un finanziamento integrativo all'IRCCS CROB quale centro di riferimento regionale per la ricerca e la cura in ambito oncologico, a valere sul Fondo Accantonamento di cui all'art. 9 della LR 34/95
- Riconoscere un finanziamento integrativo all'AOR San Carlo quale Azienda Ospedaliera di riferimento regionale, a valere sul Fondo Accantonamento di cui all'art. 9 della LR 34/95
- Promuovere l'integrazione ospedale-territorio;
- Finanziarie adeguatamente le funzioni assicurate dai singoli attori del SSR, con particolare riferimento al Servizio di Emergenza -Urgenza.

TITOLO II TUTELE SOCIO SANITARIE

CAPITOLO 1- LA PREVENZIONE: I DIPARTIMENTI

La promozione della salute si compendia in una serie di azioni e di politiche che vedono impegnati diversi attori istituzionali in una logica di integrazione volta a migliorare gli ambienti di vita e di lavoro, le condizioni socio economiche ed in definitiva a migliorare i comportamenti, gli stili di vita delle persone tutto ciò è stato ben individuato nel programma nazionale che ha preso il nome di "Guadagnare salute".

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

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

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

Questo Piano ritiene necessario rilanciare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso:

- l'adeguamento strutturale al nuovo assetto istituzionale della sanità lucana, fissato dalla L.R. 12/2008 nonché di quanto previsto dal D.Lgs. 229/99 e dalle linee guida nazionali sui Dipartimenti di Prevenzione e quindi:

- la definizione del relativo modello organizzativo dipartimentale, in un'ottica di team multidisciplinare, nel rispetto delle singole professionalità;
- Il raggiungimento degli obiettivi di salute del programma "Guadagnare salute" di cui al DPCM del 4/5/2007

A tal fine è obiettivo del Piano la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nelle due Aziende sanitarie provinciali (ASP e ASM) secondo il Piano regionale approvato con DGR n. 2252 del 23.12.2010.

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

I Dipartimenti di Prevenzione divengono pertanto essenziali per la predisposizione condivisa dei Piani di Salute, delle Mappe di Rischio e delle strategie per la pianificazione degli interventi di prevenzione nel campo della sanità umana ed animale.

CAPITOLO 2 - IL DISTRETTO DI COMUNITA'.

Il Distretto di comunità come si è già detto nei paragrafi precedenti è il più importante sistema interconnessionale di una azienda sanitaria.

Le questioni peculiari che riguardano il distretto sono:

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

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

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

2.1 - IL CONSULTORIO: NECESSITA' DI UNA TRANSIZIONE ORGANIZZATIVA

Il consultorio è un servizio istituito con legge nazionale con una sua precisa identità e configurabile all'incirca come un presidio ambulatoriale ed organizzato in quanto tale.

Questo ha permesso una certa organizzazione che è evoluta fino a teorizzare più recentemente una rete consultoriale. Oggi il problema che si pone è di inserire il consultorio dentro un sistema interconnesso

più ampio che includa tutto quanto riguardi la salute della donna e del bambino e, semmai, di pensare ad una rete interdipartimentale della salute della donna e del bambino; come si dirà nei paragrafi successivi.

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

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

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

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

2.2 - LA SALUTE DEL BAMBINO

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

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

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

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

La regione Basilicata intende investire sulla salute e del bambino assumendo quale obiettivo prioritario del triennio, politiche di prevenzione con riferimento in particolare alla lotta all'obesità infantile e la realizzazione di strutture di elevata qualificazione attraverso forme di sperimentazione gestionale.

.3 - LA SALUTE DELLA DONNA

Per quanto riguarda la salute della donna viene confermato il programma di screening dei tumori della sfera genitale femminile e del seno e quello volto alla eradicazione dell'HPV, nonché l'attivazione di azioni di contrasto a tutte le forme di violenza con il coinvolgimento dell'associazionismo e del volontariato (Telefono Donna e Telefono Azzurro).

Saranno inoltre rafforzate le iniziative volte a ridurre il numero dei parti con il ricorso al taglio cesareo, incentivando il parto senza dolore e saranno sviluppate ulteriori iniziative per l'allattamento al seno. Anche in questo caso la tutela della salute della donna va organizzata in unico dipartimento con le stesse modalità previste nel paragrafo precedente. Ovviamente le funzioni del dipartimento della tutela della donna sono interconnesse con quelle del dipartimento della tutela della salute del bambino.

2.4 - IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La missione del Dipartimento di Salute Mentale è la "Tutela della salute mentale di tutta la popolazione, in età evolutiva ed adulta, promozione del benessere psichico, fisico e sociale della persona nel rispetto della libertà, dignità ed autodeterminazione".

Da ciò ne deriva un'organizzazione che attiva i processi necessari per raggiungere obiettivi di salute mentale definiti, condivisi e valutabili, in un'ottica di sistema universalistica ed equa.

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

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

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

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

- potenziamento dei Centri di Salute Mentale (CSM) già attivati con incremento del personale multidisciplinare che garantisce l'apertura a 12 ore e l'articolazione degli ambulatori periferici su tutto il territorio afferente;
- riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero;
- attivazione dei centri diurni nel Lagonegrese-Senise e nel Vulture- Melfese;
- sviluppo delle attività di Neuropsichiatria Infantile;
- riordino della residenzialità psichiatrica;
- qualità ed appropriatezza della residenzialità psichiatrica;
- potenziamento inerente la residenzialità leggera (gruppi appartamento) ;
- sviluppo di servizi territoriali per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), a corredo delle attività residenziali svolte dal Centro di riferimento regionale .
- verifica puntuale della situazione epidemiologica regionale.

“La salute mentale di una comunità è un fattore determinante della sua salute generale, delle sue capacità di sviluppo umano ed economico, del suo benessere individuale e collettivo”.

Tale principio ha ispirato le “Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale” del Ministero della Salute 2008, recepite dalla Regione Basilicata con delibera n° 1384 del 3 settembre 2008.

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

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

La L.R. 4/2007 persegue la finalità di un coordinamento sistematico ed integrazione funzionale delle politiche sociali con le politiche della salute, da sempre esigenza prioritaria per i servizi della salute mentale.

La L.R. n. 12 del 1 luglio 2008 “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale” integra e modifica la struttura e l'organizzazione del SSR ridisegnando gli ambiti territoriali delle ASL, l'assetto organizzativo secondo un modello a rete in cui è implementato il modello dipartimentale.

Inoltre individua, nell'area territoriale del Sistema Sanitario regionale, il Dipartimento strutturale di Salute Mentale strettamente integrato con il Distretto della Salute.

In questo scenario, la Regione svolge le seguenti attività :

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

La Regione si propone inoltre:

- di istituire una commissione regionale per il governo clinico della salute mentale, presso la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali per svolgere una serie di attività quali: il monitoraggio dello stato dei Servizi; valutazioni di governo clinico; proposte per garantire una omogeneità della rete; suggerimenti su forme di collaborazione interaziendale; indicazioni sulle iniziative formative; il fabbisogno di ricerca per la programmazione e la valutazione dei servizi, definizione dei progetti obiettivo. La commissione è composta dai direttori dei DSM, da un rappresentante regionale per ogni figura professionale e da rappresentanti dell'Università;
- di istituire la consulta permanente per la salute mentale, quale organismo regionale che garantisca scambi, interrelazioni, sinergie, integrazioni (consulta permanente dei responsabili dei DSM integrata dagli uffici regionali con la partecipazione di rappresentanti di associazioni degli utenti, delle associazioni dei familiari, del privato sociale e delle associazioni di volontariato);
- di realizzare periodicamente una Conferenza di coinvolgimento della comunità regionale per la restituzione dei risultati di attività e degli esiti di salute;
- di individuare i progetti-obiettivo del triennio;
- di destinare per le attività complessive del Dipartimento di salute mentale, quote adeguate del Fondo sanitario regionale (5%).

2.5 - L'ASSISTENZA DOMICILIARE

La Regione Basilicata è considerata una Regione con sperimentazioni avanzate di assistenza domiciliare che hanno necessità, nel prossimo triennio, di trovare sistematizzazione partendo dalle best practices regionali.

In particolare, è obiettivo prioritario per il prossimo triennio ampliare l'ambito dell'assistenza domiciliare in tutti i settori ed, in particolare, per gli anziani non autosufficienti, arrivare al 7%; potenziare gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità ed alla famiglia, ma anche implementare e qualificare la capacità di presa in carico delle Cure Domiciliari, secondo percorsi di innovazione e qualità.

Inoltre, è altresì obiettivo prioritario una maggiore qualificazione dell'assistenza sul territorio regionale e, a tal fine, si fa riferimento agli standard regionali definiti dalla Commissione LEA nel 2006 (ripresi dalle linee guida regionali del 2008) nonché per le cure palliative, quanto previsto dal DM 43/2007 e dalla Legge 38/2010 (cure palliative e terapia del dolore).

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

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

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

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

La rete delle cure domiciliari integrate deve:

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

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

Le nuove Linee Guida recepiscono, inoltre, il dettato della Legge Regionale n. 4/2007 in tema di programmazione, riconducendo il Piano Annuale delle Attività, predisposto dal Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, all'interno del Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari, come stabilito dall'art. 16 della stessa legge.

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

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

2.6 - L'ASSISTENZA PRIMARIA

L'assistenza primaria rappresenta il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali e di reti cliniche integrate.

Partendo da questo principio, l'assistenza primaria rappresenta la risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso in senso lato "come prendersi cura di" assumendo, così, una connotazione anche di natura preventiva e riabilitativa.

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

In quest'ambito, i Medici convenzionati (Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta, Medici di continuità assistenziale, Specialisti Ambulatoriali.) sono chiamati ad assumere una responsabilità:

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

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

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

- Il lavoro in team, che è previsto come elemento strutturale del rapporto di lavoro del medico di famiglia e costituisce un primo e fondamentale tassello per la riorganizzazione complessiva della medicina generale, al fine di una maggiore integrazione professionale e per poter condividere obiettivi di salute della popolazione sul territorio, con particolare riferimento all'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e alla presa in carico di patologie a rilevante impatto sociale (ad esempio diabete, ipertensione arteriosa malattie cardiovascolari, malattie broncopulmonari, malattie gastrointestinali, malattie osteoarticolari, malattie psichiatriche, per fare riferimento a quelle indicate dall'AIR di cui alla DGR 330/2008).

A tal fine si intende promuovere la costituzione delle Aggregazioni Funzionari Territoriali (AFT) ed anche la sperimentazione delle Unità complesse delle cure primarie (UCCP), così come delineate negli Accordi collettivi nazionali e regionali. Le suddette forme aggregative costituiscono strumenti di promozione del governo clinico dell'assistenza primaria volte a "costruire appropriate relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità professionali ed organizzative al fine di migliorare la qualità dell'assistenza";

- l'implementazione della Medicina d'iniziativa e di prossimità che sappia intervenire, prima dell'evento acuto, nella prevenzione e nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio, per svilupparsi tramite una serie di azioni mirate contro la disabilità da attuarsi da un lato con lo sviluppo di reti integrate con i settori specialistici e dall'altro con il pieno coinvolgimento della collettività.

- il miglioramento del sistema informativo integrato nell'assistenza primaria, di collegamento tra MMG, PdF, MCA e le strutture sanitarie, finalizzato alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, secondo quanto previsto dai citati Accordi Collettivi nazionali e regionali. In questo contesto dovranno essere implementate le modalità di gestione della scheda sanitaria informatizzata per ciascun paziente in carico, con relativa trasmissione periodica delle informazioni all'azienda sanitaria e quanto previsto dal progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica (di cui ai DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008).

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

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

2.7 - LA RESIDENZIALITA'

Il Sistema della residenzialità e semi-residenzialità in Basilicata è un sistema al momento abbastanza carente.

È obiettivo del presente Piano investire in questo ambito intensificando le unità di offerta di carattere residenziale e/o semiresidenziale, attribuendo i relativi posti letto alle strutture pubbliche che hanno avviato processi di riconversione e a enti, centri e strutture private accreditate.

Il Piano individua quattro principali tipologie di utenti non autosufficienti:

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

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

- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Intensive a persone non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali. Ad essi è collegato il codice di attività R1;
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria. Ad essi è collegato il codice di attività R2;
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente «protesico». Ad essi è collegato il codice di attività R2D;
- trattamenti erogati in unità d'offerta residenziali di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria. Ad essi è collegato il codice di attività R3;
- trattamenti semiresidenziali: trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in Unità d'offerta o centri diurni. Ad essi è collegato il codice di attività SR;
- trattamenti semiresidenziali demenze: cure estensive erogate in Unità d'offerta o in centri diurni a persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, ri-orientamento e tutela personale. Ad essi è collegato il codice di attività SRD.

2.8 - LA RIABILITAZIONE

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

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

Il presente Piano, nel rispetto del Piano d'indirizzo per la riabilitazione, pubblicato sulla G.U. nelle sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento riabilitativo più complesso.

È obiettivo strategico dello stesso definire modelli operativi chiari e funzionali nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per gli utenti e le famiglie, avviare un sistema di monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione.

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

Ciascuna Azienda Sanitaria è chiamata ad impegnarsi a sviluppare e garantire il piano integrato d'intervento riabilitativo attraverso l'integrazione funzionale tra i presidi per acuti e quelli di riabilitazione, nonché l'integrazione tra i Servizi Sanitari di Riabilitazione e quelli di Riabilitazione Sociale.

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

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

2.9 - L'AREA ASSISTENZIALE POST ACUZIE

L'area assistenziale post-acuzie si colloca in una fase di cambiamenti strutturali del sistema sanitario sia a livello nazionale che regionale.

Essa è una diretta conseguenza delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera (tendenza alla riduzione dei posti letto per acuti, riduzione generalizzata della durata media della degenza per acuti, finanziamento degli ospedali con il sistema dei DRG.)

L'area post-acuzie nella rete assistenziale regionale deve essere intesa come una fase di assistenza che opera in collegamento funzionale ed operativo sia con l'area dell'assistenza per acuti sia con la rete dei servizi territoriali. Il panorama dell'assistenza post-acuzie, seppure variamente definito nelle diverse regioni italiane, ha registrato in questi anni una progressiva crescita in termini di posti letto attivati e di

risorse impegnate.

Il termine post-acuzie che trova impiego in ambito internazionale definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di acuzie della malattia e che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire.

Per quanto concerne gli aspetti temporali si tratta di cure che si inseriscono in un preciso momento della storia di malattia, successiva alla fase acuta o di criticità, si sviluppano in un arco di tempo determinato, e hanno precisi obiettivi terapeutici e riabilitativi.

In ragione delle caratteristiche della patologia di base e dello specifico sviluppo delle cure, l'area post-acuzie può assumere una impronta più propriamente medica o più squisitamente riabilitativa.

Uno degli obiettivi dell'area assistenziale post acuzie è quello di garantire ai pazienti che necessitano di assistenza prolungata il percorso di cura più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

Quanto asserito è eloquente per ritenere che l'area assistenziale post-acuzie è indispensabile per garantire la continuità assistenziale.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera l'area post-acuzie contempla numerose tipologie assistenziali che si rivolgono a:

- pazienti reduci da malattie acute in fase di lenta risoluzione clinica o ancora clinicamente poco stabili;
- pazienti con gravi malattie invalidanti che necessitano di primi interventi di recupero e rieducazione funzionale;
- pazienti con gravi malattie invalidanti che necessitano di interventi di recupero e rieducazione funzionale di tipo intensivo.
- pazienti in stato vegetativo nella fase post-acuta che non sono eligibili nelle speciali unità per gravi cerebrolesioni acquisite;
- pazienti provenienti dalle rianimazioni e dalle terapie intensive clinicamente instabili e necessitanti di supporto respiratorio meccanico temporaneo o continuo (lungodegenze ad elevata intensità di cura - LAIC)

2.10 - LE DIPENDENZE

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

Per realizzare l'obiettivo strategico, occorre:

- sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- promuovere l'integrazione e la promozione di rapporti di collaborazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- sostenere e promuovere l'integrazione sociosanitaria, per garantire una reale assistenza integrata di tipo sanitario e sociale, attraverso il raccordo con i servizi e gli interventi di natura socio-assistenziale e di inclusione sociale previsti dai piani territoriali di lotta alla droga: prevenzione, informazione, sensibilizzazione, progetti di tipo socio educativo, servizi sociali di prevenzione e

primo intervento a bassa soglia, percorsi di reinserimento socio-lavorativo, accoglienza e interventi per fasce particolarmente a rischio.

- definire un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno), che deve accompagnare costantemente i processi di lavoro nei servizi, anche per identificare meglio i bisogni e le buone prassi di intervento;
- ripensare complessivamente, nella logica di solidarietà ed equità, l'organizzazione del sistema servizi, offrendo agli utenti una gamma di trattamento sufficientemente differenziata e flessibile per tutte le tipologie di consumo;
- territorializzare l'assistenza ed integrarla con gli altri servizi nell'ambito del distretto, anche attraverso l'ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e la promozione di rapporti convenzionali con i soggetti privati, con riferimento alle indicazioni dell'Atto di Intesa Stato Regioni del 5 agosto 1999 sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento;
- sostenere il processo di riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e promuovere il rafforzamento della rete esterna al carcere per un più efficace intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale dei detenuti.

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

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

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

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

Completano la rete dei servizi, le Comunità Terapeutiche accreditate che attualmente si configurano nelle seguenti tipologie: Comunità Terapeutiche riabilitative, Comunità Pedagogico riabilitative, Comunità Terapeutiche di Reinserimento Lavorativo, Centri di Pronto Accoglienza di Osservazione, Diagnosi e Orientamento, Centri ed enti privati accreditati residenziali, semiresidenziali e ambulatori per la riabilitazione da dipendenze.

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

Per quel che riguarda la specificità alcolologica, i Ser.T con le equipe alcolologiche e gli ambulatori alcolologici ospedalieri assicurano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcolcorrelate.

Tutte le strutture collaborano con le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento e con i gruppi degli alcolisti anonimi, con cui realizzano progetti di prevenzione ed educazione alla salute.

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

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

Al fine di monitorare la realizzazione degli obiettivi sopra elencati, la Regione promuove l'attivazione di un'apposita sezione "dipendenze patologiche" nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

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

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

TITOLO III TUTELE SOCIALI

CAPITOLO 1 _ LE SCELTE STRATEGICHE PER LE POLITICHE DI CITTADINANZA

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

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

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

- Prevenzione – intesa come l'approccio culturale che evita i fenomeni di frattura della coesione sociale e del disagio sociale attraverso l'attivazione di risorse locali e la promozione delle azioni di contrasto dei fenomeni di esclusione;
- Promozione – intesa come capacità delle comunità locali di essere protagoniste del loro stesso cambiamento, sia in un'ottica di riconoscimento delle opportunità e delle risorse presenti su di un territorio, sia di emancipazione dai bisogni;
- Partecipazione – intesa come la metodologia volta a favorire il coinvolgimento della comunità formata da realtà associative ed economiche, organizzazioni locali e da singoli cittadini;
- Partenariato – inteso quale collaborazione fra più soggetti attivi, che promuovono la costruzione di reti che svolgono funzioni di rappresentanza degli interessi dei diversi attori.

Concorre al perseguimento di questi obiettivi il Documento Strategico Regionale del dicembre 2005, nel quale la Regione Basilicata ha indicato le linee della programmazione regionale per il periodo 2007/2013 definendo gli obiettivi generali delle diverse politiche regionali, nel contesto più generale del Quadro Strategico Nazionale (QSN).

In particolare sono i Programmi Operativi del FESR e del FSE che hanno fissato gli obiettivi operativi di coesione sociale della programmazione regionale, nell'ambito dell'Asse di intervento Inclusionione Sociale, finalizzato ad accrescere la qualità della vita, la sicurezza e l'inclusione sociale.

La necessità di realizzare concretamente ogni forma di integrazione, nasce dalla considerazione che il concetto di salute comprende, anche determinanti legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle loro relazioni, al grado complessivo di coesione sociale della comunità, alla riduzione delle disuguaglianze.

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

E', pertanto, l'integrazione sociosanitaria l'ambito operativo che assume un ruolo centrale in questa programmazione, come "condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, incidendo sulla continuità dell'assistenza, invertendo i rapporti fra ospedale e territorio, fra cure residenziali e domiciliari, fra medicina generale e specialistica". L'integrazione socio-sanitaria diviene il punto qualificante dell'offerta dei servizi alla persona.

Essa favorisce un uso più efficiente delle risorse, con particolare riferimento alle risorse umane, consentendo il superamento delle forme più diffuse di settorialità che normalmente generano frammentazione degli interventi, aumento sostanziale dei costi per prestazioni spesso inappropriate ed insoddisfacenti.

L'integrazione inoltre può ridurre sensibilmente l'insoddisfazione dei cittadini quando richiedono un servizio assistenziale. Infatti, attraverso l'integrazione professionale, essi possono fare riferimento ad un gruppo di operatori di riferimento che agiscono concordemente, in una logica di erogazione unitaria e coordinata, a tutto vantaggio della qualità del rapporto con il cittadino.

Inoltre con la realizzazione di un unico punto di accesso integrato dei servizi socio sanitari e sociali, si può facilitare l'accesso al sistema e garantire una corretta "presa in carico" ed un accompagnamento nel percorso, a volte complesso, dell'intervento assistenziale.

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

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

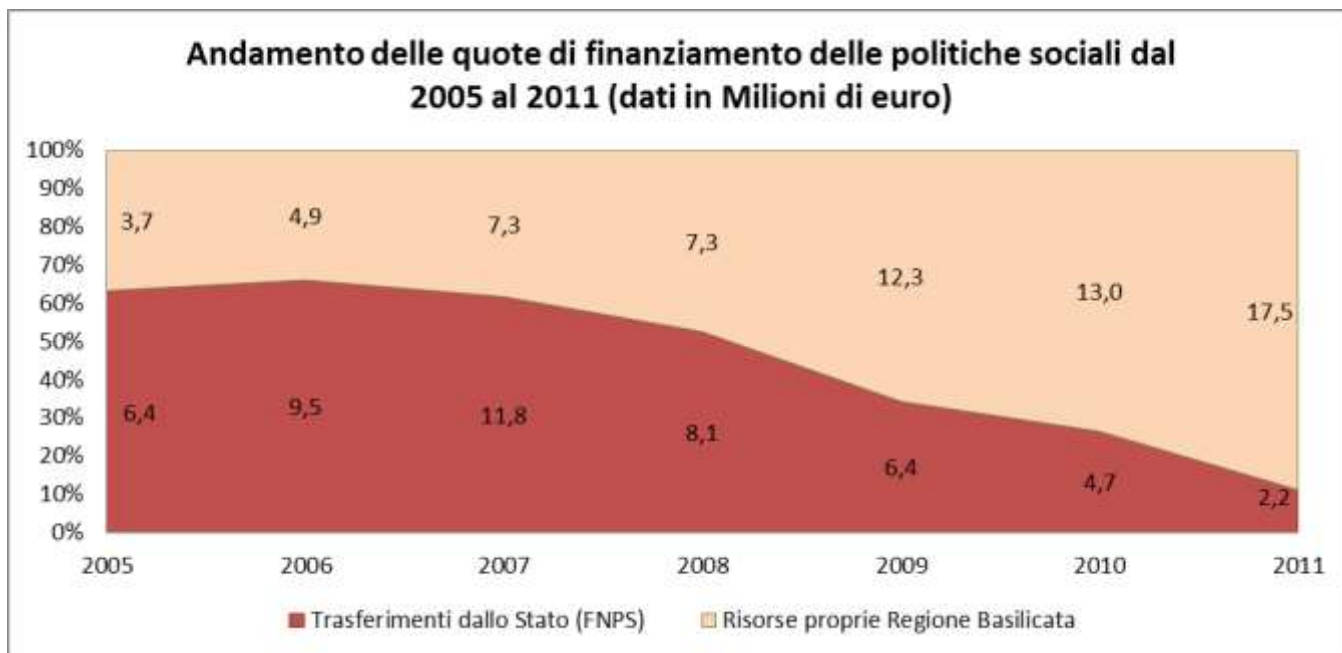
Il primo Piano Socio-Assistenziale prevedeva che una parte rilevante di tali risorse, pari al 70%, fosse destinata a finanziare i servizi degli ambiti territoriali, a gestione associata, previsti dai Piani Sociali di Zona.

Le delibere di assegnazione delle risorse su base annuale hanno progressivamente vincolato l'utilizzo delle risorse del cosiddetto fondo indistinto per le aree Minori, Anziani, Handicap, con un vincolo specifico di impegno minimo del 20% per l'area Minori.

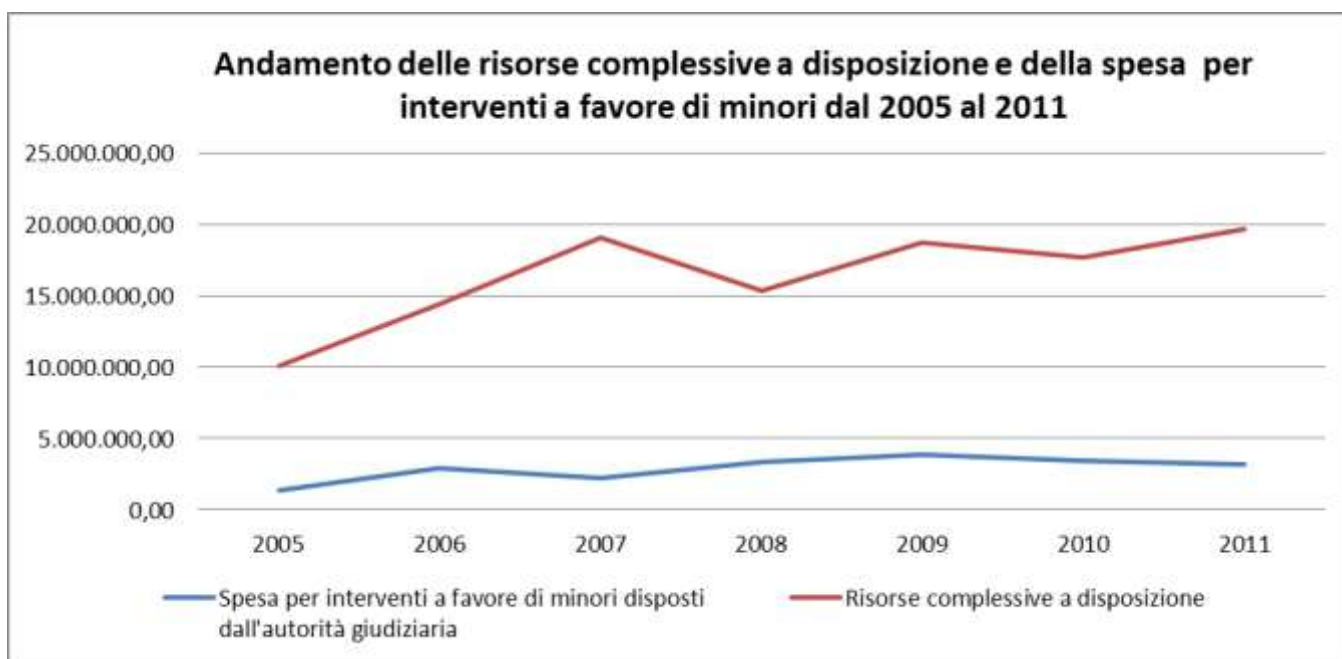
Con atti successivi si è deciso di attribuire una parte delle risorse, in percentuale variabile, ma che si attesta intorno al 10% circa, per il cofinanziamento (al 50%) degli Uffici Sociali Comunali (servizio sociale comunale).

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

Alle risorse del FNPS si sono progressivamente aggiunte le risorse del bilancio regionale, per una dotazione complessiva che con il 2011 ha superato i 17 milioni di euro.



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



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

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

La Regione Basilicata, capitalizzando l'esperienza del Programma Regionale di Promozione della Cittadinanza Solidale, di cui alla L.R. n. 3/05, ha inteso definire ed attuare un programma regionale di contrasto delle condizioni di povertà e di esclusione sociale (in acronimo COPES), programma varato ai sensi della L.R. 31 del 24/12/2008, art. 24.

Il Programma COPES presenta elementi di continuità e di discontinuità rispetto al Programma di Cittadinanza Solidale e attraverso questo programma, la Regione mira a strutturare in forma definitiva la misura di contrasto delle condizioni di povertà e di esclusione, di cui al comma 2. lett. d. dell'art. 3 della L.R. 14 febbraio 2007 n.4. La misura rappresenta uno strumento di contrasto della povertà nella Regione Basilicata e coniuga una politica "passiva" (integrazione del reddito) con una politica "attiva" (attivazione dei beneficiari in un programma di inserimento sociale).

Assume, pertanto, una duplice componente come leva di cambiamento e di promozione sociale.

I principi ispiratori della misura sono riconducibili alle azioni ispirate a:

Il patto come dimensione centrale, tra Agenzia Pubblica e Privato tale da far crescere la dimensione proattiva e promozionale del Programma, orientata a un'attivazione autentica delle risorse individuali e familiari. In una logica di "welfare to work" il Programma Regionale COPES intende perseguire obiettivi, in un contesto, operativo e culturale, che privilegi:

a) L'autonomia della persona

è necessario che i programmi di inserimento previsti all'interno della misura siano fortemente orientati al potenziamento delle capacità della persona, al rafforzamento delle sue competenze, alla riattivazione di una dimensione relazionale con il proprio contesto di riferimento;

b) La famiglia come interlocutore

L'idea di avere quale interlocutore della misura la famiglia implica che, a fronte di un'unica erogazione monetaria, possano essere attivate più azioni, rivolte ai diversi componenti del nucleo.

c) Il servizio sociale territoriale come motore del programma

Attraverso lo strumento della "presa in carico" e la costruzione di percorsi personalizzati, si coglie la dimensione unitaria dei bisogni del nucleo familiare, la cui lettura è affidata al servizio sociale di riferimento che, assieme agli altri soggetti della rete integrata dei servizi, predispone le risposte. Questo schema rimette al centro della misura, l'azione del Comune e dei suoi servizi sociali pur in una logica di gestione integrata a scala distrettuale, la sua capacità di interpretare le necessità dei beneficiari e di attivare e governare le relative risposte. Le misure di inclusione e formazione sono comprese in una Intesa tra la Regione e Province che prevede il coinvolgimento delle agenzie ed articolazioni organizzate provinciali quali le Agenzie di Formazione (APOF-IL e AGEFORMA) nonché i Centri per l'Impiego.

La platea di possibili beneficiari è stimata in circa tremila unità, e le richieste sono istruite dai Comuni di residenza, sulla base di criteri e indicatori regionali, il discrimine di selezione per la individuazione di beneficiari è la presentazione dell'ISEE, aggiornato annualmente o integrato e/o modificato in relazione a cambiamenti della struttura familiare, destinataria dell'intervento. La spesa per sostenere la misura COPES è interamente proveniente dai Fondi Regionali che assommano, su base biennale, a 22 M di euro.

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

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

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

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

Alle risorse derivanti dai Fondi statali e regionali si aggiungono quelle proprie dei Comuni, che per il triennio 2012-2015 si determinano, per ciascuna annualità, nella misura minima – quale quota di cofinanziamento degli interventi programmati su scala locale – del valore di euro 10,00 per abitante residente, con riferimento ai dati ISTAT aggiornati al 1 gennaio 2010, per ciascuna delle annualità di attuazione del PISS. In ogni caso tale quota non potrà essere inferiore al valore complessivo della spesa storica dei Comuni, registrata in sede di bilancio consuntivo, con riferimento all'esercizio finanziario 2010, anche se superiore al valore di 10 euro ad abitante.

La rete dei servizi di cittadinanza sociale si finanzia anche con il concorso degli utenti alla copertura del costo delle prestazioni sociali, secondo modalità e criteri che verranno definiti con apposito regolamento regionale. Nelle more della definizione da parte della Regione Basilicata dei criteri per la compartecipazione da parte degli utenti i Comuni possono autonomamente definire criteri, in sede di definizione dei PISS, nel rispetto del principio di gradualità della contribuzione in rapporto alle condizioni di bisogno, determinato secondo quanto previsto dal D.lgs. 31 marzo 1998 n. 109, come modificato dal D.Lgs. 3 maggio 2000, n. 130.

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

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

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

TITOLO IV I CONDIZIONALI

DEFINIZIONE DI CONDIZIONALE

Il condizionale è l'insieme di informazioni, di criteri, di idee, di modelli, di parametri, di riferimenti, di suggerimenti pratici, offerti a coloro che dovranno completare ed attuare il PSSR.

I "condizionali" sono l'espressione delle scelte strategiche di questo piano, degli orientamenti assunti sulla base di una valutazione politica, per cui vanno letti ed interpretati come i loro "razionali pratici". Essi non sono gli unici condizionali possibili ma sono quelli maggiormente coerenti con le scelte strategiche di questo PSSR, e dovranno essere utilizzati da tutti coloro che devono programmare gli interventi a livello territoriale.

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

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

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

Il Piano individua in via generale gli obiettivi, le azioni, i tempi e, per alcuni condizionali, gli indicatori di risultato. Alcuni degli obiettivi presenti costituiscono obiettivi strategici e valido strumento per valutare l'avanzamento del PSSR.

Con appositi atti verranno adottati alcuni di questi obiettivi ai fini della valutazione per l'indennità di risultato annuale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

CAPITOLO 1 - SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il presente Piano intende implementare una serie di strumenti che consentiranno di adeguare il sistema di valutazione della performance ai principi contenuti nel d.lgs. 150/2009 (decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"), in armonia con le indicazioni fornite dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Pubbliche Amministrazioni (Civit, Delibera n. 6/2011) e con il sistema di valutazione dei risultati e della premialità economica dei Dirigenti Generali, dei Dirigenti Regionali e dei Dirigenti degli Organismi Strumentali (adottato in Regione Basilicata con delibera di Giunta n. 431 del 1 Marzo 2005).

L'implementazione del nuovo sistema, valorizzando i metodi e gli strumenti esistenti, per la parte in cui risultano rispondenti alle esigenze di compiuta rappresentazione della performance, richiede la strutturazione di un percorso di cambiamento che, gradualmente, indirizzi e supporti anche il personale del comparto coinvolto nel processo di valutazione.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo promuoverà la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e dell'integrità.

Si cercherà di promuovere una nuova cultura organizzativa, tesa a trasformare i dirigenti in manager per assicurare elevati standard qualitativi ed economici delle prestazioni erogate, attraverso la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.

Il sistema di valutazione si ispira ai seguenti principi:

- ✓ miglioramento della qualità dei servizi offerti;
- ✓ crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri;
- ✓ trasparenza dell'azione amministrativa, dei risultati conseguiti e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

La Regione Basilicata si doterà di strumenti idonei a:

- ✓ misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi;
- ✓ comunicare la massima trasparenza delle informazioni concernenti le misurazioni e le valutazioni della performance.

1.1. ANALISI DI CONTESTO

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

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

Il contesto istituzionale e normativo nazionale

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

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

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

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

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

È previsto, infatti, che il finanziamento delle funzioni sanitarie sia realizzato attraverso la compartecipazione al gettito fiscale anziché tramite i trasferimenti statali vincolati.

Tale sistema determina, in relazione al gettito tributario, una differenza nelle entrate delle varie Regioni, pertanto è stato istituito un *fondo perequativo nazionale*, come elemento fondamentale di un sistema di federalismo fiscale e a tal fine ripreso dall'art. 9 della legge delega n. 42 del 2009.

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

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

Il modello che viene a delinarsi è ispirato al principio di sussidiarietà, che vede il livello decisionale collocato il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino ed alla comunità locale. Tale modello è definibile come intersettoriale a livello verticale, (Regione, Enti Locali ed Aziende Sanitarie) ed integrato a livello orizzontale (Aziende Sanitarie al proprio esterno con altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, Soggetti privati profit e no-profit ed al proprio interno Presidi Ospedalieri, Distretti e Dipartimenti).

Concretamente, quindi, si dovrebbe realizzare il cosiddetto federalismo sanitario, che, pur rimettendo alle Regioni il compito di realizzare equilibrio tra risorse disponibili e livelli delle prestazioni erogate, non può prescindere dai principi su cui si fonda il sistema sanitario nel suo complesso ossia l'universalità, l'equità e la garanzia per i cittadini della tutela della salute secondo i livelli assistenziali definiti dalla normativa nazionale.

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

Il contesto istituzionale e normativo regionale

Il processo di riordino dei servizi sociali nella Regione Basilicata prende avvio con la L.R. 50/80 "Riorganizzazione dei servizi socio-assistenziali" che definisce le modalità di intervento, una gestione coordinata ed integrata dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari, un modello organizzativo e funzionale articolato nel territorio. Con la successiva L.R. 25/97 "Riordino del sistema socio-assistenziale" si individua un nuovo assetto organizzativo ed istituzionale ed uno strumento di governance per l'attuazione dei servizi e degli interventi di natura sociale, il Piano socio-assistenziale. Il Piano Sociale Regionale 2000-2002 (adottato con DCR n° 1280 del 21/12/991) individua l'assetto territoriale per la pianificazione sociale attraverso la costituzione degli ambiti territoriali, introduce il principio della sussidiarietà verticale e della programmazione dal basso per la costruzione dei Piani Sociali di Zona territoriali, definisce la rete dei servizi essenziali e getta le basi per la costruzione di un sistema integrato a cominciare dai servizi sociosanitari.

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

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

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

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

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

Le due Aziende Sanitarie Locali adottano il modello funzionale dipartimentale e si articolano in distretti.

Una scelta strategica è quella di riorganizzare il sistema dei servizi territoriali attraverso la costruzione di un Distretto di comunità che assuma in sé sia le funzioni di produzione che di tutela/committenza, con una particolare attenzione a queste ultime, e che sappia essere realmente il luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria (come, peraltro, affermato dalla normativa nazionale già con il PSN 1994-96 e ripreso con forza nel PSN 1998-2000 e successivi).

I distretti sono lo strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute, assicurano l'allocazione decentrata degli uffici e delle strutture, in modo da garantire la gestione integrata dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali sul territorio di competenza. La scelta della Regione Basilicata è di ordinare il Sistema Sanitario Regionale secondo un modello a rete, che comprende ed integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

CAPITOLO 2 - QUADRO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO

Profilo demografico

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

La tabella 1 descrive in valori assoluti la sintesi demografica relativa al bilancio dell'anno 2010.

Tabella 1. Bilancio demografico anno 2010

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1 Gennaio	288.274	300.605	588.879
Nati	2.357	2.255	4.612
Morti	2.898	2.758	5.656
Saldo naturale	- 541	- 503	- 1.044
Iscritti da altri Comuni	2.906	2.949	5.855
Iscritti dall'estero	1.055	1.205	2.260
Altri iscritti	78	36	114
Cancellati per altri Comuni	3.733	3.998	7.731
Cancellati per l'estero	294	278	572
Altri cancellati	127	117	244
Saldo migratorio	- 115	- 203	- 318
Popolazione residente in famiglia	286.746	299.033	585.779
Popolazione residente in convivenza	872	866	1.738
Popolazione al 31 Dicembre	287.618	299.899	587.517
Numero di famiglie		230.607	
Numero di convivenze		278	
Numero medio di componenti per famiglie		2	

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

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

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

*Stima.

**Dato provvisorio

Fonte: ISTAT

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

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

Fonte: ISTAT

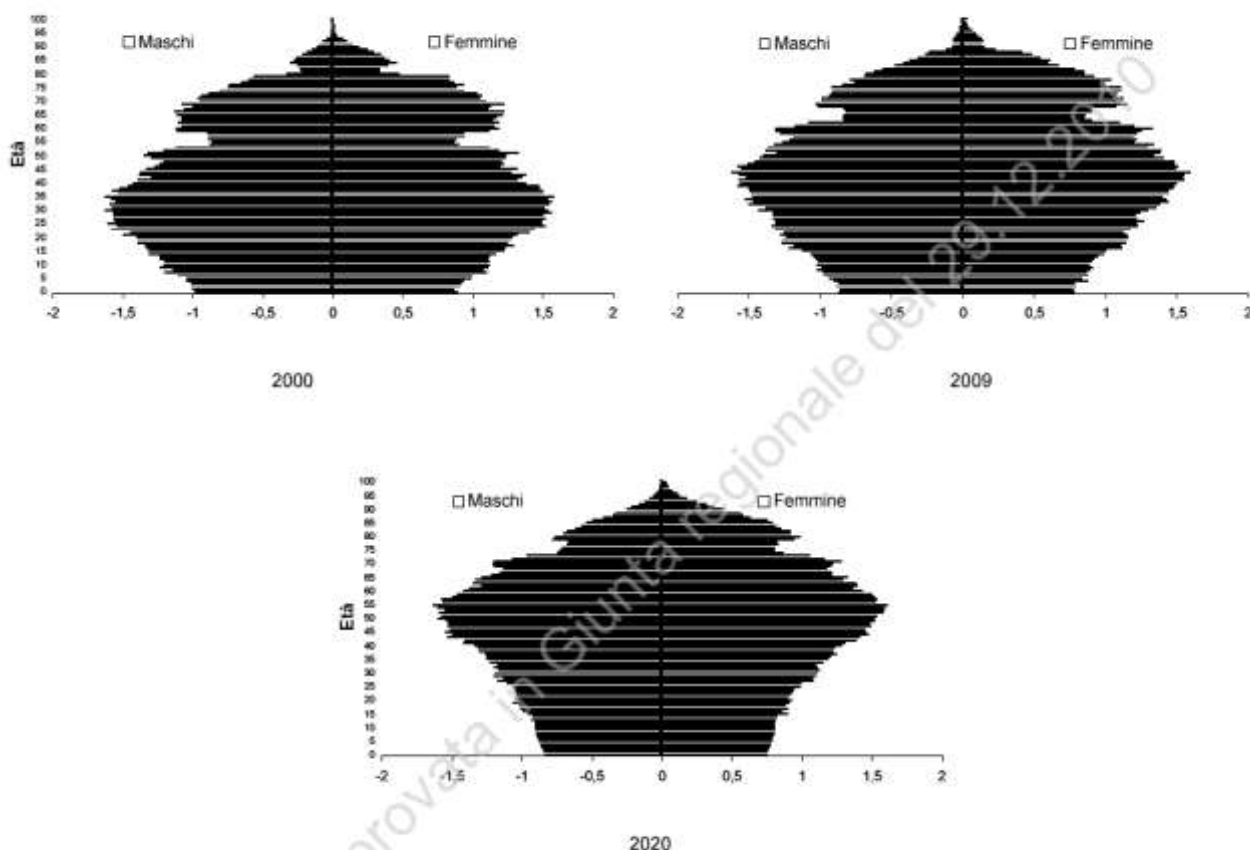
La Basilicata ha una popolazione con una tendenza al forte declino demografico: dal 2000 al 2009 la popolazione residente è passata da 601.448 a 590.601 abitanti, con un decremento pari al - 1,8%. Secondo le ultime previsioni demografiche rilasciate dall'Istat, considerando uno scenario mediano, la popolazione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

Tabella 4 - Indicatori demografici

Province	Indice di dipendenza				Indice di invecchiamento			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Potenza	53,04	52,41	51,75	51,35	145,78	149,30	151,87	153,95
Matera	50,58	50,39	50,23	50,03	126,69	130,45	133,77	135,73
Basilicata	52,18	51,71	51,22	50,89	139,00	142,58	145,40	147,42

Esaminando la piramide dell'età, ovvero la composizione per fasce d'età della popolazione residente in Basilicata, si può notare che le maggiori differenze di valori dall'anno 2000 al 2009 e successivamente al dato stimato del 2020 si trovano nelle fasce corrispondenti ai primi anni di vita e in quelle adulte.

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



Fonte: ISTAT

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

L'aumento (sia in termini assoluti che percentuali) della fascia anziana rispetto agli altri gruppi che compongono la popolazione ed al suo totale, ha come cause il processo dell'allungamento della vita media (longevità) e la riduzione delle nascite (denatalità).

L'analisi degli indici di struttura, mostrata nella tabella successiva, ci permette di cogliere con maggiore chiarezza il progressivo invecchiamento, messo in evidenza dalla crescita dell'indice di vecchiaia (che misura quanti anziani ci sono ogni 100 giovanissimi) e dell'indice di dipendenza (che misura quanti anziani e giovanissimi ci sono ogni 100 persone comprese nella fascia produttiva).

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

Profilo epidemiologico

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

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

Tabella 5 – Speranza di vita in buona salute alle diverse età (fonte: ISTAT)

Province	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 75 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Potenza	78,93	78,69	83,83	84,54	10,98	10,98	13,20	13,64
Matera	79,79	79,98	83,97	84,33	11,53	11,25	13,26	13,53
Basilicata	79,16	79,10	83,94	84,53	11,20	11,11	13,37	13,66

Malattie croniche rilevanti per morbi-mortalità

- **Malattie cardiovascolari**

Le **malattie cardiovascolari** rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è con il 28% la prima causa di morte in Italia, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. La mortalità regionale per tali patologie risulta superiore alla media nazionale nella popolazione generale. Il tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per 10.000 – anno 2009– è il seguente: Basilicata 39,66; Italia 37,52 in entrambi i sessi, tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per 10.000 – anno 2009 per i Maschi: Basilicata 39,97; Italia 38,93 e per le Femmine: Basilicata 30,12; Italia 27,83.

- **Diabete**

La malattia diabetica, che rappresenta la più diffusa malattia endocrina nei Paesi industrializzati, mostra una chiara tendenza all'aumento sia in termini di incidenza che di prevalenza. La crescita marcata riguarda soprattutto il diabete di tipo 2. In Italia, la prevalenza nell'ultimo trentennio si è pressoché raddoppiata passando dal 2,5% degli anni '70 all'attuale 5,5 – anno 2009. In base all'andamento della malattia nelle decadi appena trascorse, l'OMS prevede ancora un raddoppiamento della sua incidenza nei prossimi vent'anni e ciò sembra fortemente condizionato dai comportamenti dei singoli, quindi dagli stili di vita adottati (vita sedentaria ed alimentazione favorente sovrappeso ed obesità). Sulla base di stime di prevalenza, che sostengono in particolare un incremento del diabete mellito tipo 2, il 5% della popolazione di 20-79 anni ne è affetta mentre intorno all'1%, si attesta la prevalenza del diabete mellito tipo 1 (stimata in riferimento a tutti i gruppi di età). In Basilicata si stima (stima Istat 2009) che i pazienti con diabete mellito rappresentino ben il 7,2% della popolazione.

Una quota di pazienti diabetici è soggetta, com'è noto, a complicanze o co-morbilità di natura cardiovascolare, con percentuali che vanno dal 4% per lo scompenso cardiaco al 34% per l'ipertensione arteriosa (il 20-25% di tutte le angioplastiche annualmente praticate su pazienti lucani riguarda per l'appunto diabetici). Tra le complicanze, la retinopatia è certamente la più diffusa e si attesta al 19% del totale medio nazionale (essa riguarda soltanto il 7% dei trentini ma ben il 28% dei sardi). Dai riscontri nazionali si evidenzia che di cardiopatie soffrono meno i diabetici della Basilicata (6% contro un dato nazionale del 13%), tuttavia tra i diabetici lucani è molto elevata la quota di ipertesi (Basilicata 65% vs Italia 54%). Inoltre, la popolazione diabetica con maggior percentuale di obesi è proprio quella della Basilicata (39%, sette punti sopra la media italiana). Altro dato negativo è legato alla scarsa informazione: soltanto il 40% dei diabetici lucani comprende che cosa sia l'emoglobina glicata contro una media italiana del 67% ed, ancora, soltanto il 31% dei diabetici lucani effettua regolarmente i controlli dovuti (Studio Quadri). Infine, la mortalità regionale per diabete mellito supera il valore medio nazionale (tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito per 10.000 - anno 2009: Basilicata 4,15 vs Italia 3,37) in entrambi i sessi, con una maggiore mortalità tra le donne..

- **Tumori**

Il rapporto 2007 dei tumori in Italia, realizzato dalla Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), in collaborazione con il Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), riferisce che l'incidenza dei tumori è in crescita così come la sopravvivenza media del paziente oncologico. Nelle tabelle a seguire si riportano i dati di incidenza relativi alle principali localizzazioni di tumore maligno

**Tabella 12 - Tumore colon-retto. Tassi d'incidenza std. per 100.000 residenti per sesso
Trend 1970 - 2010 (std. Europa 2001)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si evidenzia che:

- il rischio oncologico per tutti i tumori delle regioni del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello delle regioni del Nord, soprattutto per i maschi;
- i dati di mortalità per tutti i tumori negli ultimi anni sono costanti nel Sud e in riduzione nel Centro-Nord sia per i maschi che per le femmine;
- i casi prevalenti in Italia sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470.000 nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007: costituiscono un gran numero di persone con passata storia oncologica che contribuisce all'aumento della domanda sanitaria e per le quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

Le figure dei trend 1970-2010, per incidenza, mortalità e prevalenza (Basilicata vs Italia), mostrano ancora una Basilicata con tassi inferiori.

Demenze e Malattie neuro – degenerative

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

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

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

Le malattie infettive

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

Morbi - mortalità per traumi

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

- **Incidenti stradali**

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

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

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

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

- **Incidenti domestici**

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

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

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

- **Infortuni sul lavoro**

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

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

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

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

Condizioni di specifico interesse sanitario e socio-sanitario

• Donne e maternità

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

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

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

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

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

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

Pur tuttavia aumentano, come nel resto del Paese, le straniere che praticano IVG (nel 2007 hanno rappresentato il 10% delle IVG regionali).

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

• Infanzia, età evolutiva e giovani

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

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

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

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

Altra problematica da non sottovalutare è la diffusione di cattive abitudini alimentari e sedentarietà.

La percentuale degli adulti obesi in Basilicata supera la media nazionale, tale dato riguarda anche i bambini. In particolare gli adulti obesi in Basilicata sono il 12,6 per cento della popolazione a fronte del 9,9 per cento in Italia. In età evolutiva la percentuale di bambini lucani di 7-9 anni in sovrappeso è del 26,4% (Italia 23,6%) e quella di bambini lucani della stessa età obesi è del 13,4% (Italia 12,3%). Un bambino su 4 è risultato sovrappeso e circa di 1 su 10 obeso.

Ogni malattia comporta degli effetti negativi più o meno gravi non solo sulle condizioni di vita di chi ne soffre, ma anche su quella dei familiari e, indirettamente, sulla collettività. L'obesità, in particolare, ha un impatto significativo sulla società. L'incidenza economica negativa deriva dai costi dei sistemi sanitari (farmaci e ospedalizzazioni per la malattia stessa e per le sue complicazioni), dall'assenteismo nel lavoro e dalla ridotta performance lavorativa. L'Obesità e le sue complicanze contribuiscono in misura molto rilevante alla spesa sanitaria dell'Italia. Oltre ai costi sanitari diretti, occorre valutare anche quelli derivanti da una ridotta produttività lavorativa, sia come giorni di lavoro persi che inabilità ad alcune mansioni, e un incremento degli incidenti sul lavoro e del pensionamento anticipato. Si calcola che in Italia siano 4.898.496 le persone adulte obese (prevalenza = 9,9%) con un costo sociale annuo stimato intorno al 6,7% della spesa sanitaria pubblica. In Italia i costi sanitari diretti dell'obesità sono stimati in circa 23 miliardi di euro l'anno di cui il 12,6% solo in Basilicata. Si stima che la maggior parte di tali costi (più del 60%) sia dovuta a ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici o per patologie derivanti dall'obesità e ciò indica quanto l'obesità sia la reale responsabile di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita e un notevole aggravio per il Servizio Sanitario Nazionale. I costi indiretti (dovuti alle morti premature, alla riduzione della produttività lavorativa e ai relativi guadagni) sono doppi rispetto a quelli diretti.

Il Rapporto OCSE del 2010 sottolinea quanto un approccio preventivo, dove per prevenzione intendiamo la cura di rieducazione / riabilitazione del paziente che inizia a manifestare disturbi del comportamento alimentare o che è già considerato obeso, possa rappresentare una soluzione efficace per la lotta all'obesità. Coprendo diverse fasce di età e in particolare i gruppi a rischio, si potrebbe infatti garantire un guadagno di salute importante a prezzi contenuti. Una strategia simile in Italia costerebbe meno in termini economici al Paese e sicuramente salverebbe più vite

- **Disabilità e non autosufficienza**

Dalle stime dell'indagine Istat 2004-2005 sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2 milioni 609 mila, pari al 4,8% circa della popolazione. La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65+ anni la quota di popolazione italiana con disabilità è del 18,7% e raggiunge il 44,5% tra le persone di 80 anni ed oltre (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne). In Basilicata, dai dati della stessa indagine, emerge che la quota di popolazione con disabilità è pari al 5,8% e raggiunge il 22,5% tra le persone di 65+anni (17,0% tra gli uomini e 26,7% tra le donne).

- **Gli anziani non autosufficienti**

L'invecchiamento della popolazione (in incremento) è associato al progressivo deterioramento dello stato di salute che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla spesa sanitaria. E' verosimile che tra i bisogni sanitari degli anziani siano prevalenti le patologie di tipo cronico-degenerativo rispetto a patologie acute, più costose ma più limitate nel tempo. In più esiste tra gli anziani una

categoria di bisogni specifici legati alla non autosufficienza che tende a comparire dopo una certa età. In Basilicata la percentuale di anziani (classe di età 65+ anni) non autosufficienti ammonterebbe al 2004 a 23.299 unità (variazione 2000-2004:+13,7% vs Italia +15,5%), al 2005 a 24.053 ed in proiezione statistica al 2010 a 26.544, al 2015 a 28.490, al 2020 a 30.932 e al 2025 a 33.862. Si aggiunge che in Basilicata quasi il 90% degli anziani lamenta almeno una malattia cronica, il 10% circa diabete, poco più del 40% ipertensione arteriosa, all'incirca il 70% artrosi/artrite, il 35% osteoporosi e l'8% disturbi nervosi.

- **Salute mentale e disabilità psichica**

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

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

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

- **Dipendenze**

Sono state 1.454 le persone che nel 2007 hanno usufruito delle cure sanitarie e del supporto psicologico dei SerT lucani; tra i due generi la rappresentanza maschile è stata nettamente prevalente (oltre il 90 %) e i nuovi utenti sono stati il 20% circa del totale.

Tra gli stupefacenti di uso primario è l'eroina la sostanza maggiormente assunta; seguono i cannabinoidi e la cocaina; le percentuali si invertono nel caso di uso secondario dove sono i cannabinoidi a precedere, rispettivamente, la cocaina e l'alcol nelle quantità d'uso.

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

Altro problema rilevante è il tabagismo che è il principale responsabile di malattie respiratorie, cardio-vascolari e di numerosi tumori.

Circa 90.000 decessi che si verificano ogni anno in Italia (un migliaio in Basilicata) sono attribuibili all'insieme delle malattie cronico-degenerative fumo correlate, compresi altri tumori maligni oltre il cancro polmonare.

Qualche dato per la Basilicata: il 21,8% dei lucani di 14 anni e oltre fuma (Italia 22,7%). Inoltre, la percentuale degli ex fumatori risulta inferiore alla media nazionale (Basilicata: 19,4%; Italia: 22,8%).

Il costo sociale del fumo per la collettività (fumatori e non fumatori) consiste in costi sostenuti dai fumatori (costi privati) e costi sostenuti dal resto della collettività (costi esterni: Costi sociali = costi privati + costi esterni).

Quando si parla di costi, non ci si riferisce solamente ai costi economici che riguardano il tabagismo, ma anche a costi non tangibili come la malattia in sé, il dolore, la morte. Tutti i costi a carico della società che sono imputabili al fumo causano un danno, il quale danno è nelle mani del sistema sanitario, che cerca di rimediare in modo da attutirne le gravità e da agire nell'interesse della persona che fuma. Secondo uno studio dell'Università Cattolica il costo per i ricoveri associati a patologie tabacco-correlate è pari a 3,4 miliardi di euro, sarebbe questo un valore che nel 2005 rappresenta il 3,5% della spesa del servizio sanitario nazionale.

Calcolando da questo dato le ipotesi di spesa nei trattamenti il costo sale a sei miliardi di euro, pari al 6,7% della spesa sanitaria nazionale. La metà dei fumatori di seguito non riuscirà a superare la malattia e di questi pazienti che moriranno si stima che il decesso avviene tra i 35 e i 69 anni.

“Comunità fragili”

- **Famiglie povere**

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

- **Immigrati ed esclusione sociale**

In Basilicata la presenza di immigrati è tuttora scarsamente rilevante e limitata nel tempo, pur se il numero degli stranieri residenti risulta in aumento (2002: 3.322; 2007: 6.726; 2008: 9.595; 2009: 11.526), rappresentando oggi l'1,5% della popolazione della provincia di Potenza e il 2,6% della popolazione della provincia di Matera (con un'incidenza dell'1,9% sull'intera popolazione regionale vs Italia 6,4%). Di questa popolazione, il 55,2% è di sesso femminile ed il 21,7% rappresentato da minori (prevalentemente di sesso femminile - 58,3%).

- **Detenuti**

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

Conclusioni

Da quanto esposto è evidente che la popolazione lucana è caratterizzata, in particolare, da un progressivo invecchiamento, da cui l'inevitabile incremento di malattie cronico degenerative.

Considerando, inoltre, l'allungamento della vita, l'investimento sulle politiche di prevenzione primaria e secondaria risulta fondamentale per la conservazione dello stato di salute in un tempo quanto più lungo possibile. Da qui rinviene la possibilità di contenimento, nel medio - lungo termine, della spesa sanitaria, con particolare riguardo a malattie cardiovascolari - tumori e fattori di rischio modificabili.

Particolare attenzione andrebbe riservata anche alle attività di sorveglianza e prevenzione dell'incidentalità a partire dall'implementazione delle iniziative di tutela della salute e della sicurezza del lavoro, atteso che il rischio d'infortunio sul lavoro in Basilicata appare più alto.

Sebbene tali eventi siano in calo ed in Basilicata, come in tutt'Italia, resta importante il carico socio-sanitario ad essi correlato, in termini di perdita di vite umane, invalidità permanente residua, assistenza sanitaria, giornate di lavoro perse, mancata produzione.

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

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

Osservatorio epidemiologico della Basilicata

Presso il Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità, è istituito l'Osservatorio epidemiologico della Basilicata, con il compito di raccogliere, raccordare, elaborare e rendere fruibili, garantendone la trasparenza, tutti i dati epidemiologici e di rilievo socio - sanitario che affluiscono alle diverse strutture del SSR nonché ai registri regionali.

L'Osservatorio ha, inoltre, finalità di studio, ricerca e promozione, volte a migliorare la qualità di vita in termini di prevenzione e tutela della salute dei cittadini ed ha il compito di analizzare e proporre azioni per quanto concerne le condizioni generali di salute della popolazione, promuovendo e sviluppando programmi di studio, di ricerca e di azione a carattere epidemiologico per la prevenzione della malattia e la tutela della salute.

L'Osservatorio epidemiologico è presieduto dall'Assessore regionale alla Salute ed è partecipato da un referente dell'Istituto Superiore di Sanità. La sua composizione, i suoi compiti ed il suo assetto organizzativo e funzionale sono determinati con deliberazione della Giunta Regionale.

CAPITOLO 3 - METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

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

Per la valutazione degli esiti gli indicatori utilizzati sono definiti dal programma nazionale valutazione esiti (Pne), gestito da Agenas per conto del Ministero della Salute.

Gli indicatori attualmente presenti nel programma sono i seguenti:

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 48 ore dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
- PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
- Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni
- Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni
- Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
- Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
- Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche
- Colecistectomia laparoscopica: degenza totale
- Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro a 4 giorni
- Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
- Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
- Colecistectomia laparotomica: degenza totale
- Colecistectomia Laparotomica: Degenza post-operatoria entro 7 giorni
- Colecistectomia laparotomica: complicanze a 30 giorni
- Colecistectomia laparotomica: altro intervento a 30 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
- Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
- Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
- Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
- Interventi chirurgici non oncologici: mortalità a 30 giorni
- Ospedalizzazione per influenza
- Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica

- Ospedalizzazione per asma pediatrico
- Ospedalizzazione per asma negli adulti
- Ospedalizzazione per asma senile
- Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)
- Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete
- Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete
- Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici
- Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario
- Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa
- Ospedalizzazione per scompenso cardiaco
- Ospedalizzazione per angina senza procedure

CAPITOLO 4 - STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DEL BENESSERE PROCAPITE

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

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

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

Indici di deprivazione

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

CAPITOLO 5 - RIFERIMENTI PER LE MAPPE DI RISCHIO, PIANO PER LA SALUTE

Le mappe geografiche

Gli indicatori statistici calcolati e distribuiti nel contesto dei flussi informativi regionali prodotti per descrivere gli andamenti della 'salute' permettono la costruzione di mappe geografiche che illustrano le differenze tra le province e fra distretti riguardanti la frequenza dei vari indicatori prodotti.

Le mappe hanno gradazioni di colori che permettono di interpretare la distribuzione del fenomeno e dovranno essere utilizzate le stesse scale di misura e le stesse suddivisioni in classi per permettere così anche un confronto tra settori differenti mediante l'affiancamento delle relative mappe.

Il Piano per la Salute

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

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

Il coordinamento del percorso che porta alla realizzazione del Piano è affidata alle Aziende Sanitarie Locali d'intesa con gli Enti Locali riuniti in Conferenza Territoriale.

Ciò permette agli Enti Locali, da un lato, di essere protagonisti nelle scelte, nella tutela e nella promozione della salute e, dall'altro, favorisce la realizzazione di quella serie di azioni integrate necessarie al reale miglioramento dello stato di salute della comunità.

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

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

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

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

CAPITOLO 6 - STRUMENTI INFORMATIVI PER FINI DI SALUTE

Gli strumenti che questo Piano considera essenziali sono:

- i “report”, cioè relazioni informative inviate ai sindaci dei diversi comuni (già previsti dall’art 49 della legge 833);
- relazioni sullo stato di salute delle comunità;
- relazione sociale periodica di cui alla L.R. n. 4/2007;
- indicatori di salute per la costruzione dei report;
- registri riferiti sia a dati biostatistici che ambientali;
- fascicolo sanitario elettronico.
- cartella sociale informatizzata.

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

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

In particolare devono essere presenti:

- schede di dimissione degli Istituti di ricovero;
- schede di prestazioni ambulatoriali;
- schede di prescrizioni farmaceutiche;
- farmaci erogati direttamente;
- esenzioni per patologia o invalidità;
- registro di mortalità regionale;
- anagrafe degli assistiti;
- anagrafe degli assistiti storicizzata;
- flussi informativi sui servizi sociali e socio-sanitari residenziali e territoriali presenti nel SISB.

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

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

Il registro tumori che unifica flussi informativi diversi (schede di dimissione ospedaliera, schede di morte, referti delle anatomie patologiche, anagrafe sanitaria, esenzioni per patologia ed invalidità) costituisce uno degli strumenti informativi per il fine salute .

Esso è in grado di fornire, relativamente alla patologia tumorale, dati sulla incidenza (quanti nuovi casi in un anno), prevalenza (quante persone convivono con un tumore), sopravvivenza (quanto si sopravvive), mortalità (quanto si muore), trend (se i tumori aumentano o diminuiscono rispetto agli anni precedenti), confronti fra aree (se l'impatto della malattia è lo stesso in tutte le aree regionali).

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

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

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

CAPITOLO 7 - CONTRATTO DI OSPITALITA'

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

Il suo scopo è creare condizioni di contesto sia dei cittadini che degli operatori e dei servizi.

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

Il contratto, o patto, dovrà chiarire le modalità attraverso le quali si instaura una relazione di ospitalità:

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

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

Di particolare rilievo è la ridefinizione del consenso informato che dovrà emanciparsi dal suo uso burocratico e proporsi come un'effettiva occasione di co-decisionalità. La relazione, inoltre, dovrà essere sostenuta da precisi strumenti di informazione rivolti all'assistito-ospite che riguardano le necessità di servizio, la sua organizzazione, le sue modalità operative.

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

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

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

Se il patto è un'intesa politico-sociale tra parti sociali e rappresentanti della sanità, il codice etico di servizio è lo strumento che trasformerà le sue indicazioni di massima in regole, criteri, valori. Esso, riguardando il servizio (ospedale o territorio che sia) dovrà essere una specificazione dei:

- diritti/doveri del cittadino rispetto ad un certo servizio;
- diritti/doveri degli operatori rispetto a certi cittadini, cioè interpretando le caratteristiche dell'utenza(anziani, bambini, donne, malati cronici, malati acuti, malati gravi etc);
- delle relazioni possibili rispetto a precisi contesti di trattamento;
- le forme della partecipazione ammesse, rispetto alle caratteristiche della relazione tra servizio/utente;
- gli strumenti di informazione più adatti;
- l'informazione sulle caratteristiche organizzative nel servizio e sulle sue esigenze funzionali (modi, relazioni, contatti etc).

CAPITOLO 8 - CODICE ETICO

Il Codice Etico è lo strumento operativo del patto di ospitalità sopra indicato e, come tale, sarà consegnato nel momento in cui il malato sarà accettato.

Nel documento dovrà essere compreso il testo del patto d'ospitalità sottoscritto dai vari rappresentanti sociali e sanitari.

Quindi, il codice etico, va considerato come la regola condivisa tra il cittadino e l'operatore.

Qui di seguito, a scopo esemplificativo, viene declinato il rapporto fra diritti e doveri inteso come "aspettative" degli operatori nei confronti del malato ospite ed il cittadino:

- che sia una buona persona-ospite;
- che voglia capirci;
- che ci chieda di chiamarlo per nome e provi ad imparare i nostri nomi;
- che non sopporti e taccia;
- che parli della propria malattia, racconti che cosa la malattia significa per lui/lei nella consapevolezza che quanto dirà rimarrà segreto;
- che ci dica chi vuole accanto a se e quando;
- che ci dica che ha paura, quando ha paura;
- che ci dica quando non si sente sicuro e come si sentirebbe più sicuro;
- che voglia conoscere il proprio stato di salute e/o di malattia e scegliere il comportamento conseguente più adatto a lui/lei;
- che cerchi di parlare con noi e con gli altri senza alzare la voce;
- che ci dica che non ha capito quando non ha capito;
- che firmi i consensi a lui/lei richiesti solo se si sente davvero informato sull'esame o

cura a cui dovrebbe sottoporsi e ricevere perché la firma è solo una formalità quello che conta è che sia realmente informato;

- che non consideri gli operatori come padroni e neanche come gli unici a sapere su di lui/lei e la sua malattia ;
- che consideri le persone che vivono temporaneamente i suoi stessi luoghi e le stesse preoccupazioni come lui/lei
- che rispetti una organizzazione il più possibile vicina alle sue esigenze, nella consapevolezza che in quel luogo vivono temporaneamente tante altre persone e dunque le esigenze possono essere tante e diverse;
- che ci dica qual è il proprio confine tra la buona terapia e la terapia non più accettabile per lui/lei;
- che ci dica le sue aspettative sul momento;
- che ci dica quando secondo lui/lei stiamo sbagliando;
- che ci suggerisca cosa sarebbe meglio fare per lui/lei.

Oltre alle aspettative nei confronti del malato ospite da parte degli operatori, vi sono quelle del malato ospite nei confronti degli operatori degli ospedali che qui di seguito elenchiamo:

- di essere accettato;
- di essere informato nel modo e nei tempi che lui/lei richiede nella consapevolezza di non essere l'unico/a ad avere quel bisogno;
- che parli con lui/lei con la consapevolezza e l'interesse necessario per dare un messaggio, riceverlo e restituirlo;
- di ricevere premura;
- che voglia e sappia ascoltare;
- che non abbia paura della diversità;
- che non abbia la necessità di giudicare o che almeno sia bravo/a a non manifestare il giudizio o il pregiudizio
- che sappia usare linguaggi semplici, chiari, a me comprensibili;
- che abbia la volontà di farsi capire e capire me;
- che mi incontri spesso;
- che abbia tempi, spazi e strumenti per parlarsi, ascoltarsi, raccogliere e produrre beni nati dalla relazione, dagli incontri da trascrivere perché servano da memoria per gli altri operatori che verranno.

La scrittura del codice deve avvenire attraverso:

- raccolta delle aspettative dell'Ospite al momento dell'incontro;
- valutazione dello scarto fra le aspettative immaginate dagli operatori e quelle dichiarate dall'ospite al momento dell'incontro.

La possibile negoziazione è conseguente all'apprendimento dello scarto che si determina mediante relazione discorsiva su ciò che è necessario mettere in atto per soddisfare le reali aspettative dell'ospite.

CAPITOLO 9 - CANONE DI OSPITALITÀ

Perché siano chiari i rapporti e le regole nell'ambito delle relazioni di servizio, è necessario adottare il Canone di Ospitalità. Per "canone" si intende quel pacchetto di regole e di criteri che sovrintende la funzionalità del servizio di accoglienza.

Esso è quindi simile ad una sorte di regolamento interno che regola le varie reti di relazioni.

Il canone stabilisce le necessarie relazioni rispetto ad un caso o ad una situazione, ed è pertanto importante che il canone preveda gli strumenti per l'Asseribilità.

L'asseribilità è l'opinione del cittadino malato circa la sua condizione e la sua relazione con i servizi. In questo caso, essa costituisce un capitolo importante del canone in quanto attraverso le relazioni e l'esperienza del malato, è ammessa come conoscenza utile ai trattamenti ed alle decisioni assistenziali.

L'asseribilità si riferisce, quindi, a ciò che vive nel cittadino malato nella realtà.

Il senso profondo dell'asseribilità è concepire le conoscenze del malato non solo per evidenze (test ed esami diagnostici, esami di laboratorio) ma anche come rappresentazione da parte del malato delle proprie condizioni.

L'asseribilità si riferisce, quindi, a ciò che vive nel cittadino malato nella realtà.

I principali mezzi a supporto della asseribilità sono:

- la relazione con il malato;
- parti della cartella clinica da far gestire dal malato o dai suoi familiari;
- diari giornalieri che i malati possono tenere sulle loro esperienze dei servizi.

Al fine di organizzare al meglio le varie forme di asseribilità, si possono organizzare diversi sistemi di informazione e diverse modalità. Si riportano di seguito alcuni esempi di accoglienza:

- processo di accoglienza riconosciuto e definito e sue migrazioni a livelli sempre più maturi attraverso l'utilizzo del Process Maturity Model (sistema informativo informatizzato);
- gestione della accoglienza attraverso i progetti: project management con filosofia che modifica la genesi dei progetti: i progetti nascono là dove esiste il bisogno di innovare, migliorare (filosofia Company Wide Project Management, CWPM);
- audit nelle sue varie forme;
- griglia di Helmann per la rilevazione dei modelli esplicativi della malattia e della salute;
- consulenze di comunità, consulenze di saperi non esperti;
- metodologia partecipata: relazione discorsiva, focus group, spazi di discussione, raccolta di narrazioni, tecniche di peer education, interviste libere e semi strutturate secondo Philips, check list di osservazione;
- metodologia dell'autoapprendimento come potenziamento, secondo le tre tappe: incontro-interazione-incontro;
- intese con la comunità e gli enti locali, convenzioni;
- percorsi facilitati;
- delegati dell'accoglienza, territoriali ed ospedalieri, formati secondo i processi che dovranno seguire;

Perché si realizzi la piena operatività di quanto sin qui descritto, è necessario prevedere il servizio per l'accoglienza ospitale che è un'organizzazione funzionale pensata per aiutare i servizi ad avere relazioni di corresponsabilizzazione con i cittadini malati.

E' quindi un "servizio per i servizi" e deve, sostanzialmente, aiutare gli operatori a costruire tre livelli di relazioni:

1° livello: direttamente con il malato o il cittadino, dove si recuperano le funzioni classiche dell'accettazione integrandole con tutti gli obblighi dell'ospitalità (informazioni, assistenza nei percorsi, documentazione, etc);

2° livello: favorendo relazioni tra i servizi ed il malato, quindi tra tutti gli operatori che hanno rapporti diretti con il malato, soprattutto sostenendo i delegati della accoglienza;

3° livello: le relazioni previste dal patto d'ospitalità e che riguardano il lavoro di informazione e di sensibilizzazione rispetto alle comunità dei cittadini di riferimento. Il servizio è materialmente costituito da un punto fisico di accoglienza del cittadino, ma soprattutto dalla rete di relazioni della quale si occupa.

I suoi riferimenti sono, rispetto ai livelli indicati:

- il cittadino
- i familiari del cittadino;
- i delegati della accoglienza;
- i soggetti comunitari interessati;

Le figure portanti sono:

- il responsabile del servizio di accoglienza;
- l'infermiere coordinatore (o altra disciplina);
- i delegati dell'accoglienza;
- il mediatore interculturale.

Attraverso l'ospitalità ci si prefigge di ottenere i seguenti esiti:

- ricevere disponibilità;
- restituire fiducia;
- ricevere apprendimento;
- restituire interventi di soddisfazione del bisogno concreti ed efficaci;
- superamento di servizi dedicati e avvio di servizi per tutti;
- incremento del capitale sociale;
- esercizio di un'economia evoluta capace di dare benefici e di continuare a evolversi.
- diminuzione degli accessi impropri;
- diminuzione delle dimissioni ritardate;
- diminuzione dei ricoveri ridondanti;
- diminuzione degli accessi tardivi;
- presenza di servizi fruibili per un target di popolazione che viceversa resta escluso dal servizio sanitario;
- incremento della cultura della donazione;
- rilevazione del bisogno anche quello non percepito;
- riconciliazione del rapporto servizi/società.

CAPITOLO 10 - RELAZIONE PERIODICA SULLO STATO DI SALUTE DELLA COMUNITA'- BILANCIO SOCIALE.-

La relazione periodica sullo stato di salute assume il ruolo di un documento strategico per la sanità pubblica di una comunità. Da essa si ricavano gli spunti per fissare obiettivi di salute prioritari. Con essa si valutano i risultati raggiunti dalla società.

La relazione non è un documento solo per la sanità. Le politiche dell'occupazione, quelle della casa, quelle della città e della qualità della vita, quelle della scuola, della sicurezza, dell'assistenza e anche quelle della sanità, possono tutte avere effetti significativi sulla salute nella società. Effetti spesso tra di loro indipendenti.

Pertanto a livello di ambito socio-territoriale la relazione periodica della Conferenza Istituzionale deve almeno prendere in considerazione i seguenti argomenti quali prerequisiti per la salute nella popolazione di un comune:

- la casa: esiste una chiara evidenza che mostra un'associazione fra l'abitazione e la salute. Una buona qualità dell'abitazione porta al miglioramento delle condizioni fisiche e mentali. Un'abitazione scadente, soprattutto se caratterizzata da freddo ed umidità, porta a problemi respiratori ed a dolori di vario genere mentre, l'eccessivo affollamento dell'abitazione, genera problemi di ansia e depressione;
- l'istruzione: i livelli di istruzione producono significativi gradienti di rischio per la salute. I livelli di istruzione sono strettamente correlati a livelli di deprivazione causati dalle barriere economiche, culturali e sociali che impediscono un accesso equo all'istruzione. Ciò è più evidente, in particolare, per le donne e per altri gruppi che si trovano in posizioni di svantaggio;
- il cibo: la disponibilità di adeguate quantità di cibo di buona qualità costituisce un elemento centrale per promuovere la salute e il benessere. La scarsità di cibo e la mancanza di varietà causa la malnutrizione e malattie da deficienza, mentre l'eccesso di cibo contribuisce allo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche, di tumori, di obesità e di carie dentale;
- il reddito e la continuità delle risorse: la disoccupazione pone dei rischi significativi alla salute; è dimostrato che le persone disoccupate e le loro famiglie hanno maggiori probabilità di morte prematura. L'insicurezza del lavoro provoca un aumento dell'ansia e della depressione e di problemi cardiovascolari;
- la stabilità dell'ecosistema: un ecosistema è una unità ecologica fondamentale, formata da una comunità di organismi viventi in una determinata area e dal suo specifico ambiente fisico, con il quale gli organismi sono legati da complesse interazioni e scambi di energia e di materia. È fondamentale che gli ecosistemi tendano alla stabilità cioè alla condizione in cui l'ecosistema è in grado di assorbire nel tempo le perturbazioni esterne (naturali o indotte dall'uomo) mantenendo integra la propria struttura. Un ecosistema alterato può ritornare alle condizioni precedenti con molta lentezza e in modo graduale;
- la giustizia e l'equità sociale: equità vuol dire giustizia. Equità nella salute significa che i bisogni della gente devono guidare la distribuzione delle opportunità per conseguire il benessere; ciò implica che ciascuno dovrebbe avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo potenziale di salute. Significa anche poter aver accesso a servizi sanitari di qualità in termini di uguale accesso ed utilizzo di essi a fronte di bisogni uguali.

La relazione periodica sullo stato di salute della comunità è il contesto all'interno del quale realizzare l'effettiva introduzione di nuovi strumenti di rendicontazione sociale, quali in particolare il bilancio sociale, istituito con Legge Regionale 22.4.2009, n. 13, al fine di rafforzare la capacità comunicativa, organizzativa e relazionale delle Aziende del SSR.

Il bilancio sociale rappresenta, infatti, il mezzo principale per rendere conto ai vari interlocutori del grado di soddisfacimento delle aspettative che essi hanno nei confronti delle organizzazioni, diventando uno strumento effettivo di confronto con gli *stakeholder*, sia nella individuazione dei problemi che nella formulazione delle proposte di miglioramento. In tal senso la redazione del bilancio sociale impone un processo di riflessione critica sul modo di essere e di operare, che porta a individuare le criticità e a promuovere le azioni necessarie al loro superamento. Lo schema tipo di bilancio sociale che la Regione Basilicata intende utilizzare, per fornire alle Aziende del SSR una piattaforma comune di riferimento, è quello contenuto nella "Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche" del 17 febbraio 2006 e nelle Linee Guida ad essa allegate, predisposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che costituiscono lo standard di riferimento per il settore pubblico.

CAPITOLO 11 - MODELLO DI DIPARTIMENTALITA': SISTEMI INTERCONNESSIONALI

La nozione di dipartimento fa la sua comparsa nel 1968. Sino ad ora è stata usata pur in diverse accezioni per indicare sostanzialmente insiemi di servizi giustapposti, contigui e complementari. La distinzione "dipartimento funzionale" e "dipartimento strutturale" condivide comunque la concezione di "insieme", limitandosi ad accentuare nel primo caso gli elementi funzionali e nel secondo caso quelli più strutturali. Ai fini di assicurare reali integrazioni tra servizi e operatori, tra gli ambiti sociali e sanitari, è possibile utilizzare l'espressione "dipartimento come sistema interconessionale".

Con questa espressione si vuole intendere: un'organizzazione del lavoro integrata, con risorse orientate ad obiettivi mirati.

Un dipartimento è un sistema interconnesso cioè un sistema coordinato e programmato di relazioni tra cittadini, operatori e servizi. Le sue finalità di fondo sono: ridurre quanto più possibile la divisione del lavoro; ricostruire quanto più è possibile il grado di complessità di un bisogno di salute e di cura, attraverso l'integrazione dei diversi punti di vista professionali, delle diverse conoscenze, delle diverse risorse sociali e sanitarie e dei servizi contigui; ridefinire la macrostruttura aziendale a sua volta come un macro sistema interconessionale quindi articolato per sottosistemi interconnessi; passare da una logica delle giustapposizioni ad una logica delle relazioni, quindi, ad una logica interconessionale; eliminare ripetizioni, sovrapposizioni, autarchie, autoreferenzialità; superare la segmentazione dei processi di cura di assistenza e di produzione della salute; favorire la corresponsabilizzazione e il coinvolgimento dei cittadini e dei malati; favorire la programmazione del lavoro; sviluppare un modello di governo, per quanto possibile, incentrato sulla coordinazione e sulla programmazione e sul management diffuso.

Un dipartimento quale sistema interconessionale può essere composto:

- da servizi con un comune obiettivo di salute;
- da servizi diversi ma comuni nelle loro funzioni o di base o specialistiche;
- da servizi dislocati a livelli diversi nella macrostruttura aziendale, ma orientati a comuni soggetti di salute;
- da operatori appartenenti a diversi sistemi interconnessi ma complementari rispetto a peculiari funzioni assistenziali;

- da operatori appartenenti a diversi sistemi interconnessi ma complementari rispetto all'assistenza da assicurare;
- da cittadini appartenenti ad una comunità con finalità di partecipazione, di informazione, di salute.

Inoltre, i sistemi interconnessionali si possono costituire per raggruppamenti di diverse unità operative e sulla base di:

- necessità di integrare conoscenze e capacità;
- processi di lavoro;
- funzioni complesse;
- tempo di lavoro;
- output che si vogliono conseguire;
- caratteristiche dell'utenza e della comunità;
- caratteristiche territoriali e geografiche;
- interdipendenze proprie ad un flusso di lavoro;
- interdipendenze proprie ad un processo anche a termine;
- criteri di interdipendenze di scala;
- necessità di standardizzazione degli output.

Il senso di questo elenco non è quello di restringere le possibilità aggregative dei sistemi interconnessi, ma, al contrario, è quello di allargare le possibilità di integrazione di una macrostruttura aziendale secondo le necessità e secondo le situazioni in cui si trovano le aziende.

I presupposti per realizzare un sistema interconnesso sono:

- il budget;
- la pianificazione dell'attività per processi;
- la specificazione degli output attraverso la definizione dei tempi necessari per gli interventi, dei mezzi impiegati, dei metodi adottati;
- i piani operativi;
- il controllo di performance;
- la valutazione degli esiti.

Sono da riconvertire nel senso del sistema interconnessionale:

- i vari dipartimenti in essere;
- il dipartimento per la salute mentale;
- i dipartimenti di prevenzione;
- le attività e i servizi che ruotano intorno alla salute della donna e del bambino;
- le attività riferite alle dipendenze;
- le varie attività ospedaliere con estensioni extra-ospedaliere costituite da hospice;
- i progetti di educazione alla salute, di informazione, di interventi nelle comunità scolastiche, nei luoghi di lavoro, nella comunità;
- le varie organizzazioni a "rete".
- le attività e i servizi che in si correlano alla salute della popolazione geriatrica;

CAPITOLO 12 - I PERCORSI ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali sono piani di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni basate sulle prove di efficacia, che identificano la sequenza di atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali da effettuare per raggiungere obiettivi di salute predefiniti, nel rispetto dei principi di appropriatezza, efficienza, equità e sicurezza.

Obiettivo di un percorso assistenziale è quello di migliorare i processi assistenziali, identificando e riducendo sprechi ed elementi di variabilità ingiustificati, garantendo contemporaneamente la continuità assistenziale, per meglio rispondere alla complessità dei problemi di salute .

La progettazione dei percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie, al fine di migliorare la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione fra i professionisti, il lavoro di gruppo, garantendo un migliore utilizzo delle risorse umane e materiali.

Obiettivi specifici di un percorso assistenziale sono:

- diffondere l'approccio alla medicina basata sull'evidenza come supporto decisionale;
- favorire l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e l'innovazione organizzativa;
- analizzare e ridurre la variabilità, elemento di maggiore criticità dell'agire sanitario e indicatore di performance inappropriate;
- promuovere la continuità assistenziale;
- favorire processi mirati di razionalizzazione della spesa;
- migliorare la qualità percepita dal paziente (efficacia, tempi, informazione, educazione).

Ove possibile, devono essere indicati il livello dell'evidenza scientifica e la forza delle raccomandazioni.

Si propone, quale sistema di classificazione, quello del Programma Nazionale Linee Guida.

Livello delle prove di efficacia

I	Più studi clinici controllati randomizzati e/o loro revisioni sistematiche
II	Un solo studio clinico randomizzato di disegno adeguato
III	Studi di coorte o loro metanalisi
IV	Studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
V	Studi di "serie di casi", senza gruppo di controllo
VI	Opinioni di esperti, consensus conference, opinioni del gruppo di elaborazione della linea guida

Forza delle raccomandazioni

A	Procedura fortemente raccomandata
B	Procedura non sempre raccomandata ma da prendere in considerazione in ogni caso
C	Incertezza in favore o contro la raccomandazione ad eseguire la procedura
D	Procedura non raccomandata
E	Procedura sconsigliata

CAPITOLO 13 - METODOLOGIA PER LA STIMA DEL FABBISOGNO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, STRUMENTALI E AMBULATORIALI

In attuazione dell'art. 8 comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., degli articoli 2 e 3 del DPR 14/01/97 e dell'art. 8-ter del D.Lgs. n. 229/99, al fine di garantire agli utenti prestazioni appropriate, secondo livelli di efficacia, efficienza, qualità ed uniformità su tutto il territorio regionale, la LR 28/00 e successive modificazioni ed integrazioni ha disciplinato i requisiti minimi strutturali, funzionali ed organizzativi delle strutture sanitarie pubbliche e private, il controllo e la vigilanza sulle medesime nonché le procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione, all'apertura ed all'esercizio dell'attività sanitaria.

L'art. 3, comma 2 della LR 28/00 e s.m.i. ha stabilito che, l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie è rilasciata dal sindaco territorialmente competente, previa verifica di compatibilità da parte della Regione Basilicata ai sensi dell'art. 8-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Relativamente a strutture da destinare ad attività che non richiedono l'utilizzo di posti letto erano stati individuati i seguenti criteri per la definizione dei fabbisogni di tali strutture:

- totale assenza o insufficiente presenza di strutture pubbliche o private eroganti quella tipologia di prestazioni nell'ambito distrettuale interessato, purché le prestazioni medesime rientrino nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- esistenza del relativo fabbisogno rilevato dall'Azienda Sanitaria interessata;
- assenza nel Piano Sanitario della previsione della realizzazione di analoghe strutture pubbliche o private eroganti quel particolare tipo di prestazioni.

L'attuazione di questi criteri, che di fatto avevano affidato la rilevazione del fabbisogno alle Aziende Sanitarie interessate, su richiesta del Dipartimento a seguito dell'istanza di un privato, ha comportato un'impossibilità di definire, a livello regionale, una programmazione del fabbisogno e dei relativi tetti economici ed una scarsa trasparenza nei confronti delle strutture private che non potevano conoscere, a priori, la mappa dei fabbisogni regionali definita all'interno di una programmazione strategica regionale.

Per tale motivo, è stata sviluppata dal Dipartimento, nel rispetto di quanto disposto dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i., una metodologia per la determinazione dei fabbisogni e dei relativi tetti di spesa che ha consentito di superare le criticità sopra riportate, garantendo il riequilibrio delle dinamiche legate alla domanda/offerta ed una più equa distribuzione territoriale dei servizi sanitari, nel rispetto dei fabbisogni espressi da ciascun territorio e dell'autonomia gestionale e programmatica riconosciuta e garantita alle Aziende Sanitarie dalla normativa regionale.

I criteri per la determinazione del fabbisogno di strutture sanitarie per ambito territoriale, in particolare per distretto, utile alla verifica di compatibilità di cui sopra, sono stati definiti con la DGR 1907/2006. La suddetta metodologia adottata per il calcolo del fabbisogno, condivisa con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie con le Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate ricadenti nel territorio regionale, si è basata sulla rilevazione:

- della domanda di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate ai cittadini lucani presso strutture pubbliche e private accreditate regionali ed extraregionali ed in regime libero professionale;
- dell'offerta delle strutture regionali pubbliche e private accreditate.

Nella domanda è stato introdotto un fattore correttivo rappresentato dai tempi di attesa delle prestazioni. La domanda di prestazioni sopra rilevata, al fine di poter essere utilmente confrontata con l'offerta, viene classificata sulla base delle Branche e delle Categorie introdotte nel Nomenclatore Tariffario Unico Regionale e sulla base della classificazione delle strutture eroganti per Area Funzionale Omogenea (AFO):

Altre branche specialistiche

APR (Pubblico e privato)

- Ortopedia e traumatologia
- Oculistica
- Dermatologia
- Diagnostica per immagini – Medicina nucleare
- Endocrinologia
- Gastroenterologia – Chirurgia ed endoscopia digestiva
- Neurologia
- Otorinolaringoiatria
- Pneumologia
- Ostetricia e ginecologia
- Cardiologia

APU (Pubblico)

- Chirurgia (generale, plastica, vascolare e angiologia)
- Neurochirurgia
- Odonstomatologia – chirurgia maxillo facciale
- Oncologia
- Psichiatria
- Radioterapia
- Anestesia
- Nefrologia
- Urologia
- Altre

Radiologia

- Termografia assiale computerizzata – TAC
- Risonanza magnetica nucleare – RMN
- Medicina nucleare e scintigrafie
- Radiologia diagnostica
- Ecografie
- Ecografia vascolare
- Altre prestazioni

Laboratorio

- Laboratorio generale di base
- Chimica clinica e/o tossicologia
- Citostopatologia
- Ematologia
- Genetica medica
- Microbiologia e sieroinmunologia
- Virologia
- Altre prestazioni

FKT

- Terapia fisica
- Logopedia
- Rieducazione
- Visita e altro (training, valutazione, EMG)

Il risultato della metodologia, che consente di individuare il grado di copertura della domanda/offerta di prestazioni, viene rappresentato graficamente su una mappa di compatibilità che assegna a ciascun distretto un colore identificativo del fabbisogno secondo la seguente corrispondenza:

ROSSO	Il fabbisogno distrettuale è interamente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL.
GIALLO	Il fabbisogno è parzialmente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL. Esiste un residuo di fabbisogno non sufficiente a far scattare una carenza. Il soddisfacimento di tale fabbisogno resta a carico della programmazione aziendale.
VERDE	Il fabbisogno è parzialmente soddisfatto dalle strutture della ASL ubicate nel distretto o in altri distretti o da strutture di altre ASL. Esiste un residuo di fabbisogno non soddisfatto.

Tale mappa viene aggiornata e approvata annualmente con deliberazione della Giunta Regionale e pubblicata sul sito ufficiale della Regione Basilicata.

La verifica di compatibilità, di cui all'art. 3 della LR 28/00 e s.m.i., si effettua sulla base dell'attribuzione del fabbisogno residuo ai distretti aziendali. Il parere di compatibilità è positivo solo nel caso in cui il distretto, ove la struttura privata è ubicata o intende ubicarsi, risulti verde ed il fabbisogno residuo non sia già stato esaurito da precedenti richieste o da un potenziamento dell'offerta pubblica.

CAPITOLO 14 - L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'Health Technology Assessment (HTA) è un approccio multi-disciplinare, multi professionale e multi-settoriale a supporto dei decisori; la valutazione delle tecnologie deve infatti considerare molteplici aspetti quali quelli:

- ingegneristici, legati alle caratteristiche tecniche dell'eventuale strumento utilizzato per il trattamento;
- economici, legati al rapporto costo-beneficio, costo-efficacia, costo-utilità di tale trattamento;
- clinici, legati alla valutazione del risultato del trattamento assistenziale;
- organizzativo-gestionali, connessi con l'ingegnerizzazione delle procedure che conducono il paziente dall'accesso al servizio, alla diagnosi, al trattamento e alla valutazione degli outcome;
- statistici, per la valutazione della significatività delle informazioni raccolte.

I risultati degli studi HTA condotti sono condivisi e diffusi dagli specialisti di settore e pubblicati nella forma di report.

I report sono redatti secondo le linee guida del consorzio europeo EUnetHTA e, pertanto, contengono informazioni circa l'epidemiologia, l'impatto clinico, l'analisi economica e le eventuali analisi di impatto etico e legale.

Poiché la ricerca e l'elaborazione delle informazioni necessarie a condurre uno studio HTA comportano un enorme dispendio di risorse, la Regione Basilicata ha aderito all'iniziativa promossa e coordinata dall'Agenas per la creazione della Rete Italiana di Health Technology Assessment (RIHTA), cui la Conferenza unificata Stato-Regioni ha attribuito il compito di sostenere e supportare le Regioni nell'ambito dell'HTA (delibera n.73/CU del 20.09.2007), per la costituzione di network interregionali, con lo scopo di condividere banche dati e risultati di ricerche, per dare risposte in tempi più rapidi e per rispondere a specifiche esigenze di formazione.

Particolare attenzione si deve continuare a porre nella valutazione delle tecnologie emergenti, mettendo in campo un sistema di allerta precoce e di valutazione conosciuto come Horizon Scanning; su tale tema già l'OPT regionale collabora con l'Agenas al progetto Centro di Osservazione delle Tecnologie Emergenti (COTE).

Le attività riguardanti i report HTA, in accordo con quanto previsto dalla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010, sono condotte a livello regionale dall'Osservatorio Regionale dei prezzi, dei beni e delle tecnologie nel settore della sanità (OPT) che si avvale di specifiche professionalità esperte nella valutazione delle tecnologie nonché di specialisti esterni che vengono nominati di volta in volta secondo le specifiche branche specialistiche oggetto di studio; in particolare, il gruppo tecnico multidisciplinare è composto da almeno le seguenti competenze:

- ingegnere clinico esperto in HTA;
- economista sanitario;
- farmacista;
- epidemiologo
- medico esperto in HTA;
- professionista esperto in HTA;
- esperto in revisioni sistematiche;
- esperto di amministrativo.

Il gruppo tecnico procede alla valutazione delle tecnologie su specifiche esigenze di priorità su segnalazione della Direzione Generale del Dipartimento Regionale.

L'istruttoria del gruppo tecnico si conclude con un report in cui vengono valutati gli aspetti di costo-efficacia della tecnologia, le strategie di introduzione della stessa nel Sistema sanitario regionale oltre agli impatti etici e legali connessi all'utilizzo della tecnologia in esame.

Il documento diventa vincolante per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali.

VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE A LIVELLO REGIONALE			
OBIETTIVO GENERALE	VALUTARE LE TECNOLOGIE UTILIZZANDO L'APPROCCIO HTA		
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Individuazione delle tecnologie emergenti e quelle di recente introduzione che le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere intendono acquisire	Analisi schede di richieste di finanziamento per nuove tecnologie. Individuazione di tecnologie emergenti a potenziale rapida diffusione.	I° semestre di vigenza del Programma	Report riassuntivo degli interventi proposti e indicazione delle priorità di valutazione
	Prioritarizzazione delle tecnologie da valutare		

\A livello Aziendale ed Ospedaliero, il ruolo dell'HTA nella configurazione dell'Hospital-based HTA, consiste nel supportare i processi decisionali manageriali alla ricerca di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari, di riduzione dell'elevata variabilità della pratica clinica e d'innovazione organizzativa a livello di processi, tecnologie ed infrastrutture, così come previsto dalla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010.

A livello aziendale ed ospedaliero va individuato un team multidisciplinare con il compito di:

- individuare i bisogni che portano all'adozione di nuove tecnologie;
- programmare la sostituzione delle tecnologie in caso di guasto oppure di obsolescenza;
- valutare le proposte provenienti dalle unità operative;
- valutazioni dal punto di vista clinico, valutazione di overlapping con le tecnologie esistenti, necessità infrastrutturali ed organizzative delle nuove tecnologie;
- supporto per la individuazione e valutazione per l'acquisto delle nuove tecnologie e servizi sanitari.

Deve essere costituito, quindi, presso la Direzione strategica Aziendale ed Ospedaliera, un nucleo tecnico di HTA in cui siano presenti almeno le seguenti professionalità:

- ingegnere clinico esperto in HTA;
- economista sanitario;
- farmacista;
- provveditore/economista;
- epidemiologo;
- esperto in qualità e risk management.

Il gruppo tecnico procederà alla valutazione delle tecnologie su specifiche esigenze di priorità segnalate dalla Direzione Generale Aziendale. Inoltre, il gruppo dovrà rapportarsi con l'OPT regionale per le seguenti attività:

- segnalazione delle tecnologie individuate per cui il gruppo di HTA aziendale procederà alla valutazione;
- segnalazione delle tecnologie più complesse per cui si chiede un approfondimento al gruppo HTA regionale;
- invio al gruppo regionale dei report HTA aziendali;
- individuazione dei fabbisogni e delle specifiche minime inerenti gli approvvigionamenti sin accordo con le attività previste nell'ambito della Rete Regionale degli acquisti di cui alla D.G.R. n.139 del 2 Febbraio 2010.

Le professionalità individuate dovranno possedere specifiche competenze e formazione nel campo dell'HTA; pertanto il Dipartimento, in accordo con le Aziende Sanitarie, attiverà programmi di formazione utilizzando i canali di collaborazione con Agenas e le altre Regioni secondo le forme di collaborazione sottoscritte nell'ambito del progetto RIHTA.

VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE A LIVELLO AZIENDALE			
OBIETTIVO GENERALE	VALUTARE LE TECNOLOGIE UTILIZZANDO L'APPROCCIO HTA		
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Programmazione degli investimenti in tecnologie sanitarie	Predisposizione delle schede per le richieste di finanziamento per nuove tecnologie ed individuazione delle tecnologie da valutare	I° semestre di vigenza del Programma	Invio al Dipartimento Salute delle schede e di uno specifico report
Predisposizione dei capitolati tecnici	Nomina del gruppo tecnico	II° semestre di vigenza del Programma	Individuazione dei fabbisogni e predisposizione del Capitolato Tecnico
Contestualizzazione dei report HTA nazionali e regionali	Predisposizioni di analisi economiche (es. costo-efficacia, costo-utilità,...) rispetto al contesto aziendale	II° semestre di vigenza del Programma	Produzione di specifici report

CAPITOLO 15 - DALLA RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI ALLA CENTRALE UNICA DI COMMITTENZA

Analogamente ad altre Regioni italiane, anche in Basilicata sono stati avviati interventi finalizzati alla razionalizzazione del trend crescente di spesa. L'obiettivo di ridurre la spesa e l'esigenza di migliorare la qualità dei prodotti/servizi erogati nonché di stimolare la competitività e l'innovazione sui mercati di riferimento, stanno trovando una risposta concreta nell'introduzione di processi di acquisto e logistica centralizzati e nella creazione di portali di e-procurement a livello regionale, strettamente collegati con le politiche di acquisto on-line a livello nazionale.

Il modello di Rete Regionale degli Acquisti è stato approvato fino dal 2008, in attuazione dell'art.26 della L.R. n. 28/2007. Con tale articolo si autorizzava la Giunta Regionale a disciplinare con propria direttiva l'espletamento di procedure unificate in materia di acquisto di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie tramite unioni di acquisto, ove non utilizzabili le convenzioni CONSIP ai sensi di legge, e a sperimentare la delega di funzioni di Centrale di Committenza.

Tale modello a rete vede coinvolte tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere (ASM, ASP, IRCCS CROB, AOR S.Carlo) e si esplica attraverso la formula delle Unioni Regionali d'Acquisto (URA) con la designazione di un'Azienda Capofila oppure tramite Centrale di Committenza

L'obiettivo di razionalizzare la spesa e migliorarne l'efficienza richiede ora al sistema sanitario della Basilicata di completare il percorso della rete regionale degli acquisti e di sviluppare il tema della centralizzazione dei servizi.

Il trend crescente della spesa e la necessità di qualificare gli impieghi sulla produzione propriamente sanitaria impongono una analisi ed una verifica di tutte le funzioni di service alla produzione stessa, sia quelle acquistate sia quelle direttamente prodotte nel campo della logistica e dei servizi generali.

Le stesse scelte di "make or buy" in relazione ai servizi generali possono dipendere anche dalla dimensione dell'ambito di applicazione della scelta ed evolversi in un senso o nell'altro in considerazione delle esigenze complessive del sistema.

Il sistema stesso non può più essere considerato come una semplice sommatoria di strutture e funzioni dell'organizzazione sanitaria, ma deve tener conto dell'interazione, oltre che dell'integrazione, fra questa e la rete dei servizi territoriali di cittadinanza sociale. In altri termini, il prodotto sanitario è solo una delle componenti del sistema dei servizi alla persona e alla comunità ed il fatto che quest'ultimo sia, necessariamente, un sistema a governo diffuso non implica che non possano essere realizzate al suo interno le migliori economie di scala possibili.

Le principali criticità del sistema attualmente utilizzato possono essere così sintetizzate:

- a) difficoltà nella standardizzazione ed omogeneizzazione dei beni da acquisire, derivanti anche da fisiologici orientamenti verso acquisizioni già conosciute e positivamente testate;
- b) criticità derivanti dalla difficoltà di conciliare lo svolgimento dell'attività medica dei vari partecipanti alla redazione dei vari capitolati tecnici e, quindi, di definire in tempi brevi gli stessi;
- c) difficoltà di cumulare le ordinarie attività di acquisizione di beni e servizi aziendali con la funzione di capofila.

Il superamento di tali criticità può avvenire attraverso l'affidamento ad una struttura unica e permanente, incardinata in una delle Aziende del SSR, delle funzioni di acquisto di beni e servizi per tutto il sistema regionale, ossia realizzando l'evoluzione della Rete regionale degli acquisti in una vera e propria Centrale di Committenza regionale per gli acquisti dei beni e dei servizi alla quale in prospettiva, anche

attraverso gli opportuni passaggi regolamentari e, se necessario, legislativi, affidare anche il compito di garantire le funzioni di service al sistema, superando, nei modi e nei contenuti ritenuti utili e possibili, duplicazioni e sovrapposizioni di funzioni e, comunque, dispersione o eccessivo assorbimento di risorse nei meccanismi di funzionamento interno del sistema.

La Centrale di Committenza unica regionale potrà assumere la configurazione di struttura interaziendale ed avrà il compito di:

- ottemperare agli indirizzi forniti dalla Regione per il perseguimento del contenimento della spesa nel settore sanitario attraverso l'aggregazione della domanda ed il monitoraggio dei costi;
- aumentare l'efficienza e l'efficacia delle procedure d'appalto grazie alla continuità dell'azione dedicata, ai maggiori volumi di spesa, al maggior potere contrattuale, alla realizzazione di economie di scala, nonché per mezzo del monitoraggio finale dell'esecuzione / fornitura;
- promuovere ed utilizzare, compatibilmente con le disposizioni di legge, innovative forme di contrattazione e nuove strategie di acquisto.

L'ulteriore evoluzione della centrale potrà, in un secondo tempo, proporsi progressivamente quale gestore delle funzioni di service del sistema, con particolare riguardo alle seguenti aree funzionali:

- amministrazione delle risorse umane, stato giuridico, trattamento economico e previdenziale, strumenti di acquisizione, sistema della formazione, sia per il personale dipendente che per i professionisti convenzionati, consulenti o collaboratori;

contabilità e controllo, contabilità analitica e controllo di gestione, bilancio e adempimenti fiscali e tributari;

- assetto della logistica generale e funzionale, amministrazione degli immobili e degli impianti, funzioni manutentive, magazzini, trasporti non sanitari;
- servizi generali, pulizie, servizi dell'alimentazione, lavanderia e noleggio biancheria, riscaldamento e raffrescamento, smaltimento rifiuti, servizi telefonici, global service;
- servizi informatici, health technology, telemedicina;
- energia, forniture energetiche, risparmio energetico, produzione di energia da fonti rinnovabili;
- sistema della formazione, dell'attività convegnistica e della comunicazione esterna;
- ogni altra funzione possa essere resa in modo più efficiente ed efficace con modalità condivisa;

Il sistema centralizzato di acquisti e servizi condivisi potrebbe in prospettiva essere utilizzato, qualora ne facessero richiesta, anche dalle Autonomie e dalle amministrazioni locali, in particolar modo – ma non esclusivamente – per le funzioni connesse all'area dell'integrazione socio – sanitaria e ai servizi di cittadinanza sociale.

CAPITOLO 16 - IL SISTEMA DELLA FORMAZIONE

Il sistema sanitario pone tra i suoi obiettivi fondamentali quello di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Lo sviluppo di tale obiettivo presuppone un processo di cambiamento, di trasformazione organizzativa e soprattutto comportamentale che coinvolge principalmente le risorse umane che compongono un'organizzazione sanitaria. In quest'ottica viene assegnato alla formazione un ruolo strategico all'interno del sistema.

L'aderenza delle caratteristiche personali e professionali delle risorse umane disponibili, in termini di conoscenze ed esperienze, ed il loro livello di adesione alle logiche sottostanti il processo di evoluzione del sistema in risposta alle mutate condizioni ambientali, rappresentano, infatti, fondamentali **determinanti** del livello di raggiungimento degli obiettivi di cambiamento definiti.

Pertanto, la programmazione e la realizzazione della **formazione di base, specialistica, manageriale, continua e specifica** costituisce un nodo centrale per lo sviluppo futuro del sistema sanitario.

In relazione, quindi, alla valenza strategica che assume la formazione nell'ambito del Sistema Sanitario, è interesse della Regione che ne venga garantita la continuità, la sua programmazione ed organizzazione, ai vari livelli di intervento:

1. formazione per l'accesso al Servizio Sanitario;
2. formazione manageriale;
3. formazione continua;
4. formazione specifica per il cambiamento dei sistemi complessi.

In quest'ottica, si ritiene di sviluppare programmi regionali di formazione di alto livello professionale finalizzati alla formazione di un nucleo di esperti ed al successivo trasferimento del know how acquisito. Si ritiene indispensabile, inoltre, che anche le Aziende Sanitarie programmino moduli formativi, contemplati nei piani formativi aziendali, per lo sviluppo delle capacità relazionali interpersonali nel proprio contesto lavorativo e nel rapporto con l'utenza per tutte le figure professionali aziendali.

L'impegno regionale nell'ambito della formazione per l'accesso del personale laureato e non al Servizio Sanitario riguarderà la formazione di base, complementare, specialistica e interventi di riqualificazione professionale.

Dettagliatamente, nel triennio di vigenza del presente piano:

- a. la formazione delle professioni infermieristiche e di ostetricia, della riabilitazione, tecniche della prevenzione, attraverso l'attivazione dei relativi costi di laurea triennali da realizzarsi nell'ambito del S.S.R. con il concorso delle Università - Facoltà di medicina e chirurgia - a seguito di specifici protocolli d'intesa Regione/Università;
- b. la formazione post-lauream dei medici per l'acquisizione del diploma abilitante in medicina generale attraverso l'attivazione di corsi regionali disciplinati con D.Lgs. 368/99. La Regione Basilicata ha attivato tali corsi con l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza e Matera;
- c. la formazione post-lauream, dei laureati strutturati nel ruolo sanitario per l'acquisizione dei diplomi di specializzazione, da realizzarsi, a seguito di specifici protocolli d'intesa Regione/Università, anche tramite l'utilizzo di strutture e personale del S.S.R. nonché la sperimentazione, se possibile, di forme di collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia per la formazione pratica e di tirocinio degli specializzandi nell'ambito delle strutture del S.S.R. che presentano i necessari requisiti;

d. la formazione dell'Operatore Socio-Sanitario, figura professionale che svolge attività di assistenza sia nel settore sanitario che in quello sociale e sociosanitario, attraverso l'attivazione presso le Aziende Sanitarie della Regione di specifici corsi di formazione base di 1000 ore. La Regione Basilicata con il regolamento di cui alla Delibera di G. R. n. 654/02 ha stabilito le modalità per l'acquisizione della relativa qualifica professionale di O.S.S. L'istituzione di tale figura permette alla Regione Basilicata di avviare un percorso formativo che riguarda la riqualificazione sia degli operatori con qualifica OTA presenti all'interno del servizio sanitario regionale che degli operatori sociali alle dipendenze delle cooperative che svolgono assistenza domiciliare ad anziani e a portatori di handicap;

e. l'istituzione di moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria, di 400 ore, dedicati a chi è già Operatore Socio Sanitario e vuole ampliare le competenze professionali del proprio profilo in coerenza con quanto previsto, con l'Accordo siglato il 16 gennaio 2003 dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Le sedi dove si svolgeranno i corsi, di Operatori Socio Sanitario e di Operatori Socio Sanitario con Formazione Complementare e la relativa assegnazione dei posti, sia per il personale dipendente che per i soggetti esterni, sono individuate come segue:

- Azienda Sanitaria di Potenza;
- Azienda Sanitaria di Matera;
- Azienda Ospedaliera Regionale S.Carlo;
- IRCCS Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata.

La vigente normativa inquadra i rapporti fra Università e Regione sotto forma di intesa di reciproca collaborazione, articolata nel campo della didattica, della ricerca e dell'assistenza.

La reciproca collaborazione fra Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario, è stata già resa operativa da alcuni anni mediante la stipula di specifici protocolli d'intesa fra Regione e Università e in maniera derivata tra Università e Aziende Sanitarie, sia per quanto attiene la formazione specialistica dei laureati strutturati nell'ambito del S.S.R. sprovvisti di specializzazione nella disciplina di appartenenza che per quanto concerne la formazione delle professioni infermieristiche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione attraverso l'attivazione di corsi di laurea triennali presso le sedi didattiche del S.S.R.

Relativamente all'apporto delle Facoltà Universitarie di medicina alle attività assistenziali del S.S.R., si ribadisce quanto previsto dalla normativa vigente che ne prevede la possibile realizzazione attraverso convenzioni da stipularsi tra Aziende Sanitarie e Università, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali ed a seguito di apposita autorizzazione regionale.

Il presente piano, in coerenza con il percorso già avviato, intende non solo dare continuità e maggiore consistenza ai processi formativi in atto, ma anche promuovere tutte le iniziative dirette ad avviare ulteriori forme di collaborazione che vedano coinvolte con pari dignità e in maniera sinergica le Università più prestigiose con le strutture e i presidi del Servizio Sanitario Regionale.

Il Piano intende riconoscere particolare importanza alla formazione manageriale sanitaria, che deve fornire ai dirigenti di vari profili professionali operanti nell'organizzazione, sia le competenze e le tecniche per gestire specifici ambiti e specifiche risorse (finanziarie, umane, tecnologiche, informative ecc.), che la capacità di operare una sintesi tra queste competenze e la capacità di relazione con altri professionisti, in una logica ed in un equilibrio che garantiscano risultati di salute a livello clinico, sociale e ambientale.

Dalla consapevolezza che la formazione costituisca un potente strumento manageriale per il raggiungimento degli obiettivi politici e programmatici stabiliti e programmi di Educazione Continua in

Medicina (E.C.M.) rivolti agli operatori sanitari, che vengono realizzati in campo sanitario con lo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori della Sanità.

Caratteristica specifica dell'E.C.M. è la valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che ciascun professionista sanitario possa essere garantito della qualità ed utilità degli stessi al fine del mantenimento continuo della propria professionalità che possa garantire, di riflesso, la tutela della salute dei cittadini.

L'introduzione del programma di Educazione continua nel contesto italiano, di alcuni decenni successivo rispetto a quanto avvenuto nel mondo anglosassone e in diversi paesi europei, avviene per effetto delle nuove norme contenute nel D.Lgs. 229/99 recante "Norme per la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale" che sostanzialmente istituzionalizza l'E.C.M. e fornisce una traccia su come procedere in tutto il percorso dell'impostazione, attuazione e valutazione della formazione continua.

CAPITOLO 17 - LA RETE OSPEDALIERA

La strategia che si intende perseguire con il presente Piano pone particolare attenzione all'integrazione, concetto che traduce il concetto della continuità dell'assistenza intesa come processo clinico che vede la sinergica produzione di equipe specialistiche in strutture multiprofessionali operanti anche a distanza.

In questa logica, la rete ospedaliera in Regione Basilicata è così composta:

Azienda Ospedaliera San Carlo:

Nel confermare le competenze attribuite alla AOR San Carlo dal precedente PSR 97/99, con esclusione della gestione della Centrale Operativa del servizio di emergenza sanitaria regionale attribuita a Basilicata Soccorso con LR 21/99, la predetta Azienda è una struttura di elevata complessità e ad alta specializzazione, di rilievo nazionale.

E' altresì sede di:

- dipartimento di II livello di emergenza (DEA) che comprende quanto previsto dal DEA di I livello, ed in più coordina l'intervento delle unità specialistiche presenti nella struttura ospedaliera e la consulenza psichiatrica. Garantisce inoltre il teleconsulto per il DEA di I livello ed i presidi ospedalieri per acuti sede di PSA;
- UOC di riferimento regionale con allocazione dei relativi posti letto (vedi successiva tabella 2);
- Centro regionale per la fibrosi Cistica e del Centro regionale per l'epilessia;
- Attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (unità spinale, grave disabilità in età evolutiva, gravi cerebro lesioni acquisite e gravi traumi cranio – encefalici)
- Livello di riferimento regionale delle reti con riguardo a:
 - Rete oncologica regionale: governata in coordinamento con l' IRCCS CROB sulla base delle specifiche competenze e delle tecnologie avanzate disponibili;
 - Rete integrata ospedale – territorio della patologia diabetica e delle patologie endocrino metaboliche; centro di riferimento regionale per interventi diagnostico – terapeutici di III livello specialistico che, oltre ai compiti di base previsti dalla programmazione aziendale, svolge anche funzione di ricerca ed erogazione di prestazioni di elevata complessità, non erogabili negli altri due livelli;

- Rete della reumatologia: centro di riferimento del dipartimento interaziendale anche con posti letto di degenza ordinaria e di day hospital, con il compito di garantire prestazioni specialistiche più complesse rivolte anche a pazienti provenienti da altre regioni;
- Rete integrata ospedale – territorio per la prevenzione e terapia dell'obesità : centro di riferimento per la diagnosi e terapia medica dell'obesità;
- Rete pediatrica interaziendale: centro di riferimento regionale per l'assistenza pediatrica anche attraverso la sperimentazione gestionale attuata con partnership con esperienze nazionali di alta specializzazione;
- Rete regionale delle demenze: centro hub della rete regionale con le funzioni di riferimento della rete per le procedure diagnostiche ed assistenziali avanzate nonché per il coordinamento delle attività epidemiologiche e di sperimentazione clinica.
- Rete regionale di medicina dello Sport e dell'Esercizio fisico.

Presidio Ospedaliero “Madonna delle Grazie” di Matera:

Confermando l'impianto del PSR 97/99, il Presidio Ospedaliero “Madonna delle Grazie” di Matera è un presidio ospedaliero di media-elevata complessità, sede di dipartimento di I livello di emergenza, con unità operative di chirurgia generale e medicina generale con orientamento specialistico diversificato. Il DEA di I livello deve garantire, oltre le funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatrica e neonatologica, un trauma center nonché osservazione breve, assistenza cardiologica, rianimatoria e prestazioni di laboratorio di analisi chimico clinico e microbiologiche, di diagnostica per immagini (TAC, RMN) ed immunoematologia.

E' prevista la presenza di una “guardia attiva” per 24 ore in medicina generale, chirurgia generale ed anestesia e rianimazione, ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e servizio immuno trasfusionale.

Garantisce, inoltre, le funzioni del CRT (Centro regionale Trapianti) Basilicata con L.R.T.T. (laboratorio regionale tipizzazione tissutale) con servizio H/24 ed il centro regionale di genetica medica e di neuropsichiatria infantile. Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del ministero e del CNT (Centro nazionali Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali che viene attivata presso il SIT (servizio immunotrasfusionale), sede del CRT Basilicata, attraverso la definizione della attività di raccolta ed eventuale amplificazione delle cellule staminali da realizzare tra il CRT di Basilicata e le strutture afferenti in questo settore: U.O. di ematologia Ospedale San Carlo di Potenza, servizio di ematologia dell'ospedale Madonne delle grazie di Matera, U.O. di oncoematologia del CROB di Rionero.

In queste strutture è praticabile: autotrapianto da midollo osseo c/o da cellule staminali periferiche, raccolta di cellule da cordone ombelicale in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia con l'invio del campione alla banca regionale per la conservazione.

IRCS-CROB Rionero Ospedale ad elevata specializzazione:

Nel confermare all'IRCCS CROB le competenze attribuite con il P.S.R. 97/99 e con la deliberazione di G.R.B. 1108/2003, l'assegnazione allo stesso del Registro Tumori della Basilicata e l'istituzione, prevista nel piano sangue vigente, del servizio immuno-trasfusionale, l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a rilevanza nazionale “ Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata” è parte del Sistema sanitario regionale .

L'Istituto opera, ai sensi del D.Lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 e della L.R. 1 luglio 2008 n. 12 come integrata dalla L.R. n. 20 del 6 agosto 2008, nel campo dell'oncologia in conformità alle direttive impartite dalla Giunta Regionale e seguendo il modello dipartimentale interaziendale.

L'IRCCS, in ossequio al D.Lgs. 288/2003, deve perseguire nella specialità dell'oncologia, secondo standard di eccellenza, finalità di ricerca prevalentemente clinica e transazionale in campo biomedico, farmacologico anche sperimentale, ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Il suo ruolo si caratterizza, pertanto, per eccellenza delle cure e per lo sviluppo della ricerca biomedica e organizzativa attraverso la piena integrazione dell'attività clinica con quella di ricerca.

Il concetto di eccellenza delle cure deve esprimersi mediante l'orientamento dei professionisti e dell'organizzazione ad innalzare continuamente i livelli di qualità delle prestazioni erogate in contesto caratterizzato da strutture di eccellenza, deputate naturalmente a costituire il polo di riferimento per la rete dei servizi sanitari regionali e sovraregionali, per la completezza nella dotazione di risorse professionali e tecnologiche.

L'adesione a reti finalizzate alla ricerca, reti ad integrazione orizzontale, è già operante attraverso l'aggregazione nel campo oncologico, rappresentata da "Alleanza contro il Cancro", va tuttavia implementata con altre iniziative che promuovono il perseguimento delle sinergie e della dimensione di scala indispensabile per produrre ricerca biomedica di alto livello.

Va perseguita la piena integrazione con il Servizio Sanitario Regionale per offrire allo stesso l'opportunità di fruire, sperimentandone, delle innovazioni cliniche, informatiche, tecnologiche e organizzative condotte nell'Istituto.":

“Sulla base delle specifiche competenze tecnologiche avanzate disponibili, l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e l'Azienda Ospedaliera Regionale "Ospedale S. Carlo" di Potenza rappresentano i naturali riferimenti delle reti integrate ed operano in materia oncologica attraverso la costituzione condivisa e il coordinamento generale di specifici raggruppamenti per tipologia di patologia oncologica che potranno, di volta in volta essere individuati e modulati, anche in base ad esigenze epidemiologiche. Questo modello potrà essere anche integrato nell'ambito di strutture funzionali dipartimentali, interaziendali e trasmurali, che coinvolgono tutte le attività ospedaliere e territoriali deputate all'assistenza del paziente oncologico

Strutture ospedaliere per acuti sede di PSA - Lagonegro, Melfi, Policoro, Villa d'Agri;

dove collocare, in ambito territoriale tutte le tecnologie e le risorse professionali adeguate ed atte a garantire il trattamento necessario, sia sul versante diagnostico che su quello terapeutico, relativo a tutte le specialità per acuti con esclusione di quelle a valenza regionale e/o provinciale attribuite specificatamente all'AO San Carlo e all'ospedale di Matera. In ciascun Presidio Ospedaliero di Azienda è presente il pronto soccorso attivo ed autonomo con le seguenti aree: emergenza-urgenza (pronto soccorso attivo ed autonomo, rianimazione, terapia intensiva, terapia sub intensiva), medicina generale, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, materno infantile (ostetricia, nido, pediatria), servizi di diagnostica (radiologia almeno con TAC, laboratorio analisi) e centro trasfusionale. Deve essere presente la 'guardia attiva' per 24 ore giornaliere in medicina generale, chirurgia generale e anestesia e rianimazione, cardiologia e UTIC, 'guardia attiva' o reperibilità per ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e centro trasfusionale.

Nelle strutture ospedaliere per acuti (PSA) si deve assicurare

- Uniformità dei piani di attività delle prestazioni erogati dall'UO
- Uniformità delle dotazioni tecnologiche (standar minimi uniformi per le UO omogenee degli ospedali sede di PSA)
- Rapporto costante PL- personale sanitario e non
- Attività di stroke team per le UOC di Medicina Generale
- Attività subintensiva sul 20% dei PL ordinari per attività neurologiche, tossico metaboliche, cardiologiche, respiratorie , geriatriche fragili

Ospedali Distrettuali .

Come previsto dall'art.20 della L.R. 4 agosto 2011, n 17, negli 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.

Gli Ospedali Distrettuali sono pertanto delle strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale con degenza in regime di postacuzia o di residenzialità in elezione e/o in trasferimento da altri setting assistenziali ,nonché del PTS (punto territoriale di soccorso) e di attività poliambulatoriale specialistica (ivi compresa l'attività di radiologia e la laboratoristica di base).

Negli Ospedali Distrettuali può essere svolta anche attività di chirurgia ambulatoriale. Le strutture potranno ospitare posti letto per cure palliative (Hospice) nonché strutture dialitiche ove necessarie e sulla base del numero minimo di interventi previsti dal PSR 97/99.

Sono allocabili in tali presidi anche le attività di riabilitazione intensiva ed estensiva.

Gli Ospedali distrettuali territoriali possono attivare sperimentazioni di integrazione tra le attività delle cure primarie e quelle ospedaliere .

Gli ospedali distrettuali territoriali sono parti strutturali delle reti regionali e del complesso delle attività territoriali sanitarie e socio sanitarie integrate. Le attività sono di tipo territoriale e, pertanto, i relativi costi sono imputabili alla medicina territoriale.

Le attività dovranno svolgersi in un modello comune per quanto attiene i servizi di diagnosi e cura, con eventuali variazioni integrative sulla scorta di risorse tecnologiche e strutturali preesistenti.

Gli atti delle Aziende sanitarie di attuazione della norma predetta sono soggetti a preventiva valutazione di coerenza da parte del Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà sociale, Servizi alla persona ed alla comunità.

Realizzazione di nuovi ospedali

Nell'ambito della programmazione degli investimenti, possono essere realizzate nuove strutture ospedaliere sedi di PSA, purchè non comportino aumento della dotazione complessiva aziendale di posti letto e purchè, a realizzazione avvenuta, si determini la dismissione delle strutture da cui provengono le attività e le funzioni ricondotte nella nuova struttura, nell'ambito della stessa Azienda sanitaria locale.

Metodologia per la stima del fabbisogno di posti letto

La metodologia per la determinazione dello standard massimo di posti letto si basa sui parametri di riferimento introdotti dall' art. 15, comma 13, lettera C, del Decreto Legge n. 95 / 2012, in base ai quali lo standard dei posti letto ospedalieri va determinato ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post - acuzie.

La procedura di calcolo si sviluppa in più fasi. In primo luogo, si effettua una stima del fabbisogno regionale di posti letto per Aree Funzionali Omogenee (AFO) e singole discipline a partire dalla domanda espressa in regione.

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

Successivamente si è determinato lo standard limite massimo di posti letto attivabili in Basilicata per tre livelli territoriali: specialità di base, specialità a carattere provinciale, specialità a carattere regionale.

Infine, nella procedura del calcolo finale del coefficiente di posti letto per 1.000 abitanti si è tenuto conto delle seguenti specificità :

- Economie di scala (ad esempio quando le risorse umane assegnate non rappresentino un costo aggiuntivo, ecc.).
- Livello di qualità (uno standard di numerosità di posti letto tale da garantire una migliore performance ed un più alto livello di sicurezza).
- Recupero di mobilità (quota, aggiuntiva sulla base di una stima previsionale di recupero della mobilità extraregionale).

Per quanto riguarda il metodo di calcolo in primo luogo è stato stimato il numero limite dei posti letto per le nuove discipline, cioè le specialità attualmente non presenti in regione ma di cui si prevede l'attivazione.

I risultati sono riassunti nelle tabelle e grafici seguenti, dove vengono mostrati i numeri dei posti letto per acuti, calcolati per ciascuna disciplina e distinti per livello regionale, provinciale e di base. Nell' attribuzione alle Aziende si è tenuto conto per i livelli provinciali e di base della popolazione residente che insiste sul territorio di competenza, senza tralasciare criteri per la garanzia dei livelli minimi di qualità dei reparti.

Tabella 1: Riepilogo dell'assegnazione del fabbisogno stimato dei posti letto per acuti (specialità per area regionale).

Area regionale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CARDIOCHIRURGIA	18	0	0	0	0	18
CHIRURGIA ONCOLOGICA (CROB)	0	42	0	0	0	42
CHIRURGIA ORL E. MAXILLO FACCIALE	6	2	0	0	0	8
CHIRURGIA PLASTICA	6	8	0	6	0	20
CHIRURGIA TORACICA	6	8	0	0	0	14
NEUROCHIRURGIA	32	0	0	0	0	32
Totale	68	60	0	6	0	134
Area funzionale omogenea emergenza						
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	0	0	0	0	12
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	8	0	0	0	0	8
TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	4	0	0	0	0	4
Totale	24	0	0	0	0	24
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	8	0	8
Totale	0	0	0	8	0	8
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA EMODINAMICA INTERV.	18	0	0	0	0	18
DERMATOLOGIA	4	0	0	0	0	4
EMATOLOGIA	18	12	0	12	0	42
ONCOLOGIA	28	30	0	8	0	66
REUMATOLOGIA	8	0	0	0	0	8
Totale	76	42	0	20	0	138
Totale area	168	102	0	34	0	304

Tabella 2 : Riepilogo dell'assegnazione del fabbisogno stimato dei posti letto per acuti (specialità per area provinciale).

Area provinciale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA VASCOLARE	12	0	0	12	0	24
OCULISTICA	10	0	12	12	0	34
OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	6	10	0	26
UROLOGIA	34	6	6	18	0	64
Totale	66	6	24	52	0	148
Area funzionale omogenea emergenza						
Totale	0	0	0	0	0	0
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEONATOLOGIA	8	0	12	10	0	30
Totale	8	0	12	10	0	30
Area funzionale omogenea medica						
GASTROENTEROLOGIA	12	0	0	8	0	20
GERIATRIA	34	0	24	28	0	86
MALAT. ENDOCRINE RICAM. E NUTRIZ.	18	0	8	10	0	36
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	28	0	0	22	0	50
MEDICINA NUCLEARE	2	4	0	2	0	8
NEFROLOGIA	14	0	6	12	0	32
NEUROLOGIA	32	0	6	16	0	54
PNEUMOLOGIA	42	0	32	20	0	94
Totale	182	4	76	118	0	380
Totale area	256	10	112	180	0	558

Neurologia posti letti ASM 16 * (asterisco)

Con non oltre il 50% a vocazione geriatrica

Tabella 3: Riepilogo dell'assegnazione del fabbisogno stimato dei posti letto per acuti (specialità per area di base).

Area di base						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	58	0	52	48	0	158
CHIRURGIA GENERALE PRIVATO	0	0	0	0	20	20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40	0	36	36	20	132
Totale	98	0	88	84	40	310
Area funzionale omogenea emergenza						
ASTANTERIA	12	0	0	12		24
TERAPIA INTENSIVA	18	2	8	12		40
UNITA' CORONARICA	18	0	12	12		42
Totale	48	2	20	36	0	106
Area funzionale omogenea materno-infantile						
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	48	4	32	36	0	120
PEDIATRIA	21	0	22	20	0	63
Totale	69	4	54	56	0	183
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA	36	0	36	36	0	108
MEDICINA GENERALE	56	0	54	48	0	158
PSICHIATRIA	8	0	16	12	0	36
Totale	100	0	106	96	0	302
Totale area	315	6	268	272	40	901

Tabella 4: Riepilogo dell'assegnazione del fabbisogno stimato dei posti letto per acuti

Area	AFO	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
R e g i o n a l e	chirurgica	68	60	0	6	0	134
	emergenza	24	0	0	0	0	24
	materno-infantile	0	0	0	8	0	8
	medica	76	42	0	20	0	138
	Totale	168	102	0	34	0	304
	%	55,3	33,6	0,0	11,2	0,0	100,0
P r o v i n c i a l e	chirurgica	66	6	24	52	0	148
	emergenza	0	0	0	0	0	0
	materno-infantile	8	0	12	10	0	30
	medica	182	4	76	118	0	380
	Totale	256	10	112	180	0	558
	%	45,9	1,8	20,1	32,3	0,0	100,0
d i b a s e	chirurgica	98	0	88	84	40	310
	emergenza	48	2	20	36	0	106
	materno-infantile	69	4	54	56	0	183
	medica	100	0	106	96	0	302
	Totale	315	6	268	272	40	901
	%	35,0	0,7	29,7	30,2	4,4	100,0
Totale	739	118	380	486	40	1.763	
%	41,9	6,7	21,6	27,6	2,3	100,0	

Tabella 5: Riepilogo discipline senza posti letto per P.O. per acuti.

DISCIPLINE	S.Carlo	CROB	ASP	ASM
Anatomia patologica e citodiagnostica	1	1	0	1
centro trapianti	0	0	0	1
diabetologia	0	0	1	1
direzione medica di presidio ospedaliero	1	1	3	2
endoscopia digestiva	1	1	0	0
farmacia	1	1	1	1
genetica medica	0	1	0	0
servizio immunotrasfusionale	1	0	1	1
laboratorio analisi	1	1	1	1
medicina legale	1	0	1	1
neuroradiologia	1	0	0	0
radiologia	1	1	1	1
radiologia interventistica	1	0	0	0
radioterapia	1	1	0	1

Le modalità sopra descritte per il calcolo dei posti letto per acuti utilizzano i codici disciplina riconosciuti a livello ministeriale ma il sistema di calcolo non introduce vincoli rigidi per le aziende sanitarie in merito alla flessibilità della produzione rapportata alle nuove necessità ed ai fabbisogni. In concretezza i vincoli per le aziende sono:

- il numero totale dei posti letto assegnati per AFO (area funzionale omogenea) e suddivisi pertanto in regionali provinciali e di base, è invalicabile.
- non possono essere istituite Unità Operative per la Chirurgia Generale e per la Medicina Generale con numerosità inferiore a 24 posti letto;
- i posti letto individuati al 3 per 1.000 abitanti comprendono i posti letto di day hospital;
- il numero di posti letto 3 per 1.000 abitanti deve essere considerato limite non valicabile dalle Aziende Sanitarie negli atti inerenti il riordino ospedaliero; rispetto al quadro dei posti letto attivati al 30.6.2012, di cui alle successive tabelle, l'eventuale incremento di posti letto è soggetto ad autorizzazione regionale.

Negli atti che le aziende dovranno produrre per il riordino del sistema ospedaliero dovranno anche definire per le AFO Chirurgiche e Mediche la realizzazione di una percentuale compresa tra 10%-15% dei posti letto indistinti come posti letto di area dipartimentale.

I posti letto per acuti così individuati devono insistere nella rete degli ospedali per acuti e precisamente distribuiti nei presidi sedi di PSA di dipartimento di 1° e 2° livello di emergenza ad eccezione del CROB che ha posti letto assegnati per specifiche finalità dell'IRCS oncologico e per il quale valgono tutti i limiti previsti nelle precedenti disposizioni regionali in merito alla tipologia e alla qualità della produzione in quanto finalizzati alla definizione del polo regionale oncologico.

Dalle certificazioni prodotte dalle Aziende stesse, si riportano nelle tabelle successive i posti letto attivi al 30 giugno 2012 presso le aziende sanitarie ASP ASM Az. Osp. San Carlo e CROB.

Tabella 6: Riepilogo posti letto rilevati per acuti

Area	AFO	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
R e g i o n a l e	chirurgica	64	32	0	8	0	104
	emergenza	20	0	0	0	0	20
	materno-infantile	0	0	0	4	0	4
	medica	74	36	0	20	0	130
	Totale	158	68	0	32	0	258
	%	61,2	26,4	0,0	12,4	0,0	100,0
P r o v i n c i a l e	chirurgica	62	7	8	44	0	121
	emergenza	0	0	0	0	0	0
	materno-infantile	8	0	8	0	0	16
	medica	163	3	25	97	0	288
	Totale	233	10	41	141	0	425
	%	54,8	2,4	9,6	33,2	0,0	100,0
d i b a s e	chirurgica	106	0	108	100	56	370
	emergenza	60	2	21	26	0	109
	materno-infantile	84	4	74	74	0	236
	medica	88	0	101	104	0	293
	Totale	338	6	304	304	56	1.008
	%	33,5	0,6	30,2	30,2	5,6	100,0
Totale	729	84	345	477	56	1.691	

Tabella 7: Posti letto rilevati per acuti (specialità per area regionale)

Area regionale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CARDIOCHIRURGIA	18	0	0	0	0	18
CHIRURGIA ONCOLOGICA (CROB)	0	20	0	0	0	20
CHIRURGIA ORL E MAXILLO FACCIALE	6	0	0	0	0	6
CHIRURGIA PLASTICA	6	6	0	8	0	20
CHIRURGIA TORACICA	6	6	0	0	0	12
NEUROCHIRURGIA	28	0	0	0	0	28
Totale	64	32	0	8	0	104
Area funzionale omogenea emergenza						
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	12	0	0	0	0	12
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	8	0	0	0	0	8
TERAPIA INTENSIVA NEUROCHIRURGICA	0	0	0	0	0	0
UNITA' SPINALE	0	0	0	0	0	0
Totale	20	0	0	0	0	20
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	4	0	4
Totale	0	0	0	4	0	4
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA EMODINAMICA INTERV.	18	0	0	0	0	18
DERMATOLOGIA	4	0	0	0	0	4
EMATOLOGIA	18	10	0	10	0	38
ONCOLOGIA	26	26	0	10	0	62
REUMATOLOGIA	8	0	0	0	0	8
Totale	74	36	0	20	0	130
Totale area	158	68	0	32	0	258

Tabella 8: Posti letto rilevati per acuti (specialità per area provinciale)

Area provinciale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA VASCOLARE	12	0	0	8	0	20
OCULISTICA	6	0	4	12	0	22
OTORINOLARINGOIATRIA	10	1	4	8	0	23
UROLOGIA	34	6	0	16	0	56
Totale	62	7	8	44	0	121
Area funzionale omogenea emergenza						
Totale	0	0	0	0	0	0
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEONATOLOGIA	8	0	8	0	0	16
Totale	8	0	8	0	0	16
Area funzionale omogenea medica						
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	8	0	8
GERIATRIA	34	0	0	23	0	57
MALAT. ENDOCRINE RICAM. E NUTRIZ.	14	0	0	4	0	18
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	26	0	0	24	0	50
MEDICINA NUCLEARE	2	3	0	0	0	5
NEFROLOGIA	15	0	0	6	0	21
NEUROLOGIA	32	0	0	12	0	44
PNEUMOLOGIA	40	0	25	20	0	85
Totale	163	3	25	97	0	288
Totale area	233	10	41	141	0	425

Tabella 9: Posti letto rilevati per acuti (specialità per area di base)

Area di base						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	58	0	67	57	0	182
CHIRURGIA GENERALE PRIVATO	0	0	0	0	28	28
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48	0	41	43	28	160
Totale	106	0	108	100	56	370
Area funzionale omogenea emergenza						
ASTANTERIA	12	0	0	0		12
TERAPIA INTENSIVA	30	2	8	12		52
UNITA' CORONARICA	18	0	13	14		45
Totale	60	2	21	26	0	109
Area funzionale omogenea materno-infantile						
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	4	58	42	0	164
PEDIATRIA	24	0	16	32	0	72
Totale	84	4	74	74	0	236
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA	36	0	16	27	0	79
MEDICINA GENERALE	44	0	71	65	0	180
PSICHIATRIA	8	0	14	12	0	34
Totale	88	0	101	104	0	293
Totale area	338	6	304	304	56	1.008

CAPITOLO 17 - . LO SVILUPPO DELLE RETI IN REGIONE

Fermo restando il modello descritto nel titolo 2, questo Piano intende istituire e valorizzare le reti esistenti, ispirandosi ai condizionali dei percorsi e della continuità, adottando il modello hub – spoke.

Ogni rete sarà specificata con atto di indirizzo regionale ed attivata entro sei mesi dalla pubblicazione del presente piano.

Il Piano indica prioritariamente le reti di seguito declinate, anticipando che l'elenco non è esaustivo e che, nell'arco della vigenza del Piano stesso, potranno essere implementate ulteriori reti che si riterranno utili per il contesto.

- rete dell'Emergenza – Urgenza (DIRES);
- rete cardiologica dell'infarto miocardico acuto (IMA);
- rete integrata per l'assistenza al trauma
- rete oncologica regionale;
- rete inter – aziendale della radioterapia oncologica
- rete dell'ictus;
- rete della Genetica Medica;
- rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche;
- rete della neuropsichiatria infantile;
- rete della reumatologia
- rete integrata Ospedale-Territorio per la prevenzione e la cura dell'obesità;
- rete regionale di Medicina dello sport e dell'esercizio fisico;
- rete dei punti nascita
- rete pediatrica interaziendale (RIPED)
- rete delle cure palliative pediatriche
- rete dello scompenso cardiaco
- rete nutrizione artificiale domiciliare
- rete integrata ospedale – territorio della nefrologia e dialisi
- rete regionale delle demenze
- piano sangue
- rete di pneumologia
- rete della terapia del dolore e rete delle cure palliative
- rete assistenziale post – acuzie

LA RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA (DIRES)

La LR n°21 del 3.03.1999 ha regolamentato il sistema dell'emergenza-urgenza, strutturato su base regionale e fondato sull'integrazione funzionale tra il sistema di allarme sanitario, il sistema territoriale di soccorso, la rete di presidi ospedalieri dedicati all'emergenza - urgenza.

L'articolo 3 comma 5 della LR 12/2008 ha riorganizzato la rete regionale dell'emergenza - urgenza istituendo il Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria (DIRES), struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, transmurale e trasversale, istituita presso l'Azienda Sanitaria locale di Potenza.

Sulla base di quanto previsto dalle norme vigenti, la rete regionale dell'emergenza-urgenza, risulta così costituita:

- DIRES - Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria;
- DEA- Dipartimento di emergenza e accettazione;
- PSA- Pronto soccorso Attivo;
- PTS- Postazioni territoriali di soccorso;
- CO- Centrale operativa;

Le funzioni del DIRES - Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria - sono:

- gestire la rete territoriale;
- coordinare il sistema dell'emergenza-urgenza regionale quale entità organizzativa complessa che integra funzionalmente le strutture sanitarie della provincia di Potenza e di Matera, finalizzata ad attuare interventi al verificarsi di urgenze ed emergenze sanitarie.

Nel rispetto delle linee guida del DPR 27 marzo del 1992 si avvale di un'unica CO a suo governo.

Il DIRES persegue sull'intero territorio regionale i seguenti obiettivi:

- identici protocolli di intervento;
- identici modelli formativi e di addestramento di tutto il personale coinvolto;
- impiego di identici mezzi e ed attrezzature di soccorso;
- verifica dei dati relativi all'intera rete regionale per l'emergenza-urgenza;
- sviluppo di una cultura unitari del soccorso;
- impiego di criteri omogenei per l'accreditamento dell'intero sistema fondato sull'adozione di verifica e revisione delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

Il sistema sanitario dell'emergenza - urgenza mantiene, pertanto, la sua dimensione regionale attraverso il Dipartimento Interaziendale per l'emergenza-urgenza (Dires) quale dipartimento funzionale che, ai sensi del comma 11, art.29 della L.R. n.39/2001, è aggregazione di strutture complesse operanti nel settore dell'emergenza e dell'urgenza finalizzate ad uno specifico obiettivo.

Il Direttore del DIRES è individuato tra i Direttori di tutte le Unità Operative Complesse delle aziende sanitarie regionali che, in modo trasversale e funzionale, convergono, secondo principi di affinità ed equipollenza, all'area dell'emergenza - urgenza.

Il DEA - Dipartimento di Emergenza - Urgenza e Accettazione rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative, che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico- assistenziale, ma che riconoscono la propria interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa. Presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera è attivo il DEA di I° livello e presso l'Azienda Ospedaliera

San Carlo di Potenza è attivo il DEA di II° livello. Le funzioni e le competenze del DEA di 1° livello e 2° livello sono quelle previste dal D.P.R. 27 marzo 1992.

Le sedi di PSA (Pronto soccorso attivo) sono presso gli ospedali di Melfi, Villa D'Agri, Lagonegro e Policoro; vi sono inoltre un PSA presso il DEA di 1° livello di Matera e un PSA presso il DEA di II° livello Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.

L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare, in base a quanto previsto dall'art. 7 del DPR 27/3/1992, oltre agli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotato, almeno il primo accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente, nonché garantire il trasporto protetto.

Nel PSA deve essere costituito un OBI (osservazione breve intensiva), un'area "Emergency room", necessaria alla stabilizzazione del paziente critico, una possibile allocazione esterna di un'area per la funzione di triage e di decontaminazione in caso di maxi emergenze ed eventi dannosi.

Le Postazione Territoriali di Soccorso (PTS) costruiscono i presidi territoriali per l'emergenza-urgenza finalizzati alla prestazione delle prime cure, alla stabilizzazione dei pazienti ed al loro trasporto verso il presidio ospedaliero individuato dalla Centrale Operativa.

Le PTS operative nell'intero arco delle 24 ore sono presidiate da personale del DIRES e sono collegate tramite sistemi di telecomunicazione con la Centrale Operativa.

Le PTS sono gerarchicamente organizzate secondo un ordine di tipologia di prestazioni sanitarie da assicurare in un'ottica di progressività delle cure e precisamente si articolano in:

- PTS di 1° livello mobili con equipaggio composto da autista-soccorritore e da un infermiere professionale adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza - urgenza;
- PTS di 2° livello mobili, baricentricamente posizionati rispetto a due PTS di 1° livello limitrofe, con equipaggio composto da infermiere-autista e da un medico dell'emergenza del DIRES adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza - urgenza;
- PTS di 3° livello fisse presso gli ospedali distrettuali.
- PTS di 4° livello mobili, dislocati di norma presso i PSA, con equipaggio composto da autista-soccorritore, infermiere professionale e medico dell'emergenza del DIRES adeguatamente formati per la gestione dell'emergenza-urgenza;
- PTS AGGIUNTIVE a carattere stagionale o episodico, da assicurare tramite il ricorso di prestazioni aggiuntive straordinarie del personale afferente al DIRES.

I medici addetti all'emergenza territoriale svolgono i seguenti compiti previsti dalla legislazione regionale vigente, nonché dagli accordi nazionali di categoria:

- interventi di soccorso sul territorio;
- attività assistenziale nell'ambito dei PTS di 3° livello, PSA e in caso di trasferimenti protetti interospedalieri;
- servizio di assistenza programmata in occasione di manifestazioni pubbliche;
- attività di formazione.

I mezzi di soccorso comprendono:

- ambulanze di soccorso;
- ambulanze di soccorso avanzato;
- elisoccorso, attrezzate per il volo notturno, con anestesisti- rianimatori ed infermieri professionali afferenti all'area dell'emergenza, messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie Regionali;
- mezzi operativi per la C.O.

La CO (Centrale operativa unica regionale assegnata all'ASP), costituisce la struttura sovraordinata di controllo e di governo di tutte le attività del Dires relative alla rete regionale per l'emergenza-urgenza del SSR.

La CO, con attività continua h24, è responsabile della gestione diretta degli interventi di carattere sanitario urgenti e non differibili.

In particolare svolge le seguenti funzioni:

- riceve le chiamate di soccorso inoltrate attraverso il numero telefonico unico per l'emergenza-urgenza sanitaria;
- valuta il grado di criticità, la sua priorità e il grado di complessità dell'evento;
- attiva e coordina tutti gli interventi effettuati dai mezzi di soccorso;
- allerta le strutture ospedaliere di destinazione;
- invia i mezzi di soccorso ed organizza il trasporto verso la struttura sanitaria idonea, precedentemente allertata che, in funzione delle competenze disponibili, deve garantire l'accettazione;
- predispone l'elaborazione di protocolli operativi interni per la fase del soccorso extraospedaliero e verifica la loro corretta applicazione;
- attiva e coordina la risposta sanitaria territoriale nelle maxi emergenze;
- propone la dislocazione dei PTS sulla base del monitoraggio e delle necessità;
- partecipa all'attività connessa ai prelievi e ai trapianti d'organo.

La CO deve essere costantemente collegata con:

- tutte le PTS e i relativi mezzi di soccorso;
- le basi HEMS;
- le sedi di continuità assistenziali;
- le sedi di PSA;
- le sedi di DEA di 1° e 2° livello;
- con le CO delle regioni limitrofe e tutti gli enti e istituzioni preposti alle emergenze pubbliche.

La CO deve costantemente conoscere:

- la dislocazione e le tipologie dei mezzi disponibili in ogni momento;
- le postazioni della continuità assistenziale afferenti all'emergenza urgenza (PTS 3° livello);
- la disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e di alta specialità disponibili in Regione.

La Regione, con proprio atto di indirizzo, svilupperà ed attuerà un progetto di integrazione 118 – Continuità Assistenziale finalizzato ad una migliore utilizzazione di tutte le risorse sanitarie territoriali esistenti ed alla attivazione della Centrale Operativa regionale della continuità assistenziale con il numero unico europeo dell'emergenza.-

LA RETE CARDIOLOGICA PER L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)

Al fine di rendere efficace la gestione del percorso assistenziale dei pazienti con Infarto Miocardico Acuto (IMA) e ridurre il tempo di effettuazione della terapia, è necessario definire un modello gestionale (RETE) dei pazienti con infarto acuto del miocardio basato sulla stratificazione clinica del rischio, sul collegamento telematico tra i punti chiave del processo di cura (118, Pronto Soccorsi, UTIC, Laboratorio di Emodinamica e Cardiochirurgia) e sull'ottimizzazione del percorso organizzativo sia extra che intraospedaliero.

Gli obiettivi della rete saranno:

- realizzare un modello organizzativo "capillare" che permetta di fornire assistenza qualificata al paziente in fase acuta anche in sedi diverse da quella ospedaliera (territorio, ambulanza, PS) che operino in stretto contatto con gli specialisti dell'UTIC di riferimento;
- fornire un'adeguata stratificazione dei pazienti garantendo un trattamento rapido ed efficace in relazione al quadro clinico.

La fase della prevenzione rappresenta una fase fondamentale nell'approccio assistenziale che può essere realizzato attraverso un'integrazione tra attività ospedaliera e territoriale.

In tale fase riveste un ruolo fondamentale il Medico di Medicina Generale che può stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare e proporre interventi mirati ed efficaci per i soggetti che presentano potenziali rischi.

Un ruolo importantissimo nella diffusione della cultura della prevenzione e promozione di corretti stili di vita nella popolazione è svolto dal Dipartimento di prevenzione che, di supporto al MMG, definisce campagne di informazione sulle patologie cardiovascolari e sulla prevenzione dei relativi fattori di rischio.

La prima fase del processo in emergenza-urgenza del paziente con sospetto di IMA inizia con la chiamata al 118 che già in questa fase deve eseguire un ECG completo nella sede dell'evento e somministrare il trattamento farmacologico appropriato.

L'ambulanza del 118 invia con sistema GSM, l'ECG a 12 derivazioni all'UTIC di riferimento e, attraverso un consulto telefonico tra il personale del 118 e il cardiologo, si stabilisce, sulla base di appositi protocolli assistenziali condivisi, il possibile iter diagnostico da seguire:

- trasferimento del paziente presso l'UTIC di riferimento, previa verifica della disponibilità del posto letto, e il contestuale avvio del trattamento fibrinolitico da effettuare durante il trasporto in UTIC;
- trasferimento presso UTIC con Emodinamica e quindi avvio del pretrattamento per PTCA primaria previo allertamento del laboratorio di Emodinamica.

Un altro passaggio importante per ridurre il tempo della fase pre-ospedaliera è l'accesso diretto all'UTIC o al Laboratorio di Emodinamica senza il passaggio al Pronto Soccorso.

La trasmissione dell'ECG a 12 derivazioni pre-ospedaliero, nell'ambito di una rete cardiologica integrata, consente:

- di formulare già a domicilio una corretta diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta (SCA) in pazienti con dolore toracico;
- di individuare l'UTIC della rete regionale adatta a garantire, in rapporto alle condizioni del paziente, la risposta assistenziale più efficace;
- di ridurre il ritardo intraospedaliero evitando il passaggio attraverso il ProntoSoccorso;

Nella fase acuta un team multidisciplinare prende in carico il paziente, definisce un piano assistenziale individualizzato e garantisce la continuità assistenziale attraverso il supporto di un case manager ospedaliero che, in stretta collaborazione con i case manager individuati dai servizi distrettuali, segue il paziente lungo tutto il percorso assistenziale post- dimissione.

Nella fase post acuta, si cerca di individuare il percorso assistenziale più idoneo alle necessità ed ai bisogni del paziente, assicurando un ritorno alla migliore qualità di vita possibile.

E' necessario definire percorsi riabilitativi garantendo integrazione e coordinamento tra ospedale e territorio che permettano l'attivazione di modalità di dimissione precoce e/o protetta da sviluppare, in relazione al piano assistenziale personalizzato, nei diversi setting assistenziali (domiciliare, riabilitativa territoriale, residenziale).

Obiettivi della rete nel triennio:

- riduzione della mortalità pre-ospedaliera del 30% (a 3 anni);
- definizione e condivisione tra le strutture sanitarie coinvolte (UTIC, PSA, Laboratori di Emodinamica) e Basilicata Soccorso di specifici protocolli clinico-assistenziali per la gestione del paziente con dolore toracico;
- creazione di un sistema informatico che colleghi in rete 24/24h tutte le UTIC presenti sul territorio;
- definizione di un piano di comunicazione tra i vari attori che operano nella fase dell'emergenza-urgenza al fine di assicurare: il rapido transito del paziente trasportato dal 118 verso l'UTIC di riferimento evitando così modalità di trasporto impropri, spesso verso strutture sanitarie inadeguate.

La rete è sottoposta a sistematica valutazione degli outcomes da parte del Tavolo tecnico dell'IMA insediato presso il Dipartimento regionale.

Rete dell'IMA

	PREVENZIONE PRIMARIA	DIAGNOSI PRECOCE	EMERGENZA A URGENZA	FASE ACUTA	POST ACUZIE	Fase del recupero esiti
Attività	Promozione di corretti stili di vita nelle popolazioni a rischio	Applicazione della carta del rischio	Comunicazione 118-UTIC	Presa in carico del paziente Individuazione di un case manager Definizione di un Piano assistenziale individuale	Riabilitazione e intensiva; Definizione di un Piano riabilitativo individuale	Riabilitazione estensiva Definizione di un Piano riabilitativo individuale
Strutture	Ambulatori specialistici ospedalieri e Territoriali. Dipartimento di prevenzione	Ambulatori specialistici ospedalieri e Territoriali	Ospedale e 118	Ospedale	COD 56	Centri di riabilitazione residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale
Attori	Specialisti cardiologi, MMG	Specialisti cardiologi, MMG	Cardiologi e personale sanitario del 118	Personale sanitario che opera nella Stroke unit, fisiatra, logopedisti fisioterapisti etc Case manager	Fisiatri, cardiologi, tecnici della riabilitazione	Fisiatri, cardiologi tecnici della riabilitazione

LA RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA

Nei Paesi occidentali il trauma è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori; è la prima causa nella popolazione al di sotto dei 45 anni e, poiché interessa prevalentemente la popolazione attiva, costituisce un rilevante costo sociale. Il trauma maggiore, ossia quell'evento in grado di determinare lesioni mono o poli distrettuali tali da causare almeno in un settore un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza del paziente, richiede, al fine di garantire un'assistenza adeguata in tutte le fasi del soccorso, che si realizzino le seguenti condizioni:

- La necessità di un primo inquadramento generale dell'infortunato sul campo con riconoscimento preliminare delle lesioni e delle priorità terapeutiche;
- La capacità di istituire sul campo e durante il trasporto le eventuali manovre di supporto di base ed avanzato della funzione respiratoria e circolatoria;
- L'avvio del paziente alla struttura ospedaliera più adeguata (che non è necessariamente quella più vicina al luogo dell'incidente), in grado di offrire un trattamento efficace e definitivo delle lesioni;
- La connessione operativa dei servizi per la gestione in fase acuta con le strutture riabilitative allo scopo di assicurare, secondo un principio di continuità terapeutica, la presa in carico precoce del paziente da parte dei sanitari deputati a seguire le fasi post-acuta e riabilitativa

Va quindi sviluppata una rete regionale integrata che si doti, tra le altre funzioni, di un percorso ed un organizzazione specifica per la cura dei traumi maggiori, cui partecipino anche le strutture e le funzioni deputate alla cura dei traumi minori. La rete, costruita sul modello integrato " Hub e Spoke "potrà prevedere la concentrazione della casistica più complessa o che richiede sistemi organizzativi più complessi in un numero limitato di centri - Centri traumi di zona (Hub) - che sono fortemente integrati attraverso connessioni funzionali fra loro e con un Centro Traumi ad Alta Specializzazione nonché con i centri periferici - Presidi di Pronto soccorso per Traumi (Spoke) - i quali assicurano l'assistenza per i restanti casi.

Presso il Dipartimento regionale della Salute, Sicurezza e Solidarietà sociale viene attivato un apposito tavolo tecnico di lavoro con il compito di:

- Configurare una rete regionale integrata per l'assistenza al trauma
- Individuare i nodi della rete e stabilirne i requisiti
- Individuare un Centro Traumi di Alta Specializzazione e definirne le funzioni
- Individuare i Centri Traumi di Zona e stabilirne le funzioni;
- Definire le funzioni dei Presidi di Pronto soccorso per Traumi
- Individuare i Punti di Primo Intervento e stabilirne le funzioni
- Definire le modalità operative della rete ed i protocolli, diagnostici, di intervento e di trasferimento
- Definire di conseguenza i percorsi clinico - organizzativi del paziente politraumatizzato.

LA RETE ONCOLOGICA REGIONALE

Obiettivo prioritario della rete oncologica, che la Regione Basilicata intende costruire in assoluta aderenza alle indicazioni fornite dal “Documento di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro- Anni 2011-2013”, approvato d’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e pubblicato sulla G.U. del 2 marzo 2011, è quello di ridurre in maniera significativa la “migrazione evitabile” per i ricoveri ordinari fuori regione con diagnosi principale di tumore.

A tal fine è fondamentale intervenire per la riduzione del divario tecnologico, organizzativo ed assistenziale con le Regioni i cui sistemi sanitari risultano più attrattivi per i cittadini lucani e costruire una rete di assistenza primaria per la presa in carico del paziente oncologico che sia adeguata e che venga realmente come tale percepita.

La rete oncologica, strutturata con modello tipo *hub & spoke*, deve garantire:

- l’appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici
- l’equità di accesso per tutti i cittadini nella disponibilità delle alte tecnologie
- la predisposizione e l’utilizzo di adeguati protocolli che garantiscano i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione, accompagnamento e supporto in una logica di “*integrazione ospedale-territorio*”
- la promozione e la tutela della qualità della vita

Il percorso del malato oncologico, quindi, coinvolge, in un sistema fortemente integrato, i Medici di Medicina Generale (MMG), la cui presenza è fondamentale in tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione alla diagnosi, alla condivisione dei percorsi terapeutici, all’ADI, alla riabilitazione, alla gestione domiciliare del malato terminale; l’Assistenza Ambulatoriale, deputata a garantire, con liste di attesa adeguate e *personalizzate* sulle necessità del paziente, la continuità di cure integrate, la gestione delle complicanze e l’appropriatezza delle prestazioni; l’Assistenza psicologica e l’Assistenza Ospedaliera.

In particolare, per quest’ultima, si impone una riorganizzazione del livello ospedaliero che deve prevedere un approccio multiprofessionale e multidisciplinare al paziente oncologico con prestazioni terapeutiche integrate, *anche tra i diversi presidi*, di chirurgia, oncologia e radioterapia.

Tanto in considerazione della diversa complessità degli ospedali regionali per cui è posta in capo all’IRCCS-CROB di Rionero in Vulture e all’Azienda Ospedaliera Regionale “Ospedale S. Carlo” di Potenza, centri di eccellenza regionale per la cura dei tumori, la erogazione delle prestazioni più complesse o non routinarie che si giovano dell’impiego di professionalità dedicate e di tecnologie avanzate.

I Presidi Ospedalieri sede di PSA e i Presidi Sanitari Territoriali, attraverso le procedure di sistema individuate dalla citata DGR n. 143/2008 per garantire l’equità dei cittadini nell’accessibilità alle cure, la definizione dei percorsi diagnostico terapeutici, la presa in carico del paziente e la continuità delle cure, si collegano in rete con i suddetti Centri Regionali di eccellenza e sviluppano azioni per erogare cure domiciliari integrate di terzo livello (ospedalizzazione domiciliare) per i pazienti, anche terminali, di particolare carico assistenziale in cui i bisogni di natura sanitaria si sommano a quelli di natura sociale.

Su questo aspetto particolare attenzione va posta ai problemi di natura psicologica sia del paziente che dei suoi familiari. Il servizio sanitario deve assicurare tale forma di assistenza anche attraverso l’utilizzo di figure qualificate provenienti dal mondo del volontariato, del settore no profit e del privato sociale.

Modello organizzativo della Rete oncologica regionale

La necessità di strutturare le sinergie tra le diverse componenti interessate alla gestione dei complessi processi assistenziali sottesi alla gestione della patologia oncologica impone, come detto, la scelta del modello hub & spoke quale modalità organizzativa dimostratasi più efficace ed efficiente.

Sulla base delle specifiche competenze e delle tecnologie avanzate disponibili, l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e l'Azienda Ospedaliera Regionale "Ospedale S. Carlo" di Potenza rappresentano l'hub della rete ed operano attraverso la costituzione di un comune dipartimento oncologico, struttura funzionale interaziendale e transmurale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali deputate all'assistenza del paziente oncologico.

Il primo livello della rete (spoke) è costituito da tutte le strutture dei Presidi Ospedalieri sedi di PSA che trattano attività oncologiche.

Inoltre, nella rete si realizza il coordinamento di tutti i servizi territoriali deputati alle cure palliative (hospice, assistenza ambulatoriale ed assistenza domiciliare) e dei percorsi riabilitativi.

Con l'obiettivo di garantire il coordinamento della rete oncologica regionale attraverso comuni indirizzi organizzativi, scientifici e tecnici, è costituito un Comitato Permanente, di coordinamento presieduto dall'Assessore alla Sanità e composto dai Direttori Generali dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e dell'Azienda Ospedaliera Regionale "Ospedale S. Carlo" di Potenza con la partecipazione, per la parte riferita alla continuità assistenziale sul territorio, dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Potenza (ASP) e di Matera (ASM). I Direttori generali si avvalgono dei professionisti della disciplina delle rispettive Aziende. Il compito attribuito a tale coordinamento diretto dalla Regione, sul modello di quello prefigurato dall'atto di intesa Stato-Regioni in materia, pubblicato sulla G.U. del 2.3.2011 è quello di definire indirizzi generali, tecnico scientifici, di governo clinico e monitoraggio delle attività assistenziali e di ricerca. Il Coordinamento approva il piano oncologico annuale.

Con il presente documento è fatto proprio, nei limiti dell'applicabilità alle strutture regionali, quanto definito nell'atto di intesa Stato -Regioni per ridurre il carico della malattia da cancro, pubblicato sulla G.U. del 2 maggio 2011.

RETE INTER-AZIENDALE DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

La radioterapia rappresenta, insieme alla chirurgia e alla chemioterapia, uno dei trattamenti di elezione nella cura di molti tumori: circa il 70% dei pazienti oncologici necessita di un trattamento radiante, considerata l'incidenza riportata dai dati della letteratura in termini di aumento dei casi di neoplasia.

L'attività radioterapia oncologica in Basilicata è iniziata nel dicembre 1999, ed ha visto sempre, nel corso degli anni, aumentare le richieste di prestazioni, anche da parte di pazienti delle regioni limitrofe, considerata la qualità dei trattamenti erogati, arrivando a trattare globalmente fino ad oggi oltre 10.000 pazienti.

Presso la U.O. di Radioterapia dell' IRCCS-CROB si possono eseguire circa 100 trattamenti al giorno. Si potrebbe saltuariamente ed in maniera flessibile aumentare ulteriormente l'attività per una completa soddisfazione della domanda.

La distanza tra la residenza dei pazienti e la più vicina struttura di RT rappresenta un fattore che condiziona e limita l'accessibilità al servizio, nel senso che il tasso di utilizzo della RT può ridursi progressivamente all'aumentare della distanza. In tal senso a livello regionale il ricorso ai trattamenti RT può essere sub-ottimale.

Per coprire una eventuale quota di fabbisogno è necessario prevedere investimenti adeguati in termini di strutture e personale per i servizi esistenti, e scegliere l'ubicazione di eventuali nuovi servizi.

In tale ottica, una soluzione gestionale-operativa ed innovativa-avanzata può consistere nella realizzazione di una rete territoriale inter-aziendale per i trattamenti radioterapici

Lo sviluppo e la realizzazione di questo progetto di rete per la radioterapia oncologica si potrà articolare collegando alla U.O. di Radioterapia esistente presso l' IRCCS-CROB, che avrà la funzione di Centro di Riferimento e Coordinamento Regionale, l'unità operativa, già in corso di attivazione, presso l'AOR S.Carlo ed un' unità operativa da ubicare presso l' Ospedale Madonna delle Grazie di Matera con l'obiettivo di servire/coprire le varie aree della regione, con la finalità di garantire trattamenti di qualità, superando gli attuali disagi e problemi logistico-organizzativi palesati dagli utenti.

Grazie all'attivazione dei nuovi centri radioterapici sarà possibile per i pazienti, dopo un primo accesso alla struttura di riferimento di Rionero per le visite oncologiche, la prescrizione, la valutazione e la preparazione del trattamento, effettuare l'intero ciclo di radioterapia presso la sede locale prescelta. La nuova struttura dovrà avere una dotazione tecnica all'avanguardia, tra cui un Acceleratore Lineare con caratteristiche avanzate e compatibili con le tecnologie dell'IRCCS-CROB (Linac, TPS, strumentazione dosimetrica, ecc.), in grado di fornire trattamenti conformazionali di alta precisione.

Le attività di Fisica Sanitaria verranno garantite sempre dalla U.O. di Radioterapia e Fisica Sanitaria del CROB di Rionero. Si fa presente che, nell'ottica della collaborazione ed interazione in rete, finalizzata allo sviluppo, realizzazione, e condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici oncologici, tra l' IRCCS-CROB di Rionero, l'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera e l' ospedale "S. Carlo" di Potenza, è in atto una convenzione per l'attività di consulenza di radioterapia.

I vantaggi attesi dall' attivazione della rete regionale di radioterapia oncologica potranno essere:

- la riduzione della mobilità legata ai percorsi diagnostico-terapeutici oncologici;
- la maggiore accessibilità e fruibilità delle prestazioni radioterapiche;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la realizzazione di un sistema integrato ed omogeneo di definizione, valutazione e validazione della qualità dei percorsi terapeutici in oncologia e della tecnica dei trattamenti radioterapici in tutta la regione;
- la razionalizzazione delle spese e vantaggi in termini di ritorno economico.

L'integrazione fra il centro di Rionero in Vulture e gli altri centri regionali potrebbe rappresentare una delle più avanzate realizzazioni di strutture di radioterapia in rete sul territorio italiano, e consentirà un'offerta di prestazioni di livello qualitativo molto elevato per i pazienti che potranno proseguire le terapie radianti poco lontano da casa, evitando i disagi dovuti a trasporti e attese. In tal modo, si potrà prevedere di dare un'adeguata risposta a un'esigenza da tempo espressa dalla popolazione lucana.

LA RETE DELL'ICTUS

Gli aspetti principali dell'azione preventiva sono rappresentati dall'individuazione e quantificazione del rischio di ictus e dalla correzione dei fattori di rischio individuati.

La prevenzione è un elemento di fondamentale importanza nell'approccio assistenziale all'ictus, che può essere realizzato soltanto attraverso una sintonia di percorsi assistenziali tra ospedale e attività territoriali, con particolare riferimento a quelle della medicina generale.

E' importante effettuare, in collaborazione con i MMG, una campagna di informazione sull'ictus e sui fattori di rischio (fumo, dislipidemia, diabete), identificando precocemente i soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di strumenti quali la Carta del rischio; quest'ultima permette di stimare la probabilità di andare incontro a un evento cardiovascolare conoscendo il valore dei fattori di rischio. Nella fase dell'emergenza-urgenza è fondamentale il collegamento telematico tra le varie Stroke unit della Regione e il 118 al fine di:

- indirizzare il ricovero nel minor tempo possibile verso la stroke unit più idonea , in relazione alle caratteristiche del paziente ed alla disponibilità del posto letto;
- trasmissione di dati ed immagini dalle strutture più periferiche ed a minore complessità a quelle a maggior complessità organizzativa (neurochirurgia,neuroradiologia interventistica, etc);
- predisposizione di una scheda specifica che permetta di inserire i dati raccolti presso gli ospedali della rete.

Gli obiettivi della fase acuta sono :

- un'assistenza di tipo stroke care, caratterizzata dalla presenza di aree di degenza dedicate:
 - DEA di II livello (ospedale San Carlo Potenza)Stroke unit 8 Pl
 - DEA di I livello (Ospedale di Matera)Stroke Unit 6 Pl
 - Ospedali sedi di PSO (Policoro,Melfi,Lagonegro, Villa d'Agri) si dovrebbero attivare degli stroke team (devono assicurare la realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico dell'ictus condiviso da tutte le aziende secondo le migliori evidenze scientifiche o comunque trasferire i pazienti in con DEA di II livello in caso sia necessario il ricovero in stroke unit)
- presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare esperto che elaborerà un piano assistenziale individualizzato sulla base dei bisogni del paziente;
- inizio della fisioterapia e/o logopedia entro 24-48 ore dall'ammissione in reparto;
- garanzia di continuità assistenziale attraverso il supporto di un case manager ospedaliero che, in stretta collaborazione con i case manager individuati dai servizi distrettuali, segua il paziente lungo tutto il percorso assistenziale post- dimissione.
-

Nell'organizzare l'assistenza al paziente con ictus nella fase post-ospedaliera, occorre prestare particolare attenzione all'eterogeneità dei bisogni ed alla conseguente necessità di offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati. In tale fase la riabilitazione riveste un ruolo centrale nell'assistenza al paziente con ictus.

L'obiettivo è fornire al paziente il percorso assistenziale più idoneo alle sue caratteristiche sia come persona malata sia come individuo, assicurando un ritorno alla migliore qualità di vita possibile. Sarà pertanto necessario definire percorsi riabilitativi garantendo integrazione e coordinamento tra ospedale, centri riabilitativi, attività distrettuali territoriali e sociosanitarie che permettano l'attivazione di modalità di dimissione precoce e/o protetta da sviluppare, in relazione al piano assistenziale personalizzato, nei diversi setting assistenziali (domiciliare, riabilitativa territoriale, residenziale).

Obiettivi della rete nel triennio:

1. riduzione della frequenza degli ictus per anno nella popolazione di riferimento (territorio) non inferiore al 2% per anno;
2. riduzione della mortalità post ictus ad un anno (inferiore al 30% nel triennio);
3. riduzione delle disabilità di grado elevato per ictus (inferiore al 30% nel triennio).

LA RETE DELLA GENETICA MEDICA

La Regione Basilicata ha recepito le linee guida nazionali sull'organizzazione dei servizi di genetica medica approvate in sede di accordo della conferenza Stato Regioni nonché le linee

guida per la diagnosi citogenetica “consensus 2007” elaborate dalla Società Italiana di Genetica Umana e dalla Relazione redatta dalla “Commissione Ministeriale per la Genetica nel Servizio Sanitario Nazionale”(CMG-SSN) nell’anno 2009; con l’obiettivo di realizzare in Basilicata, attraverso una serie di sviluppi progressivi, la rete regionale dei servizi di genetica medica. Lo scopo è quello di riorganizzare i Servizi di Genetica Medica e creare in seguito una Rete Regionale secondo il modello Hub and Spoke.

Allo stato dell’arte, nelle strutture ospedaliere regionali si curano aspetti di genetica medica; tuttavia, come già evidenziato dalla CMG-SSN, per supportare l’integrazione della genetica medica nelle altre discipline è prima di tutto necessario rinforzarne la struttura organizzativa. Una struttura organizzativa ottimale, comprendente la componente clinica di riferimento a quella di laboratorio e dotata di diverse figure professionali (medici, biologi, tecnici di laboratorio, infermieri e amministrativi), è in grado di operare efficacemente con le altre discipline migliorando l’efficienza e l’appropriatezza delle prestazioni di genetica, rendendo più facile e funzionale la gestione domanda/offerta e razionalizzando la spesa.

Le strutture che si occupano di genetica nel contesto sanitario regionale sono:

- La ASM di Matera, riconosciuta Centro di Riferimento Regionale per la Genetica Medica, che sta riorganizzando il Servizio di Genetica Medica con la componente clinica: l’Ambulatorio di Genetica Medica e l’Ambulatorio di Microcitemia, di riferimento a quelle di laboratorio: il Laboratorio di Citogenetica-Genetica Molecolare, il Laboratorio X-Life e il Laboratorio di Tipizzazione Tissutale tutti cooperanti e ognuno con specifiche competenze (Legge Regionale n°28 del 2000). Il servizio così costituito, come indicato nelle linee guida nazionali e dalla CMG-SSN, deve prevedere la figura del Medico specialista in Genetica Medica come riferimento nei percorsi di diagnosi/cura e di screening genetico. Infatti con la consulenza/visita genetica si raggiunge il gold standard per la razionalizzazione dei suddetti percorsi e la presa in carico del paziente e della famiglia del paziente affetto da Malattia Genetica e/o Rara.
- L’Azienda San Carlo di Potenza, in cui vi è il Laboratorio di Citogenetica integrato nella Unità Operativa Complessa di Anatomia Patologica, mentre alcuni esami di genetica molecolare vengono effettuati in altri laboratori dell’Azienda (Laboratorio di Analisi, Laboratorio di Fisiopatologia della Riproduzione, Unità Operativa di Ematologia). Inoltre, vi è un Servizio Clinico per la diagnosi e cura della fibrosi cistica e, presso l’Unità Operativa di Ematologia, vi è il Laboratorio Interdipartimentale di Biologia Molecolare Oncoematologica. Anche qui è necessaria una riorganizzazione funzionale di tutte le strutture che si occupano di genetica, nella quale il Medico Genetista deve essere la figura di riferimento alle attività cliniche e laboratoristiche per garantire una accurata appropriatezza clinica dei test genetici eseguiti, per la presa in carico del paziente affetto da malattia genetica e pertanto per una razionalizzazione della spesa, come evidenziato dalla Relazione Ministeriale della CMG-SSN.
- IRCCS-CROB di Rionero, centro di riferimento oncologico, dove si attuano principalmente esami di biologia molecolare collegati all’onco-ematologia e allo studio dei tumori solidi a fini di ricerca.

Inoltre, per quanto concerne lo studio delle malattie rare, la Regione Basilicata ha stabilito, con la D.G.R. n. 2601 del 11 dicembre 2001, di inserire, all'interno della rete nazionale per le malattie rare, i seguenti centri regionali di riferimento (CRR):

- Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza;
- Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera;
- Ospedale di Venosa per le patologie di interesse oculistico;
- Ospedale di Pescopagano per la sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

Le varie Strutture di Genetica Medica operanti sul territorio regionale formeranno la "rete regionale" articolata in Centri Funzionali Interaziendali. La rete interaziendale dei servizi si propone di offrire prestazioni riconducibili al percorso assistenziale della patologia genetica o a percorsi di screening genetici.

Il modello Hub and spoke prevede, in Regione Basilicata, una rete di percorsi assistenziali funzionali a consentire il percorso di diagnosi attraverso la visita/consulenza medica e le successive indagini di laboratorio secondo il seguente schema operativo:

- Primo livello: periferico, non strutturato, con funzioni di informazione e di indirizzo, rappresentato dagli operatori dei distretti, consultori familiari, dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali esterni, dalle varie Unità Operative presenti nei Presidi Ospedalieri della Regione, compresi i laboratori di analisi. Contribuisce alla individuazione dei singoli utenti, il loro orientamento al Servizio Clinico di Genetica Medica dell'Azienda Sanitaria di riferimento cooperando allo svolgimento dei programmi di educazione sanitaria;
- Secondo livello: comprende le attività dei Servizi Clinici di Genetica Medica (SCGM) e dei laboratori di Genetica Medica (LGM). Nella Regione Basilicata esso sarà composto dal servizio di Genetica Medica dell'ASM di Matera (HUB) che comprenda necessariamente un Ambulatorio Clinico, e una parte laboratoristica che nel suo interno affronti tutte le tematiche della genetica: la citogenetica, la genomica, la molecolare, la immunogenetica ecc. In aggiunta all'HUB quale riferimento regionale, nelle altre due Aziende Regionali (Azienda San Carlo di Potenza e CROB) restano le strutture esistenti organizzate per azienda in Centri Funzionali (SPOKE) che prevedano sempre un riferimento clinico (Medico specialista in Genetica Medica) ai laboratori di Genetica.

L'organizzazione dei centri funzionali di Genetica Medica sarà articolata in Unità Operative affidate a personale sanitario e non (medici, biologi, infermieri, tecnici, amministrativi) specializzati e dedicati. Inoltre la rete regionale di Genetica Medica sarà coordinata da un medico specialista in Genetica Medica che avrà la funzione di valutare e coordinare le varie attività cliniche e laboratoristiche regionali per evitare sprechi e garantire un accesso omogeneo alla salute in ambito genetico ai cittadini della regione. A tal proposito l'HUB e gli SPOKE saranno tra loro interfacciati attraverso un programma informatizzato utilizzando la rete informatica regionale.

Obiettivi della rete nel triennio:

Le strutture sanitarie regionali identificate quali HUB e SPOKE (Osp. Madonna delle Grazie Matera, A.O.R. San Carlo Potenza e IRCCS Crob Rionero) del network di Genetica Medica devono collaborare tra loro, pur conservando ciascuno le specifiche funzioni, al fine di rendere concreta e funzionale la rete integrata regionale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività di Genetica Medica. Inoltre, esse devono fungere da punto di riferimento per tutte le strutture sanitarie presenti sul territorio regionale al fine di risolvere le problematiche inerenti la genetica medica.

Obiettivi per i Direttori Generali

Al fine di segnare un rapporto costi/benefici positivo, devono essere assicurate le strutture di genetica medica con la necessaria riorganizzazione funzionale clinica/laboratoristica e la strutturazione della rete regionale.

LA RETE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DELLA PATOLOGIA DIABETICA E DELLE PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE

La Rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche è stata istituita con L.R. n. 9 del 29.01.2010.

Il sistema regionale di prevenzione e cura del diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche persegue le seguenti finalità ed obiettivi:

- realizzazione di una Rete di servizi che permetta il trattamento in forma integrata Ospedale Territorio del Diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche in tutti i suoi aspetti senza soluzione della continuità terapeutica, secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke";
- prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica e delle malattie endocrino metaboliche;
- cura della malattia diabetica;
- cura e prevenzione delle complicanze;
- completa integrazione dei diabetici nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive, nonché reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche; a cura di un team multidisciplinare coordinato dal diabetologo;
- promozione della cultura della prevenzione delle malattie diabetiche e dell'educazione sanitaria dei diabetici e delle loro famiglie;
- preparazione e aggiornamento professionale del personale sanitario.

Al sistema regionale sono attribuite, secondo l'organizzazione di cui ai seguenti articoli, le attività relative a:

- prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;
- prevenzione delle sue complicanze;
- terapia in situazioni di particolare necessità clinica;
- consulenza diabetologica e delle malattie endocrino-metaboliche, in raccordo con il medico di base e le altre strutture, realizzando una integrazione fra le attività Ospedaliere e quelle sul Territorio;

- presa in carico dei pazienti da parte delle "unità operative ospedaliere" in occasione dei ricoveri dei cittadini diabetici e con malattie endocrino metaboliche secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici condivisi fra tutti gli operatori sanitari a vario titolo interessati e restituzione del paziente, alla dimissione, al Territorio ed al Medico di Medicina Generale con un programma di follow-up certo e personalizzato;
- addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico e dei suoi familiari.

Il sistema regionale di prevenzione e cura del diabete mellito e delle malattie endocrino-metaboliche è organizzato su quattro livelli d'intervento:

1. Livello di intervento diagnostico-terapeutico territoriale (spoke). Il Medico di Medicina Generale è il "Case Manager". Al livello distrettuale o sub-distrettuale, i medici di base ed i pediatri specialistici costituiscono il primo momento di diagnosi, prevenzione e cura, con particolare attenzione all'informazione igienico-sanitaria ed all'educazione a fini prevenzionali;
2. Unità Operative per interventi diagnostico-terapeutici di I livello specialistico, a valenza distrettuale (nodo della rete Hub per il livello territoriali, spoke per il II livello), (almeno una U.O. per Distretto della Salute) con presenza di un ambulatorio di Diabetologia e delle malattie endocrino metaboliche per ogni articolazione sub-distrettuale (USIB). Tali Unità Operative devono essere dislocate in modo da coprire in maniera omogenea le aree territoriali dell'Azienda Sanitaria di Potenza e dell'Azienda Sanitaria di Matera. In ogni Azienda Sanitaria un'Unità Operativa deve trattare, in maniera dedicata il Diabete infantile-giovanile e un'Unità Operativa deve avere compiti assistenziali anche per il piede diabetico;
3. Unità Operative per interventi diagnostico-terapeutici di II livello specialistico di diabetologia e delle Malattie Endocrino Metaboliche (nodo della rete, Hub per il I livello e spoke per il III livello) con funzione di Centri di riferimento provinciale, il cui bacino di utenza ottimale è di circa 200.000 residenti (due nella Provincia di Potenza ed uno nella Provincia di Matera);
4. Centro di riferimento Regionale per interventi diagnostico- terapeutici di III livello specialistico (Hub) presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo che, oltre ai compiti di base previsti dalla programmazione aziendale, svolga anche funzione di ricerca e erogazione di prestazioni assistenziali di elevata complessità, non erogabili dagli altri due livelli.

Le strutture di intervento sono organizzate secondo le disposizioni della L.R. n.9/2010, in conformità alle linee di indirizzo della L.R. n. 12/2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale".

Le Unità Operative per interventi di I Livello specialistico di Diabetologia e delle malattie endocrine-metaboliche sono strutture d'intervento che devono assicurare direttamente lo screening, la diagnosi, la terapia e il follow up della malattia diabetica, coordinare l'intervento degli specialisti di altra disciplina in caso di complicanze e di gravidanza e, uno per ogni Azienda Sanitaria, svolgere il ruolo di assistenza diabetologica infantile-giovanile ed effettuare le prestazioni per la cura del piede diabetico, prendendo in carico i pazienti alla dimissione ospedaliera per il successivo follow-up in collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Le unità operative sono collocate presso i Distretti e le articolazioni sub-distrettuali (USIB) delle Aziende Sanitarie di Potenza e di Matera in maniera da assicurare la completezza e la qualificazione delle prestazioni erogate ai pazienti; assicurano, oltre ai compiti di prevenzione,

diagnosi precoce, cura, prevenzione delle complicanze, educazione dei pazienti e della popolazione, aggiornamento professionale, agevolazione nell'inserimento o reinserimento nel mondo scolastico, sportivo e lavorativo, con l'ausilio, ove possibile, del "tutor diabetico". L'unità operativa svolge di norma la propria attività mediante prestazioni ambulatoriali e day-service, per almeno cinque giorni la settimana avendo cura che l'orario di accesso dei pazienti includa anche le ore del pomeriggio.

Le Unità Operative Diabetologiche ed Endocrine-metaboliche per interventi di II Livello specialistico, a valenza provinciale, garantiscono e sviluppano, nel quadro degli indirizzi e delle prescrizioni della programmazione regionale, oltre ai compiti di prevenzione, diagnosi precoce, cura, prevenzione delle complicanze, educazione dei pazienti e della popolazione, aggiornamento professionale, agevolazione nell'inserimento o reinserimento nel mondo scolastico, sportivo e lavorativo, anche le seguenti prestazioni minime comportanti l'uso di tecnologie complesse: assistenza oculistica completa inclusi fluorangiografia e laserterapia; assistenza nefrologica completa inclusa la dialisi; diagnostica vascolare completa; assistenza neurologica completa; assistenza diabetologica pediatrica; assistenza diabetologica ostetrica e ginecologica per le gravidanze a rischio; assistenza neonatologica del neonato di madre diabetica; assistenza psicologica).

Il Centro di Riferimento Regionale per interventi di III Livello specialistico, istituito presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, deve assicurare, oltre ai compiti previsti dalla programmazione aziendale, la ricerca in ambito diabetologico ed endocrino metabolico e la diagnostica complessa di tipo genetico molecolare; l'applicazione e lo sviluppo di tecnologie avanzate per la terapia tendenti sia al miglioramento della malattia, sia alla cura ed al controllo delle complicanze ad esse connesse; l'assistenza in forma diretta qualora collegata a particolari sperimentazioni, siano esse di tipo interventistico che terapeutico-farmacologico.

Basilicata Barometer Diabetes Observatory (B.B.D.O)

Poiché la Basilicata evidenzia dati epidemiologici relativi al problema diabetico superiori alla media nazionale, ha da tempo assunto iniziative, anche legislative, per intervenire nel campo della prevenzione, della cura e dell'assistenza della malattia diabetica.

Più recentemente a livello nazionale si è dato luogo all'istituzione dell'Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) mediante una partnership tra l'Università di Roma Tor Vergata, l'Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione e Diabete Italia, il Consorzio Mario Negri SUD, per garantire lo sviluppo in Italia del progetto Changing Diabetes Barometer, quale elemento qualificante nella lotta al Diabete e per analizzare, in maniera sistematica, i dati economici, clinici, sociali e politici nell'ambito di questa patologia in Italia.

La Regione Basilicata, in continuità con quanto da tempo posto in atto, attuerà con l'Università di Roma Tor Vergata e con il supporto tecnico scientifico di Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) uno specifico Osservatorio Regionale sulla malattia diabetica. (Basilicata Barometer Diabetes Observatory) con la finalità di analizzare l'andamento epidemiologico della patologia, le relative cause e la definizione di moderni ed efficaci protocolli di diagnosi e trattamento della malattia.

Obiettivi della rete nel triennio:

- deospedalizzare l'assistenza ai pazienti affetti da diabete o malattie endocrino metaboliche privilegiando l'assistenza territoriale attraverso prestazioni ambulatoriali e di day service

presso le Unità Operative Specialistiche di Diabetologia e Endocrinologia dei Distretti delle Aziende Sanitarie ASP ed ASM;

- affidare all'Azienda Ospedaliera San Carlo, quale Centro di Riferimento Regionale, compiti di eccellenza nell'ambito della prevenzione e cura delle patologie diabetiche e endocrino metaboliche.

La realizzazione della rete di servizi deve permettere il trattamento in forma integrata del diabete mellito e delle malattie endocrino metaboliche in tutti i suoi aspetti senza soluzione della continuità terapeutica, per realizzare gli obiettivi sopra declinati.

LA RETE DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Ai servizi di Neuropsichiatria infantile dovrebbe afferire annualmente un'utenza pari al 5-7 % della popolazione tra 0 e 18 anni (utenza attesa) come risulta dai dati della Regione Piemonte (Nardocci 2002). Tra questi gli utenti cronici sono pari al 57% e i nuovi casi pari al 43 %.

Nella Regione Basilicata la popolazione 0-18 nel 2010 è di 105.826 unità (dato ISTAT). Si può pertanto calcolare un'utenza annuale attesa per i servizi di NPI tra i 5.000 e i 7.000 pazienti, di cui una quota consistente tra i 2.200 nuovi casi e i 4.200 costituita da utenti cronici.

In particolare Neuro-Psico-patologie, Anoressia, Bulimia, Alcolismo, Autismo, si delineano sempre di più quali patologie di comunità. Per la Neuropsichiatria infantile, lo 0,4% della popolazione in età evolutiva necessita di ricovero psichiatrico a fronte di un 8% che presenta patologia psichiatrica rilevante. Per i Disturbi Alimentari, c'è assoluta concordanza nella comunità scientifica internazionale sull'età di insorgenza dei "DCA" che si colloca tra i 12 e i 25 anni; in questo range di età, la popolazione femminile, censita in Basilicata nel 2001, è di 52.843 individui e i dati di prevalenza per la sola popolazione lucana femminile riferiscono valori per l'anoressia nervosa fino a n° 423 casi, per la bulimia fino a n° 792 casi, per i binge eating disorders fino a 528 casi e per i disturbi non altrimenti specificati, fino a n°3381 casi; con tassi d'incidenza (nuovi casi per anno) che per le solo anoressie e bulimie mostrano valori fino a n°60 nuovi casi/anno. Per i quadri clinici riferibili allo spettro dell'autismo, i dati epidemiologici più recenti stimano la prevalenza nello 0,5% della popolazione nella fascia d'età 0-14 anni e in considerazione degli 86.051 soggetti residenti nella Regione Basilicata nell'età di cui trattasi, queste patologie interessano oltre 400 tra bambini e ragazzi.

Modello Organizzativo della rete di neuropsichiatria infantile

Dai dati sopra riportati appare necessario porre particolare attenzione, nell'ambito delle politiche rivolte alla tutela del bambino, al settore della neuropsichiatria infantile che allo stato presenta ancora lacune sia per quanto attiene l'attività territoriale che per quella di ricovero ordinario e di riabilitazione, nonostante la positiva esperienza del Dipartimento interaziendale di neuropsichiatria per l'età evolutiva (DINPEE) promosso con delibera di G.R. n. 1830 del 27/07/2004. Ciò comporta la costruzione, attraverso la riorganizzazione del DINPEE di una rete regionale che sia in grado attraverso tutti i suoi attori di svolgere quella attività di prevenzione (particolarmente importante sul versante del riconoscimento precoce di alcune patologie), di cura e riabilitazione attraverso servizi particolarmente qualificati rivolti non soltanto a pazienti regionali ma, attraverso forme di partenariato con centri nazionali, anche ad utenti extraregionali. Sul punto significativa è stata la scelta operata dalla Regione con l'articolo 18 della Legge regione 6 agosto 2008 n. 20 di avviare una sperimentazione gestionale tra le Aziende territoriali e la Fondazione IRCSS Stella Maris di Pisa, (che si è concretizzata con l'adozione della successiva DGR 920 del 19 maggio 2009 ,dell'art. 71 della Legge Regionale 42 del 31/12/2009), allo scopo di realizzare un Centro di particolare qualificazione articolato su una o più strutture con compiti di assistenza e ricerca e l'obiettivo finale di

costituire un IRCSS.

La Sperimentazione gestionale, che ha assunto la veste giuridica di Fondazione, è stata costituita il 18 novembre 2009, ha ottenuto il riconoscimento prefettizio nel maggio 2010 ed ha preso il nome di “Stella Maris Mediterraneo Onlus”.

La rete regionale si snoda quindi attraverso servizi di primo livello (operatori di consultori familiari, pediatri di libera scelta, medici di medicina generali), che operano secondo modalità multidisciplinari presso i distretti della salute per garantire la diagnosi e il trattamento di quelle patologie neuropsichiatriche meno complesse e al tempo stesso identificano i casi più complessi che richiedono l'intervento degli specialisti del Dipartimento (servizi di secondo livello) deputati ad erogare interventi assistenziali più complessi a livello ambulatoriale e di Day service a bambini ed adolescenti di provenienza regionale ed ex regionale. L'Unità operativa ospedaliera di neuropsichiatria infantile, a valenza regionale, (servizi di terzo livello) garantisce l'assistenza ai pazienti bisognosi di cure specialistiche più complesse accessibili anche ai pazienti provenienti dalle altre regioni. L'attività riabilitativa di tipo residenziale nei confronti degli bambini e degli adolescenti affetti da sindrome dello spettro autistico viene svolta secondo quanto previsto dal progetto sanitario approvato con citata DGR 920 del 19 maggio 2009, attraverso la realizzazione di servizi/strutture dedicati all'assistenza di pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico.

Obiettivi del Dipartimento

Il Dipartimento trova realizzazione nell'integrazione e cooperazione tra le strutture distrettuali e ospedaliere, mediante interventi sull'organizzazione del lavoro che tendono a:

- a) migliorare il livello delle attività assistenziali in ambito neuropsichiatrico infantile con l'utilizzo e l'interscambio delle risorse esistenti nelle strutture aziendali che afferiscono al Dipartimento, garantendo i collegamenti operativi;
- b) realizzare una migliore e più efficace assistenza sanitaria a livello di prevenzione, diagnosi e terapia attraverso un corretto uso delle risorse assegnate;
- c) promuovere l'attività di ricerca e didattica, l'aggiornamento professionale di tutti gli operatori, nonché la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni;
- d) definire le linee guida ed i protocolli:
 - che hanno la funzione di formazione permanente degli operatori, autoverifica delle prestazioni, sicurezza dei pazienti e degli operatori, comunicazione/integrazione tra servizi, controllo dell'accessibilità alle prestazioni;
 - e che consentono di orientare l'èquipe verso uno standard di assistenza uniformemente elevato, teso a garantire il livello qualitativo delle prestazioni;
- e) realizzare una rete informatica interaziendale che consenta il collegamento con i Centri di Prenotazione Unificati;
- f) uniformare la classificazione e la rilevazione delle prestazioni e conseguire un'omogenea valutazione delle attività svolte, nonché il raffronto con gli indicatori di efficienza e qualità del Servizio Sanitario Nazionale;
- g) gestire il budget concordato con le Direzioni Aziendali.

L'articolazione del Dipartimento

Il DINPEE si articola in U.O.T.-N.P.I. Distrettuali di II livello con riferimento territoriale coincidente con almeno due Distretti della Salute. Presso il Distretto della Salute dovrà essere collocato un servizio di NPI, al fine di garantire l'assistenza neuropsichiatrica infantile di base omogenea su tutto il territorio, attraverso il lavoro multidisciplinare d'équipe. Esse sono dirette da un dirigente medico specialista in Neuropsichiatria Infantile e si avvalgono del lavoro in équipe di medici specialisti in neuropsichiatria infantile, psicologi competenti in età evolutiva, terapisti della neuro-psicomotricità in età evolutiva, logopedisti, infermieri, ausiliari sociosanitari, assistenti, sociali educatori professionali tecnici della riabilitazione psichiatrica e personale dei ruoli amministrativi.

Le Unità Operative Territoriali di Neuropsichiatria Infantile svolgono le seguenti attività:

- diagnosi, cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero;
- controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri più attrezzati;

Compiti specifici di queste Unità sono:

- prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche in ambito ambulatoriale a livello distrettuale, secondo progetti operativi che soddisfino i bisogni di salute risultanti dalla osservazione epidemiologica locale, con specifica attenzione alle diverse fasce d'età;
- presa in carico precoce del bambino con disabilità neuromotorie, psichiche e problematiche familiari e collaborazione con le competenze specialistiche fisiatriche e riabilitative.
- presa in carico dell'adolescente affetto da patologia psichica;
- collaborazione con gli operatori dei Consultori Familiari con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole di ogni ordine e grado (legge n. 104/92 e D.P.R. 24/2/94);
- collaborazione con gli Enti Locali ed Istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti in situazioni di handicap in età post-scolare;
- collaborazione con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia (Tribunale dei Minori, Giudice Tutelare, ecc.) al fine di tutelare i minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari, ecc. ed inoltre collaborazione con le stesse Istituzioni nell'ambito delle attività di affidamento familiare e per le adozioni;
- progettazione e attuazione dei percorsi abilitativi e riabilitativi neuropsicomotori, del linguaggio e della comunicazione, in collaborazione con personale tecnico specificamente formato dell'area riabilitativa.
- attivazione del monitoraggio e rilevazione epidemiologica (in stretta collaborazione con il D.S.B. ed il D.P) sulla base delle indicazioni della Direzione del Dipartimento, a cui verranno inviati regolarmente i dati per l'elaborazione.
- collaborazione con la famiglia del disabile attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il minorenne, sulle possibilità di recupero e sulla scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscono l'inserimento nella scuola, nella società e nelle attività lavorative in sinergia con le altre agenzie presenti nel territorio.

La Fondazione Stella Maris Mediterraneo Onlus svolge il ruolo previsto dagli atti legislativi, di programmazione e di attuazione sopra richiamati nel settore della neuropsichiatria infantile. Svolge inoltre

attività di ricerca nel predetto settore

Sviluppi futuri della Rete

Con la proposta approvata con la D.G.R. n.920/2010 si rafforza la gestione integrata attraverso il DINPEE, con il contributo delle aziende sanitarie e di un soggetto privato qualificato e si incrementa l'offerta assistenziale in termini di residenzialità e di day hospital, in virtù della disponibilità degli spazi dedicati e già attivati.

Il governo clinico di tutti i fabbisogni di trattamento e cura delle problematiche neuropsichiatriche è realizzato dal DINPEE, con la collaborazione scientifica dell'IRCCS Stella Maris attraverso la Fondazione Stella Maris Mediterraneo e nei percorsi assistenziali dedicati a pazienti affetti da autismo, come anche nei percorsi di recupero e cura attivati nel Centro dei disturbi alimentari di riferimento regionale e nel Centro di riabilitazione alcologica entrambi già attivi, per qualificarne ulteriormente l'offerta e integrare questi nuovi servizi in una rete territoriale di assistenza

LA RETE DELLA REUMATOLOGIA

La Giunta Regionale, con deliberazione n. 1525 del 14.8.2002, approvava il "Protocollo d'intesa tra l'Azienda Sanitaria U.S.L. n° 4 di Matera e l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, per la realizzazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia".

La riorganizzazione del SSR avvenuto a seguito della Legge Regionale n. 12 del 01 luglio 2008, con cui sono state istituite l'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), ha richiesto un ripensamento e una rimodulazione del Dipartimento Interaziendale di Reumatologia, realizzato con la DGR n.1786 del 29.10.2010, che tenesse conto, da un lato del nuovo assetto territoriale del SSR e dall'altro, sia delle mutate esigenze dell'utenza sia della necessità di ampliare e potenziare maggiormente l'attività di ricerca eseguita.

La patologia reumatica rappresenta circa il 40% di tutta la patologia afferente agli ambulatori di Medicina Generale.

Il fabbisogno di posti letto/1000 abitanti per la Reumatologia, previsto dalla normativa regionale vigente, è pari allo 0,030%, per un totale di 8 posti letto.

In particolare le patologie afferenti al Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia possono essere stratificate per gravità e risposta assistenziale in 3 livelli di seguito specificati:

1. **PRESTAZIONI DI I LIVELLO:** la fibromialgia e l'artrosi sono patologie reumatiche molto frequenti che non richiedono particolari competenze specialistiche. La diagnosi e la terapia di tali affezioni sarà competenza del Medico di Medicina Generale.
2. **PRESTAZIONI DI II LIVELLO:**
 - artriti da microcristalli (gota, condrocalcinosi, malattie da cristalli di idrossiapatite, malattia da cristalli di ossalato di calcio);
 - artriti settiche ed infettive;
 - malattie metaboliche dell'osso (osteoporosi, osteomalacia, malattia di Paget, algodistrofia simpatica riflessa, artropatie endocrinologiche);
 - reumatologia pediatrica;
 - reumatologia dell'età avanzata;
 - assistenza alle donne con malattie reumatiche durante la gravidanza;

- terapia infiltrativa locale, sinoviectomia con acido osmico e radio isotopi.
3. PRESTAZIONI DI III LIVELLO: Prestazioni di carattere specialistico dirette anche a pazienti provenienti da altre Regioni. I pazienti afferenti a tale livello entreranno in protocolli multicentrici nazionali ed internazionali; in particolare i pazienti affetti da:
- spondiloartriti sieronegative (spondilite anchilosante, artrite psoriasica, sindrome di Reiter ed artrite reattiva, artriti associate alla colite ulcerosa ed alla malattia di Crohn, spondiloartriti indifferenziate);
 - malattia di Behçet;
 - polimialgia reumatica ed arterite gigante-cellulare;
 - vasculiti sistemiche (porpora di Schonlein-Henoch, poliarterite nodosa, granulomatosi di Wegener, arterite di Takayasu, sindrome di Churg-Strauss, crioglobulinemia, vasculite da ipersensibilità);
 - connettiviti (Lupus eritematoso sistemico, sclerosi sistemica, sindrome di Sjogren, poli-dermatomiosite, connettivite mista, connettivite indifferenziata, sindrome da anticorpi antifosfolipidi);
 - artrite reumatoide.

Ulteriori prestazioni sono:

- gestione dei pazienti in trattamento con farmaci biologici;
- assistenza socio-sanitaria ai malati reumatici.

Il Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia si struttura su un modello organizzativo di tipo "Hub and Spoke"

Il "cerchio" della ruota assistenziale è costituito dai Medici di Assistenza Primaria e dagli Ambulatori delle strutture distrettuali. I primi, garantiscono la diagnosi ed il trattamento di quelle patologie reumatiche meno complesse ed al tempo stesso identificano i casi più complessi che richiedono l'intervento degli specialisti del Dipartimento, mentre gli ambulatori, attivi presso i Distretti del territorio e nei presidi ospedalieri, sono, invece deputati ad erogare interventi assistenziali più complessi a pazienti di provenienza regionale ed extra-regionale.

I "raggi" della ruota assistenziale sono costituiti, invece, da strutture ospedaliere dell'ASP e dell'ASM che erogano prestazioni in regime di day hospital e ambulatoriale finalizzati a garantire l'assistenza a pazienti che necessitano di prestazioni specialistiche di media complessità.

Il "mozzo" è invece costituito dall'Unità Operativa dell'Ospedale Regionale "San Carlo" di Potenza che, fornita di posti letto di degenza ordinaria e di day hospital, è in grado di garantire l'assistenza ai pazienti bisognosi di prestazioni specialistiche più complesse accessibili anche ai pazienti provenienti dalle altre Regioni.

Per quanto sopra, quindi, a regime il Dipartimento Interaziendale di Reumatologia risulterà composto dalle seguenti strutture:

- Unità Operativa di Reumatologia, con funzioni di Hub, con sede nell'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza con posti letto di degenza ordinaria, posti letto di Day Hospital e spazi destinati all'attività ambulatoriale per la erogazione di visite, esami strumentali, attività di expertise per gli altri reparti ed attività di ricerca;
- Unità operative con funzioni di raggio della rete, a valenza dipartimentale, con sede nell'Azienda Sanitaria Locale Materana presso l'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera e nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza. Le strutture saranno dotate di posti

letto di Day Hospital e spazi destinati all'attività ambulatoriale per la erogazione di visite, esami strumentali, attività di expertise per gli altri reparti;

- ambulatori reumatologici dell'Azienda Sanitaria Locale Materana e dell'Azienda Sanitaria Locale Potentina collocati prevalentemente in ambito distrettuale, secondo una mappa proposta dal Direttore del Dipartimento e approvata dal Comitato Sovraordinato di Coordinamento. Le attività ambulatoriali di reumatologia negli ospedali o distretti saranno garantite di norma dal personale medico e paramedico dell'Azienda Sanitaria cui afferiscono. Tali strutture dovranno garantire prestazioni di I° livello, assistenza reumatologica e l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale;
- i medici di assistenza primaria (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta e Medici della Continuità Assistenziale), in quanto rappresentano il "primo contatto" con la patologia reumatica che costituisce circa il 40% di tutta la patologia afferente agli ambulatori di Medicina Generale.

Il Dipartimento Regionale Interaziendale di Reumatologia è articolato in strutture presenti nelle tre Aziende partecipanti che, a loro volta, costituiscono specifici centri di costo per ciascuna Azienda.

Gli obiettivi operativi su cui devono convergere le attività del Dipartimento sono i seguenti:

- integrazione ed ottimizzazione delle attività sanitarie volte alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie reumatiche;
- predisposizione del budget delle attività e risorse;
- razionalizzazione dell'approccio diagnostico e terapeutico;
- individuazione ed attuazione di modalità di verifica e revisione della qualità delle prestazioni erogate;
- razionalizzazione dell'accesso alle Unità Operative del Dipartimento dei pazienti "urgenti" provenienti dalle Unità Operative di Pronto Soccorso;
- attivazione di settori organizzativi e funzionali, già individuati o da individuarsi all'interno delle strutture del Dipartimento;
- perseguimento di obiettivi di qualità mediante la stesura di protocolli operativi e procedure scritte per tutte le attività con particolare attenzione a quelle a rischio;
- individuazione di bisogni formativi e pianificazione di percorsi di formazione per tutti gli operatori;
- promozione di attività di ricerca;
- razionalizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di presidi e tecnologie ai fini di una maggiore uniformità;
- razionalizzazione dell'utilizzo di spazi, attrezzature, tecnologie, personale;
- contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione;
- partecipazione a sperimentazioni cliniche, con modalità definite da un apposito regolamento proposto dal Comitato di Dipartimento ed approvato dal C.S.C;
- sviluppo di attività di ricerca.

LA RETE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO PER LA PREVENZIONE E TERAPIA DELL'OBESITA'

L'obesità rappresenta, allo stato attuale, un vero e proprio problema di sanità pubblica sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo.

Per definire l'andamento epidemiologico del fenomeno obesità si usano comunemente termini come pandemia e globesity che sintetizzano in maniera efficace la sua diffusione.

Nel mondo circa un miliardo di persone sono in sovrappeso e circa 300 milioni sono obese.

In Italia il 45% della popolazione adulta maschile risulta in sovrappeso e l'11% è obesa; il 27 % delle donne adulte è in sovrappeso e il 9% obeso.

La prevalenza dell'obesità è maggiore al Sud: in Basilicata il 48% della popolazione adulta di sesso maschile è sovrappeso, l'11% obesa; il 34% delle donne è sovrappeso, l'11% obeso.

La situazione tra i bambini è altrettanto preoccupante: nella fascia di età di 8 anni il 36% dei bambini è in eccesso ponderale (24% sovrappeso e 12% obesi); in Basilicata tale percentuale è prossima al 40%.

Ad alimentare questa epidemia è la globalizzazione dello stile di vita occidentale, con un aumento della disponibilità di cibo (quello ricco in grassi e zuccheri spesso risulta il più economico) ed una ridotta opportunità di usare le capacità fisiche del proprio corpo.

Possibili strategie di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

La lotta all'obesità ed al sovrappeso dipende soprattutto, più che in altre patologie cronico degenerative, in maniera molto consistente da azioni di prevenzione, sia primaria che secondaria. Gli interventi terapeutici veri e propri, allo stato, risultano certamente meno efficaci anche se necessari di fronte al dilagare epidemico di tale patologia. Gli interventi preventivi possono essere esplicitati sulla collettività e sul singolo.

Interventi sulla collettività: sono i classici interventi di prevenzione primaria, consistenti in azioni di educazione sanitaria, rivolti ad una specifica popolazione e tendenti a ridurre i fattori di rischio. Una particolare fascia di popolazione su cui essi di solito si concentrano è rappresentata da quella scolastica. Tali interventi, di solito, si basano su campagne informative, volte sia agli insegnanti che agli alunni, che promuovono l'importanza di una corretta alimentazione e di una sufficiente e regolare attività fisica.

Interventi di prevenzione primaria sul singolo e su gruppi a rischio: vengono indicati come azioni efficaci dall'OMS per la prevenzione clinica delle malattie croniche e, quindi, anche dell'obesità, che ne è una causa intermedia determinante. La prevenzione dovrebbe essere praticata sui soggetti a rischio di sviluppare tale patologia.

La prevenzione secondaria sul singolo dovrebbe essere attuata con schemi dietetici ipocalorici personalizzati per ridurre il peso corporeo in modo da minimizzare i rischi di complicanze di chi è già affetto da tale patologia.

Tali attività non possono però essere disgiunte dalla creazione di un sistema di **Sorveglianza Nutrizionale** definito nel manuale di sorveglianza nutrizionale prodotto dall'INRAN nel 2003 come *“quell'insieme combinato di azioni finalizzate a documentare la presenza e la distribuzione in una popolazione di stati morbosi associati o mediati dalla dieta.”*

Esso deve creare un flusso di informazioni sulla prevalenza di problemi correlati all'alimentazione in una

popolazione e si basa sulla raccolta di dati che possono essere primari, rilevati cioè con indagini specifiche, o secondari, cioè dati già esistenti rilevati per altri scopi.

La Sorveglianza Nutrizionale, compito istituzionale previsto dalla normativa nazionale e da quella regionale di riferimento (L. R. 3/99) per le Unità Operative Igiene Alimenti e Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione, deve essere incrementata ed immessa in una rete regionale che consenta, in base all'elaborazione ed alla valutazione dei dati relativi alla prevalenza dell'obesità, di programmare e promuovere più efficaci interventi di prevenzione.

Alla luce di quanto esposto, risulta la complessità della terapia dell'obesità che, pertanto, per essere correttamente affrontata, ha come indispensabile presupposto, la realizzazione di una rete di servizi che operi integrando le funzioni ospedaliere e quelle territoriali secondo un modello organizzativo del tipo "hub and spoke".

In particolare, si definiscono i seguenti livelli di intervento:

- PRIMO LIVELLO TERRITORIALE DI INTERVENTO PER LA PREVENZIONE ED IL TRATTAMENTO DELL'OBESITA' NON COMPLICATA

Viene attuato dai MMG e dai PLS con interventi di prevenzione primaria e secondaria rivolti ai propri assistiti ed eventuale invio alle strutture territoriali deputate ad attività di Dietetica Preventiva (SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione della Salute Umana) di casi non complicati di obesità necessitanti di prescrizione dietetica e successivi controlli periodici, o di specifici interventi di prevenzione primaria o secondaria, effettuati da personale dedicato come dietisti o medici dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione. Il SIAN effettua, come già previsto da specifiche norme regionali, interventi di prevenzione primaria sulle collettività, privilegiando la popolazione scolastica, o su gruppi a rischio, in alcuni casi in cooperazione con i consultori, come per gruppi di donne in menopausa o di gestanti, per la prevenzione dell'obesità infantile. Il primo livello d'intervento, che si realizza nel contesto del Distretto Sanitario, seleziona i casi da inviare al:

- SECONDO LIVELLO TERRITORIALE DI INTERVENTO PER LA TERAPIA DELL'OBESITA'

Utilizza strutture territoriali di endocrinologia-diabetologia cui afferiscono i pazienti con obesità complicata (diabete, ipertensione arteriosa, steatosi epatica, cardiopatia, pneumopatia, ecc) o pazienti obesi necessitanti di intervento psicologico o psicoterapeutico inviati dalla struttura di primo livello. Il secondo livello utilizza dietisti ed infermieri ed in consulenza, secondo la necessità, specialisti psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, pediatri, ortopedici, fisiatri, pneumologi.

Al secondo livello territoriale compete la diagnosi, la terapia, il controllo periodico e la rieducazione nutrizionale di tali pazienti. Il secondo livello si realizza a livello di Distretto Sanitario.

Il primo ed il secondo livello rappresentano lo "spoke" e selezionano ed individuano i casi da inviare ai:

- CENTRI OSPEDALIERI PER LA DIAGNOSI E TERAPIA MEDICA E CHIRURGICA DELL'OBESITA' COMPLICATA

Sono individuati presso l'Azienda Ospedaliera Regionale "Ospedale San Carlo" di Potenza, presso l'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera e presso l'Ospedale di Villa D'Agri.

Centro di riferimento regionale per la chirurgia bariatrica è il reparto di chirurgia dell'Ospedale di Villa D'Agri.

Le Unità Operative di riferimento possono essere rappresentate da U.O di Endocrinologia o U.O. di Nutrizione Clinica dove viene effettuata la prima valutazione clinica del paziente obeso cui deve seguire la

valutazione clinica collegiale del singolo caso che indicherà il trattamento da applicare (medico o chirurgico) più idoneo per il paziente. Al termine della valutazione clinica collegiale sarà prospettata l'opzione terapeutica al fine di decidere, consensualmente allo stesso paziente, il trattamento scelto ed i tempi di realizzazione. Ad ogni paziente sarà consegnata una scheda di registrazione dell'andamento del calo ponderale che presenterà ai successivi controlli ambulatoriali che saranno organizzati con la periodicità richiesta dal caso. La interdisciplinarietà e la interdipartimentalità sono essenziali per tale attività per cui si rende necessario disporre di personale dedicato (Endocrinologo/Nutrizionista, Psicologo, Dietista, Assistente sanitaria, Infermieri professionali) cui affiancare una equipe di valutazione multidisciplinare composta dai diversi specialisti di volta in volta necessari (Chirurgo bariatrico, Chirurgo plastico, Gastroenterologo, Anestesista, Cardiologo, Chirurgo vascolare, Ortopedico, Pneumologo).

- ATTIVITA' RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE

A completamento della rete per il trattamento dell'obesità è necessario prevedere il bisogno per alcuni pazienti di interventi di rieducazione nutrizionale (pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica e di quelli affetti da grande obesità) ai quali garantire un supporto psicologico e assistenziale in regime di ricovero, centro diurno e ambulatorio presso strutture pubbliche e private accreditate che svolgono attività di riabilitazione. La struttura sanitaria preposta alle attività riabilitative di che trattasi è individuata nel presidio territoriale di Chiaromonte dove, nel contesto del CDA, sono già stati attivati ed attrezzati 4 posti letto dedicati. Al Centro e al privato accreditato preposto all'attività riabilitativa per l'obesità saranno avviati i pazienti selezionati dal terzo livello della rete (A. O. R. "Ospedale San Carlo" e Ospedale "Madonna delle Grazie"). Il Centro assicura la residenza riabilitativa intensiva psiconutrizionale mediante un opportuno ciclo di degenza e programma il successivo percorso assistenziale ambulatoriale per i pazienti che verranno a tal fine reinviati alle strutture territoriali di secondo e/o primo livello (secondo le caratteristiche e la tipologia di obesità trattata) del distretto di residenza per i successivi controlli periodici necessari al monitoraggio ed al mantenimento dei risultati raggiunti.

RETE REGIONALE DI MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO

Il modello organizzativo della Rete si baserà su una unità operativa dedicata ed autonoma, istituita presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, integrata con i servizi territoriali di medicina dello sport delle Aziende sanitarie locali, secondo uno schema organizzativo e funzionale che verrà definito con apposito atto di indirizzo e coordinamento della Regione.

RETE DEI PUNTI NASCITA

La Regione Basilicata recepisce l'Accordo del 16-12-2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". In particolare, ritiene fondamentale rimodulare la rete dei Punti nascita al fine di:

- ✓ razionalizzare/ridurre i punti nascita della Regione;
- ✓ sviluppare e implementare linee guida e protocolli sulla gravidanza fisiologica e sul parto cesareo;
- ✓ favorire l'integrazione ospedale territorio per la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita;
- ✓ costituire reti dedicate al tema materno-infantile per il governo del processo complessivo di assistenza alla maternità anche attraverso l'istituzione, secondo tecniche di e-health, del Libretto della Donna ed al nascituro del Libretto Pediatrico visti come parti integrante del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico);
- ✓ elaborare, diffondere ed implementare raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- ✓ attivare procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto;
- ✓ attivare il sistema di trasposto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN);
- ✓ definire un piano di formazione degli operatori sanitari coinvolti;
- ✓ istituire una funzione di coordinamento permanente del percorso nascita;
- ✓ monitorare in maniera continua la rete regionale dei punti nascita e la sua attività tramite pubblicazione su una specifica area del sito regionale.

Il progetto di riorganizzazione della rete dei punti nascita è stato sviluppato tenendo conto:

1. dei dati sul numero di parti totali e dei parti cesarei effettuati da ciascuna punto nascita presente sul territorio regionale nel 2009;
2. dei parametri stabiliti nell'accordo stato Regioni che prevede un punto nascita ogni 1000 parti/anno. Punti nascita con numerosità inferiore e comunque non al di sotto di 500 parti/anno, possono essere previsti solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate con rilevanti difficoltà di attivazione dello STAM;
3. della necessità di incentivare l'allattamento al seno attraverso informazioni ai genitori prima e durante i primi mesi di vita del neonato;
4. dei modelli organizzativi ed operativi di ciascuna struttura anche in relazione alla presenza di servizi di supporto al percorso nascita (neonatologia STAM e STEN);
5. della necessaria integrazione ospedale-territorio per consentire la dimissione precoce e protetta dei neonati. Infatti, la frequente carenza di aiuto alle puerpere al momento del rientro a domicilio è una problematica abbastanza nota. Beneficio del progetto è attivare una serie di strumenti ICT per una maggior integrazione tra l'ospedale ed i servizi territoriali in modo tale da assicurare che madre e neonato siano dimessi in condizioni appropriate per la prosecuzione delle cure a domicilio e per la salvaguardia del benessere della diade, con particolare riferimento alle dimissioni antecedenti le 48 ore dopo il parto;
6. della necessità, per evitare disagi alla famiglia e al neonato, di inserire l'assistenza alla

nascita in un generale programma di follow-up dal domicilio della paziente, al letto in ospedale sino al suo ritorno a casa;

7. dell'opportunità di attivare servizi di e-health rivolti alla gestante ed al nascituro.

In considerazione degli obiettivi progettuali e degli standard sopra richiamati, la "Rete dei Punti Nascita Regionale di Basilicata" risulta così strutturata:

1. punto nascita di Riferimento Regionale di II° livello, con presenza di Neonatologia e UTIN collocato presso l'AOR San Carlo di Potenza;
2. punto nascita di I° livello collocato presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, sede di DEA di I° livello.

I presidi di Lagonegro e Melfi, in qualità di ospedali per acuti, che si collocano al di sopra dei 500 parti/anno, vengono mantenuti come punti nascita di I° livello.

I punti nascita di I° livello attualmente attivi presso gli ospedali sede di PSA saranno mantenuti in presenza di deroga da parte del ministero della salute in merito al numero minimo dei parti previsto

Il Comitato per il Percorso Nascita operante presso il Dipartimento regionale effettuerà il monitoraggio dei volumi di parti/ anno verificabili presso i punti nascita attivi: ove venga riscontrato un numero di parti sostanzialmente inferiore al minimo determinato proporrà ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie i protocolli organizzativi necessari al mantenimento dei percorsi nascita di appartenenza ed alla ricollocazione dell'evento del parto nei punti operanti con volumi adeguati.

Il servizio di trasporto STAM tra i centri, sarà assicurato dalla rete regionale dell'emergenza-urgenza 118 e coordinato dal Punto nascita di II* livello, mentre il trasporto STEN sarà assicurato dall'AOR San Carlo di Potenza.

Fanno parte della rete anche gli altri presidi ospedalieri distrettuali che rappresentano i punti di accesso alla rete per la popolazione di loro competenza territoriale.

E' necessario che in connessione con la riorganizzazione dei punti nascita si proceda ad un parallelo ridisegno delle Unità Operative di assistenza neonatale, corrispondenti per intensità di livello assistenziale ai punti nascita.

Per quanto concerne i requisiti organizzativi, funzionali, strutturali e tecnologici si rimanda all'allegato 1b punto C) dell'accordo Unificato Stato Regione del 16-12-2010.

I presidi ospedalieri presenti sul territorio dove non è presente un punto nascita, rappresentano punti di accesso alle reti dei punti nascita per la popolazione di riferimento territoriale. Essi garantiscono il raccordo tra la rete ospedaliera e il territorio.

Al fine di dare piena e concreta attuazione al progetto di creazione della Rete Regionale di Punti nascita (RRPN), sono previste una serie di azioni di accompagnamento che ne favoriscano la diffusione della conoscenza sul territorio regionale:

- a) identificazione di un specifico logo che andrà apposto in tutte le strutture della rete e su tutti gli atti e documenti inerenti le attività a garanzia dell'uniformità di standard qualitativi del trattamento nel pieno rispetto di linee guida e protocolli condivisi e monitorati a livello dell'intera rete regionale;

- b) predisposizione di uno specifico Piano di comunicazione regionale nel quale esplicitate le azioni da mettere in essere secondo percorsi di comunicazione e informazione differenziati in rapporto al destinatario (cittadino, MMG, PLS, operatore sanitario, Associazioni di volontariato, ecc.) utilizzando strumenti diversi (campagne pubblicitarie, sito web aziendale e regionale, pubblicazioni aziendali, quotidiani locali, manifesti murali, radio e tv locali, ecc). A livello aziendale, gli Uffici di Relazione con il Pubblico (URP) ospedalieri e territoriali svilupperanno una strategia comune di informazione ai cittadini circa le modalità di accesso alla rete dei punti nascita e sulle prestazioni erogate da ciascun livello della rete, ivi compresi i presidi territoriali. Sarà inoltre compito di tali uffici provvedere a fornire il necessario supporto per l'attivazione degli strumenti ICT previsti nel progetto.
- c) definizione di uno specifico servizio territoriale per l'assistenza in dimissione precoce protetta che si basi anche su opportune apparecchiature elettromedicali. Predisposizione di specifici corsi di formazione per gli operatori socio-sanitari (medici, infermieri, ecc.) che garantiranno l'assistenza domiciliare, anche per il supporto psicologico alla famiglia.
- d) implementazione di una specifica sezione del FSE da cui poter estrarre il cd libretto della gestante organizzato con rubriche tematiche e che accompagnerà la donna durante tutto il periodo fino alla nascita del bambino. Nel libretto saranno presenti informazioni sulla gravidanza (che cosa è la gravidanza, le gravidanze fisiologiche e quelle a rischio, l'incontro con il ginecologo, cosa è necessario fare e cosa non fare, la minaccia di aborto, l'alimentazione, lo sport, il lavoro, i consultori, la rete dei punti nascita, ecc.), sul parto (la preparazione, il parto naturale e il parto complicato o prematuro, il ruolo della struttura ospedaliera, ecc.), sulla nascita (il primo contatto con la madre, il latte materno e l'allattamento al seno, i primi giorni di vita, l'assistenza in ospedale, il ritorno a casa, ecc.), sulla vita a casa (il pianto, quando e come allattare, il latte materno e artificiale, il sonno, le vaccinazioni, ecc.) e saranno indicate (e laddove possibile con l'indicazione della data di prenotazione) tutte le scadenze previste per l'effettuazione degli esami di routine a cui verrà poi associato il relativo referto.
- e) generazione in formato elettronico all'evento nascita del libretto sanitario pediatrico regionale attualmente gestito in forma cartacea.

La gestione elettronica del libretto regionale, oltre a gestire tutti i dati della versione cartacea, consentirà anche di gestire l'interazione online tra gli operatori e i genitori tramite:

- SMS, e-mail, fax, Libretto online (a seconda della modalità preferita dai genitori e in base al loro livello di informatizzazione), si possono gestire le scadenze importanti ai genitori (e.g. vaccinazioni);
- questionario guidato online (triage), si possono gestire comunicazioni tra pediatra curante e famiglia del bambino nel caso di una malattia intercorrente, per aiutare ad individuare la causa del problema, per calcolare le dosi dei medicinali di uso più comune;
- invio online di informazioni estratte dal software di cartella del pediatra e/o tramite questionari compilati dai genitori (su argomenti di prevenzione, sullo stato di salute, o sullo sviluppo del bambino) e/o tramite l'invio online di referti/esami dagli operatori specialistici, ecc.

Per garantire il corretto funzionamento della rete, è prevista una struttura di governance della rete dei Punti Nascita i cui strumenti sono:

- Comitato di coordinamento permanente del "percorso Nascita";

- Definizione di linee guida e protocolli;
- Definizione della “Carta dei Servizi” del percorso nascita;
- Definizione di un percorso formativo degli operatori;
- Attivazione di un Call Center “Rosa”;
- Attivazione di una specifica sezione sul portale del Dipartimento Salute della Regione.

Il Comitato per il Percorso Nascita (CPN) ha funzione di coordinamento e verifica delle attività. È istituito presso il Dipartimento Salute della Regione ed è composto dai responsabili dei punti nascita individuati e da un dirigente dello stesso Dipartimento con funzioni di segreteria tecnica-amministrativa.

Il CPN, coordinato dal Responsabile della Centro di Riferimento Regionale, svolge i seguenti compiti:

- Attività di verifica e controllo del processo di riorganizzazione dell’attuale rete dei punti nascita della Regione Basilicata,
- Sviluppo e diffusione di linee guida e protocolli sulla gravidanza fisiologica e sul parto cesareo;
- Predisposizione di piani operativi per garantire la integrazione ospedale territorio per la presa in carico, la continuità assistenziale, l’umanizzazione della nascita;
- Elaborazione, diffusione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita;
- Definizione di specifici piani di formazione degli operatori sanitari coinvolti;
- Monitoraggio dei risultati ottenuti;
- Attivazione degli strumenti ICT messi a disposizione della rete per garantire una maggior integrazione tra l’ospedale ed i servizi territoriali finalizzata anche alla dimissione precoce;
- Attivazione dei servizi di e-health rivolti alla gestante ed al nascituro.

La Regione, attraverso il Comitato Permanente, al fine di promuovere in tutto il territorio regionale la diffusione delle più aggiornate acquisizioni scientifiche, elabora e diffonde **linee guida** evidence-based ed aggiornate per la pratica clinica, rivolte ai professionisti della salute e divulgate in forma sintetica alle donne anche attraverso canali istituzionali e di comunicazione scientifica. Nelle strutture sanitarie in cui è attivo un punto nascita, deve essere predisposta una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita, in cui, in conformità ai principi di qualità, sicurezza e appropriatezza siano contenute informazioni riguardanti almeno l’operatività dei servizi; le modalità assistenziali dell’intero percorso nascita; le modalità per favorire l’umanizzazione del percorso nascita; la rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette, il sostegno dell’allattamento al seno ed il supporto psicologico.

Il Comitato ha anche il compito di organizzare annualmente programmi di formazione ed aggiornamento interno ed esterno di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso nascita, con modalità integrate, nell’ambito delle attività di formazione continua ECM aziendale e regionale, promuovere l’audit clinico quale strumento di valutazione della qualità dei servizi e delle cure erogate; promuovere il coinvolgimento delle società scientifiche nella formazione continua dei professionisti sanitari; prevedere attività formativa in tema di metodiche farmacologiche e non di controllo del dolore, con carattere di multidisciplinarietà; promuovere un percorso strutturato per l’inserimento dei professionisti nuovi assunti, confacente alle caratteristiche dei livelli assistenziali garantiti. Sarà altresì attivato un Call Center Informativo Rosa per garantire le informazioni in merito alla struttura ed ai servizi erogati nonché sulla modalità di accesso agli stessi. Il Call Center Regionale oltre all’azione di coordinamento delle attività sanitarie svolgerà, nel più generale contesto del percorso nascita l’azione di informazione e documentazione a favore del donne

nonché promozione di iniziative di educazione ed informazione (Info Point Rosa). Per garantire la trasparenza e la costante verifica dei risultati ottenuti, sarà attivata una specifica sezione informativa sul portale regionale del Dipartimento Salute nella quale saranno riportati tutti i dati relativi ai servizi erogati dalla rete, ivi compresi i risultati ottenuti anche in termini di riduzione dei parti cesarei e sviluppo della parto analgesia.

LA RETE PEDIATRICA INTERAZIENDALE (RIPED)

Le politiche trasversali di compatibilità, compossibilità e sostenibilità, anima del presente Piano Sanitario, trovano una concreta esemplificazione nella strutturazione della rete pediatrica interaziendale (RIPED) che si prefigge di garantire un'alta qualificazione delle cure pediatriche in una regione nella quale si registra una marcata tendenza alla contrazione delle nascite dovuta ai fattori di cui si è discusso nel capitolo dedicato alla "Salute della Donna e del Bambino" e che non potrebbe altrimenti garantire risposte adeguate per cure altamente complesse rispetto alle quali non dispone di professionalità formate nelle diverse branche delle specialità mediche e chirurgiche pediatriche, appannaggio di poche strutture ospedaliere di rilievo nazionale.

La rete pediatrica interaziendale si colloca, pertanto, nel contesto dell'auspicata più ampia "rete interdipartimentale della salute della donna e del bambino", sistema interconessionale cui è demandata la realizzazione di una organizzazione del lavoro integrata orientata ai bisogni di salute dell'età evolutiva che abbia come obiettivo il porsi come argine alla migrazione sanitaria extraregionale e polo di attrazione della domanda proveniente dalle regioni limitrofe.

Per garantire la più alta qualificazione delle prestazioni, la rete pediatrica interaziendale (RIPED) adotta il modello Hub and Spoke ponendo al centro del sistema l'A.O.R. "Ospedale S. Carlo" dove è prevista la realizzazione di un Centro di Assistenza Pediatrica di I e di II livello che si avvalga, attraverso l'istituto della sperimentazione gestionale, regolamentata da apposito atto di convenzione, di esperienze nazionali di alta specialità nell'assistenza pediatrica.

A tal fine, si individua nell'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma il riferimento per la sperimentazione gestionale di che trattasi in considerazione che lo stesso rappresenta il maggior centro di assistenza pediatrica in Italia per la numerosità dei casi trattati, per l'elevato livello delle prestazioni erogate e per i consolidati rapporti di collaborazione con strutture sanitarie nazionali ed internazionali, con Università ed Enti di Ricerca.

Nel Centro si svolgeranno attività di ricovero- in Ricovero Ordinario, Day-Hospital/ Day-Surgery- e di specialistica ambulatoriale e ad esso faranno riferimento, con modalità che verranno previste da appositi protocolli sottoscritti anche dai Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM, tutte le UU.OO. di Pediatria/Neonatologia attive nel P.O. "Madonna delle Grazie" di Matera e nei PP.OO. della regione sedi di P.S.A., oltre che i Pediatri di Libera Scelta convenzionati con il SSR, gli specialisti ambulatoriali e tutte le altre figure professionali interessate alla gestione del paziente pediatrico sia in ambiente ospedaliero che territoriale.

RETE REGIONALE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE PER LA CURA E LA QUALITÀ DELLA VITA DI TUTTI I BAMBINI CON PATOLOGIA INGUARIBILE: “PROGETTO BAMBINO “ IN BASILICATA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le *Cure Palliative Pediatriche* (CPP) come “l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino affetto da malattia inguaribile e comprende il supporto attivo alla famiglia”.

Le cure palliative pediatriche non devono essere assicurate soltanto ai soggetti nella fase terminale della vita, ma devono iniziare già dal momento della diagnosi della malattia e riguardare anche patologie gravi il cui esito non sia fatale; **esse** si sviluppano secondo livelli diversi di competenza e di esperienza specifica. Le cure della terminalità prendono in carico pazienti nelle ultime settimane di vita e possono essere svolte sia in ambito residenziale (ospedale o hospice) che domiciliare; esse rappresentano solo una parte delle cure palliative. Le cure palliative pediatriche hanno come finalità d'intervento, il “massimo di salute” e di “qualità della vita” possibili pur nella malattia; Il domicilio rappresenta il luogo ideale dove gestire la malattia, nella stragrande maggioranza dei casi, ed il reinserimento sociale è uno degli obiettivi prioritari. Tuttavia, esiste una struttura residenziale intermedia che può far parte della rete assistenziale presente intorno al bambino malato: l'hospice pediatrico. Questa struttura si propone come un servizio in alternativa all'ospedale e, in alcune situazioni, alla propria abitazione e rappresenta il centro di riferimento specialistico, dove una équipe multidisciplinare di CPP specialistiche offre supervisione, formazione e presa in carico integrata con i servizi territoriali (Distretti, Comuni, Scuola) ed ospedalieri, dei bambini con malattia inguaribile (oncologici e non) bisognosi di cure palliative.

Il bambino malato inguaribile, e la sua famiglia, devono poter contare su una rete assistenziale di CPP. Il modello di rete è su base regionale ed è organizzato a seconda dei bisogni specifici dei bambini presi in carico e assistiti.

Finalità'

Presa in carico globale del bambino e della famiglia, nell'ottica della qualità della vita, con la possibilità di fornire risposte assistenziali in continuità di presa in carico e la offerta di un riferimento stabile nell'ambito di un “progetto di salute” realizzato sia a livello residenziale che domiciliare.

Destinatari

Le fonti nazionali e internazionali evidenziano una prevalenza di malattia inguaribile pediatrica eleggibile a cure palliative pari a 10 su 10.000 minori di età compresa tra 0-17 anni, si può quindi stimare che nella regione Basilicata, dove vi sono circa 105.000 bambini residenti < 18 anni (dati ISTAT), la numerosità di pazienti che necessitano di cure palliative pediatriche sia di almeno 100 unità.

Modello organizzativo

La bassa numerosità di pazienti affetti da patologia terminale, l'ampia distribuzione territoriale, l'alta complessità assistenziale, rendono necessaria la strutturazione di una rete di ampie dimensioni, ad estensione regionale, coordinata da un unico centro di riferimento regionale. La rete di accompagnamento e presa in carico dei minori e delle famiglie deve essere strutturata a partire dalla analisi delle risorse esistenti nella Regione e dalla loro razionale utilizzazione.

Azioni

Realizzazione di un centro di riferimento regionale di cure palliative pediatriche ad alta specializzazione che organizza, coordina e supporta la rete regionale di CPP e gestisce la struttura residenziale (hospice pediatrico).

Fasi attuative:

1. Attivazione del team multidisciplinare di riferimento: costituito da pediatri, infermieri, assistenti sociali, fisioterapista, psicologo, il team si avvale del supporto di specialisti di branca e deve assicurare continuità di presa in carico.
2. Realizzazione della rete costituita da: team specialistico multidisciplinare, rete degli ospedali, servizio di Cure domiciliari, pediatria del territorio, (pediatri di famiglia, pediatri ambulatoriali, pediatri di comunità), medici di medicina generale, personale dei distretti sanitari di base, rete del 118, rete delle cure palliative dell'adulto, rete sociale (comuni, scuole etc.) associazioni di volontariato. La funzione della rete è la realizzazione della presa in carico continuativa dei bambini affetti da malattia inguaribile e delle famiglie. La rete viene costruita sul singolo caso, attivando, in maniera specifica, le competenze e le professionalità necessarie.
3. Realizzazione dell'hospice pediatrico (HP). L'HP è un luogo ad alta specializzazione per la gestione dei problemi sanitari del bambino, dei suoi sintomi (dolore, respirazione, sintomi neurologici, alimentazione, attività motoria, etc...) ed il monitoraggio di alcune patologie particolari, capace di offrire un servizio di valutazione clinica periodica in un clima di maggior benessere rispetto ad una ordinaria stanza di degenza ospedaliera, cui va aggiunta una professionalità clinico-assistenziale specifica. Sarà organizzato per garantire il benessere fisico, psicologico e relazionale del bambino e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la tutela della privacy e la facile accessibilità; rappresenterà, inoltre, un centro di formazione non solo per gli operatori sanitari e non, ma anche per l'abilitazione genitoriale all'assistenza di un bambino "speciale". La struttura sarà pertanto dotata di tutti i presidi logistici necessari a questa attività formativa. Devono essere rispettati i seguenti requisiti: alto livello assistenziale, rispetto della privacy, apertura all'esterno, funzioni di sollievo per la famiglia. I criteri di ammissione in hospice per minori sono rappresentati da condizioni che, per situazione clinica, familiare, logistica, organizzativa non rendono possibile la gestione domiciliare:
 - situazione clinica di terminalità in pazienti da 0 a 18 anni di età
 - sintomi non controllabili (almeno temporaneamente) in modo adeguato a domicilio
 - problematiche emozionali e/o sociali, tali da rendere temporaneamente, non possibile o non opportuna l'assistenza domiciliare
 - problematiche di adattamento/controllo/adequamento/supervisione di presidi-strumentazioni necessari per il controllo dei sintomi, non eseguibili in modo adeguato a domicilio
 - ricoveri di sollievo.

Dovranno essere previste le attrezzature atte a garantire gli interventi previsti:

sostegno funzioni vitali, uso di tecnologie anche complesse a supporto delle funzioni fisiologiche, alimentazione enterale continua e terapia enterale, monitoraggio cardiaco e respiratorio, determinazione saturazione di O₂, etc, equilibrio acido-base, gestione di cateteri, stomie e sonde, profilassi e terapia delle lesioni cutanee. attività di mobilitazione attiva e passiva e di sostegno allo sviluppo delle funzioni motorie, sensoriali e cognitive. garantire la frequenza scolastica, anche

attraverso la formazione a distanza, attività ludico – ricreative adeguate alla età, alle condizioni di salute ed alle diverse possibilità di interazione

4. Formazione ed informazione

La formazione e la informazione rappresentano un momento fondamentale del progetto e sono propedeutiche ad ogni altra attività. Dovrà prevedere:

campagne informative, formazione specifica dei componenti della equipe specialistica, formazione sul caso dell'equipe territoriale, tutoraggio degli operatori, attività formativa di base.

L'attuazione del progetto costituirà una modalità assolutamente innovativa di erogare assistenza: sarà finalmente riconosciuta al bambino malato la dignità di persona e la possibilità di essere protagonista (insieme alla famiglia) della scelta di tempi, modi e luoghi dove affrontare il percorso di malattia e di cura, garantendogli al contempo la migliore qualità della vita.

LA RETE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

La Rete Regionale per la Gestione Integrata Ospedale-Territorio dello Scompenso Cardiaco è stata istituita con la DGR 418/2007 che ha approvato il Protocollo Attuativo Scompenso Cardiaco.

La Rete, con le sue U.O. dedicate, attua la presa in carico e la gestione del percorso assistenziale del paziente con S.C., in maniera integrata, secondo il modello "Hub and Spoke", fra strutture assistenziali ospedaliere e strutture assistenziali del Territorio.

Tale presa in carico, si attua fin dal momento dell'accesso del paziente nell'ambulatorio del MMG, nelle altre strutture assistenziali del Territorio o nelle strutture di accettazione ospedaliere (ambulatori, P.S., ecc.), fino alla fase eventuale di ricovero presso le U.O. ospedaliere di riferimento per la diagnosi, il trattamento della malattia, delle sue riacutizzazioni e fino al periodo di riabilitazione funzionale intraospedaliera ed estensiva domiciliare ad opera dei Servizi Distrettuali (anche sotto forma di ospedalizzazione domiciliare o Assistenza Domiciliare integrata).

Obiettivi prioritari della Rete Regionale per la Gestione Integrata Ospedale-Territorio dello Scompenso Cardiaco, sono i seguenti:

- Miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco;
- L'educazione dei pazienti (compreso l'adesione e l'autogestione della terapia);
- L'individuazione precoce dei casi a rischio di in stabilizzazione;
- Il follow-up personalizzato alla situazione clinica;
- Il controllo della progressione della malattia e riduzione delle ospedalizzazioni e re-ospedalizzazioni.

Il sistema regionale persegue le seguenti finalità ed obiettivi:

- Realizzare una rete, istituendo, se già non presenti, una o più strutture assistenziali (una per ogni ambito Distrettuale) in ciascuna Azienda Sanitaria Regionale, in ambito Ospedaliero, di cui una svolga il ruolo di centro di riferimento per la diagnosi e la cura dello S.C.
- Consolidare, presso l'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza e presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, le U.O.S. Dipartimentali Scompenso Cardiaco già presenti, perché svolgano in maniera efficace il ruolo di Centri di Riferimento Regionali per la diagnosi ed il trattamento dello S.C. loro attribuito dalla DGR 418/2007;
- Istituire presso l'Azienda Ospedaliera S. Carlo di PZ, un Centro di riferimento regionale per il trattamento cardiocirurgico dello S. C. refrattario alla terapia medica;
- Formare il personale sanitario medico ed infermieristico del Territorio alla gestione integrata dello S.C. (soprattutto dello scompenso cardiaco avanzato refrattario al trattamento medico e senza indicazione o con controindicazione alla lungodegenza ospedaliera).
- Attivare in ogni Azienda Sanitaria un Gruppo tecnico di coordinamento delle attività che comprenda tutti gli attori del percorso diagnostico terapeutico dello S.C. che programmi, controlli lo svolgimento e verifichi le attività previste dal presente Piano Regionale integrato della Salute e dei Servizi alla Persona ed alla Comunità e dal Protocollo attuativo Scompenso Cardiaco.

La Rete Regionale per la Gestione Integrata Ospedale-Territorio dello Scompenso Cardiaco è composta dalle seguenti strutture di intervento:

- Ambulatori dedicati attivati in ogni ambito distrettuale, in ambiente ospedaliero, attivi con personale dedicato proveniente di norma dalla cardiologia, medicina interna e geriatria, almeno per tre giorni a settimana, con il compito di garantire:
 - Le prime visite su richiesta dei MMG, dei medici del Territorio o delle strutture di accettazione Ospedaliere, con la definizione della diagnosi e l'impostazione della terapia.

- Il paziente deve ritornare al Medico inviante con una relazione clinica che dettagli le indagini eseguite, la diagnosi, il trattamento farmacologico e non farmacologico e con un controllo di follow-up personalizzato, previa presa in carico da parte della struttura dedicata, nei casi accertati di S.C., fissato in ragione unicamente della situazione clinica;
- la presa in carico del paziente, durante l'intero percorso diagnostico terapeutico intraospedaliero, con l'attivazione di protocolli condivisi con tutte le U.O. operative deputate all'assistenza dei pazienti affetti da S.C., con programmazione di controllo di follow-up alla dimissione, condiviso con il suo MMG;
 - Le attività di coordinamento degli interventi per il proprio ambito Territoriale in stretta collaborazione con il MMG e le strutture sanitarie distrettuali e delle Cure Domiciliari con cui stabilire dei PDT Ospedale-Territorio che privilegino la continuità assistenziale;
 - Eseguire attività di Day Service Scopenso, secondo definiti protocolli, al fine di ridurre ulteriormente i ricoveri ordinari a basso rischio ed i ricoveri in Day Hospital;
- Unità Operative semplici Dipartimentali, dotate di personale dedicato, presso l'Ospedale di Potenza e di Matera (per la presenza in queste strutture di laboratori di elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca, di cardiologia nucleare e di emodinamica) con compiti di Centri di riferimento Regionale e Coordinamento delle Attività nel Territorio della ASM e della ASP che dovranno garantire, oltre alle prestazioni proprie di un ambulatorio dedicato:
- Presa in carico, su richiesta dei centri di riferimento distrettuali limitrofi, di pazienti che in ragione della complessità della situazione clinica, di indagini diagnostiche e interventi terapeutici di particolare complessità, non eseguibili nei centri di provenienza
 - Nei casi di scompenso cardiaco avanzato con indicazione cardiocirurgia o con indicazione al trapianto cardiaco, dovranno garantire tutte le procedure diagnostiche preliminari in collaborazione con il Centro di Riferimento cardiocirurgico dell'Ospedale S. Carlo e/o il CRT.
 - La sperimentazione e l'attivazione di sistemi di telemedicina (fascicolo Sanitario Elettronico del Cittadino, teleconsulto, tele monitoraggio, trasmissione a distanza di esami di laboratorio, ECG, ECG dinamico secondo Holter, ecc) al fine di ottimizzare la gestione integrata ospedale Territorio della patologia e limitare il più possibile lo spostamento del paziente dal suo domicilio, limitando gli accessi in ospedale;
 - Il monitoraggio della patologia dal punto di vista epidemiologico, per orientare i successivi interventi.
- Centro di Riferimento Regionale per la Cardiocirurgia dello S.C., presso l'Ospedale S. Carlo, al quale le strutture sanitarie della Rete dovranno avviare, per le opportune indagini specialistiche e gli interventi terapeutici necessari, i pazienti affetti da scompenso cardiaco con indicazione all'intervento cardiocirurgico.

Gli obiettivi della Rete nel triennio:

- Presa in carico del 100% dei pazienti affetti da S.C.
- Definizione di PDT intraospedalieri e integrati ospedale-territorio condivisi fra tutte le strutture deputate alla diagnosi ed al trattamento dello S.C.
- Attivare in tutti i nodi della Rete il Day Service Scopenso Cardiaco
- Attivare gli strumenti telematici di integrazione ospedale-territorio con particolare riguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico del Cittadino
- Attuare la deospedalizzazione dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico e la prevenzione delle ripetute in stabilizzazioni.

LA RETE NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

La nutrizione artificiale è una procedura terapeutica mediante la quale è possibile soddisfare i fabbisogni nutrizionali di pazienti non in grado di alimentarsi sufficientemente per via naturale. Si attua in pazienti che per qualsiasi patologia di tipo medico o chirurgico sia impossibile, insufficiente o controindicata l'alimentazione per via naturale al punto di mettere a rischio la sopravvivenza del paziente. Può essere somministrata per via enterale: i nutrienti vengono somministrati nel tratto gastroenterico mediante dispositivi di accesso (SNG-PEG-PEJ) o direttamente in circolo tramite il posizionamento di accessi venosi periferici o centrali (CVC estemporanei o permanenti). Le indicazioni all'una o all'altra forma sono indicate dalle linee Guida ADI-SINPE e ministeriali. Può essere somministrata al paziente ricoverato in ospedale e al paziente dimesso che torna al proprio domicilio. Quest'ultima condizione configura la nutrizione artificiale domiciliare (NAD) cioè l'insieme di procedure terapeutiche ed organizzative praticate a domicilio del paziente. La NAD può essere somministrata per breve termine, medio termine, lungo termine a secondo delle condizioni cliniche e delle patologie per cui viene attivata (Linee Guida ADI-SINPE-Ministeriali). La NAD deve essere accettata esplicitamente con consenso informato dal paziente. La NAD, come tutte le procedure terapeutiche complesse, può presentare complicanze sia legate alla somministrazione dei nutrienti (Linee guida ADI-SINPE-Ministeriali) che agli accessi ed ai dispositivi usati per la somministrazione (linee guida ADI-SINPE-Ministeriali). La NAD si attua quindi quando le condizioni cliniche e le condizioni socio-familiari sono tali da assicurare efficacia e sicurezza del trattamento al di fuori dell'ambiente ospedaliero.

Necessita di integrazione di un Team interdisciplinare con suddivisione di compiti e responsabilità al fine di garantire l'efficacia e la sicurezza del trattamento. Quando si attiva bisogna valutare le condizioni socio economiche e psico emotive del paziente, la realtà abitativa ed idoneità del domicilio al trattamento; l'esistenza di un valido caregiver e supporto familiare.

La complessità assistenziale della NAD e dei pazienti a cui questa viene praticata necessita della costruzione di una rete che attui un percorso organizzativo gestionale basato su un modello integrato ospedale territorio organizzato su più livelli e che utilizzi risorse disponibili presenti in ospedale e nel territorio (U.O. Ospedaliere, U.O. Territoriali Distrettuali, Assistenza Domiciliare Integrata, MMG, PLS).

I livello

E' rappresentato dal domicilio del paziente. Responsabile dell'assistenza a domicilio è il MMG che monitorizza l'andamento della terapia e controlla che vengano eseguite tutte le procedure del piano terapeutico stabilito dalla Unità NAD prescrittrice. Controlla l'andamento clinico del paziente e l'eventuale insorgenza di complicanze. Hanno accesso al domicilio del paziente infermieri e medici dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata) qualora l'Ospedale abbia praticato una dimissione in ADI. In caso di intervento, ADI deve essere tenuta a domicilio del paziente una cartella ADI. Qualora il paziente non sia in ADI hanno accesso periodico con frequenza stabilita dal piano terapeutico infermieri, medici e dietisti della Unità NAD distrettuale al fine di gestione e controllo dispositivi ed accessi nutrizione artificiale e corretta esecuzione delle procedure indicate nel piano terapeutico. In condizioni di particolare necessità può essere inoltrata richiesta per accesso al domicilio del medico della Unità NAD ospedaliera.

Qualora il domicilio non sia idoneo alla NAD il paziente potrà essere inviato ad una RSA, in cui l'assistenza sarà simile a quella erogata al domicilio del paziente.

II Livello

Unità NAD distrettuale

Opera in concomitanza con il domicilio e con l'U.O. NAD ospedaliera. L'Unità NAD distrettuale è costituita da medici- infermieri – dietisti. Deve essere in grado di effettuare il monitoraggio del piano terapeutico mediante i seguenti tipi di intervento:

- Verifica dell'idoneità del domicilio del paziente deputato alla NAD
- Assistenza del paziente con NAD con accessi quotidiani nella prima settimana di trattamento (infermiere)
- Assistenza periodica con accessi definiti nel piano di trattamento nel periodo successivo alla prima settimana (medico-infermiere-dietista)
- Monitorizzazione dello stato nutrizionale del paziente (dietista)
- Medicazione e controllo degli accessi per la nutrizione entrale o parenterale, eventuale sostituzione semplice di SNG o sonde gastrostomiche (Infermiere ed in caso di sostituzione il medico)
- Controllo dei dispositivi e dei presidi necessari per la somministrazione della NAD (Infermiere- dietista –medico)
- Contatti con Unità Operativa NAD Ospedaliera

III Livello

Unità NAD Ospedaliera

L'Unità NAD Ospedaliera presso Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, CROB di Rionero (dove è presente, è identificata con l'Unità operativa di Nutrizione clinica e dietetica -Linee guida SINPE-ADI- Ministeriali). Ha funzione di riferimento Aziendale per la NAD. Costituita da medici specialisti in scienze dell'alimentazione o comunque da medici con provata esperienza in nutrizione artificiale e da infermieri e dietisti con esperienza in nutrizione artificiale. Compiti dell'U.O. Ospedaliera:

- Accoglie le richieste di consulenza nutrizionale per inizio nutrizione artificiale proveniente dai vari reparti ospedalieri (desk- accoglienza Infermiere)
- Valuta il paziente e lo stato nutrizionale del paziente (medico-dietista)
- Prescrive il tipo di nutrizione, la via di accesso , la formula nutrizionale ,sacche parenterali o miscele enterali ed esegue stesura piano di trattamento ospedaliero e domiciliare (Medico)
- Verifica l'accettazione del consenso informato del paziente (Medico-dietista)
- Monitorizza lo stato nutrizionale e la condizione clinica del paziente ricoverato sottoposto a nutrizione artificiale (Medico-Dietista- Infermiere)
- Comunica con Unità NAD distrettuale per verifica idoneità del domicilio del paziente deputato alla NAD(medico-dietista infermiere)
- Esegue corso di addestramento pre-dimissione per gestione domiciliare della NAD al paziente al care giver ed ai familiari (medico-dietista-infermiere)
- Attiva la procedura per la fornitura del materiale necessario a domicilio per la nutrizione artificiale mediante comunicazione alla farmacia Ospedaliera o distrettuale di competenza
- Coordina il team di tutte le figure impegnate nella esecuzione della nutrizione

artificiale. (Anestesista per posizionamento CVC- Endoscopista per posizionamento PEG- Chirurgo per eventuale posizionamento chirurgico accessi per nutrizione- Farmacista per fornitura materiale in ospedale ed a domicilio, infermiere per la gestione degli accessi)(Linee guida ADI-SINPE-Ministeriali)

- Dispone di posti letto in DH per il trattamento delle complicanze legate alla nutrizione artificiale trattabili in DH
 - Dispone di posti letto all'interno del dipartimento medico per complicanze legate alla nutrizione artificiale che necessitano di ricovero ordinario
 - Collabora e comunica con l'U.O. NAD distrettuale per la gestione del paziente domiciliare
- In casi eccezionali e su richiesta delle U.O. NAD distrettuali o dell'Assistenza domiciliare integrata è previsto l'accesso del medico di tale U.O. al domicilio del paziente.
 - Dispone di reperibilità telefonica quotidiana durante le ore diurne 8-20

Eventuale reperibilità telefonica anche notturna e festiva in rete con le altre U.O. mediche e chirurgiche. Qualora la dotazione organica o l'organizzazione ospedaliera non consenta l'attuazione di quest'ultimo requisito il paziente in NAD con complicanze legate al trattamento nutrizionale od alla malattia di base si rivolgerà al Pronto Soccorso dell'Ospedale per eventuale ricovero in urgenza..

Gruppo di lavoro Coordinamento Regionale

Il Gruppo di lavoro Coordinamento Regionale è composto da un rappresentante della Regione, un rappresentante Regionale della SINPE (società italiana di nutrizione enterale e parenterale) ed uno dell'ADI (Associazione Italiana di Nutrizione clinica e dietetica), un medico per ogni unità operativa NAD Ospedaliera e distrettuale, un medico ed un coordinatore dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata), un farmacista. In ogni caso tutti i componenti del gruppo di lavoro regionale debbono possedere una competenza in NAD per curriculum formativo e professionale.

Il gruppo Regionale ha i seguenti compiti

- Collabora con tutte le figure coinvolte nella attuazione della nutrizione artificiale domiciliare ed alla diffusione della conoscenza della rete assistenziale NAD al fine di migliorare la qualità dell'assistenza domiciliare, evitare ospedalizzazioni improprie e permettere rapide deospedalizzazioni
- Collabora alla definizione dei requisiti minimi necessarie per le unità operative NAD
- Definisce eventuali modalità tariffarie relative alla NAD
- Collabora con i centri NAD e raccoglie dati a fini statistici per la redazione di un Registro Regionale NAD e ne stabilisce le modalità di raccolta
- Programma aggiornamento per tutti gli operatori sanitari sulla NAD e del personale coinvolto nella NAD al fine di garantire le qualità delle prestazioni
- Controlla appropriatezza ed efficacia della prestazioni erogate dai centri NAD.

Obiettivi della rete nel triennio

- Obiettivi per il Gruppo di lavoro Regionale: emissione di delibere linee guida Regionali per la nutrizione artificiale domiciliare partendo dalle indicazioni presenti nel PSSR e nelle linee guida ministeriali entro 3 mesi dall'approvazione del PSSR
- Obiettivi per i direttori generali: ricognizione di modalità erogazione NAD nel territorio delle 3 Aziende ed eventuali U.O. NAD esistenti entro 3 mesi dall'Approvazione del PSSR; formalizzazione delle U.O. NAD entro 6 mesi dall'approvazione del PSSR; attuazione della rete entro 1 anno dall'approvazione del PSSR

RETE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DELLA NEFROLOGIA E DIALISI

Diverse patologie, di organo e di organismo, possono portare alla Malattia Renale Cronica (MRC) che rappresenta uno stato di malattia di grande impatto sulla sanità pubblica per almeno tre motivi:

- il numero dei pazienti con MRC è in costante ascesa per l'aumento dell'età della popolazione e, quindi, delle patologie ad essa correlate quali l'ipertensione, il diabete mellito, l'angiosclerosi
- la morbilità e la mortalità nella MRC per cause cardiovascolari è elevata
- la quasi totalità dei pazienti con MRC giunge, in tempi variabili, alla necessità del trattamento dialitico, terapia ad alto costo sia sociale (il paziente dializzato è costretto a ridurre o interrompere la propria attività lavorativa), sia economico.

Il numero dei pazienti in trattamento dialitico è ben quantificabile ed anche in Basilicata si attesta sui valori medi nazionali.

Il numero dei nuovi ingressi in emodialisi ogni anno è quantificabile in circa 180 per milione di persone, in linea con la media nazionale.

Al contrario, la popolazione di pazienti con MRC in fase non dialitica non è ancora quantificabile: negli USA, dove sono disponibili dati, è stimato che rappresenti il 5% della popolazione adulta.

Di qui l'importanza di una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie renali che permetterebbe una migliore programmazione delle risorse umane ed economiche da utilizzare per la possibile prevenzione e per la terapia degli stadi avanzati della MRC. E non è cosa di poco conto se solo si considera che la spesa per curare la popolazione di pazienti in dialisi cronica (0.08% della popolazione generale) è 25- 30 volte la spesa sanitaria pro capite.

Tutto questo rafforza il concetto che la Malattia Renale Cronica è un problema di salute pubblica di prima grandezza e che la competenza dello specialista Nefrologo non è vicariabile da non -specialisti.

Se è vero che l'identificazione dei pazienti con Malattia Renale nelle fasi iniziali è essenziale per implementare subito una terapia farmacologica la cui efficacia nel rallentamento della progressione del danno cardiovascolare e renale è stata ampiamente riconosciuta ed è suggerita dalle principali linee guida nazionali ed internazionali sul trattamento del Nefropatico, è altrettanto vero che il "riferimento tardivo" allo specialista Nefrologo peggiora sensibilmente la progressione della malattia renale cronica e, soprattutto, l'incidenza delle complicanze ad essa correlata.

Risulta, pertanto, di strategica importanza la figura del Medico di Medicina Generale, da un lato, e la figura dello Specialista Nefrologo, dall'altro, che devono cooperare in sinergia, inseriti in una rete integrata ospedale-territorio della Nefrologia e Dialisi che offra la possibilità di una presa in carico globale, socio-sanitaria, del paziente nefropatico quanto più precocemente possibile con l'obiettivo di :

- identificare fattori responsabili di un possibile deterioramento della funzione renale;
- ritardare la progressione del danno renale una volta instaurato;
- ridurre le complicanze della malattia renale cronica;
- sviluppare un percorso di assistenza pluridisciplinare nella fase predialitica, con particolare attenzione ai risvolti psicologici che tale condizione comporta;
- realizzare una omogeneizzazione dei criteri strutturali e di accreditamento dei centri dialisi, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale;

La realizzazione della rete Regionale della Nefrologia e Dialisi deve prevedere, quindi, come elementi di base:

- Programma di integrazione Ospedale-Territorio
- Programma di formazione medica continua per Nefrologi e MMG
- Adeguato numero di Specialisti Nefrologi

- Omogeneizzazione di protocolli clinici per l'individuazione delle nefropatie ed il loro follow-up
- Omogeneizzazione dei criteri strutturali e di accreditamento dei Centri Dialisi pubblici e privati

Un modello organizzativo efficace per la gestione della rete integrata della Nefrologia e Dialisi è quello "hub and spoke" dove gli "spoke" (primo livello) sono rappresentati dall'attivazione di ambulatori nefrologici territoriali in ambito Distrettuale che operano in stretto rapporto con i MMG da un lato e gli "hub" dall'altro.

A questo primo livello della rete nefrologica di strategica importanza, competono le azioni di individuazione e diagnosi precoce delle malattie renali, di monitoraggio delle fasce a rischio della popolazione (diabetici, ipertesi, cardiopatici), di follow-up ambulatoriale delle malattie renali in fase di stabilizzazione, di monitoraggio di problematiche cliniche insorte nel periodo interdialitico dei pazienti dializzati. L'interfaccia con i MMG a mezzo di periodici incontri, la stesura di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi, la elaborazione di analisi epidemiologiche utili alla prevenzione primaria, risulta di fondamentale importanza.

Individuata la patologia renale, il nefrologo territoriale si interfaccia con il terzo livello (hub) della rete nefrologica per la definizione diagnostica e la stadiazione della patologia renale anche a mezzo di indagini invasive (biopsia renale), per poi riprendere in carico il paziente una volta dimesso.

Il secondo livello (rete interaziendale dei servizi dialisi ubicati nei presidi di Venosa, Rionero, Muro Lucano, Villa d'Agri, Lauria, Chiaromonte, Maratea, Tinchi) assicura, con adeguati ed omogenei criteri strutturali e di dotazione organica, le prestazioni dialitiche ed il trattamento, anche in regime di ricovero diurno, delle complicanze mediche e chirurgiche del paziente in trattamento dializzato avendo come punto di riferimento, (hub), in ambito provinciale, la U.O.C. Nefrologia e Dialisi dell'A.O.R. "Ospedale S. Carlo" di Potenza e la U.O.C. Nefrologia e Dialisi del P.O. Madonna delle Grazie di Matera.

Il terzo livello, gli "hub":

- assicurano la degenza nefrologica in regime di ricovero ordinario, day hospital e day-service garantendo un approccio multidisciplinare alla patologia renale acuta, cronica, e cronica in fase di scompenso;
- attivano percorsi di informazione-comunicazione nella fase di patologia renale predialisi nei confronti dei pazienti e dei loro familiari;
- provvedono all'allestimento di accessi vascolari, con vasi nativi o con ausili protesici tunnellizzati, propedeutici al trattamento dialitico;
- selezionano i pazienti da proporre al Centro di Riferimento Regionale Trapianti per l'inserimento nella lista di attesa per il trapianto di rene;
- promuovono e coordinano con il primo e secondo livello della rete nefrologica la formazione e l'aggiornamento continuo per i Nefrologi e i MMG;
- rappresentano un punto di riferimento ospedaliero per l'esecuzione di tecniche che comportano una circolazione extracorporea con indicazioni anche extra-nefrologiche;
- favoriscono e provvedono alla formazione per la gestione della dialisi domiciliare.

Una volta a regime, la rete integrata della Nefrologia e Dialisi, raggiunto l'obiettivo di maggiore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie renali sul territorio regionale tale da consentire una migliore programmazione delle risorse umane ed economiche da mettere in campo, di standardizzazione dei criteri per la prevenzione e per il rallentamento della progressione della MCR, perseguirà l'obiettivo di allargare le proprie maglie, attraverso l'attività di dialisi domiciliare, per portare il trattamento sostitutivo della insufficienza renale cronica allo stadio sempre più prossimo alla sede di residenza del paziente dializzato.

RETE REGIONALE DELLE DEMENZE

L'elevato numero di persone affette da demenza e la previsione di un progressivo aumento dell'incidenza di tale patologia nei prossimi anni, a causa del progressivo fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, hanno determinato l'esigenza di definire le caratteristiche di una rete dei servizi finalizzata prioritariamente al soddisfacimento dei bisogni di tali pazienti e dei loro familiari.

Le demenze rappresentano un caso emblematico degli effetti dell'aumento delle malattie cronico-degenerative legate all'età e richiedono una revisione complessiva dell'assetto stesso del sistema delle cure ed una ridefinizione degli obiettivi e degli strumenti per valutare gli interventi, nel momento in cui la guarigione non rappresenta un esito possibile. Lo sviluppo demografico della comunità regionale richiede un ripensamento non solo degli indirizzi e degli interventi socio-sanitari, ma anche un adeguamento delle politiche del territorio.

La ricerca medica e scientifica ha raggiunto importanti risultati nel corso degli ultimi decenni, anche se ancora lungo rimane il percorso da compiere sia per quanto riguarda la definizione dell'eziologia delle forme primarie di demenza che per la messa a punto di efficaci terapie. Attualmente inguaribili (ad eccezione delle forme reversibili), le demenze sono curabili, nel senso che molto è possibile fare per "prenderci cura" del soggetto demente nel suo percorso di progressione della malattia.

E' perciò possibile attivare interventi diversi, non esclusivamente sanitari, che se posti in essere nei tempi e modi adeguati, ritardano la progressione della malattia migliorando la gestione e la qualità della vita dell'anziano e dei familiari.

La deliberazione della giunta regionale 28 luglio 2011, n. 1113. approvando approvato il progetto di "Riorganizzazione della Rete regionale delle demenze ha inteso predisporre per la costituzione di una rete regionale di servizi integrati per offrire opportunità ai soggetti nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali) e promuovere interventi sia sanitari sia sociali per assicurare il più alto livello di benessere possibile.

OBIETTIVI DELLA RETE

a) Garantire una diagnosi adeguata e tempestiva di demenza. L'attuale situazione è caratterizzata dalla difficoltà nell'ottenere una diagnosi. Il tempo che trascorre tra la fase di insorgenza dei primi sintomi e la diagnosi è mediamente superiore ai 2,5 anni. Uno dei problemi prioritari è il riconoscimento delle differenze tra sindromi demenziali, forme di declino cognitivo fisiologico legato all'età e sindromi depressive. La diagnosi di demenza è il risultato di uno scrupoloso ed approfondito processo valutativo che porta alla esclusione delle altre possibili cause di decadimento cognitivo. Una diagnosi accurata e tempestiva è importante:

- per riconoscere ed intervenire nelle forme potenzialmente reversibili (ed arrestabili), stimate tra il 5 ed il 20% dei casi;
- per intervenire sullo sviluppo della malattie nelle forme irreversibili, rallentandone la progressione e migliorando la qualità della vita del paziente e dei familiari;
- per la corretta impostazione di un piano globale di assistenza e delle terapie farmacologiche e dei trattamenti riabilitativi idonei;
- per fornire al paziente ed ai familiari informazioni più precise circa il decorso della malattia, gli atteggiamenti e le modalità di relazione più appropriate, i servizi e le risorse disponibili.

✓

✓ Una diagnosi corretta è sempre indispensabile e deve essere ottenuta, a qualsiasi livello di malattia, ottemperando ai criteri diagnostici internazionali. Il livello di approfondimento valutativo (neuropsicologico, funzionale, strumentale) è comunque in relazione alla gravità della malattia ed agli

specifici obiettivi. Nelle fasi iniziali-intermedie della malattia prevalgono le esigenze di una diagnosi differenziale e di un preciso inquadramento anche eziologico, sia al fine della impostazione di una corretta terapia, che per la formulazione di una prognosi e la pianificazione degli interventi. Nelle fasi avanzate, prevalgono le esigenze di una approfondita valutazione della comorbidità, delle possibilità di recupero o contenimento dei deficit funzionali.

- b)** Migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani dementi e dei loro familiari.
- c)** Favorire il mantenimento a domicilio degli anziani colpiti da sindromi demenziali.
- d)** Adeguare, espandere e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella "presa in carico" e "cura" di soggetti dementi. E' necessario che l'intera rete in ogni suo punto sia messa in condizione di sviluppare in modo diffuso le "competenze" per prendersi cura adeguatamente dei soggetti dementi. Il progetto regionale deve mettere a disposizione strumenti ed opportunità per la diffusione generalizzata di un processo di qualificazione dell'assistenza nei diversi servizi. La costruzione di un chiaro e condiviso percorso assistenziale (dal sospetto diagnostico alla diagnosi, dalla definizione alla gestione del piano di assistenza e al follow-up necessario) è la preconditione per garantire "la continuità assistenziale", che, nel caso delle demenze, assume connotati particolari in relazione al periodo prolungato del ciclo della malattia. Il "progetto demenze" deve fornire indicazioni per la definizione di percorsi assistenziali per le ASL, le Aziende Ospedaliere, i Medici di Medicina Generale, i Servizi Assistenza Anziani, i Comuni ecc. per giungere alla condivisione di chiari percorsi e responsabilità da indicare agli anziani affetti da demenza e ai loro familiari ed agli operatori dei servizi.
- e)** Modificare la relazione tra servizi/anziani/famiglie, rendendo la rete dei servizi istituzionali capace di sostenere le famiglie e le reti di aiuto informali, valorizzando l'apporto delle associazioni. Il lungo percorso che contraddistingue la progressione della malattia richiede interventi differenti nei diversi stadi della stessa. Occorre modificare il tradizionale approccio "rete dei servizi/paziente/familiari" per realizzare un modello di "presa in carico territoriale", centrata sulla:
 - collaborazione/integrazione tra servizi, famiglia, associazioni e risorse informali del territorio,
 - competenza dei team interprofessionali,
 - continuità assistenziale e monitoraggio dell'evolversi della malattia (follow-up),
 - attenzione anche ai bisogni dei familiari che prestano assistenza e cura.
- f)** Qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali nei reparti maggiormente interessati da ricoveri di soggetti affetti da sindromi demenziali. Per qualificare l'assistenza ospedaliera per i soggetti dementi due sono gli obiettivi da perseguire:
 - evitare il ricorso ai ricoveri impropri nei soggetti dementi,
 - garantire un adeguato livello di cure al soggetto demente che necessita di ricovero ospedaliero, evitando il rifiuto "a priori" e le complicità legate a processi assistenziali non appropriati.

MODELLO DELLA RETE REGIONALE

Il progetto individua nei seguenti settori le linee di intervento per affrontare la complessità di tale patologia:

1. Il percorso assistenziale che nella persone affetta da demenza deve caratterizzarsi per la complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione alla gravità, alla evoluzione della malattia, alla progressiva perdita di funzioni e di autonomia, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale. Per queste ragioni è indispensabile individuare con chiarezza le diverse criticità e gli interventi da mettere in campo in relazione ad esse.
2. La continuità assistenziale che si basa sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale.
3. La centralità e l'unitarietà della persona che rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale.

Si verrebbe a strutturare, in tal modo, una rete che garantisce, attraverso un continuo feed-back, l'attuazione per ciascun paziente del proprio specifico percorso assistenziale ed il suo continuo aggiornamento in relazione all'evolversi della malattia.

Per garantire la riorganizzazione della rete regionale delle demenze secondo il modello sopra indicato è necessario:

- Adeguare il numero dei Centri UVA attualmente presenti nella Regione Basilicata che vengono identificati come UVD (Unità di Valutazione Demenza) portandoli a 9 a regime.
- Attivare almeno le strutture residenziali (centri diurni, e nuclei Alzheimer) nonché le RSA dedicate
- Strutturare setting assistenziali progressivi e connessi secondo il modello HUB and Spoke
- Costruire una rete assistenziale sia in termini di struttura che in termini di collegamento operativo tra tutte le figure professionali impegnate nei diversi aspetti della malattia
- Realizzare o potenziare percorsi assistenziali domiciliari che consentano una presa in carico globale della persona affetta e dei suoi familiari.
- Formare ed addestrare le professionalità a vario titolo coinvolte.
- Implementare sistemi informativi-informatici coerenti con gli obiettivi precedentemente descritti
- Definire procedure per il monitoraggio del sistema, dell'appropriatezza, efficacia, efficienza e tempestività delle azioni intraprese e per l'implementazione di eventuali interventi correttivi.
- Definire un livello di coordinamento delle attività di competenza aziendale tramite un Comitato tecnico scientifico allocato presso l'assessorato regionale

PIANO SANGUE

Le attività di Medicina Trasfusionale sono parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, e non remunerata, del sangue e dei suoi componenti. Il 2° Piano Sangue Regionale 2002 - 2005 (DGR n. 441 del 14 maggio 2002) ha rappresentato una svolta significativa nell'organizzazione del Sistema Trasfusionale della Regione Basilicata. Si poneva principalmente i seguenti obiettivi:

1. autosufficienza
2. sviluppo della Medicina Trasfusionale
3. valorizzazione delle Associazioni e Federazioni di volontariato del sangue operanti in regione per il raggiungimento dell'autosufficienza.
4. costituzione di una efficace rete di sistema che sia in grado di integrare, con efficienza, efficacia ed economicità di gestione, le esigenze delle attività produttive (volte a garantire la costante disponibilità del sangue umano, dei suoi componenti e derivati) e le attività di servizio, legate ai bisogni della cura del paziente che necessita di terapia trasfusionale, nei diversi ambiti di erogazione dell'assistenza sanitaria (territoriale ed ospedaliera).

Obiettivi del Piano Sangue regionale 2012 - 2015:

1. autosufficienza regionale in emocomponenti ed emoderivati:
 - Promozione della donazione volontaria, periodica e non remunerata in accordo con le Associazioni e Federazioni di Volontariato di sangue
 - Raccolta del sangue e del plasma
 - Valorizzazione del ruolo del Volontariato
2. sicurezza e garanzia di qualità nella catena trasfusionale:
 - Monitoraggio dell'appropriatezza della trasfusione di sangue, dei suoi componenti e derivati
 - Sorveglianza degli effetti indesiderati
3. qualità, efficienza ed economicità dei servizi trasfusionali:
 - Accredimento del sistema e le politiche per la qualità
 - Le attività per la qualificazione biologica del sangue umano e dei suoi prodotti
 - La qualità e la sicurezza nelle acquisizioni di beni e servizi per il sistema trasfusionale
4. politiche in campo trasfusionale:
 - Associazioni e Federazioni dei Donatori di sangue
 - Prevenzione
 - Sviluppo di iniziative per le realtà socio sanitarie emergenti

Modello Organizzativo

Il modello organizzativo trasfusionale regionale deve proseguire il percorso disegnato dal 2° Piano Sangue Regionale, che prevedeva la presenza diffusa e capillare della funzione trasfusionale, pertanto si struttura e si organizza ulteriormente costituendo una Rete Regionale del Sistema trasfusionale con lo strumento del Dipartimento Strutturale Interaziendale il cui assetto a regime tiene conto delle linee programmatiche del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009 - 2011: *potenziamento del territorio, riorganizzazione della rete ospedaliera, coerenza delle risorse*. Il modello organizzativo Dipartimentale di Medicina trasfusionale ha i seguenti obiettivi:

1. coordinare le attività trasfusionali nel territorio di competenza
2. omogeneizzare e standardizzare tutte le procedure trasfusionali, attuando il sistema di

- qualità
3. concentrare le attività produttive
 4. dare massimo sviluppo e diffusione alle attività cliniche del settore, decentrando le attività di servizio ospedaliero correlate alla Medicina trasfusionale
 5. razionalizzare l'impiego delle risorse.

A tale scopo vengono individuate le seguenti Strutture e organismi:

- ✓ Centro Regionale Sangue per il coordinamento regionale del Sistema Trasfusionale, già individuato presso il SIT dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo" di Potenza (Delibera Regionale n.1576 del 21 settembre 2010);
- ✓ Commissione Consultiva Regionale di esperti in materia trasfusionale organizzata presso il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità;
- ✓ Centro Regionale per la Qualificazione Biologica e la Validazione del sangue, individuato presso il SIT dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo" di Potenza;
- ✓ Centro di Medicina Trasfusionale A.S.P.
- ✓ Centro di Medicina Trasfusionale A.S.M.
- ✓ Centro di Medicina Trasfusionale Interaziendale
- ✓ L'Unità di Raccolta Fissa (extraospedaliera) presso la sede regionale dell'Associazione AVIS Regionale di Basilicata

Il Piano conferma la definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzative dei punti di raccolta sangue a scopo trasfusionale gestito dalle Associazioni e Federazioni di Volontariato autorizzate dalla Regione (Deliberazione n. 35 del 18 gennaio 2011).

RETE DI PNEUMOLOGIA

La rete di pneumologia è costituita da:

- Unità Operative di pneumologia e terapia intensiva Intermedia e Monitoraggio (Unità di terapia Intensiva Respiratoria dedicate) , allocate in presidi ospedalieri con UTI , per generare percorsi virtuosi di " Step up" e " Step down per la sicurezza dei pazienti", degli operatori e per l'appropriatezza dei livelli di assistenza.
- Unità Operative ospedaliere di malattie dell'Apparato Respiratorio (M.A.R.): l'ospedale è definito come il luogo in cui si " deve garantire la diagnosi, la terapia, e la riabilitazione in fase acuta, attraverso l'alta specializzazione sia in emergenza che in urgenza" e " l'integrazione tra le professioni e la cognizione operativa necessario per produrre diagnosi e valutazione multidimensionale". L'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e delle cure è la condizione fondamentale per avere un sistema orientato non solo al contenimento della spesa ma soprattutto al buono uso delle risorse, nell'interesse di tutto e soprattutto dei pazienti (integrazione pluridisciplinare). All'interno dell'U.U.O.O. di malattie dell'apparato respiratorio si devono pertanto sviluppare e potenziare i seguenti settori di interesse: terapia intensiva; diagnostica intensiva; pneumologia oncologica; fisiopatologia respiratoria; pneumologia allergologica; diagnosi e terapia dei disturbi respiratori nel sonno; pneumologia riabilitativa; infettivologica respiratoria e fisiologia.

- Unità operative territoriali pneumofisiologiche che, oltre a rappresentare un'important e filtro fasra le competenze delle cure primarie e l'ospedale propriamente detto, devono farsi carico dell'attivazione del servizio di assistenza respiratorio domiciliare.
- Le Unità di terapia intensiva respiratoria (UTIR) sono unità di cure pneumologiche dedicate alla cura dello scompenso acuto del sistema toraco polmonare, in grado di assicurare un adeguato monitoraggio e supporto ventilatorio meccanico preferibilmente di tipo non invasivo e di gestire la delicata fase di svezzamento dalla ventilazione meccanica (tipica dell'assistenza in rianimazione) e quella di decanulazione in pazienti portatori di tracheotomia.

Nel Governo clinico dell'insufficienza respiratoria acuta le UTIR si collocano come un "Perno cruciale" tra la Rianimazione generale e il reparto ordinario, allo scopo di offrire una prestazione qualificata assistenziale al paziente pneumologico critico e di ottimizzare le limitate risorse del sistema sanitario, avendo un costo di gestione di tipo intermedio tra la Rianimazione e il reparto ordinario .

Dati della letteratura hanno chiaramente dimostrato per le riacutizzazioni severe di BPCO, principali causa di ammissioni nelle UTIR , che la gestione da parte di un tim pneumologico e associata ad una significativa riduzione della mortalità e del tempo di degenza in ospedale rispetto a team non specialistici e ad un impegno economico rispetto alla rianimazione generale.

L'articolazione di un processo organizzativo istituzionale, che preveda l'attivazione di una UTIR nell'ambito delle attività pneumologiche, non può che perfezionare il percorso assistenziale per il momento spontaneistico ed embrionale.

LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La Regione Basilicata con DGR 322 del 20/03/2012 ha provveduto a definire la Rete regionale della Terapia del dolore , anche in applicazione della normativa nazionale di riferimento rappresentata dalla legge 38/2010

La Legge 38/2010 " Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore" ha promosso l'attivazione e l'integrazione della Rete della Terapia del Dolore e della Rete delle Cure Palliative a livello regionale e nazionale, garantendone la loro uniformità su tutto il territorio nazionale, rendendo il controllo ed il trattamento del dolore un obiettivo strategico nella programmazione sanitaria sia a livello nazionale che regionale

La DGR n.2036 del 10/11/2003 ha approvato l'atto di indirizzo finalizzato ad attivare la Rete della Terapia del Dolore e delle Cure Palliative. La DGR n.1112 del 28/07/2011 ha recepito l'accordo del 16/12/2010 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee guida per la promozione, lo sviluppo, ed il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della Rete delle Cure Palliative e della Rete della Terapia del Dolore". In attuazione del suddetto ed a garanzia del diritto di ogni cittadino di accedere alla Terapia del Dolore come sancito e dalla Legge 38/2010, è stato approvato in data 20/03/2012 il documento "Rete Regionale della Terapia del Dolore" ed il progetto "Basilicata Ospedale-Territorio senza dolore".

In tale modello si integrano e collegano in un'integrazione funzionale.

Per Rete di Terapia del Dolore si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi livelli setting assistenziali territoriali ed ospedalieri con l'obiettivo di programmare un servizio dedicato alle persone adulte affette da dolore, indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendo il grado di disabilità e favorendone, qualora possibile, la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo.

Si definisce altresì un'istituzione di un Comitato permanente regionale con compiti di coordinamento e di monitoraggio dell'attività e dello sviluppo della stessa, in relazione con le Aziende sanitarie ed i professionisti della rete.

La Rete della Terapia del Dolore si interfaccia con quella delle Cure Palliative per garantire la fruibilità della Legge 38, garantendo l'implementazione di programmi di formazione per gli operatori, campagne di informazione alla popolazione e, quando possibile, attività di ricerca integrata.

Modello organizzativo della Rete della Terapia del Dolore.

La Rete della Terapia del Dolore si struttura su un modello organizzativo di tipo "Hub and Spoke", scomposto in tre nodi complementari.

Alla base del suddetto modello si trovano le Aggregazioni Funzionali Territoriali, in grado cioè di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore e di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke o Hub, garantendo la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete, riducendo il ricorso al pronto soccorso per il trattamento del dolore.

Gli ambulatori di Terapia del Dolore (*Spoke*) sono strutture che garantiscono l'erogazione delle prestazioni previste dai percorsi diagnostico-terapeutici, cioè preposte ad effettuare in regime ambulatoriale interventi farmacologici, strumentali e chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione delle disabilità dei malati con dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.

I centri di Terapia del Dolore (*HUB*), presso il CROB e l'AOR S.CARLO, che corrispondono alle procedure ad alta complessità (farmacologiche, strumentali, chirurgiche e psicologiche variamente integrate) anche attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze. Inoltre alle strutture HUB sono affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche nonché del monitoraggio dei processi di cura complessi ed i registri per le procedure a permanenza.

Modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative

La DGR n.1900 del 19.12.2011 ha approvato il modello organizzativo della rete regionale delle cure palliative. Il cardine della rete è rappresentato dai Centri di coordinamento distrettuali delle cure domiciliari e palliative collegati in rete tra di loro.

A tale Centro afferiscono le richieste di cure palliative da parte di più attori (Unità Operative di Ospedali per acuti, MMG, famiglia, Comuni) e sono indirizzate verso il domicilio, con il coinvolgimento dell'UCDO o verso l'hospice.

La UCPD, una volta preso in carico il paziente, elabora un PAI (Piano di Trattamento Individuale) che cogestisce con il MMG e con i soggetti erogatori delle prestazioni, che sono rese in forma diretta o in forma indiretta, se il servizio è affidato a soggetti terzi, secondo le modalità di erogazione delle cure palliative domiciliari che prevedono un'equipe multidisciplinare dedicata.

La proposta di ricovero in Hospice è stabilita in base ai criteri di accesso regolati, in base del documento Ministero della Salute – Commissione LEA 2007 su principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

I pazienti ammessi all'hospice hanno:

1. Aspettativa di vita, di norma valutata in 6 mesi, in base a indicatori prognostici validati scientificamente ed alla esperienza, scienza e coscienza dell'equipe curante;
2. Elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di "fragilità";
3. Impossibilità di attuare le cure domiciliari palliative, per problematiche sanitarie e/o sociali;

I Requisiti minimi organizzativi di un hospice (documento Ministero della Salute – Commissione LEA 2007) prevedono:

1. specifici Protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.
2. programmi formalizzati:
 - a) per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia;
 - b) l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto;
 - c) per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'equipe;
 - d) per la formazione continua del personale.
3. specifici Criteri per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.
4. accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.
5. Presenza di equipe multidisciplinare composta da medici, psicologi, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti spirituali, operatori tecnici dell'assistenza, volontari. Assistenza sette giorni su sette.
6. Volontari in modo da garantire una presenza quotidiana in Hospice.

Per gli altri requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali degli Hospice si rimanda alla normativa ministeriale D.P.C.M. 20/01/2000, G.U. del 21/03/2000 e s.m.i.

Il calcolo del numero degli operatori previsto è complesso poiché è influenzato da diverse fattori che non sono sempre stabili e rappresentano variabili difficilmente prevedibili. Se è vero infatti che in un ambito territoriale, con una popolazione ben definita e con un consolidato storico certo, si può ipotizzare una media del numero di pazienti in linea, è altrettanto vero che tale numero varia nel tempo condizionando carichi di lavoro variabili. Inoltre i carichi di lavoro per malato sono diversi e modificabili nello stesso durante la malattia, con ulteriori difficoltà di calcolo.

Le soluzioni quindi possono essere articolate e diverse a seconda della facoltà dei Direttori Generali di avvalersi di forza lavoro fornita da privati oppure di garantire in modo endogeno l'erogazione sanitaria con modalità che assicurino in ogni modo i requisiti minimi summenzionati (in particolare il CIA) e garantiscano comunque il governo clinico al pubblico attraverso l'utilizzo diretto di personale strategico aziendale nei ruoli chiave sia di indirizzo che di controllo.

E' auspicabile che nella rete sia incardinato il volontariato allo scopo di dare valore aggiunto a tutto il sistema. La presenza di tali figure, che devono essere rigorosamente formate, garantisce un implemento di umanizzazione e nel contempo una maggiore trasparenza, con risorse aggiuntive in grado di fornire un feedback più verosimile.

Il suo ruolo deve essere sussidiario e non sostitutivo ai soggetti erogatori già indicati e presenti nella rete. La presenza del volontariato dedicata, la cui idoneità deve essere valutata dalle UCPD/Hospice e dal Centro di Coordinamento, va formalizzata da preciso protocollo di intesa.

La funzione di coordinamento è affidata ad un "Comitato permanente per le cure palliative", da istituire sia presso la regione, con compiti di promozione e sviluppo delle cure palliative a domicilio, in hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, sia presso le Aziende con compiti di tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e di definizione dei percorsi di presa in carico e di assistenza.

RETE ASSISTENZIALE POST - ACUZIE

La rete assistenziale post-acuzie nella nostra Regione è la conseguenza di cambiamenti strutturali del nostro Sistema Sanitario e delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera per acuti.

Infatti il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dall'attivazione di una rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di assistenza post-acuzie intesa come fase di assistenza che opera in collegamento funzionale ed operativo sia con l'area assistenziale per acuti sia con la rete dei servizi territoriali.

Il modello operativo della rete si basa su unità operative dedicate ed autonome dislocate negli ospedali distrettuali la cui finalità è quella di realizzare una organizzazione capace di accogliere un paziente che ha superato la fase di criticità della sua malattia ma che residua uno stato di disabilità e/o una condizione clinica ancora non stabilizzata o in via di risoluzione che necessita di sorveglianza medica ed infermieristica in regime di ricovero.

Le Unità Operative constano di almeno 16 posti letto e fino a 30 posti letto in regime ordinario ed assicurano una permanenza per ogni episodio di ricovero di non più di 60 giorni.

Tali Unità sono deputate a raccogliere pazienti reduci da malattia acuta in fase di lenta risoluzione clinica o ancora clinicamente poco stabili secondo le seguenti tipologie di massima:

- Pazienti con gravi malattie invalidanti con andamento protratto che necessitano di interventi di recupero e rieducazione funzionale
- Pazienti con gravi malattie invalidanti che necessitano di interventi di recupero e rieducazione funzionale di tipo intensivo
- Pazienti in stato vegetativo nella fase post-acuta che non sono eligibili nelle speciali Unità per gravi cerebro lesioni acquisite cod. 75
- Pazienti con gravi patologie e quadro clinico ancora instabile seppure già diagnosticate con precisione e non più in fase critica
- Pazienti provenienti dalle Rianimazioni e dalle Terapie Intensive clinicamente instabili e necessitanti di supporto respiratorio meccanico e/o continuo. (Lungodegenza ad elevata intensità di cura – LAIC

L'accesso a tali Unità Operative viene disposto dal medico specialista afferente all'Area Assistenziale Post - acuzie, opportunamente attivato dal Medico operante nelle strutture per acuti.

La dimissione del paziente da tali Unità Operative viene disposta dal Medico Specialista operante nell'ambito della post-acuzie di concerto con il Medico di Medicina Generale verso il domicilio del paziente, o dimissione protetta verso Strutture di accoglienza territoriale, secondo un virtuoso modello di integrazione Ospedale - Territorio

CAPITOLO 19 - BED MANAGEMENT

Nel rispetto dei criteri fissati dalla legge 17 del 4.7.2011 la gestione del posto letto assume una valenza importante ai fini di assicurare il setting assistenziale più appropriato al paziente che necessita di ricovero ospedaliero, sia nella fase di acuzie che in quella di post-acuzie, in particolare nella fase attuale di riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Azienda, che deve ottemperare a disposizioni regionali e nazionali che prevedono un'ulteriore riduzione del numero dei posti letto nelle strutture di degenza.

Il processo di Bed Management si basa sul modello organizzativo della rete integrata aziendale dell'assistenza ospedaliera e sul modello concettuale della erogazione delle prestazioni in base ai bisogni di salute attivi del paziente e il loro livello di complessità assistenziale.

In questo modello i posti letto sono funzionalmente raggruppati in "pool" distinti per aree specialistiche, il cui numero non è predefinito, anche se fa riferimento al numero dei posti letto teorici previsti nell'assetto strutturale aziendale ma integrati, nel senso che un "pool" può diventare l'area di compensazione, per una durata limitata, di un altro "pool", della stessa area disciplinare o, in caso di necessità, di un'area disciplinare diversa, all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero oppure in un Presidio Ospedaliero differente, comunque appropriato per i bisogni clinico-assistenziali del paziente.

Nel modello concettuale del Bed Management occorre superare la visione della Unità Operativa differenziata per disciplina specialistica, al fine di recuperare spazi funzionali ed operativi di integrazione e di coordinamento, definendo Strutture ed Aree con i criteri di intensità di cura, di complessità assistenziale, di durata della degenza e di regime di ricovero.

Una Struttura Organizzativa Professionale Specialistica così definita prescinde dal numero dei posti letto assegnati e dalla loro allocazione logistica ma assume un numero di posti letto "teorici", appropriato per il modello gestionale ed organizzativo; questo significa che i posti letto non sono rigidamente assegnati alle diverse specialità, anche se viene definito un numero di riferimento basato sugli indici storici di attività, e che viene garantita la piena flessibilità per fronteggiare eventuali picchi di domanda, mediante la disponibilità di posti letto nell'Area funzionale di afferenza.

L'Area funzionale specialistica ad attività integrata comprende tutte le Strutture Operative specialistiche omogenee per disciplina e per tipologie di cure prestate.

Il modello concettuale del Bed Management presuppone la differenziazione della linea delle funzioni gestionali da quella delle funzioni professionali. L'area funzionale specialistica integrata è il livello ottimale per l'esercizio del processo gestionale mentre a livello di Struttura Organizzativa Professionale Specialistica si esercitano le funzioni professionali, sia cliniche che assistenziali.

Nella gestione efficiente dell'assegnazione del posto letto in rapporto alle esigenze dei bisogni espressi dal flusso dei pazienti in entrata le fasi critiche sono:

- l'ammissione;
- la durata della degenza;
- la dimissione.

Tutte le fasi devono essere presidiate dal personale che gestisce il processo di Bed Management.

In una struttura ospedaliera di degenza per acuti l'ammissione del paziente può avvenire attraverso due modalità:

- il sistema dell'emergenza;
- il sistema di elezione (ricovero programmato).

La entità del flusso dei pazienti nei due sistemi considerati varia in rapporto all'area disciplinare interessata e ai contesti specifici.

E' necessario definire criteri e procedure per la gestione del sistema dell'emergenza (appropriatezza del ricovero rispetto al problema clinico attivo, appropriatezza del tempo per la presa in carico e per l'assegnazione del posto letto dopo la prescrizione del ricovero) e del sistema della elezione (gestione della lista di attesa per il ricovero in base a priorità cronologiche o di complessità clinico-assistenziale).

La durata della degenza condiziona in maniera significativa la disponibilità del posto letto per il flusso dei pazienti in entrata; è necessario, pertanto, mettere in atto tutte quelle procedure che possono essere utili a rendere appropriata la durata del ricovero, in particolare quelle finalizzate a:

- ridurre i tempi della diagnosi;
- ridurre i tempi per il trattamento.

I due obiettivi si ottengono mediante la definizione e l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le patologie, epidemiologicamente più significative, trattate nello specifico contesto di ricovero.

Ritardare la dimissione del paziente per cause non inerenti la sua condizione clinica attuale mette a rischio la sicurezza delle cure, oltre ad essere un ostacolo per una efficace gestione del posto letto.

E' necessario, pertanto, gestire il processo della dimissione prevedendola e programmandola con adeguato anticipo, procedura relativamente semplice se basata su percorsi clinico-assistenziali, soprattutto nel sistema della elezione, e attivando nei tempi appropriati la dimissione protetta e la continuità assistenziale, ove richieste dalla condizione clinica del paziente.

La gestione del Bed Management prevede una serie di fasi sequenziali e di attività, interdipendenti l'una dall'altra, di seguito rappresentate.

La gestione efficace del processo del Bed Management richiede il coinvolgimento di personale dedicato organizzato in team, con ruolo e responsabilità definite, integrato nei processi gestionali delle strutture aziendali di degenza.

Pertanto viene istituita, presso ogni Presidio Ospedaliero per acuti, una Unità di Bed Management formata preferenzialmente da operatori afferenti al Servizio delle Professioni. Il gruppo può essere integrato, in base alle specificità del contesto o in particolari situazioni, da altro personale con competenze specifiche.

L'Unità di Bed Management, in quanto funzionale al processo del Governo Clinico, è supportato dalla funzione di staff dedicata a questo processo, con la quale opera in stretta connessione.

La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sede della degenza assume il ruolo e la responsabilità di integrare le diverse fasi del processo, gestito dalla Unità di Bed Management, con i percorsi e le attività delle strutture ospedaliere coinvolte.

CAPITOLO 20 - LISTE DI ATTESA E CLASSI DI PRIORITA'

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Programma Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici ed univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli di tutela del cittadino, sia quelli eroganti le prestazioni, finalizzata ad una concreta presa in carico dei pazienti dal processo di definizione fino all'approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

La Regione Basilicata è consapevole che la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione ma, per la sua sostenibilità, vada integrata con strategie di governo della domanda che tengano conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

In tal senso la Regione ha introdotto strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che prevede il coinvolgimento diretto di tutti gli attori del sistema: medici prescrittori, erogatori e cittadini.

In particolare, il governo della domanda comprende tutte quelle iniziative tendenti ad agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni.

Occorre, pertanto, che tutti i medici prescrittori aderiscano a criteri di evidenza clinica facendo ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

A tale proposito, risulta di importanza strategica, a livello di ciascuna delle due Aziende Sanitarie Regionali (ASP e ASM),:

- uniformare i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;
- applicare protocolli diagnostico-terapeutici definiti tra gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

In tale contesto è opportuno, nel rispetto di quanto previsto dagli accordi con i MMG e PLS:

- avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda e dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- individuare linee guida per una appropriatezza prescrittiva e conseguente avvio di indagini campionarie sui comportamenti prescrittivi;
- potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali e ospedalieri ai fini della definizione e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita. I pazienti affetti da patologie croniche a rischio di instabilizzazione clinica, visitati negli ambulatori specialistici aziendali ospedalieri o territoriali, devono essere affidati alle strutture specialistiche dedicate (Rete oncologica, Rete per la patologia Diabetica, Rete per lo Scompensamento Cardiaco, Rete per l'ictus, ecc.) oppure, negli altri casi, devono essere presi in carico dalla stessa struttura specialistica ambulatoriale presso la quale sono stati visitati e devono essere inviati al medico curante con una lettera che oltre alla diagnosi ed alla terapia, contenga anche un programma di follow-up personalizzato.

Tali controlli ambulatoriali da eseguire in tempi certi e secondo precisi PDT (Percorsi Diagnostico Terapeutici), determinati unicamente dalla situazione clinica, devono essere effettuati presso la stessa struttura e possibilmente ad opera dello stesso specialista che ha effettuato la visita e formulato la diagnosi, per favorire la continuità terapeutica. In tale modo si può evitare anche il ricorso a continue prenotazioni presso il CUP, che allungano inutilmente le liste di attesa ed in ogni caso non rendono possibile l'accesso alla prestazione ambulatoriale nel momento in cui dal punto di vista clinico ciò fosse necessario ed urgente.

- prevedere la partecipazione dei MMG e PLS a processi assistenziali riguardanti patologie a forte impatto sociale (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche ecc.), secondo linee guida e protocolli assistenziali che definiscano le competenze del MMG e del PLS e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie;

Oltre alle azioni a valenza generale sopra riportare, tutte le Aziende del SSR, nell'ambito del governo della domanda e relativamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio, garantiscono nelle procedure di prenotazione l'uso sistematico:

- dell'indicazione prima visita o controllo;
- dell'indicazione "scelta dell'utente" nel caso di rifiuto della prima disponibilità fornita dal CUP;
- del quesito diagnostico e delle classi di priorità.

Relativamente alla differenziazione della domanda per livelli di urgenza, la Regione Basilicata con la DGR 907/2006 ha ritenuto opportuno, ai fini di una uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, individuare per l'attività ambulatoriale le Classi di Priorità così come definite in sede di accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002. Le classi di priorità, riportate nella tabella sottostante, garantiscono la differenziazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo livelli di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi e soggetti erogatori.

I Centri Esterni Accreditati

Le strutture sanitarie private accreditate e convenzionate partecipano, quali soggetti erogatori, nell'ambito delle tipologie e dei tetti di attività per ciascuna contrattualizzati, alle azioni di governo delle liste di attesa. In tal senso le prestazioni funzionali alle finalità predette erogabili da tali soggetti, nel limite dei tetti definiti, verranno inserite tra le disponibilità prenotabili attraverso il CUP regionale.

classe di priorità delle prestazioni su ricetta	Indicazione
"B"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve tempo del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
"D"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, la disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
"P"	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

Ai fini di uniformare la modalità di prenotazione per gravità clinica con la D.G.R. n. 1896 del 28 dicembre 2007, si è istituito il manuale delle "Classi di priorità" nel quale sono riportate:

- le prestazioni specialistiche e strumentali per le quali devono essere attivate le Classi di priorità;
- le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso alle tre classi di priorità;
- le modalità di accesso alle prenotazioni per Classi di priorità attraverso il CUP regionale sia che si utilizzi il Call center regionale che le singole postazioni CUP territoriali ;
- il sistema di monitoraggio e valutazione della congruità da parte degli erogatori della prescrizione per Classi di priorità (appropriatezza prescrittiva) da parte dei prescrittori, così da garantire la individuazione di quelli che utilizzano il sistema di prenotazione per Classi di Priorità;
- le modalità di comunicazione agli utenti.

Le azioni dirette al governo delle liste di attesa vengono definite dal Piano triennale regionale attuativo del Piano nazionale approvato mediante Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome. Il Piano regionale, in particolare definisce:

- I tempi massimi regionali di erogazione delle prestazioni;
- Le modalità di governo della domanda di prestazioni;
- I criteri di utilizzo delle prestazioni in classe di priorità P
- Le procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento all'utilizzo delle classi di priorità, alla presenza del quesito diagnostico e alla corretta identificazione delle prime visite e controlli
- La gestione razionale degli accessi attraverso l'uso diffuso del sistema CUP unico regionale di prenotazione, integrando l'offerta pubblica e privata accreditata;
- La gestione dei percorsi diagnostico - terapeutici;
- Le modalità alternative di accesso alla prestazione nel caso in cui, a livello aziendale, non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;

- La trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa;
- Il monitoraggio delle attività erogate dai professionisti in regime di libera professione per conto e a carico delle aziende ;
- Lo sviluppo e l'integrazione degli strumenti di ICT per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale e per l'accesso informatizzato ai referti tramite fascicolo sanitario elettronico con ampio uso di sistemi di telemedicina;
- L'informazione e la comunicazione sulle azioni messe in campo per il contenimento delle liste di attesa a tutta l'utenza interessata;
- La vigilanza sulle situazioni di erogazione delle prestazioni.

Le aziende sanitarie ed ospedaliere predispongono, entro i termini previsti dal Piano regionale, specifici Piani attuativi aziendali per il contenimento delle liste di attesa contenenti dettagliatamente tutte le azioni che l'azienda mette in atto per garantire l'applicazione di quanto previsto dal Piano regionale anche con attenzione al monitoraggio del fenomeno, mettendo in campo tutte le misure necessarie a mantenere o a riportare i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nei limiti temporali previsti dalle normative vigenti e dal presente piano integrato della salute

Il Piano attuativo aziendale contiene anche l'individuazione dei costi necessari per l'espletamento delle azioni in esso indicate.

I Piani attuativi aziendali sono soggetti a valutazione e verifica della congruità da parte del Dipartimento Salute, Sicurezza, Solidarietà sociale, Servizi alla persona ed alla comunità della Regione.

In caso di mancata approvazione del Piano attuativo, l'Azienda interessata dovrà provvedere, nei termini previsti dal Piano regionale, ad operare la dovuta revisione sulla base delle prescrizioni emerse dalla fase di valutazione Dipartimentale.

CAPITOLO 21 - PERCORSO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE-DAY SERVICE

Il problema delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali richiede l'attivazione di strategie diverse rivolte al governo della domanda e della offerta.

Una efficace azione di governo della domanda ha ricadute positive sul governo dell'offerta, in quanto riduce i tempi di attesa, migliora i percorsi per la erogazione delle prestazioni, facilita l'accesso alle stesse da parte del paziente.

Questi risultati sono ulteriormente migliorabili ottimizzando le procedure burocratiche di accesso e migliorando, nei tempi e nei luoghi, l'utilizzo delle risorse professionali e tecnologiche nella erogazione delle prestazioni, obiettivi raggiungibili attraverso la "presa in carico" del paziente e l'adozione di nuovi modelli organizzativi nella erogazione delle prestazioni.

Nella risoluzione di un problema clinico, diagnostico o terapeutico, è sempre più frequente il ricorso a prestazioni di tipo ambulatoriale "di secondo livello", che rientrano nell'ambito della competenza specialistica sia per la indicazione che per la esecuzione delle stesse.

La organizzazione di un Day Service Ambulatoriale offre allo specialista la possibilità di valutare la indicazione della indagine, programmarla nei tempi più opportuni ed eseguirla molto spesso nell'ambito della stessa attività specialistica, con evidente miglioramento degli esiti di efficienza ed efficacia.

Destinatari

Operatori coinvolti a diverso titolo nel percorso di assistenza specialistica ambulatoriale:

- MMG;
- PLS;
- specialista ambulatoriale;
- infermieri;
- altri professionisti sanitari;
- operatori che svolgono attività organizzative di supporto ai percorsi (Accettazione, Cassa, CUP, ecc.);
- utenti.

Obiettivo

L'obiettivo prioritario è la semplificazione del percorso assistenziale che riguarda le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Occorre evitare che il paziente ritorni al proprio medico curante per la richiesta di prestazioni aggiuntive suggerite dallo specialista ai fini dell'inquadramento diagnostico e terapeutico e riprenda l'iter della prenotazione della prestazione.

Questo percorso consente inoltre di:

- garantire al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un numero limitato di accessi;
- offrire al medico specialista la possibilità di usufruire di tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o in una struttura territoriale polispecialistica per formulare in tempi brevi diagnosi o effettuare terapie in cui non è necessario sottoporre il paziente ad una osservazione clinica in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital (D.H);
- aumentare l'appropriatezza prescrittiva inerente il problema clinico trattato;
- supportare l'Azienda Sanitaria nello sforzo di ridurre il tasso di ospedalizzazione impropria, trasferendo attività assistenziali dal ricovero ordinario/ D.H. al DSA;
- ridurre il frazionamento delle prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali in strutture pubbliche e/o private accreditate ed il conseguente sovraccarico gestionale per l'Azienda Sanitaria e per il singolo paziente;
- migliorare in maniera significativa la qualità dell'assistenza ambulatoriale, sia quella gestionale che quella percepita.

Modello operativo

Il modello del Day Service Ambulatoriale è un modello organizzativo e operativo, attuato in ambito ospedaliero o territoriale, per la erogazione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche integrate e/o complesse, pluridisciplinari, anche invasive, che non richiedono una osservazione prolungata medica e/o infermieristica per la valutazione del decorso clinico, tipica del regime di ricovero, ordinario o in D.H. In alcuni casi può essere, infatti, un modo di organizzare l'assistenza all'interno delle strutture ambulatoriali ospedaliere o territoriali alternativo al ricovero, ordinario o in D.H. e in grado, pertanto, di migliorare l'appropriatezza di entrambi.

Questo modello organizzativo permette la “presa in carico” della persona con specifici bisogni sanitari, di tipo diagnostico o terapeutico, al fine di ottimizzare (semplificare e migliorare) i tempi della risposta del Servizio Sanitario a problemi clinici complessi, coordinando in un numero limitato di accessi le prestazioni ambulatoriali, quali visite specialistiche, esami diagnostici, prestazioni terapeutiche.

Le attività specialistiche ambulatoriali sono inquadrare in percorsi assistenziali o protocolli diagnostico-terapeutici espliciti, individuati e predefiniti in base al problema clinico specifico e concordati con tutte le figure professionali coinvolte nel percorso clinico-assistenziale.

Questo modello organizzativo è reso possibile dalla presenza contemporanea nella stessa struttura pubblica e/o privata accreditata di più specialisti o di attività diagnostiche e terapeutiche diverse ma rientranti nell’ambito della stessa specializzazione, per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente. Lo stesso permette la esecuzione di attività di diagnosi e terapia più o meno complesse, appartenenti alla stessa o a diverse discipline specialistiche, con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che si occupa del caso clinico.

CAPITOLO 22 - ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI NURSING A GESTIONE INFERMIERISTICA

La necessità di rimodulare la rete ospedaliera impone un’offerta assistenziale diversificata in ambito ospedaliero ed extraospedaliero secondo forme diversificate in base alle caratteristiche dei pazienti: acuti, post-acuti, lungodegenti, in situazione di temporanea non autosufficienza, con necessità di riabilitazione o con necessità prevalentemente socioassistenziale, rendendo necessaria una miglior definizione dei modelli organizzativi e gestionali correlati.

Tale definizione va quindi posta in base alla complessità assistenziale, differenziando tra assistenza con intenti clinico-riabilitativi con elevata specificità professionale da quelli prevalentemente alberghiero-residenziali con prevalente assistenza tutelare della persona .

La riorganizzazione della professioni sanitaria infermieristica ha favorito lo svolgere di attività in piena autonomia professionale dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale, oltre che in ambito residenziale e territoriale, anche in ambito ospedaliero.

Se in ambito territoriale (ADI, infermiere di comunità o di distretto) e residenziale (RSA,RSSA) i compiti ed i ruoli dell’infermiere sono ben codificati, rimangono da stabilire compiti e ruoli nelle strutture ospedaliere di lungodegenza post-acuzie e U.O. a basso intensità di cure; entrambe queste strutture possono essere dislocate anche in Ospedali distrettuali .

Il Modello Assistenziale

Dal punto di vista strettamente organizzativo, la funzione di assistenza ospedaliera si articola in due grandi settori di attività , cui deve corrispondere una chiara separazione strutturale:

1. Assistenza per Acuti , destinata alle U.O. degli ospedali sedi P.S.A.
2. Assistenza per Lungodegenti post-acuzie(LUPA) e U.O. a basso intensità di cure (UBIC).

I pazienti ricoverati in LUPA/UBIC si caratterizzano per :

- un inquadramento diagnostico già esaurito;
- un programma terapeutico definito, anche se non interamente completato;
- un quadro clinico relativamente stabilizzato.

Modalità Organizzative e Responsabilità gestionali

Le modalità organizzative e le responsabilità gestionali sono così schematizzabili:

- elevata intensità di assistenza infermieristica (24 ore su 24) a fronte di bassa intensità di assistenza medica;

- la responsabilità organizzativa e gestionale di norma affidata al personale infermieristico, ferma restando la supervisione e responsabilità clinica dei singoli medici dei degenti;
- strutturalmente distinte e spazialmente separate;
- equipe infermieristica dedicata e autonoma.

Le unità LUPA/UBIC sono caratterizzate da elevata assistenza infermieristica (H/24), a fronte di una limitata assistenza medica; la responsabilità organizzativa e gestionale deve di norma essere affidata al personale infermieristico, individuati a seconda del reparto di provenienza .

La responsabilità clinica, compresa la decisione sulla dimissione del paziente, è a carico dei medici dell'Unità Operativa inviante che ha classificato il paziente sulla base della natura e della intensità dell'assistenziale.

La responsabilità dell'assistenza è conferita al personale infermieristico con **funzioni di coordinamento** che organizza il Programma assistenziale e la sua gestione, permettendo di perseguire una migliore efficienza operativa e di gestione con un aumento della qualità delle prestazioni assistenziali.

Rilevante è l'assistenza infermieristica a supporto delle funzioni di base per la perdita della autosufficienza del paziente, che può essere erogata dall'infermiere con l'aiuto di altri operatori per questa tipologia di pazienti.

Infine, fondamentale risulta la componente del nursing finalizzato alla comunicazione con il paziente, i familiari, le équipe territoriali e il Medico di Medicina Generale

CAPITOLO 23 I DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

La legge regionale n.12/2008 riorganizza i Dipartimenti aziendali di Prevenzione in Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale.

Le Aziende sanitarie definiscono attraverso il regolamento di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di lavoro interdipartimentale e le procedure mirando alla semplificazione amministrativa e alla facilitazione per l'utenza, nel rispetto degli obiettivi, generali e specifici, delle azioni, degli strumenti e della tempistica declinati nel presente Piano .

In particolare, in materia di Prevenzione collettiva, la Regione, attraverso il presente Piano, individua alcuni obiettivi generali, comuni alle due aree di attività o specifici per ciascuna di esse, la declinazione in obiettivi specifici, le azioni, gli strumenti, i documenti di verifica dell'attuazione.

Si individua come obiettivo generale la *“razionalizzare ed omogeneizzare dei livelli di assistenza della prevenzione in tutte le Aziende sanitarie regionali”*.

Come obiettivi specifici, per i Dipartimenti di Prevenzione, vengono declinati:

- la *“razionalizzazione dei livelli di assistenza della prevenzione a livello regionale”* e la *“individuazione delle funzioni riconducibili al macrolivello di prevenzione”*;
- la *“garanzia dell’uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione”*;
- la *“introduzione di misure di salvaguardia sanitaria che coprano l’intera catena alimentare”* e la *“garanzia di un sistema di allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti – bevande e mangimi”* (sicurezza alimentare);
- il *“miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all’uomo e la riduzione della prevalenza di zoonosi specifiche (sicurezza nei rapporti uomo-animale)”*;
- il *“miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie infettive e parassitarie degli animali”*;
- la definizione di un modello organizzativo, che tenga presente la necessità del rispetto della singola professionalità nell’ottica del team multidisciplinare ed afferente ai due dipartimenti.

Altro obiettivo generale identificato: *“Potenziamento e Riqualficazione dei settori critici della prevenzione”*, attraverso:

- per l’area informativa: *“l’informatizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Salute Umana e Animale”*;
- per l’area salute e sicurezza sul lavoro: *“l’analisi dell’andamento infortunistico in ambito lavorativo e la individuazione di patologie correlate con l’esposizione a fattori di rischio presenti in ambiente lavorativo nonché le dovute attività di promozione”*;
- per l’area epidemiologia: *“la diffusione dell’uso di metodologie di analisi dei problemi per la progettazione e la valutazione degli interventi”*; *“lo sviluppo ed il consolidamento della una rete epidemiologica regionale”*;
- per l’area prevenzione nutrizionale: *l’attivazione/il potenziamento delle attività di igiene della nutrizione e la categorizzazione del rischio degli opifici e l’attivazione delle verifiche mediante procedure di audit*;
- per l’area protezione ambientale: *la costruzione di un sistema informativo basato sui dati attualmente presenti nei vari enti; l’individuazione di aree geografiche e tematiche di*

intervento su cui procedere ad accordi di programma; lo sviluppo di programmi con le singole realtà territoriali dipartimentali;

- per l'area sanità animale: raggiungimento qualifiche sanitarie degli allevamenti;
- per l'area igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati: la categorizzazione del rischio degli opifici e l'attivazione delle verifiche mediante procedure di audit;
- per l'area igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche: sterilizzazione cani randagi e valorizzazione pet-therapy.

Ulteriore obiettivo generale identificato è il "*miglioramento della qualità*", attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi specifici:

- sviluppare la funzione di informazione, educazione e comunicazione per la salute agli utenti e alla popolazione;
- orientare le attività di educazione alla salute all'EBPH;
- orientare i Servizi del Dipartimento al Miglioramento Continuo della Qualità;
- orientare le attività all'EBPH.

CAPITOLO 24 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

La situazione attuale della Basilicata contempla 5 DSM per ogni ex ASL, una dotazione organica disomogenea e carente rispetto alle indicazioni del PON "Tutela della salute mentale 1998/2000" (che prevede 1 operatore ogni 1500 abitanti) e del D.M. 24 maggio 1995 "requisiti minimi strutturali, tecnologici, e organizzativi per le attività di tutela della salute mentale" (che specifica anche le figure professionali : 1 medico psichiatra ogni 10.000 abitanti, 1 psicologo ogni 30.000 abitanti, 1 assistente sociale ogni 50.000 abitanti, 1 infermiere professionale ogni 2.500 abitanti, 1 educatore professionale ogni 25.000 abitanti, 2 amministrativi ed altre figure professionali secondo le specifiche necessità. Altra esigenza è legata alla necessità di riorganizzazione l'assetto organizzativo, mancando l'articolazione in strutture complesse (solo in alcuni DSM sono presenti le strutture complesse CSM ed SPDC).

Il presente Piano prevede che in ogni Azienda sanitaria sia costituito un Dipartimento di Salute Mentale (di seguito DSM), struttura operativa deputata all'organizzazione ed alla produzione di attività finalizzate alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l'intero arco della vita. Assicura tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l'età evolutiva e adulta. Assicura ai Distretti la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative.

Ai fini dell'erogazione delle proprie prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse e/o semplici attinenti le principali funzioni e compiti attribuiti:

- Centro Salute Mentale (uno per ogni Distretto di Comunità) e Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura (6 SPDC ospedalieri: Melfi, Potenza, Villa d'Agri, Lagonegro, Policoro, Matera);
- area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale
- area di neuropsichiatria infantile servizi territoriali (una per Azienda);
- area di assistenza di psicologia clinica (una per Azienda);
- area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali (una per Azienda). In essa vanno, inoltre, declinate delle specifiche unità dedicate ai disturbi del comportamento alimentare (DCA);

Il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il Centro di Salute Mentale è l'unità operativa coincidente territorialmente con il Distretto di Comunità. Esercita tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico. Il CSM rimane centrale nella organizzazione del DSM in quanto sede di accesso ordinaria dell'utenza, luogo in cui si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico, principale garante della continuità della assistenza e della collaborazione di più articolazioni o soggetti. Il C.S.M è il cuore del D.S.M., luogo in cui si effettuano interventi multidisciplinari e complessi: visite psichiatriche, visite psicologiche; psicoterapie individuali, familiari e di gruppo; interventi sociali; interventi sulla crisi sia a livello domiciliare sia nel CSM per ridurre i ricoveri; TSO e ASO nel rispetto della L. 833/78; consulenze negli ospedali dove non è ubicato il SPDC; interventi riabilitativi; elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati; integrazione con

altri servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali; somministrazione di test psicologici (personalità; livello; deterioramento cognitivo; funzionamento sociale); interventi di art-therapy; promozione di interventi di inserimento lavorativo e di formazione, in collaborazione con l'Ente Locale, la Provincia e le Agenzie di formazione. L'accesso, che prevede anche l'intervento a domicilio può avvenire direttamente, o attraverso il medico di medicina generale, mediante gli sportelli unici del distretto (USIB).

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è una unità operativa del D.S.M. ed assume un ruolo specifico nella gestione dell'acuzie e dell'emergenza/urgenza psichiatrica.. Rappresenta il luogo contenitivo della crisi, per i pazienti ricoverati in TSV (trattamento sanitario volontario) o TSO (trattamento sanitario obbligatorio). Esso esplica, inoltre, attività di consulenza al Pronto Soccorso e agli altri servizi ospedalieri. In questo senso, esso ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e nello sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico da parte delle strutture territoriali.

Inoltre, in accordo con i programmi di cura del DSM e delle strutture territoriali, il ruolo del SPDC è rilevante per il recupero funzionale cognitivo dell'utente ricoverato, per l'attenzione agli aspetti riabilitativi e di reintegrazione sociale e per l'informazione agli utenti e ai familiari.

E' parte integrante del DSM anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dall'Azienda sanitaria di cui il DSM fa parte. In tal caso, i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie.

Il DSM ha il compito di programmare annualmente e di monitorare le attività degli SPDC e della gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica in ospedale attraverso protocolli specifici e nell'ambito di modelli organizzativi che prevedano il coordinamento con il territorio e quindi con l'abito distrettuale.

Le tematiche d'intervento prioritario sono così individuate :

- definire procedure e protocolli operativi per il trattamento in fase acuta e di ricovero dei soggetti affetti dai diversi disturbi psichici che prevedano la collaborazione e la valorizzazione di tutte le figure professionali;
- definire protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera in collaborazione con il Nucleo di Valutazione e Miglioramento della Qualità (NdV) del DSM, curando in particolare le procedure interne di ammissione, trattamento e dimissione e la valutazione della soddisfazione degli utenti;
- garantire il rispetto delle persone affette da disturbi psichici con il monitoraggio e l'adozione delle linee guida inerenti la contenzione fisica in psichiatria.

La psichiatria penitenziaria e l'OPG

Il riordino della Sanità Penitenziaria (DL 22/6/1999 e DPCM 1/4/2008) trasferisce al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie precedentemente gestite dal Ministero della Giustizia.

E' quindi necessario che il DSM attivi un programma sistematico di interventi:

- attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni;

- garantire presso ogni istituto penale per minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscano di misure di trattamento all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il personale del DSM responsabile degli interventi all'interno di un istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio territoriale di residenza del detenuto con patologia mentale, ai fini della continuità terapeutica;
- attivare programmi specifici mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- curare la formazione e l'aggiornamento del personale coinvolto, compreso quello penitenziario;
- favorire ed implementare la cooperazione tra area sanitaria ed area di trattamento sin dai nuovi giunti. In particolare tali prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità.

Area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale Ospedale Madonna delle Grazie di Matera

L'Unità Operativa di Neuropsichiatria infantile di riferimento regionale presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera effettua attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico nella fascia d'età da 0 a 18 anni. Affronta un ampio range di patologie molto differenziate tra loro, acute, subacute, croniche, rare, progressive ecc, spesso ad elevata comorbidità, una quota significativa delle quali ha bisogni multipli e complessi che perdureranno per tutta la vita e, quindi, ad elevato impatto sociale. La stessa collabora con i DSM delle Aziende Sanitarie cui afferiscono le Unità Operative territoriali.

Tuttavia, a garanzia dell'integrazione ospedale-territorio e dei percorsi assistenziali dedicati alla neuropsichiatria dell'età evolutiva, è istituito il Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile (DINI) quale espressione della rete integrata neuropsichiatrica della Regione Basilicata.

Area di assistenza di Psicologia Clinica

E' l'Unità Operativa che all'interno del DSM garantisce:

- il riconoscimento della esperienza personale e della soggettività del paziente;
- la valutazione del paziente e del suo trattamento;
- la presa in carico psicologica, vale a dire una comprensione del paziente a partire dalla sua storia ed un intervento che si prefigga di favorirne lo sviluppo, senza ridurre il trattamento ad una sola "cancellazione dei sintomi";
- una valutazione psicodiagnostica e trattamenti psicologici e psicoterapici di riconosciuta efficacia per minori ed adulti, all'interno del piano di trattamento complessivo, e quindi in un'ottica multidisciplinare, mirante a promuovere le migliori opportunità di sviluppo ed equilibrio della persona.

- Le competenze della Psicologia clinica si integrano con quelle di Psicologia di comunità in modo da garantire che le risposte date dal sistema DSM tengano conto del contesto familiare, relazionale e sociale, promuovendo la presa in carico globale attraverso gli strumenti dei trattamenti integrati e degli interventi di rete.

Area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali

E' una struttura complessa a valenza aziendale che coordina tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

Considerata la necessità di potenziare le strutture di offerta necessarie a soddisfare le prestazioni residenziali e semiresidenziali psichiatriche, si ritiene, con il presente Piano, di stimare la previsione del fabbisogno prendendo in comparazione la dotazione residenziale prevista dal Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (2x10.000 ab.) che tende a potenziare le forme "leggere" di assistenza tutelare. Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extra-ospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM.

Per la Regione Basilicata, considerando la popolazione totale (588.879 all' 1/1/2010), si ritiene di dover valutare la quota di posti letto necessari in 230 (3,9x10.000 ab.).

Per la Regione Basilicata, si prevedono le seguenti tipologie di strutture:

- Residenze riabilitative per la post-acuzie (RP1.1)
- Case famiglia (RP1.2.1 - RP1.2.2)
- Gruppi appartamento di convivenza (RP2)
- Residenze protette (RP2)

Le dotazioni di posti letto residenziali per ASL sono riportate nelle tabelle che seguono.

Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche	230	152	78

Coefficiente	Residenze riabilitative	Casa famiglia	Gruppi appartamento	Residenze protette	TOTALE
	1,2/10.000	1/10.000	0,7/10.000	1,1/10.000	3,9/10.000
ASP	46	40	28	42	152
ASM	24	20	14	22	78
Tot	70	60	42	64	230

Il Piano declina le prestazioni residenziali nelle seguenti tipologie:

1. **Prestazioni terapeutico-riabilitative** erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi:

- **Intensivi:** la durata massima della degenza, fissata dal progetto terapeutico, non è comunque superiore a 18 mesi. Le **strutture di erogazione** sono **Residenze Riabilitative psichiatriche per la post-acuzie (8-12 PL)**
- **Estensivi:** sono prestazioni che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico riabilitativi di tipo estensivo. Le **strutture di erogazione** sono le **Case Famiglia (massimo 8 PL)**.

Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

- personale socio-sanitario presente 24 ore. La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
- personale socio-sanitario presente 12 ore. La durata massima della degenza è stabilita di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

2. **Prestazioni socio-riabilitative** ,erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti: personale socio-sanitario presente 24 ore, personale socio-sanitario presente 12 ore. Le **strutture di erogazione** sono i **Gruppi appartamento di convivenza (4-6 PL) e le Residenze Protette (8-10 PL)**

3. **Prestazioni semiresidenziali (SRP)** erogate in strutture che accolgono i pazienti durante le ore diurne, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali. Le **strutture di erogazione** sono **Centri Diurni**

Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità.

La Partecipazione

Il DSM, servizio di comunità, promuove meccanismi di partecipazione democratica degli utenti, dei familiari e delle associazioni che li rappresentano, nonché delle associazioni di volontariato che li sostengono. La partecipazione è pre-condizione per promuovere l'empowerment delle organizzazioni e delle comunità locali.

La partecipazione sviluppa:

- appartenenza;
- percezione di influenzare e controllare gli eventi del contesto;
- possibilità di concorrere alle decisioni;
- impegno e contribuzione allo sviluppo della comunità (community development).

Il DSM promuove la istituzione con atto del Direttore Generale dell'Azienda Asl, del Comitato di partecipazione Utenti e Familiari- Salute Mentale del quale fanno parte rappresentanti di utenti e di associazioni di utenti, rappresentanti di associazioni di familiari, il Direttore del DSM, almeno un operatore per ogni area dipartimentale, rappresentanti di tutte le Associazioni presenti sul territorio che perseguano per statuto nelle loro finalità la salute mentale.

Il DSM partecipa e promuove la partecipazione degli utenti alla Consulta Regionale per la Salute Mentale

Accountability e rendicontazione sociale

Il DSM garantisce almeno una **conferenza annuale di servizio** in cui rendiconta alla comunità tecnico-scientifica e locale delle proprie iniziative, progetti, attività di ricerca, etc; espone i risultati della valutazione e le azioni di programmazione

CAPITOLO 25 - IL DISTRETTO DI COMUNITA'

Il Distretto viene a configurarsi come:

- un ambito territoriale (aree omogenee, secondo l'art. 4 della L.R. 12 DEL 2008) della Azienda sanitaria locale, coincidente con gli ambiti socio-territoriali; una coincidenza che favorisce la programmazione e la gestione integrata dei servizi (anche tramite la costituzione di organismi paritetici) e la condivisione dei progetti di cura e di assistenza da parte degli operatori (integrazione istituzionale, gestionale e professionale). Pertanto l'Azienda Sanitaria locale di Potenza e l'Azienda Sanitaria locale di Matera si articolano in distretti territoriali, denominati Distretti di Comunità. L'ambito territoriale dei Distretti di Comunità coincide con l'ambito socio-territoriale delle sette Aree Programma costituite, ai sensi dell'art.23 della L.R. 30 dicembre 2010, n.33, con la DGR n.246/2012, cui si aggiungono le due aree urbane costituite dai Comuni di Potenza e Matera.

I Distretti di Comunità dell'Azienda Sanitaria di Potenza sono i seguenti: Vulture Alto Bradano, - Basento, Bradano, Camastra – Marmo, Platano, Melandro – Lagonegrese, Pollino - Val d'Agri - Comune di Potenza.

I Distretti di Comunità dell'Azienda Sanitaria di Matera sono i seguenti: Bradano, Basento – Metapontino, Collina Materana - Comune di Matera;

- una macro-organizzazione complessa dell'azienda sanitaria alla quale va riconosciuto, non solo formalmente, un ambito di autonomia di risorse e di gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali;
- un luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti. In quest'ambito il Distretto opera in un ruolo di governance, adottando progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina e adotta strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità (governo clinico).

Le funzioni

Pianificazione e programmazione delle attività territoriali che si esplicita attraverso l'adozione del Piano attuativo sanitario distrettuale pluriennale a scorrimento annuale (PASD) per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale, ivi compresa quella ad elevata integrazione sanitaria). Esso si affianca al Piano intercomunale dei servizi sociali e sociali a rilevanza sanitaria (PISS) ed è redatto dal Direttore del Distretto che definisce anche la dotazione strutturale delle risorse (strumentali, tecnologiche, umane) necessarie alla sua elaborazione.

Il Distretto, in raccordo con l'ufficio per il piano sociale e sociosanitario, esercita compiti di pianificazione e gestione integrata dei servizi sanitari e sanitari a rilevanza sociale sul territorio di riferimento e formula le conseguenti proposte per la programmazione aziendale.

L'organizzazione del Distretto

Il Direttore di Distretto è componente del Collegio di Direzione dell'Azienda Sanitaria. È individuato dal Direttore Generale secondo le modalità previste per l'incarico di responsabile di struttura complessa e nel rispetto di quanto previsto dal Dlgs 502 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Direttore di Distretto è responsabile di unità operativa complessa e si avvale di un Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da:

- direttori delle U.O. distrettuali;
- rappresentanti dei MMG, dei PLS e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.
- responsabili degli eventuali gruppi di progetto costituiti in ambito distrettuale.

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è in staff al Direttore di distretto, con funzioni consultive e propositive in tema di:

- distribuzione delle risorse umane tra le diverse articolazioni organizzative distrettuali coerente ai fabbisogni e compatibile con la dotazione organica complessiva del distretto;
- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione di MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali convenzionati;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale;
- predisposizione del PASD;
- qualsiasi altra materia in Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre.

Infine, deve raccordarsi con il coordinatore del Piano intercomunale.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate con appositi regolamenti.

La sede della direzione del Distretto di Comunità è determinata, a partire da quanto già previsto dalla L.R.12/2008, dal Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria di intesa con la Conferenza Istituzionale di Ambito (Conferenza dei Sindaci).

Gli strumenti di programmazione ed il ruolo del livello locale

Il Piano attuativo sanitario distrettuale (PASD), per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale), viene proposto dal direttore di Distretto, sentito il Coordinatore dell'Ufficio del piano sociale, e adottato dal Direttore generale dell'azienda.

Per garantire l'attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata il PASD è affiancato dal "Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari" (PISS), che è adottato per ciascun Ambito Socio-Territoriale dai Comuni associati, coincidente con gli ambiti amministrativi del Distretto della Salute, mediante accordo di programma, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267, sottoscritto dai Sindaci e dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento, nonché dagli altri soggetti pubblici eventualmente coinvolti.

Il Piano intercomunale, definito dall'art. 16 della L.R. 4 del 2007, unifica e sostituisce a tutti gli effetti il Programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3, comma 3, del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229, per la parte sociosanitaria, e il Piano Sociale di Zona di cui all'art. 19 della legge 8 novembre 2000 n. 328.

Il Piano intercomunale, per la parte sociosanitaria, ovvero sociale a rilevanza sanitaria, dovrà essere predisposto dal coordinatore dell'Ufficio del piano sociale unitamente al Direttore di Distretto che lo sottoscrive.

La Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale (Conferenza dei Sindaci) istituisce l'Ufficio di Piano presso il Distretto. L'ufficio non sarà più l'Ufficio di Piano Sociale, ma dovrà essere l'Ufficio del Piano sociale e sociosanitario e dovrà integrarsi nella componente sanitaria e sociale.

La Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale composta, per ciascun Ambito, dai Sindaci dei comuni associati e partecipata, a titolo consultivo, dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria competente per territorio o suo delegato, dal Direttore del Distretto e da un amministratore della Provincia o suo delegato, nonché per la trattazione delle questioni afferenti alle persone sottoposte a provvedimenti giudiziari di detenzione o a misure di pena alternative, dal Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria o suo delegato (art.12, comma 3, L.R. 4/07), ha funzione di indirizzo e di controllo per la realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata erogati in ciascun territorio attraverso i servizi del Distretto di Comunità e dell'Ambito Socio-Territoriale.

Le attività dell'Ufficio di Piano sono definite dal Coordinatore dell'Ufficio del piano sociale, sentito il Direttore di distretto.

I contenuti del Piano intercomunale sono definiti dal comma 6 dell'art. 16 della L.R. n. 4/2007.

I Piani intercomunali si raccordano con gli altri strumenti programmatici di sviluppo, di crescita e di qualificazione del territorio, in una visione unitaria delle politiche di potenziamento dei beni e servizi per la comunità.

L'art. 4 della L.R. 12/08 prevede la costituzione di Unità dei servizi integrati di base (USIB), centri operativi sub distrettuali che assicurano unitarietà di organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (area della cronicità, area della fragilità, etc.), che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse.

Le USIB diventano, in concreto, degli ambiti sub distrettuali .

La programmazione aziendale individua in conformità con gli indirizzi emanati dall'assessore della salute le sedi delle eventuali USIB, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di copertura dei costi legati al suo funzionamento entro 90 giorni dalla pubblicazione del seguente piano.

Il modello distrettuale

Rientrano nel livello di assistenza distrettuale, le seguenti attività assistenziali:

- primaria;
- farmaceutica;
- domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- specialistica ambulatoriale e protesica;
- riabilitativa;
- consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- sociosanitaria;
- dipendenze patologiche;
- residenziale e semiresidenziale territoriale;

Sono esclusi dalle competenze distrettuali gli ospedali per acuti sedi di Pronto Soccorso Attivo-PSA, così come individuati dalla programmazione sanitaria regionale, in quanto appartenenti all'area ospedaliera aziendale, con essi il Distretto individua specifici protocolli per la continuità assistenziale.

Oltre alle attività sopra menzionate, il **Distretto di Comunità** organizza le proprie funzioni amministrative che assicurano le seguenti attività:

- funzioni rivolte al proprio interno con valenza anche rispetto ad altri servizi centralizzati dell'Azienda U.L.S.S.(contabilità direzionale distrettuale);
- funzioni rivolte all'utenza (rilascio tessere sanitarie, attestati di esenzione, centro di prenotazione prestazioni specialistiche, ecc);
- funzioni di coordinamento e di raccordo con le altre macro-strutture aziendali per le funzioni amministrative (dipartimento di prevenzione e presidi ospedalieri).

Spetta al Direttore generale della ASL, tramite l'atto aziendale, definire il modello organizzativo del Distretto e le relative unità operative, tenuto conto di quanto indicato dalla legge n. 12 del 2008, nonché l'eventuale sub articolazione del Distretto in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB).

Nell'atto aziendale sono anche definiti i momenti di integrazione con:

- i Dipartimenti Ospedalieri al fine della definizione di percorsi assistenziali;
- il Dipartimento Salute Mentale per programmi ed iniziative di prevenzione, definizione di percorsi assistenziali al fine della continuità assistenziale e presa in carico attraverso la valutazione integrata;
- i Dipartimenti di Prevenzione per i programmi e le iniziative di prevenzione primarie;

- l'ambito socio-territoriale per l'elaborazione del Piano intercomunale dei servizi sociali ed assistenziali;
- le politiche aziendali che governino i rapporti con la medicina generale, la pediatria di famiglia, la specialistica, l'integrazione sociosanitaria, le cure domiciliari.

Con appositi regolamenti di organizzazione saranno disciplinate le modalità di funzionamento dei Distretti di Comunità.

Vengono altresì costituiti i Comitati Misti aziendali e di distretto per il controllo di qualità dei servizi. I Comitati sono composti da esperti di valutazione.

È compito dei Comitati Consultivi Misti:

- promuovere l'utilizzo di indicatori di qualità e l'esecuzione di controlli di qualità, specie con riferimento ai percorsi d'accesso ai servizi ed alle liste di attesa;
- concorrere all'azione di vigilanza per il raggiungimento e la tenuta degli standard di sicurezza delle strutture sanitarie e distrettuali;
- sperimentare modalità efficaci di raccolta e di analisi delle segnalazioni dei disservizi; redigere una relazione trimestrale delle azioni svolte e dei risultati raggiunti da trasmettere all'Azienda ed al Dipartimento regionale.

Il Comitato dura in carica cinque anni. L'Atto Aziendale ne regola la composizione ed il funzionamento e ne disciplina le relazioni con gli organi e le strutture aziendali.

DISTRETTO			
OBIETTIVI SPECIFICI	AZIONI/STRUMENTI	TEMPI	VERIFICA ATTUAZIONE
Articolazione Organizzativa	Ridefinizione del numero dei distretti come previsto dal PSR 2012-2015	A regime entro primo semestre di vigenza del piano	Adozione Atti Aziendali
	Attivazione Unità Operative secondo quanto previsto dal PSR 2012-2015	A regime entro primo semestre di vigenza del piano	Adozione Atti Aziendali
Sportello unico d'accesso (PUA)	Sperimentazione di uno Sportello Unico d'Accesso (SUA) in ognuna delle 2 ASL	Fine sperimentazione 2013;	Report di Sperimentazione
	Attivazione di un SUA in ognuno dei distretti	A regime entro I sem. 2014	Adozione atti formali aziendali
	Attivazione del Centro unico di accesso alla disabilità (CAUD) presso ogni SUA	A regime entro I sem. 2014	Adozione atti formali aziendali
Potenziamento della UVI (Unità Di Valutazione Integrata)	Adozione degli strumenti per la valutazione del bisogno assistenziale secondo quanto previsto dal PSR 2012-2015	Entro I semestre di vigenza del piano	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	UVI come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali		Adozione specifici Atti formali Aziendali
Forme sperimentali di assistenza	Sperimentazione di forme innovative di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di assistenza post ospedaliera, di residenzialità e semiresidenzialità sanitaria e sociosanitaria integrata	Fine sperimentazione 2014;	Report di Sperimentazione
Coordinamento Funzioni territoriali	Istituzione del Comitati Misti Aziendali e di Distretto	I semestre di vigenza del piano	Adozione specifici Atti formali Aziendali
	Attivazione dell'UCAD (Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali)	I semestre di vigenza del piano	Adozione specifici Atti formali Aziendali

CAPITOLO 26 - L'ASSISTENZA CONSULTORIALE

Le competenze delle strutture consultoriali, definite all'art. 1 della L.R. n. 7/77 di istituzione dei Consulori Familiari, sono sostanzialmente riprese dalla Legge istitutiva nazionale n. 405/75, cui si rinvia.

Con D.G.R. n. 214 del 9 febbraio 2010, la Giunta Regionale ha approvato le Linee-guida regionali per i Consulori Familiari allo scopo di fornire alle Aziende Sanitarie Locali indirizzi per la organizzazione della rete dei Consulori Familiari e criteri generali per gli interventi previsti a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute delle persone in età evolutiva e adolescenziale, e delle relazioni di coppia e familiari.

La rete dei servizi consultoriali e l'integrazione sociosanitaria

Dalle indicazioni contenute nel POMI, si possono identificare i compiti che devono assolvere i vari livelli assistenziali nell'area materno-infantile:

- primo livello: la prevenzione, la presa in carico, la promozione della salute, rappresentato prevalentemente dai Consulori Familiari;
- secondo livello: l'attività di diagnosi e cura, rappresentato prevalentemente dagli ambulatori specialistici territoriali;
- terzo livello: l'attività di diagnosi e cura, rappresentato dagli ospedali.

I Consulori, nell'esercizio delle proprie funzioni, esplicano attività di primo e secondo livello ed agiscono in sinergia con il terzo livello.

L'attività di diagnosi e cura (secondo livello) all'interno dei Consulori deve comunque limitarsi ad assumere una competenza di «prima istanza» riservata in particolare alla presa in carico (garantendo ove necessario percorsi preferenziali per l'accesso alle strutture) dei casi problematici identificati nell'attività svolta nei programmi di prevenzione o segnalati dalla pediatria di libera scelta, dalla scuola, dai servizi sociali, ecc.

L'attività consultoriale si esplica in:

- servizi all'utenza spontanea (informazione e consulenza psico-sociale e sanitaria, presa in carico);
- programmi di prevenzione mirati (gruppi spontanei o preventivamente definiti o gruppi a rischio) realizzati all'interno dei consultori e/o all'esterno (per es. scuole di vario grado);
- attività territoriale integrata (in collaborazione con i Comuni e altre istituzioni pubbliche e private, le organizzazioni del terzo settore, altre aree e servizi dell'Azienda Sanitaria, le associazioni, il volontariato, le parrocchie);
- attività di documentazione, formazione, ricerca e pubblicazione;
- attività di programmazione, verifica e monitoraggio.

Il modello organizzativo

Per garantire unità, efficienza e coerenza negli interventi dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica, è necessario prevedere l'organizzazione di tutti i fattori produttivi utili alla migliore realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona secondo un modello organizzativo a rete, così come indicato nella Direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Potenza (ASP) e di Matera (ASM) per l'organizzazione e il funzionamento del macrolivello territoriale.

L'organizzazione a rete dell'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica garantisce l'integrazione con gli altri servizi territoriali e con quelli ospedalieri e degli Enti locali per permettere la continuità della presa in carico e per la realizzazione degli interventi di promozione della salute.

Il Consultorio Familiare, nel rispetto delle prerogative sue proprie, istituzionali ed operative, si integra nell'organizzazione dell'assistenza distrettuale. Dovendosi integrare con le funzioni distrettuali, il Consultorio Familiare dovrà almeno servire lo stesso bacino o un sottobacino d'utenza dell'Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB) in cui opera.

Tutti i Consultori dovranno essere messi in rete per garantire l'omogeneità degli interventi e l'uniformità delle azioni.

CAPITOLO 27 - IL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI

Obiettivi e funzioni dell'assistenza domiciliare

Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare possono essere così riassunti:

- garantire un intervento qualificato e coerente ai bisogni di salute e di benessere dell'utente;
- migliorare la qualità della vita dell'utente fornendo risposte globali e continuative basate sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali;
- mantenere per quanto possibile l'utente nel proprio ambiente familiare e sociale, evitando e/o ritardando l'istituzionalizzazione;
- evitare o ridurre i rischi di isolamento o di emarginazione sociale;
- favorire la deospedalizzazione evitando i ricoveri non necessari o troppo prolungati con riduzione dei disagi di ordine psicologico, economico e sociale sia per l'utente che per i propri familiari;
- assicurare continuità terapeutica ed assistenziale nel momento critico della dimissione ospedaliera.

Le funzioni assistenziali domiciliari sono:

- assistenza domiciliare programmata (ADP);
- assistenza domiciliare integrata (ADI);
- assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sanitario;
- assistenza domiciliare di tipo esclusivamente sociale ;
- assistenza domiciliare rivolta ai malati in fase critica.

I livelli di intensità assistenziale

Le cure domiciliari, in base alle complessità correlate, come dettagliatamente articolato nelle linee guida approvate con la D.G.R. n.862/2008, vengono suddivise in:

- Cure Domiciliari Prestazionali, prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Le Cure Domiciliari Prestazionali prevedono un ruolo di centralità del MMG che assume la responsabilità del processo di cura a domicilio del paziente e sono autorizzate dal Responsabile del Servizio di Cure Domiciliari;
- Cure Domiciliari di I e II livello, assenza di criticità specifiche ma bisogno di continuità assistenziale e di interventi programmati che si articolano su più giorni settimanali (I livello massimo 5 giorni, II livello massimo 6 giorni);
- Per cure domiciliari integrate di I e II livello si intendono gli interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie che prevedono la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del MMG nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione integrata. Il MMG assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.
- Cure Domiciliari integrate di III livello e Cure domiciliari palliative a malati terminali, presenza di criticità specifiche e bisogno di continuità assistenziale e d'interventi con un elevato livello di complessità che si articolano anche sui 7 giorni della settimana (assorbono "l'Assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale", "l'Ospedalizzazione Domiciliare" e "l'Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative").

Le cure domiciliari di III livello si rivolgono a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche;
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

La legge n.38 del 15 marzo 2010 impone ancor più una programmazione attenta al bisogno assistenziale nella fase finale della vita e nei casi di malattie ad andamento evolutivo, per:

- sensibilizzare ad una cultura del controllo del dolore e della sofferenza globale;
- tutelare il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore;
- completare l'offerta di servizi in modo sempre più aderente alle reali esigenze cliniche dei pazienti.
- rafforzare l'offerta delle cure palliative nell'età neonatale, pediatrica ed adolescenziale, per migliorare la qualità della vita del bambino con malattia irreversibile e dei suoi familiari.

Organizzazione dei servizi sanitari domiciliari

Il modello organizzativo delle cure domiciliari, come definito nelle linee-guida di cui alle DD.GG.RR. n.1655/2001 e n.862/2008, è stato confermato anche a seguito della riforma sanitaria regionale, L.R. n.12/2008 e della direttiva vincolante per l'organizzazione e il funzionamento del Macrolivello territoriale (D.G.R n.1646/2009).

Il Centro di coordinamento delle cure domiciliari e palliative ha conservato la propria funzione ed ha al momento sede distrettuale, coincidente con l'ambito geografico delle soppresse aziende sanitarie.

Il governo della rete dei servizi sanitari domiciliari è a tutt'oggi assicurato dal Centro di Coordinamento delle Cure Domiciliari e delle Cure Palliative che è integrato nell'Unità operativa Assistenza domiciliare e residenzialità.

Il Centro di Coordinamento è punto di riferimento e di collaborazione con i servizi esistenti, sia sanitari sia sociali ed opera a tre livelli: ospedaliero, territoriale e nelle strutture comunitarie, protette e non, in collaborazione con il medico curante.

Le competenze del Centro di coordinamento sono:

- coordinamento generale con i servizi Socio assistenziali erogati dall'Ambito Socio Territoriale;
- attivazione dell'UVI distrettuale per la valutazione e la eventuale presa in carico;
- valutazione tecnico-professionale per la qualità del servizio ed organizzazione (elaborazione di protocolli, del prontuario terapeutico, della relazione annuale);
- valutazione gestionale (coordinamento interdistrettuale per un'omogenea realizzazione del programma ADI, elaborazione di modulistica unica...), in collaborazione con i direttori di distretto e con il coordinatore dell'Ambito Socio Territoriale;
- formazione periodica multidisciplinare (elaborazione di programmi di aggiornamento per équipe ADI): la formazione può essere attivata in forma congiunta con i Comuni, anche per le figure sociali, previo accordo tra le parti;
- attivazione di specifici protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato;
- verifica e controllo delle attività domiciliari comprese quelle eventualmente delegate al terzo settore.

La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, la pianificazione organica delle unità di offerta, la valutazione multidimensionale, la globalità ed intensività dei piani di cura, la continuità terapeutica degli interventi, la collaborazione tra operatori sociali e sanitari, la valutazione dei costi nelle decisioni, la valutazione evolutiva degli esiti e, sulla scorta di questi principi, dovrà presentare ogni anno il **piano annuale delle attività** che definisce le modalità con cui saranno raggiunti gli obiettivi assegnati nel rispetto dei principi di qualità più avanti precisati e su cui andranno prodotti specifici indicatori per ogni singolo obiettivo.

Tale Piano rientra nel Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari come stabilito dall'art. 16 della L.R. n. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale".

Al Centro di Coordinamento sono indirizzate le segnalazioni di assistenza domiciliare che poi provvederà ad indirizzarle alla UVI distrettuale perché venga promossa la valutazione del caso.

Ogni UVI, composta dal medico curante, infermiere professionale, terapista della riabilitazione ed assistente sociale aziendale e/o dell'operatore dei servizi sociali dell'Ambito, integrata da eventuali altre figure professionali (specialista, psicologo, ecc) sulla base dei bisogni segnalati individua, al proprio interno, un membro che funge da "Case Manager" o coordinatore del caso che, una volta ricevuta la richiesta o la segnalazione di intervento, effettua la valutazione multidimensionale (VMD) presso il domicilio del paziente o in ospedale prima della dimissione.

I presupposti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG.

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio integrato di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, Lo strumento di valutazione multidimensionale adottato dalla regione Basilicata è il VAOR-ADI;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene, inoltre, individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

L'Unità di Terapia del Dolore e Cure Palliative è il supporto organizzativo alle attività di assistenza domiciliare ai malati in fase critica.

Gli obiettivi primari sono:

- consulenza per i malati ricoverati nei reparti ospedalieri;
- consulenza per i medici di medicina generale nei casi di particolare impegno e complessità di ammalati assistibili a domicilio;
- controllo e monitoraggio del dolore ed altri sintomi con tecniche specifiche;
- accesso preferenziale dei malati terminali per ricoveri brevi indirizzati a trattamenti non eseguibili a domicilio, per predisporre un adeguato piano di cura (titolazione di farmaci, diagnostica strumentale complessa, dispositivi impiantabili, tecniche neurolesive, alimentazione);
- effettuazione di interventi di sostegno (confezionamento di gastrostomia per endoscopica, digiunostomia, colonstomia, nefrostomia, protesi digestive) e fornire un

sollevio temporaneo dal carico assistenziale alla famiglia se inserita in un piano di assistenza domiciliare;

- relazione con i diversi servizi ospedalieri per il passaggio del paziente dalla fase di trattamento a quella palliativa;
- integrazione e completamento dell'attività della rete domiciliare di assistenza laddove sia assente o indisponibile il nucleo familiare del malato terminale o sia inadeguato o assente il domicilio dello stesso.

Il modello assistenziale prevede, infatti, la possibilità di ospedalizzazioni "mirate" al controllo sintomatico di momenti di malattia non gestibili a livello domiciliare.

Questa articolazione funzionale, in rete con gli altri nodi del sistema che fa capo alla UOC Cure domiciliari e Cure residenziali e semiresidenziali, può favorire la continuità terapeutica, assistenziale ed organizzativa. I nodi della rete costituiscono i punti di sintesi e di svincolo fra cure palliative e cure primarie.

CAPITOLO 28 - IL SETTORE DELLE DIPENDENZE

Gli obiettivi operativi che la Regione intende sviluppare nel prossimo triennio, vanno declinati in:

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

Al fine di monitorare lo sviluppo degli obiettivi sopra declinati, la Regione promuove l'attivazione di un'apposita sezione "dipendenze patologiche" nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale. Con apposito regolamento regionale verranno definite le modalità di composizione e funzionamento della sezione.

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

L'attuale distribuzione dei Ser.T nella regione, risente di un'eccessiva tendenza alla centralizzazione dell'offerta e soddisfa solo parzialmente l'esigenza di territorializzazione.

Le Aziende Sanitarie devono, quindi, prevedere la costituzione dei Ser.T in ogni Distretto. Si tratta di Servizi offerti da una équipe multiprofessionale che opera sia presso la Struttura Distrettuale e Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB) che presso le altre strutture sanitarie, sociali o socio/sanitarie del Distretto (scuole, strutture penitenziarie, Enti Locali, DSM, Medicina Generale Ospedale), al fine di fornire assistenza a bisogni particolari (alcolismo, tabagismo, abuso/dipendenza in adolescenza, droghe, gioco d'azzardo patologico e dipendenze alimentari).

I Ser.T, per attività di riabilitazione, residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale, mantengono il profilo multidisciplinare del personale assicurando trattamenti di carattere psicologico, socio-riabilitativo, medico-farmacologico e preventivo, estendendo i loro interventi nell'ambito relativo alle sostanze d'abuso legali ed a quelli delle dipendenze comportamentali.

Ogni Azienda sanitaria dovrà definire un programma di formazione ed aggiornamento annuale sui temi delle dipendenze che preveda momenti di formazione per il personale dei Ser.T e delle Comunità terapeutiche, secondo gli indirizzi che saranno indicati dalla Regione.

E' importante che i servizi del Privato Sociale e degli Enti Accreditati vengano compresi nella rete locale e che si relazionino con i Ser.T. Le Aziende Sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi del Terzo Settore, nell'ambito della prevenzione, cura e reinserimento sociale per le persone con problemi di dipendenza, costituiscono il coordinamento per le dipendenze, quale supporto alla programmazione territoriale composto da:

- responsabili dei Ser.T;
- rappresentanti degli Enti Accreditati;
- rappresentanti del Privato Sociale;
- rappresentanti degli Enti Locali;
- soggetti rappresentativi delle realtà locali (Forze dell'Ordine, Amministrazione; Penitenziaria, Istituzioni Scolastiche, Prefetture).

CAPITOLO 29 - .LA RESIDENZIALITA'

Il sistema della residenzialità congiuntamente a quello delle cure domiciliari e della post acuzie rappresenta un caposaldo della rete territoriale dedicata alla presa in carico della popolazione fragile nelle sue diverse declinazioni(anziani, disabili, portatori di patologie croniche)

L'obiettivo del piano è quello di giungere alla realizzazione di un sistema integrato di attività dedicate e funzionali ai soggetti trattati che persegua obiettivi di appropriatezza ed efficacia.

A tal fine è indispensabile una riorganizzazione del sistema presente ancora fondamentalmente " ospedalocentrico"

Pertanto il modello della rete territoriale descritto definisce un obiettivo da perseguire con un programma di attivazione che si colleghi alla creazione di percorsi assistenziali dedicati anche attraverso l'ausilio del privato accreditato .

La regione Basilicata provvederà a definire congiuntamente con le aziende sanitarie indicazioni operative per perseguire l'obiettivo della deospedalizzazione e della presa in carico territoriale

In tali ambiti entro novanta giorni dalla pubblicazione del presente Piano, con direttiva della Giunta Regionale, verranno definite le condizioni per l'autorizzazione all'avvio di attività di nuove istituzioni

Fabbisogno di prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Anziani.

La stima della popolazione non autosufficiente anziana con vari gradi di disabilità permanente e transitoria è all'incirca 35.000 unità, costituisce il 30% del totale della popolazione lucana maggiore di 65 anni (118.000 unità). Sulla base di indagini campionarie epidemiologiche (Studio Passi) circa il 7% degli ultrasessantacinquenni lucani, corrispondenti a 8.250 unità, soffre di disabilità transitorio/permanenti che richiedono forme d'assistenza e cura della persona nelle diverse tipologie di residenze sanitarie mentre il restante 23%, pari a circa 27.250 unità, dovrebbe fruire delle varie forme di assistenza domiciliare (assistenza MMG ADP, assistenza Ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare sanitaria, assistenza domiciliare integrata sociosanitaria, ADI critica per pazienti terminali, ADI palliativa).

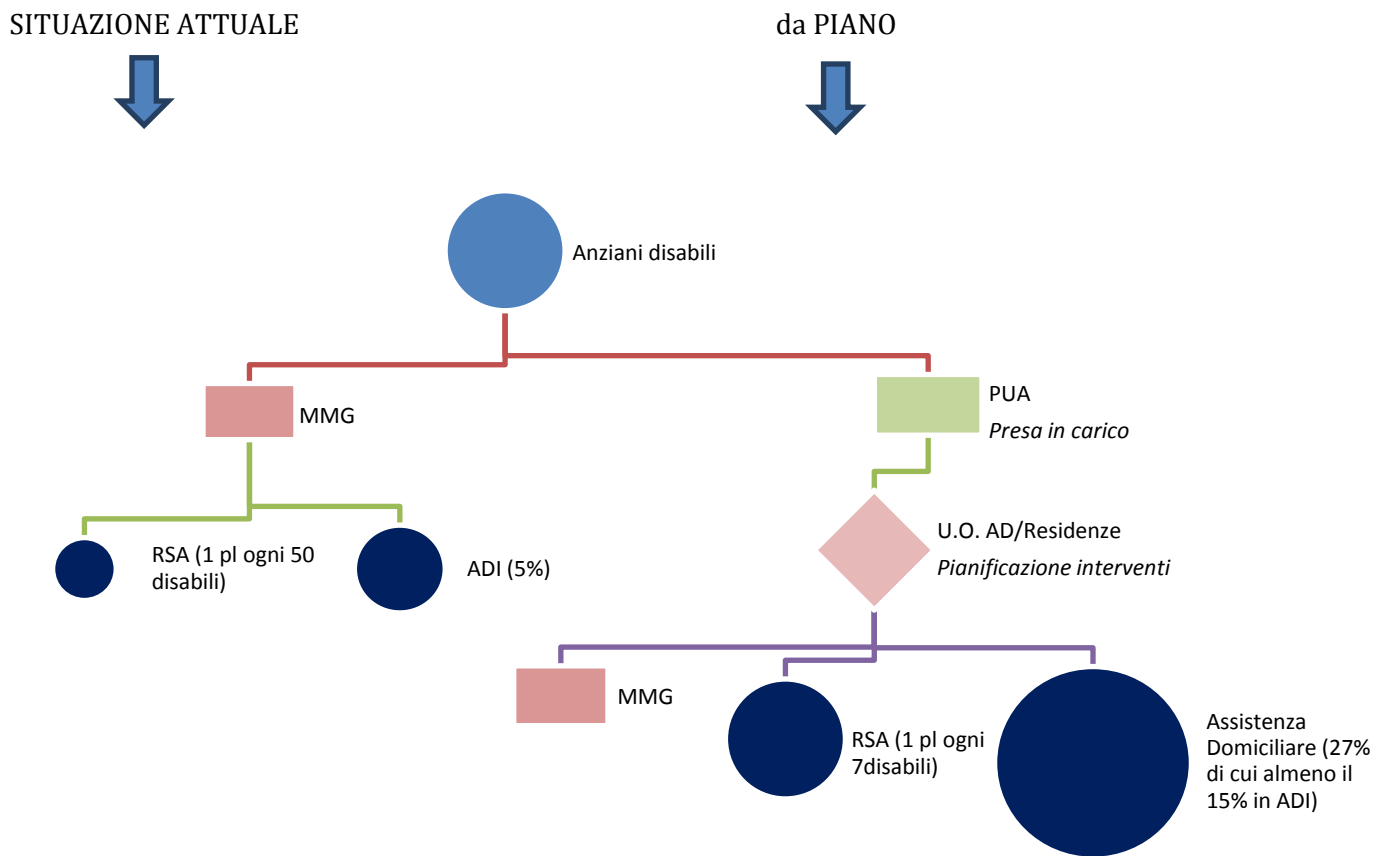
Pertanto, la previsione del fabbisogno dell'offerta di RSA nelle sue diverse forme prevista al 10 per mille di posti letto residenziali e semiresidenziali per gli anziani non autosufficienti, dementi senili e Alzheimer, garantisce una risposta di sollievo e al tempo stesso evita un'indebita istituzionalizzazione degli stessi prevedendo un maggiore sviluppo dell'assistenza domiciliare.

Allo stato attuale le residenze disponibili offrono per le tipologie sopraindicate un totale di 156 posti letto di cui 132 nella provincia di Potenza e 24 nella provincia di Matera. La programmazione pertanto passa dalla attuale disponibilità di 1 posto letto ogni 53 unità di anziani non autosufficienti con fabbisogno di

assistenza residenziale ad 1 posto letto ogni 7 unità, per un totale di 1179 posti letto residenziali e semiresidenziali a livello regionale.

Nel piano le Unità Operative distrettuali Cure domiciliari e Residenziali costituiscono insieme al Punto Unico di Accesso (PUA) per la presa in carico del cittadino con fabbisogni sociosanitari la sede specifica per la presa in carico, la realizzazione dei Piani di Assistenza per queste tipologie di cittadini e la risposta adeguata a garanzia del fabbisogno. L'anziano potrà quindi essere avviato in ADI o in RSA a bassa, media, alta assistenza (R1, R2, R3) o, se portatore di disturbi di natura cognitiva, nel RSA nucleo Alzheimer o RSA demenze senili. Allo stato attuale l'offerta residenziale sul territorio regionale è insufficiente, vi è un'offerta di ADI che, seppur adeguata dal punto di vista qualitativo, risulta ancora non equamente diffusa sul territorio. A titolo esemplificativo si rappresenta il seguente schema:

Fig.1



Si è provveduto, quindi, a stimare il fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali, calcolato sulla base dei seguenti parametri:

- percentuale anziani dipendenti stimata intorno al 30% della popolazione > 65 anni, pari a circa 118.000 abitanti (studi di settore, anno 2004);

- tasso di copertura della popolazione anziana non-autosufficiente con la residenzialità e semiresidenzialità del 7%. Il restante 23% della popolazione anziana non-autosufficiente viene coperta con le diverse forme di Assistenza Domiciliare integrata, per evitare le forme di segregazione sociale.

Considerata la necessità di potenziare il sistema di offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, si è pensato di elevare a 826 i posti letto, ripartiti tra le diverse tipologie di strutture, secondo il dettaglio esplicitato nelle tabelle di seguito riportate.

Tabella - Fabbisogno di posti letto per residenziale e semiresidenziale

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 aa	Fabbisogno di PL
RSA anziani R1 R2 R3	5,6	660
Semiresidenzialità anziani SR	1,4	165
RSA demenze senile R2D: Demenza senile Nuclei Alzheimer	2,0	236
Semiresidenzialità demenze SRD	1,0	118

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 anni
RSA anziani (R1 R2 R3)	5,6
R1	0,56
R2	1,68
R3	3,36

I coefficienti si riferiscono all'intera popolazione anziana e costituiscono una proiezione simulata e semplificata del fabbisogno di intensità di cura sulla base di calcoli inferenziali e di studi pilota epidemiologici e di utilizzo di parametri quali l'indice di Katz e di ADL (Activities of Daily Living) per la valorizzazione della dipendenza.

Il quadro del fabbisogno di posti letto residenziali e semiresidenziali per anziani, suddiviso per Azienda sanitaria è, invece, riportato nelle tabelle che seguono, suddivise per tipologie di struttura.

Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
RSA anziani R1 R2 R3	660	440	220
R1	66	44	22
R2	198	132	66
R3	396	264	132
Tipologia di struttura	Fabbisogno di PL	ASP	ASM
Semiresidenzialità anziani SR	165	110	55

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “**cure intensive o estensive**” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “**assistenza e terapie di mantenimento**”, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

Gli standard qualificanti sono riassunti nelle indicazioni della Tabella che segue.

Prestazioni	Standard qualificanti
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min.
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

Allo stesso modo, è stata stimata la popolazione anziana > 65 con problemi di demenza senile nelle diverse espressioni che ammonta a circa 10.000, di cui 6.000 casi di demenza senile e disturbi del comportamento e 4.000 diverse forme e grado di Alzheimer. Il 30% di questa popolazione richiede prestazioni di tipo residenziale per la necessaria sorveglianza a prevalente assistenza sanitaria.

Si rileva, quindi, il seguente fabbisogno assistenziale

Tipologia di struttura	PL per 1.000 > 65 aa	Fabbisogno PL	ASP	ASM
RSA demenze senile R2D di cui:	2,0	236	157	79
• <i>Demenza senile</i>	1,3	153	102	51
• <i>Nuclei Alzheimer</i>	0,7	83	55	28
Semiresidenzialità demenze SRD	1,0	118	79	39

Il quadro dell'offerta attuale extra-ospedaliera per la Riabilitazione e Disabilità è riportata nella tabella che segue:

Tabella Posti letto residenziali (internato) e semiresidenziali (seminternato) accreditati Istituti riabilitazione ex art. 26

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	POSTI LETTO			
	Potenza	Potenza	Matera	TOTALE
Residenziale	140	38	0	178
Semiresidenziale	30	50	60	140
TOTALE	170	88	60	318

Stimando la popolazione disabile nell'ordine dell'1% della popolazione totale, si ritiene di dover valutare il fabbisogno di posti letto necessari nell'ordine del 2,5% della popolazione disabile, corrispondenti ad un tasso complessivo di posti letto per le diverse tipologie dello 0,35 x 1.000 abitanti (pari a 220 posti letto complessivi). Si registra, quindi, un'offerta di prestazioni residenziali e semiresidenziali (pari a 318 posti letto) superiore al fabbisogno.

Numerosi ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali vengono da altre Regioni. Pertanto, pur riconoscendo i 318 posti letto complessivi per l'assistenza ai residenti di Basilicata, sono contrattualizzabili solo 220 posti letto residenziali e semiresidenziali.

Tabella - Posti letto residenziali (internato) e semiresidenziali (seminternato) contrattualizzabili per i residenti in Basilicata Istituti riabilitazione ex art. 26

TIPOLOGIA PRESTAZIONE	DI	POSTI LETTO		
		Prov. Potenza	Prov. Matera	TOTALE
Residenziale		100	0	100
Semiresidenziale		79	41	120
TOTALE		179	41	220

In relazione alle diverse tipologie di utenti, declinate nelle Linee Guida sulla riabilitazione del 7 maggio 1998, verranno di seguito indicate le strutture preposte alla erogazione delle prestazioni:

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale. Ad esse è collegato il codice di attività RD1.

Strutture di erogazione: Residenze di Riabilitazione Estensiva (strutture ex art. 26) internato

- prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico. Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate, in nuclei specializzati, a persone non autosufficienti in età evolutiva affette da minorazioni plurisensoriali. Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche. Ad esse è collegato il codice di attività RD2.

Strutture di erogazione: Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva; Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva;

- prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio-riabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per: disabili gravi (codice di attività RD3).

Strutture di erogazione: Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti gravi o nuclei RSA disabili adulti (minimo 20 PL);

- disabili privi di sostegno familiare (codice di attività RD4).

Strutture di erogazione: Residenze sanitarie assistenziali per disabili adulti o nuclei RSA

disabili adulti (minimo 20 PL).

Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice

Le cure palliative costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali e alberghiere fornite con continuità nell'arco delle 24 ore che, in regime residenziale, sono garantite in un Centro specialistico di cure palliative/Hospice. L'Hospice fa parte della rete sanitaria, costituisce il nodo di ricovero della rete delle cure palliative ed opera in stretta integrazione con le cure palliative domiciliari.

Le tabelle che seguono riportano la programmazione di posti letto del presente Piano comparata ad una seconda tabella, che riporta il fabbisogno stimato degli stessi.

Tabella - Posti letto programmati per Hospice/Cure palliative

Tipologia di struttura	Totale PL	ASP	ASM	IRCCS CROB Rionero	A.O. S. Carlo
Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice	49	12	17	8	12

Tabella - Fabbisogno ed assegnazione definitiva posti letto per Hospice/Cure palliative

Tipologia di struttura	Totale PL	ASP	ASM	IRCS CROB Rionero	A.O. S. Carlo
Centri Residenziali per Cure Palliative/Hospice	54	16	18	8	12

Vengono individuati gli standard qualificanti di servizio riportati nella tabella che segue.

Qualità	Complessità
Presenza di: 1. Specifici Protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing. 2. Programmi formalizzati: per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia; l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto; per l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe; per la formazione continua del personale. 3. Criteri per la valutazione periodica del personale. 4. Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.	<i>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, sette giorni su sette composta almeno da:</i> <ul style="list-style-type: none"> • medico; • infermiere; • operatore tecnico dell'assistenza; • fisioterapista; • psicologo; • assistente sociale.

Sistemi di monitoraggio

La Regione Basilicata metterà a disposizione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), istituito presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"), le informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o per malati cronici stabilizzati secondo le modalità in esso stabilite.

Gli indicatori da includere nel sistema regionale di monitoraggio verranno determinati dagli atti di attuazione del Piano e sono, comunque, sia indicatori di struttura che indicatori di qualità.

CAPITOLO 30 - IL SISTEMA DELLA RIABILITAZIONE E IL RECUPERO DELLE DISABILITA'

Il quadro dell'offerta attuale per la Riabilitazione e Disabilità risulta così articolato:

Strutture sanitarie di Riabilitazione
1. Ospedaliere:
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA SPECIALITA' - Presidi di III livello:</i> Unità Spinali Unipolari Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici Unità per le disabilità gravi in età evolutiva Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA - Presidi di II livello:</i> U.O. Medicina Riabilitativa (Recupero e Rieducazione Funzionale) U.O. Recupero e Riabilitazione Cardiologica U.O. Recupero e Riabilitazione Respiratoria
<i>RIABILITAZIONE ESTENSIVA - Presidi di I livello:</i> Sezione di Lungodegenza riabilitativa Sezione/U.O. di Lungodegenza medica Sezione/U.O. di Lungodegenza ad alta intensività assistenziale Centri ambulatoriali di riabilitazione Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale

2. Extra-ospedaliera
<i>RIABILITAZIONE INTENSIVA - Presidi di II livello:</i> U.O. Medicina Riabilitativa (Recupero e Rieducazione Funzionale)
<i>RIABILITAZIONE ESTENSIVA - Presidi di I livello:</i> Sezione di Lungodegenza riabilitativa Presidi territoriali di riabilitazione (a ciclo diurno e/o continuativo) Centri ambulatoriali di riabilitazione Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale
3. Strutture socio-sanitarie a prevalente rilievo sanitario con presenza di attività riabilitative
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) Centro socio-riabilitativo diurno Centro socio-riabilitativo residenziale
4. Strutture socio-riabilitative
Residenze protette Comunità alloggio Case-famiglia
Centri di formazione professionale e collocamento agevolato al lavoro Servizio socio-culturali e di socializzazione

Gli interventi sanitari di riabilitazione, in relazione al momento dello sviluppo della disabilità, all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione, nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite, si distinguono in:

- attività di riabilitazione estensiva o intermedia: caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento. L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere;
- attività di riabilitazione intensiva: dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal

personale tecnico sanitario della riabilitazione).

Nell'ambito delle attività di I livello si ritiene opportuno specificare la distinzione tra:

- disabilità transitorie e/o minimali, il cui trattamento richiede un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe" e successive modifiche ed integrazioni;
- disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine, richiedenti un "progetto riabilitativo".

Le strutture sanitarie di I livello che erogano le attività sanitarie di riabilitazione estensiva o intermedia sono:

- sezioni di Lungodegenza riabilitativa,
- presidi territoriali di riabilitazione (a ciclo diurno e/o continuativo);
- centri ambulatoriali di riabilitazione;
- presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale.

Le attività sanitarie di riabilitazione di I livello erogate da tali strutture, pubbliche e/o private accreditate a bassa complessità organizzativa, sono finalizzate a promuovere e a mantenere il più alto grado di autosufficienza possibile del paziente affetto da disabilità gravi, persistenti e/o evolutive e ad affrontare le menomazioni e disabilità transitorie, di minore gravità ed orientate ad un maggior numero di utenti.

Tali interventi possono essere erogati, oltre che presso le strutture di cui sopra, anche presso il domicilio dell'utente, le RSA, le lungodegenze post-acuzie medica e ad alta intensività assistenziale, le strutture residenziali e semiresidenziali, i presidi territoriali e/o ospedalieri.

I Presidi di Riabilitazione extraospedalieri e il privato accreditato possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e/o una o più discipline e/o per una e/o più fasce d'età (evolutiva, adulta, senile).

	Presidi	Progetto Riabilitativo di Struttura	Progetto Riabilitativo di Persona Riabilitazione Estensiva
Strutture sanitarie Riabilitazione Estensiva I Livello	Unità di Lungodegenza riabilitativa	SI	SI
	Unità di Lungodegenza medica	SI	
	Unità di Lungodegenza ad alta intensività assistenziale	SI	
	Presidi territoriali di riabilitazione	SI	SI

	(a ciclo diurno e/o continuativo)		
	Centri ambulatoriali di riabilitazione	SI	SI
	Presidi ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funzionale	SI	SI

Le strutture sanitarie di II livello che erogano le attività sanitarie di riabilitazione intensiva (oppure i servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva), possono essere allocati in presidi ospedalieri, specialistici e monospecialistici, ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale, o in presidi extraospedalieri che erogano prestazioni di ricovero, a ciclo diurno e/o continuativo, in possesso dei requisiti di cui al DPR 14 luglio 1997. Si tratta di presidi in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e di limitazioni funzionali recuperabili il cui trattamento è indifferibile.

Dal punto di vista organizzativo, le U. O. di Medicina Riabilitativa, di II livello:

- assolvono anche ad attività di degenza riabilitativa di I livello (sezioni di lungodegenza riabilitativa) per soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continua nelle 24 ore, per i quali è da prevedersi un progetto riabilitativo individuale;
- possono prevedere al loro interno Sezioni di riabilitazione intensiva a orientamento specialistico dedicate alla riabilitazione cardiologica e respiratoria;
- possono specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e / o una o più discipline e / o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile);
- nei Presidi sede di DEA sono individuate Unità Operative di riabilitazione intensiva a orientamento specialistico dedicate alla riabilitazione cardiologica e respiratoria, comunque intese come strutture del Dipartimento di Riabilitazione o come strutture interdipartimentali tra i Dipartimenti di Riabilitazione e i Dipartimenti di Specialità d'organo corrispondente.

Per la determinazione del fabbisogno occorre precisare che la necessità di uno sviluppo qualitativo della Riabilitazione ospedaliera richiede la costituzione di alcuni Centri di maggiore dimensioni che garantiscono:

- casistica;
- approfondimento culturale scientifico della disciplina;
- risorse finanziarie mirate ad investimenti per lo sviluppo della qualità delle prestazioni.

Pertanto si individuano:

- U. O. ospedaliera di Medicina Fisica e Riabilitazione a doppio modulo;
- U. O. ospedaliera di Medicina Fisica e Riabilitazione a singolo modulo.

Il doppio modulo viene assegnato alle strutture ospedaliere aventi bacino di utenza maggiore e posti letto per acuti più elevati. Per la realizzazione a Maratea del polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa individuato va assegnata una numerosità di posti letto di codice 56 e 60 riabilitativo, non inferiore a 80, da accreditare gradualmente, al fine di garantirne il ruolo regionale ed interregionale indicato.

Le strutture sanitarie di III livello svolgono attività di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione erogate presso presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal DM 29 gennaio 1992.

Esse svolgono le seguenti funzioni:

- ricovero dei soggetti affetti dalle gravi disabilità di competenza sulla base dei specifici mandati e di collegamento con i servizi di I e II livello del territorio dove vive il paziente;
- ricovero per rivalutazione o per interventi terapeutici di breve durata e di alta specialità su richiesta dei servizi di secondo e primo livello;
- consulenze e valutazioni per predisporre, adattare, modificare il Progetto riabilitativo su richiesta dei servizi di I e II livello.

Esse comprendono:

- Unità Spinali Unipolari: sono destinate all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, sin dal momento dell'evento lesivo ed ha lo scopo di permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute ed il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione.
- Costituiscono un punto di riferimento permanente sia per le persone con lesione midollare, sia per i presidi sanitari che erogano assistenza riabilitativa intensiva ed estensiva o intermedia, sia per i servizi socio-assistenziali e formativi, gestiti da Enti Locali o da altri Istituti, al fine di promuovere il pieno reinserimento sociale e lavorativo della persona medulloleso. A tal fine, coordinano il proprio intervento con i servizi territoriali o regionali, per garantire l'integrazione delle attività di prevenzione, assistenza di base e specialistica di primo livello e delle attività finalizzate all'inserimento e reinserimento sociale e lavorativo, anche attraverso il coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato sociale e delle associazioni degli utenti.
- L'Unità Spinale partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.
- Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici: è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) e/o caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che

necessitano di interventi valutativi e terapeutici non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva (sono pertanto esclusi gli esiti di stroke ischemici e di cerebropatie degenerative). Coordina il proprio intervento con i servizi di riabilitazione estensiva o intermedia ed intensiva con i quali dovrà raccordarsi per il ritorno in tempi adeguati del disabile nel proprio territorio, garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

- L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e Gravi Traumi Cranio-encefalici partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.
- Unità per le disabilità gravi in età evolutiva: è destinata a svolgere un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:
 - approfondimento diagnostico relativo alle gravi menomazioni e disabilità dell'infanzia;
 - formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo sulla sua realizzazione;
 - progettazione e validazione di presidi protesici e ortesici e sperimentazione di materiale innovativo;
 - attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore dell'infanzia;
 - osservazione dei dati epidemiologici.

L'Unità per le disabilità gravi in età evolutiva è strettamente inserita nella rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione dell'età evolutiva di diverso livello organizzativo ed assistenziale con i quali dovrà raccordarsi per seguire il disabile nel proprio territorio di vita garantendo supporto e supervisione del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti.

L'Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione.

- Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite si caratterizza prevalentemente con un'attività di consulenza e valutazione finalizzata a:
 - approfondimento diagnostico relativo a menomazioni e disabilità neuropsicologiche rare o complesse;
 - formulazione tecnica operativa del progetto riabilitativo e del programma terapeutico, nonché controllo sulla sua realizzazione;
 - progettazione, validazione, individuazione di presidi per la comunicazione e il compenso di turbe neuropsicologiche;
 - attività di ricerca clinica e di documentazione del progresso scientifico nel settore;
 - osservazione dei dati epidemiologici.

Partecipa alla costituzione del Dipartimento di Riabilitazione, non è dotata di posti letto, utilizzando, in caso di necessità, quelli dell'area medica, della neurologia, dei reparti di medicina fisica e riabilitazione.

Per la determinazione del fabbisogno, si assume come popolazione di riferimento, per il III livello, la popolazione della Regione Basilicata maggiorata di una quota riferita a quella delle aree limitrofe extraregionali per un totale pari a circa 1 milione di abitanti, pertanto:

- Unità Spinali: posti letto 5;
- Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e Gravi Traumi Cranio-encefalici: posti letto 5;
- Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva: posti letto 3;
- Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite non è dotata di posti letto.

I posti letto, per il III livello sono, quindi, complessivamente, 13 e la loro ubicazione è presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Carlo", struttura di Pescopagano in quanto ospedale di rilievo nazionale.

<u>Livello</u>	<u>DISCIPLINE</u>	<u>S.Carlo</u>	<u>ASP</u>	<u>ASM</u>	<u>Regione</u>
<u>I</u>	<u>Riabilitazione funzionale</u>	<u>14</u>	<u>56</u>	<u>16</u>	<u>86</u>
<u>I</u>	<u>Lungodegenza</u>	<u>14</u>	<u>24</u>	<u>48</u>	<u>86</u>
<u>II</u>	<u>Riabilitazione cardiorespiratoria</u>	<u>12</u>	<u>0</u>	<u>12</u>	<u>24</u>
<u>II</u>	<u>Riabilitazione neuromotoria</u>	<u>22</u>	<u>132</u>	<u>48</u>	<u>202</u>
<u>III</u>	<u>Unità spinale</u>	<u>13</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>13</u>
	<u>Totali</u>	<u>75</u>	<u>212</u>	<u>124</u>	<u>411</u>

CAPITOLO 31 - . LE ATTIVITA' DI LUNGODEGENZA MEDICA POST-ACUZIE

La necessità di sviluppare un'assistenza ospedaliera di lungodegenza post-acuzie rappresenta, non solo un obbligo derivante da indicazioni programmatiche nazionali e regionali, ma anche una necessità emergente dell'evoluzione dell'organizzazione della rete ospedaliera, la cui rimodulazione prevede una stratificazione dell'offerta d'assistenza residenziale in ambito ospedaliero ed un numero di posti letto specificatamente destinato alla lungodegenza medica post-acuzie e alla lungodegenza post-acuzie ad alta intensità d'assistenza.

Afferiscono alla lungodegenza medica i pazienti con inquadramento diagnostico completato e con quadro clinico stabilizzato o in fase di stabilizzazione, con le seguenti caratteristiche:

- pazienti con inquadramento diagnostico già esaurito, ma con quadro clinico non completamente stabilizzato;
- pazienti con quadro clinico stabilizzato e programma terapeutico definito, quando non interamente completato, che necessitano ancora di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica non erogabile in altra forma;

- pazienti reduci da malattie acute con scarsa autonomia funzionale e stato psicofisico debilitato che necessitano di trattamento terapeutico di mantenimento;
- pazienti con sindrome ipocinetica e da immobilizzazione protratta secondaria a patologie croniche a lenta risoluzione che necessitano di supporto nutrizionale e terapia antalgica;
- anziani ultra sessantacinquenni bisognevoli di trattamenti protratti di mantenimento e conservazione delle funzioni neuromotorie e vegetative;
- pazienti con patologie ad andamento cronico-degenerative suscettibili di riacutizzazioni recidivanti ben definite sul piano diagnostico che necessitano di valutazione clinica, accertamenti di I livello e trattamenti terapeutici periodici non eseguibili in altro regime assistenziale, per il controllo periodico della malattia;
- pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza;
- pazienti terminali che per le loro particolari condizioni cliniche non possono essere assistiti a domicilio;
- Valutazioni cliniche e trattamenti terapeutici periodici in regime di ricovero programmato ed elettivo (di concerto con il medico di assistenza primaria).

La degenza di norma non supera i 60 giorni.

La dotazione organica del personale di lungodegenza post-acuzie è costituita da:

- personale medico;
- personale infermieristico;
- fisioterapisti rapporto 1 a 12;
- OTA;
- personale addetto alle attività di socializzazione e di supporto (psicologo, assistenti sociali etc.)
-

Lungodegenza ad Alta Intensità di Cura (LAIC) -

La lungodegenza post-acuzie medica ad alta intensità di cura si caratterizza per il ricovero di pazienti con scarso o nullo potenziale di recupero con inquadramento diagnostico già esaurito ma con quadro clinico non completamente stabilizzato provenienti, di norma, dalle rianimazioni e/o dalle terapie intensive, i quali superata la fase iperacuta non sono più idonei per una degenza in tali unità assistenziali, sia per quanto attiene la prevenzione di eventuali super infezioni che per quanto attiene il blocco del turn - over dei ricoveri, con gravi ricadute sull'assistenza e sui costi, ma allo stesso tempo risultano compromessi da un punto di vista emodinamico e respiratorio in quanto versano nelle seguenti condizioni:

1. Pazienti in respiro spontaneo, ma tracheostomizzati che necessitano di un supporto di ossigenoterapia nel lungo termine con cannula tracheale in situ, che necessitano di periodica bronco aspirazione, che possono beneficiare di supporto riabilitativo prevalentemente indirizzato alla componente respiratori e motoria per la prevenzione di un ulteriore degrado funzionale;
2. Pazienti tracheostomizzati, non del tutto autonomi da un punto di vista respiratorio che necessitano occasionalmente di ventilazione assistita, con broncoaspirazione frequente;
3. Pazienti in ventilazione meccanica assistita dopo un periodo di almeno 40 giorni di

permanenza in ambiente intensivo rianimatorio, con scarse o nulle possibilità di svezzamento dal ventilatore.

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

Obiettivo specifico del presente Piano è di fornire alle aziende sanitarie ed ospedaliere gli strumenti necessari per rispondere alle diverse tipologie di patologie attraverso una diversificazione della risposta assistenziale sia nell'ambito della stessa lungodegenza post-acuzie, sia in generale nell'organizzazione e programmazione aziendale delle attività assistenziali, al fine di graduare le possibili risposte assistenziali in sede ospedaliera ed extraospedaliera.

Allo stesso modo, le aziende sanitarie ed ospedaliere dovranno prevedere, nella formulazione dell'atto aziendale, così come previsto dall'art. 3 comma 1 bis del D. Leg.vo n. 229, la tipologia di struttura dedicata all'assistenza post-acuzie. Agli appositi accordi contrattuali (come previsto dal D. Leg.vo n. 229 art. 8 sexies) sono demandati la determinazione del finanziamento delle strutture e delle tariffe delle prestazioni, in base alla tipologia ed alla quantità di prestazioni erogate. Le aziende dovranno, a loro volta, predisporre idonei strumenti per la valutazione del processo, attraverso l'identificazione di specifici centri di costo e di responsabilità.

CAPITOLO 32 - L'AMBITO SOCIO-TERRITORIALE

Il governo locale delle politiche sociali compete ai Comuni associati negli Ambiti Socio- Territoriali. L'organizzazione delle funzioni è definita dall'art. 12 della legge regionale 4/2007.

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

La Conferenza Istituzionale si dota di un proprio regolamento, attribuisce ad uno dei Comuni associati il ruolo di Comune capofila e definisce l'assetto organizzativo e funzionale dell'Ufficio del Piano Sociale.

L'Ambito Socio-Territoriale, territorialmente coincidente con il Distretto della Salute e l'Area Programma costituita ai sensi dell'art.23 della L.R. 30 dicembre 2010, n.33, con la DGR n.246/2012, rappresenta un'area omogenea ed ottimale del territorio regionale per la gestione associata dei servizi alla persona e alla comunità.

L'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario

L'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario è una tecno-struttura di supporto alla quale i Comuni associati nei nuovi Ambiti Socio-Territoriali conferiscono funzioni di coordinamento e di gestione amministrativa del Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari (PISS).

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

L'Ufficio di Piano ha il compito di supportare sul piano tecnico la Conferenza Istituzionale e si integra con le funzioni dell'Ufficio Comune dell'Area Programma.

Esso riveste un ruolo strategico poiché gli compete la funzione di programmazione generale (alla quale si collega quella di committenza) e svolge funzioni di gestione, amministrazione e valutazione del Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio-Sanitari.

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

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

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

- Programmazione e Pianificazione;
- Gestione Tecnica e Amministrativa;
- Monitoraggio e Valutazione.

Funzioni di Programmazione e Pianificazione

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

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

- attivazione dei tavoli di concertazione con tutti gli attori – istituzionali e non – che operano sul territorio;
- predisposizione degli strumenti di rilevazione per l'analisi della domanda e dell'offerta di servizi, in raccordo con il Sistema Informativo Sociale Regionale (SISB), con l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e con gli Osservatori Sociali Provinciali (OSP);
- ricognizione del complesso delle risorse disponibili e individuazione di ulteriori fonti di finanziamento (attività di *found racing*);
- definizione dei contenuti del PISS e redazione del Piano di concerto con le direzioni di Distretto, anche avvalendosi dei flussi informativi del SISB già utilizzabili in modo disaggregato per le esigenze programmatiche del territorio.

Funzioni di Gestione Tecnica e Amministrativa

La gestione tecnico-amministrativa è articolata nelle seguenti attività:

- Supporto tecnico all'attività di coordinamento e indirizzo propria della Conferenza Istituzionale/Consiglio della Comunità Locale;

- Definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- Definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;
- Istruttoria tecnica per il rilascio dell'autorizzazione al funzionamento dei Servizi e delle Strutture pubbliche e private e definizione delle procedure per l'attività di verifica e controllo;
- Predisposizione degli atti per l'organizzazione dei Servizi e delle Strutture e dell'eventuale affidamento ai soggetti del terzo settore attraverso la definizione di bandi, gare d'appalto e altre forme di partenariato pubblico/privato;
- Definizione dei Regolamenti di accesso e di compartecipazione degli utenti alla copertura del costo dei servizi;
- Definizione delle procedure per l'eventuale rilascio di titoli di acquisto dei servizi (buoni sociali, assegni di cura, ecc.);
- Definizione delle modalità di reclutamento e di allocazione delle risorse umane;
- Predisposizione dei Protocolli d'intesa o altri atti per il coordinamento degli organi periferici delle amministrazioni statali;
- Coordinamento dei programmi e delle azioni dei servizi sociali territoriali e di eventuali articolazioni organizzative sub-ambito.

Funzioni di Monitoraggio e Valutazione

L'Ufficio di Piano assicura il necessario coordinamento operativo del sistema di monitoraggio e valutazione e si occupa direttamente della stesura del documento-report annuale da presentare alla Conferenza Istituzionale.

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

a. attività relative alla funzione di monitoraggio:

a.1 -Definizione di un piano di monitoraggio periodico delle attività svolte attraverso:

- predisposizione di piani di attuazione previsti per il raggiungimento degli obiettivi;
- predisposizione di idonei strumenti di rilevazione in raccordo con il Sistema Informativo Sociale Regionale (SISB), con l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e con gli Osservatori Sociali Provinciali (OSP);
- schede informative su risultati/prodotti;
- questionari;
- schede strutturate di osservazioni;
- risultanze focus group: attori chiave e decisori;
- schede descrittive.

a.2 -Definizione di un piano di monitoraggio per le procedure di affidamento dei servizi previsti nel Piano con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti affidatari, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi;

- predisposizione di un piano di monitoraggio per i servizi erogati;

- predisposizione di sistemi informativi per la raccolta dei dati;
- predisposizione di sistemi informativi per elaborazione dei dati.

Nel pieno rispetto dell'autonomia decisionale e gestionale rispetto al trattamento dei dati e delle informazioni a livello locale, il SISB è strutturato anche per la gestione locale delle informazioni, sebbene fisicamente centralizzate a livello regionale.

b. Attività relative alla funzione di valutazione:

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

Attraverso i propri prodotti informativi, il SISB è e sarà in grado di fornire indicatori e reportistica di sintesi fondamentali già disponibili tramite la Regione e diffondibili territorialmente.

La possibilità di fruire tramite il SISB di dati e informazioni dettagliati e disaggregati a livello di Ambito/Comune aggiornati annualmente, consente il monitoraggio in itinere annuale del PISS e degli indicatori-obiettivo, in grado quindi di fornire una base di analisi per il suo adeguamento o ridefinizione.

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

Le risorse umane dell'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano, in quanto struttura tecnica di supporto e organo strumentale di programmazione e pianificazione, gestione tecnica e amministrativa, monitoraggio e valutazione del sistema integrato dei servizi alla persona e alla comunità, dovrà essere dotato di adeguata struttura, di risorse, di competenze, di professionalità e di una metodologia di lavoro che rappresenti un riferimento per tutti i Comuni dell'Ambito Socio - Territoriale.

A valle di tali considerazioni e tenuto conto della necessità di garantire da una parte stabilità alla struttura e, dall'altra, la sostenibilità della stessa sia sotto il profilo organizzativo che economico-finanziario, le risorse umane dell'Ufficio di Piano sono individuate fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito e/o nelle disciolte Comunità Montane oppure, nel rispetto delle modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni.

Ogni Ambito Socio-Territoriale affida la direzione dell'Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario ad un Coordinatore tecnico che opera in stretto raccordo con il Direttore del Distretto di Comunità.

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

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

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

La raccolta e il trattamento dei dati sarà effettuata garantendo il necessario raccordo con il Sistema Informativo Sociale Regionale (SISB), con l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e con gli Osservatori Sociali Provinciali. Tale raccordo va innanzitutto garantito per evitare la duplicazione delle rilevazioni e la molestia statistica nei confronti dei servizi. Una volta maturato il processo del PISS, sarà possibile definire tavoli di confronto con i coordinatori degli Ufficio di Piano in modo da valutare la necessità di eventuali ampliamenti informativi dei flussi SISB, che, con un investimento manutentivo davvero limitato in termini di modifica dei tracciati record, potrebbero portare al soddisfacimento di fabbisogni informativi diffusi a livello territoriale, con una maggiore efficienza economica e un contenimento degli sforzi di rilevazione locale.

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

CAPITOLO 33 - LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI

33.1. ANALISI DI CONTESTO

Le strutture ed i servizi socio-assistenziali

Nel corso del 2010 è stata realizzata una rilevazione sulle strutture socio-assistenziali regionali, ricavandone indicazioni in ordine alle caratteristiche del sistema di offerta dei servizi lucano.

La rilevazione sulle strutture socio-assistenziali ha censito 63 unità di offerta sull'intero territorio regionale, di cui il 63,5 % nella provincia di Potenza e il 36,5 % in provincia di Matera. Per ciascuna delle due città capoluogo di provincia sono state censite otto strutture socio-assistenziali.

Tab. 1: strutture socio assistenziali per Comune

	v.a.	%
Acerenza	1	1,6
Avigliano	1	1,6
Balvano	1	1,6
Bella	1	1,6
Bernalda	2	3,2
Baragiano Scalo	1	1,6
Castelgrande	1	1,6
Cirigliano	1	1,6
Corleto Perticara	1	1,6
Francavilla in Sinni	2	3,2
Gallicchio	2	3,2
Genzano di Lucania	1	1,6
Grumento Nova	1	1,6
Lagonegro	1	1,6
Lauria	3	4,8
Maratea	1	1,6
Matera	8	12,7
Melfi	1	1,6
Montalbano	3	4,8
Muro Lucano	2	3,2
Noepoli	1	1,6
Pietragalla	1	1,6
Pignola	1	1,6
Pisticci Marconia	1	1,6
Policoro	3	4,8
Potenza	8	12,7
Rionero in Vulture	2	3,2
Salandra	1	1,6
San Chirico Nuovo	1	1,6
San Fele	1	1,6
San Giorgio Lucano	1	1,6
Stigliano	1	1,6
Trecchina	1	1,6
Tricarico	2	3,2
Venosa	2	3,2
Vietri di Potenza	1	1,6
Totale	63	100,0

Fonte: indagine Formez – Sinergia – 2010

Si tratta in gran parte di strutture relativamente recenti. Oltre la metà di esse ha avviato la propria attività nel corso dell'ultimo decennio, ovvero nel periodo successivo all'approvazione del vigente piano socio assistenziale.

Tab. 2: Classificazione delle strutture per anno di inizio attività

	v.a.	%
Dal 1891 al 1949	9	14,3
Dal 1950 al 1979	4	6,3
Dal 1980 al 1999	16	25,4
Dal 2000 al 2010	34	54,0
Totale	63	100,0

Fonte: indagine Formez – Sinergia - 2010

Per quanto riguarda le strutture residenziali l'indagine ha rilevato che oltre il 90% ha natura privata, a gestione diretta o indiretta, mentre solo sei sono a titolarità pubblica, gestite direttamente o affidate in gestione al privato sociale.

Tab. 3 Classificazione delle strutture per tipologia di gestione e titolarità

	v.a.	%
Servizio pubblico a gestione diretta	1	1,6%
Servizio privato a gestione diretta	54	85,7%
Servizio pubblico a gestione indiretta privata	5	7,9%
Servizio privato a gestione indiretta privata	3	4,8%
Totale	63	100,0%

Fonte: indagine Formez – Synergia - 2010

Il 92,1 % sono strutture di tipo comunitario, mentre il 7,9 % appartengono alla tipologia "familiare". Nel caso dei servizi per i minori, che rappresentano il 41,3% dell'universo censito, le strutture di tipo familiare sono 4, sul totale di 26. La dotazione complessiva è di 230 posti letto.

Tab. 4 Classificazione delle strutture per Target di utenza

	v.a.	%
Minori	26	41,3
Disabili	3	4,8
Anziani	31	49,2

Salute mentale 2		3,2
Multiutenza 1		1,6
Totale	63	100,0

Fonte: indagine Formez – Synergia - 2010

Oltre all'accoglienza, le strutture erogano un'ampia gamma di prestazioni (tab. 5).

Tab. 5: unità di offerta per prestazioni erogate

Servizio	v.a	%
Attività laboratoriali	13	50,0
Attività formative, orientamento e inserimento lavorativo	15	57,7
Attività di socializzazione	23	88,5
Attività ludico-ricreativo	25	96,2
Attività educative	26	100,0
Counselling psicologico	19	73,1
Prestazioni fisioterapiche	1	3,8
Logopedia	2	7,7
Terapia psicologica	5	19,2
Psicomotricità	1	3,8
Terapia occupazionale	4	15,4
Musicoterapia/arte terapia	4	15,4
Attività assistenziali per l'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane	17	65,4
Somministrazione dei pasti	26	100,0
Prestazioni infermieristiche	2	7,7
Assistenza medica generica	9	34,6
Somministrazione dei farmaci	6	23,1
Prestazioni mediche specialistiche	1	3,8
Assistenza/sostegno scolastico	26	100
Attività di facilitazione alla comunicazione	15	57,7
Idroterapia, pet-therapy	1	3,8
Attività di segretariato sociale	6	23,1

Fonte: indagine Formez – Synergia - 2010

I minori ospiti delle strutture censite al 31 dicembre 2009 risultavano 194, di cui 43 stranieri.

Tab. 6: minori ospiti di strutture al 31.12.2009

Età	Maschi	Femmine	Totale	Di cui disabili
Meno di 3 anni	8	5	13	0
3-5 anni	5	5	10	0
6-10 anni	26	22	48	3
11-14	25	19	44	1

anni				
15-17	48	31	79	3
anni				
TOTALE	112	82	194	7

Fonte: indagine Formez – Synergia - 2010

Nel corso di focus organizzati con i coordinatori degli Ambiti sociali di zona, a commento dei dati relativi ai servizi per i minori, sono state segnalate alcune criticità, che di seguito si riportano:

- il servizio di assistenza domiciliare di tipo educativo si è diffuso, non senza resistenze, sul territorio regionale, tuttavia è emerso che esso dispone di risorse finanziarie limitate ed insufficienti a coprire tutte le richieste: L'intervento viene spesso parcellizzato e suddiviso tra i vari utenti, perdendo di incisività e non riuscendo a conseguire risultati efficaci;
- i centri diurni per minori, intesi come spazi di socializzazione sono relativamente pochi e attivati, per la maggior parte nei comuni più grandi. Riescono a servire solo parte dei comuni dell'Ambito, a causa delle distanze tra i paesi e l'assenza di un adeguato sistema di trasporti;
- il servizio di ludoteca/punto ludico, pur presente, risulta a volte poco funzionale, in termini di presenza costante degli utenti a causa dell'insufficienza delle risorse finanziarie disponibili.

Per l'area anziani la rilevazione del Formez ha censito 31 strutture residenziali per anziani, di tipo comunitario, che sviluppano complessivamente un'offerta di 1.128 posti letto disponibili. Al 31.12.2009 gli utenti ospiti delle strutture censite risultavano essere 1.060.

I focus con gli operatori dei servizi territoriali hanno evidenziato la necessità di potenziare i servizi di tipo comunitario, oggi quasi del tutto assenti, fatta eccezione per i Laboratori di Comunità, previsti dal PSA 2000-2002, che sono diffusi sul territorio regionale ma in modo del tutto insufficiente rispetto al bisogno, per sostenere la domiciliarità anche per persone non autosufficienti. Si tratta di una tipologia di servizio che incontra il favore della popolazione anziana ma che per l'entità delle risorse finanziarie attribuite non hanno lo sviluppo necessario.

Altro elemento di criticità evidenziato è, inoltre, l'assenza di servizi di sollievo alla famiglia legati alla domiciliarità di persone affette da demenza senile e dall'Alzheimer. Ciò è confermato dall'esperienza riportata dalle Unità di Valutazione dell'Alzheimer, attivata presso l'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza e presso l'ospedale Madonna delle Grazie di Matera.

Va evidenziato che è in fase di sperimentazione il programma denominato "assegno di cura", che è mirato ad assicurare un'adeguata assistenza al domicilio della persona non autosufficiente, evitando il ricorso precoce o incongruo al ricovero in strutture residenziali e favorendo il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio ambiente di vita e di relazioni sociali. Avendo posto limiti di reddito, la platea potenziale è di circa 8.000 unità.

I dati di cui si dispone sono i seguenti:

- persone con indennità di accompagnamento in Regione (anno 2008): 24.951;
- domande presentate: 6.726, di cui accoglibili 6141;
- beneficiari 937.

In riferimento all'area della disabilità, la rilevazione Istat del 2005 evidenzia per la Basilicata il numero di 33.000 unità circa, l'1,26% circa della popolazione disabile complessiva del Paese.

La gran parte della popolazione disabile lucana è composta da persone in fascia di età superiore ai 65 anni, mentre 20.000 persone (il 60% del totale) ha una età superiore ai 75 anni.

La spesa pro-capite per interventi e servizi dell'area disabili in Basilicata è di 563,4 euro, uno dei valori più bassi del Paese. (Fonte:Istat – Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni – 2008).

Uno dei servizi più diffusi nell'area di intervento relativa alle persone disabili è il SAP, servizio di aiuto alla persona. Dai dati di una indagine realizzata nel corso del 2008 da parte della Regione Basilicata presso i Comuni capoparea "Anziani" ed "Handicap" è emerso che il SAP è stato offerto a circa 250 utenti. Il servizio non è diffuso in modo omogeneo sul territorio regionale, nei comuni più piccoli esso rappresenta, spesso, l'unica possibilità di alleviare il carico di cura delle famiglie, fornisce il sostegno scolastico, favorisce e promuove momenti di socializzazione fuori dal contesto familiare. La domanda è superiore alle risorse disponibili, per cui il servizio spesso si parcellizza, perdendo la possibilità di intervenire in maniera più incisiva ed efficace.

L'assistenza domiciliare copre vari aspetti di socializzazione, di aiuto nella cura della persona, di aiuto nella gestione della casa. Negli anni a questi bisogni si è andato ad aggiungere quello dell'intervento educativo rivolto ai minori disabili. In questa tipologia di servizio, in alcuni ambiti, viene fatta rientrare anche l'assistenza specialistica scolastica, quando richiesta dai Dirigenti Scolastici.

Scarsamente diffusi sono i servizi residenziali e semiresidenziali. Il censimento del Formez ha censito solo tre strutture residenziali, di cui una a carattere familiare e due a carattere comunitario, per un totale di 40 posti letto disponibili. Quasi del tutto assenti i servizi per il "Dopo di noi", ossia dedicati all'assistenza residenziale o semiresidenziale sostitutiva dell'ambito familiare se e quando questo dovesse venir meno.

Conseguenza della carenza di servizi e strutture adeguate è sovente la lunga permanenza degli utenti nei centri di riabilitazione psico-motoria, con notevole dispendio di risorse finanziarie e soprattutto senza alcuna prospettiva di miglioramento della qualità della vita della persona disabile.

E' stato, inoltre, istituito apposito fondo regionale che trasferisce ai Comuni risorse dedicate allo sviluppo di centri socio-educativi diurni, ad oggi pari complessivamente a 12. Tuttavia i centri socio-educativi, istituiti per accogliere i disabili con notevole compromissione dell'autonomia nelle funzioni elementari, necessiterebbero di una differenziazione per tipologia e livello di disabilità per rispondere più efficacemente alle esigenze. Attualmente accolgono anche soggetti affetti da autismo, pur non riuscendo a mettere in campo interventi mirati ed incisivi.

Non esiste, inoltre, una strutturata programmazione di percorsi di inserimento lavorativo e apprendistato per gli utenti disabili.

Nelle altre aree sono raggruppati i servizi destinati alle problematiche giovanili e tossicodipendenze, immigrazione, salute mentale, donne in difficoltà, contrasto alla povertà ed ex detenuti e coprono circa il 19% di tutti i servizi esistenti nel 2008 in Basilicata riportati nelle schede di monitoraggio. Per tali aree la programmazione fatta negli Ambiti Territoriali è molto eterogenea.

Si segnala infine l'attivazione di 21 sportelli informativi per immigrati.

Nel corso degli anni il fenomeno della tossicodipendenza è notevolmente cambiato: sono cambiate le sostanze tossiche (cocaina, allucinogeni, droghe sintetiche); è notevolmente aumentato il numero di consumatori e si è abbassata l'età media di avvicinamento alle sostanze psicoattive.

Non essendoci altri servizi, i Ser.T hanno dovuto accogliere e gestire, anche altre forme di dipendenza patologica, quelle da alcol, da tabagismo, da gioco d'azzardo, da tecnologia digitale. I servizi, pur conservando l'originaria organizzazione, cercano di far fronte e di dare delle risposte a questa nuova domanda, con le stesse figure professionali e con un organico notevolmente inferiore a quello previsto dalla normativa.

Emerge inoltre la necessità di cambiare il modo di approcciare il fenomeno delle dipendenze, rispetto al passato. L'abuso di sostanze non sembra più solo legato a situazioni di disagio/sofferenza, ma soprattutto a particolari stili di vita, che si vanno diffondendo. Ciò comporta la necessità di analizzare e studiare questi cambiamenti culturali, capire i significati che assumono le sostanze per le nuove generazioni, per poter progettare gli interventi più adeguati per limitare e contrastare il diffondersi di questo tipo di consumo.

In Basilicata sono presenti 13 strutture socio-riabilitative, di cui 7 residenziali, 1 semiresidenziale e 5 ambulatoriali, per un totale di utenti di circa 100 unità.

Le comunità presenti sul territorio coprono la domanda, dato che ci sono strutture per tossicodipendenti, per alcolisti e c'è anche una comunità, in corso di accreditamento, per utenti con la doppia diagnosi.

Negli anni sono stati attivati alcuni centri di aggregazione giovanile in diversi ambiti, ma da quando il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga è confluito nel Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (che in Regione Basilicata è stato finalizzato per diversi anni alle aree infanzia, anziani e disabili) gli interventi sono diminuiti e si pone il problema della loro continuità.

Dall'interlocuzione con gli operatori dei servizi territoriali è risultato che i centri attivati riescono a coinvolgere un discreto numero di giovani dell'età compresa tra i 15 e i 20 anni, le risorse erogate sono insufficienti per garantire un servizio di qualità e scarsi sono gli interventi di inserimento lavorativo. Si è fatto notare che nel corso degli anni vi è stata qualche buona sperimentazione che non ha avuto seguito perché legata a finanziamenti occasionali.

Le strutture e i servizi socio-educativi

Circa i servizi socio-educativi per la prima infanzia, dall'indagine censuaria contenuta nel Sistema Informativo Sociale regionale della Regione Basilicata (SISB), si ricavano i seguenti dati di sintesi.

I servizi sono una realtà diversificata ed in continua evoluzione. Accanto a quelli tradizionali rappresentati dagli asili nido, si stanno sviluppando nuove tipologie di strutture rivolte ai bambini tra 0 e 36 mesi, che contribuiscono ad aumentare il livello di penetrazione di questi servizi tra la popolazione. Nella tabella successiva si riportano le strutture rilevate per tipologia e provincia.

Tabella 7. Strutture rilevate per tipologia e per provincia

	Asili nido	Sezioni primavera	Micro nidi	Ludoteche	Totale
Matera	9	8	-	1	18
Potenza	20	22	2	-	44

Regione	29	30	2	1	62
---------	----	----	---	---	----

Fonte: elaborazioni Synergia su dati SISB.

La capacità ricettiva

Nel 2009 i posti secondo progetto (la cosiddetta capienza teorica) ammontano a 1.507. Circa una struttura su quattro (25,8%) evidenzia difficoltà a programmare il numero di posti per l'anno scolastico secondo quanto previsto da progetto evidenziando un sottoutilizzo della disponibilità ricettiva potenziale e quindi una riduzione, seppur limitata, della capacità di offerta.

Tabella 8. Capacità ricettiva (capienza programmata e reale) - valori assoluti e medi dei posti disponibili

Provincia	Posti autorizzati secondo progetto		Posti secondo programmazione 2009/2010	
	Totale	Media	Totale	Media*
Matera	522	29,0	492	27,3
Potenza	985	22,4	952	22,7
Regione	1.507	24,3	1.444	24,1

Fonte: elaborazioni Synergia su dati SISB.

* Sono state escluse due strutture che non hanno erogato servizio nell'anno 2009/2010

La dotazione di spazi e servizi

La quasi totalità delle strutture censite risulta dotata dei principali spazi e servizi di supporto (servizi igienici per i bambini, servizi igienici per il personale, salone giochi, servizi mensa, locali separati per deposito attrezzature e materiali di pulizia). Meno frequente, seppure elevata, la dotazione di altri servizi, presenti in circa quattro strutture su cinque: spazio per colloqui con i genitori, sala mensa, spazio per preparazione materiale didattico, locali separati per la preparazione dei pasti. Un elemento di criticità deriva dal fatto che il 17,7% delle strutture non risulta dotato di un'area verde di pertinenza. Il valore mediano della superficie coperta per posto bambino è pari a 10 metri quadrati.

La fruibilità del servizio

Nel normale periodo di attività, il 66,1% delle strutture risulta aperto 6 giorni alla settimana, quota che raggiunge praticamente la totalità dei casi in provincia di Matera (17 su 18 strutture). Prevalente è il ricorso all'orario continuato (cioè chiusura dopo le 15), previsto in più del 60% delle strutture rispondenti. Un altro elemento strategico rispetto alle politiche di conciliazione familiare è rappresentato dalla possibilità di usufruirne in maniera flessibile: più della metà delle strutture rispondenti (52,2%) consente orari flessibili di entrata e uscita dei bambini, in risposta a specifiche esigenze dell'utenza e l'81,7% consente l'uso dell'asilo in orario part-time.

Il personale operante

Sull'intera rete di offerta per la prima infanzia lucana operano 411 unità fisiche di personale, pari a 252,7 unità equivalenti (un'unità di lavoro equivalente corrisponde a un lavoratore teorico con

contratto a tempo pieno di 36 ore settimanali lavorate). Tale scarto mette in evidenza l'uso non marginale di forme di lavoro part-time con monte ore settimanale inferiore a 36 ore. Le figure professionali prevalenti risultano essere quelle educative che rappresentano il 60,3% del totale del personale operante nelle strutture per la prima infanzia lucane.

L'indice di carico assistenziale è pari a 6,7 bambini per educatore: questo dato presenta tuttavia una forte eterogeneità legata alle modalità di gestione del servizio cui corrispondono differenziati livelli di qualità. L'indice di carico assistenziale è infatti pari a 3,3, bambini per operatore nelle strutture a titolarità e a gestione pubblica e a 4,8 nelle strutture a titolarità e a gestione privata, mentre sale a ben 9,5 bambini per educatore nei servizi a titolarità pubblica ma a gestione privata (si tratta di un aspetto particolarmente negativo e critico che richiede ulteriori approfondimenti).

Dati sull'utenza.

Al 31.12.2009 risultano iscritti 1.148 bambini (404 nelle strutture site nella provincia di Matera, 744 nel potentino) di età compresa tra i 3 e i 36 mesi con una leggera prevalenza (51,7%) di utenti maschi. Sul totale degli iscritti si contano 18 stranieri e 7 bambini con disabilità e 4 seguiti dai servizi sociali. Il 67,1% dei bambini iscritti ha tra 24 e 35 mesi a cui si aggiunge un ulteriore 25,4% di bambini tra 12 e 33 mesi. Questo dato è legato alla tipologia stessa dei servizi come le sezioni primavera, che accolgono di norma bambini sopra i 24 mesi. Di fatto, dato il contributo significativo di questa tipologia di servizi, l'offerta assistenziale risulta nel complesso piuttosto concentrata sui soli divezzi.

Si evidenzia un numero medio di utenti più elevato nelle strutture in provincia di Matera: 22,4 bambini iscritti contro una media regionale di 18,5, dato questo coerente con la maggiore capacità di offerta dichiarata dalle strutture operanti in questa provincia.

Equilibrio tra domanda e offerta: alcuni indicatori di sintesi

L'indice di penetrazione della popolazione 0-2 anni, mostra che a livello regionale 7,9 bambini lucani su 100 al di sotto dei 36 mesi risultano iscritti ad una struttura per la prima infanzia, contro un valore-obiettivo del Piano di azione 2007-2013 del 12%. Si tratta di un valore particolarmente positivo per una Regione del Mezzogiorno.

Disaggregando tale indice per area territoriale, si evidenzia come la penetrazione dei servizi sia più elevata nelle città di Potenza e Matera (rispettivamente con un indice di penetrazione pari al 16,9% e 14,8%), nel Lagonegrese (8,7%) e nell'Agri Sauro (12,0%). Al contrario, una penetrazione molto bassa (2-3%) si osserva nel area del Medio Basento.

La dinamica della domanda effettiva di servizi per la prima infanzia presenta invece una forte eterogeneità a livello provinciale, connessa probabilmente alla differente struttura del mercato del lavoro che coinvolge le giovani madri nel potentino e nel materano. Ne consegue che benché la dotazione di posti sia sostanzialmente simile tra le due province, proprio in virtù di una maggiore domanda di accesso, i servizi per la prima infanzia del materano presentano liste d'attesa molto più consistenti. Complessivamente a livello Regionale viene accolto il 72,9% dei bambini per i quali è richiesta l'ammissione al nido di infanzia.

I risultati dell'indagine di soddisfazione

Su un campione di 20 asili nido è stata condotta un'indagine di soddisfazione delle famiglie dei bambini iscritti, che sarà estesa nei primi mesi del 2011 anche a un campione di 20 sezioni primavera. La rilevazione della qualità percepita sugli asili nido evidenzia innanzitutto l'importanza percepita dalle famiglie rispetto all'asilo nido non solo come strumento di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro, ma anche e soprattutto come servizio educativo di primaria importanza per il bambino. Il 75% dei genitori afferma che anche qualora disponesse di alternative per la cura e la custodia del bambino si rivolgerebbe comunque all'asilo nido. Le famiglie-utenti risultano complessivamente soddisfatte del servizio di asilo nido (96,3% di soddisfatti, tra cui il 31,3% molto soddisfatto, nessun intervistato si è dichiarato insoddisfatto). I livelli di soddisfazione più elevati si registrano per il personale operante, ritenuto competente ed in grado di stabilire un buon rapporto con i bambini. Tuttavia le famiglie utenti suggeriscono di migliorare l'interazione tra educatori e genitori. Circa la struttura dall'asilo nido, sebbene sia giudicata pulita e adeguata al servizio offerto per quanto concerne gli spazi interni, le famiglie suggeriscono di migliorare la manutenzione, potenziare i giochi e gli arredi disponibili, migliorare l'accessibilità alla struttura, ma soprattutto si dimostrano poco soddisfatti degli spazi esterni giudicati poco adeguati, citando questo elemento come il principale punto di debolezza del servizio.

In termini di indirizzi programmatici, per ciascuna delle aree di intervento, a partire dalla situazione attuale e dagli elementi di criticità che caratterizzano il sistema, saranno definiti gli obiettivi che la Regione Basilicata intende promuovere e realizzare nel prossimo triennio di programmazione. Gli obiettivi che si vanno ad individuare si articolano in *obiettivi di sviluppo*, intesi come interventi, attività, azioni che puntano alla crescita generale del sistema, ed *obiettivi di servizio*, che invece individuano in modo puntuale un indicatore da raggiungere nel periodo di vigenza del Piano regionale, in presenza di adeguate risorse finanziarie.

Sotto il profilo metodologico si segnala che i singoli servizi non sono neppure idealmente riconducibili ad una sola area di intervento. Al contrario, nella pratica, si collocheranno a cavallo di più aree tra loro funzionalmente e operativamente collegate.

Con riferimento all'attuazione dell'art.21 della legge regionale 4/2007 si precisa che, fino all'approvazione di specifiche normative riferite all'autorizzazione al funzionamento ed all'accreditamento dei servizi, continuano ad applicarsi i principi di cui all'art.31 della medesima legge, nonché quelli del Piano Socio-Assistenziale per il triennio 2000-2002 (Capp 6 e 7), ove non in contrasto con il DM del 21 Maggio 2001 n.308.

33.2 - DALLE AREE DI BISOGNO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIALI

A. Funzione di informazione, supporto e presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari

Situazione attuale

Con riferimento a questa “macro-area” che realizza sia funzioni d’informazione e orientamento che la “presa in carico” effettiva della persona e della famiglia, il lavoro di analisi realizzato ed i *focus group*, hanno tracciato un quadro dei Servizi Sociali Comunali (per riprendere la terminologia utilizzata nel PSA 2000-2002) caratterizzato dalla presenza di personale qualificato (assistenti sociali e psicologi) prevalentemente inquadrato con contratti di collaborazione a progetto e/o consulenza. Questa situazione di precarietà determina una certa fragilità dei servizi che non possono avvalersi di personale stabilmente dedicato a fronte di un forte carico di lavoro che ingloba sia le funzioni di segretariato sociale che quelle proprie del servizio sociale professionale.

Obiettivi generali

In questo quadro si dovrà:

- perseguire l’integrazione fra servizi al fine di garantire unitarietà e continuità di risposta ai bisogni delle persone e delle famiglie;
- differenziare le funzioni di primo accesso, informazione, promozione ed accoglienza (funzioni di segretariato sociale) dalla presa in carico mirata delle persone e/o dei nuclei che versano in particolari situazioni di bisogno.

Con riferimento a questo secondo aspetto occorre precisare che l’accesso al sistema integrato dei servizi deve essere favorito attraverso attività d’informazione e orientamento rivolte alla cittadinanza.

Informazione e orientamento sono due funzioni che si legano strettamente. L’informazione da sola può non essere sufficiente a fronte della necessità sempre più ricorrente di sostenere le decisioni delle persone e delle famiglie, di fornire strumenti per valutare le diverse alternative a disposizione e identificare la scelta più opportuna. E’ indispensabile quindi sviluppare l’aspetto informativo connesso alla funzione di orientamento che, invece, caratterizza il processo attraverso il quale l’informazione viene erogata: il modo in cui viene illustrata, la relazione che si instaura con l’utente, l’attività di ascolto, l’identificazione del bisogno e della domanda.

Altra cosa, rispetto all’informazione e all’orientamento, è la “presa in carico” che rappresenta la fase successiva del percorso intrapreso dall’utente e che comprende la valutazione del bisogno, l’elaborazione e la condivisione di un progetto individualizzato, l’attivazione dei servizi e delle prestazioni conseguenti.

La presa in carico è funzione propria del servizio sociale professionale o dei singoli servizi competenti.

Un ulteriore aspetto di fondamentale importanza attiene alla necessità che sia il soggetto pubblico a gestire direttamente le funzioni di informazioni e orientamento e a mantenere un ruolo di regia nei confronti di altri attori e soggetti della rete, anche al fine di garantire una omogeneità di informazioni e la massima collaborazione tra il soggetto pubblico e il privato sociale (che materialmente produce ed eroga le prestazioni all'utente).

In termini di assetto organizzativo complessivo ciascun Ambito Socio-Territoriale dovrà prevedere l'istituzione del servizio sociale di ambito, che comprenda prestazioni di tipo sociale, di tipo psicologico, con particolare riferimento alle attività di empowerment di comunità, di tipo pedagogico-educativo, utili soprattutto nelle attività di predisposizione dei programmi educativi personalizzati.

Servizio sociale d'ambito

Prestazioni	Criticità	Obiettivi di servizio
Servizio Sociale Professionale	<p>Precarietà dei rapporti di lavoro.</p> <p>Disomogeneità territoriale rispetto all'organizzazione del servizio ed alle modalità di lavoro.</p>	<p>Prevedere almeno 1 Assistente Sociale a tempo pieno (38 ore di lavoro settimanali) ogni 10.000 abitanti.</p> <p>Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana.</p>
Servizio di psicologia di comunità	<p>Precarietà dei rapporti di lavoro.</p> <p>Disomogeneità territoriale rispetto all'organizzazione del servizio ed alle modalità di lavoro.</p>	<p>Prevedere almeno 1 psicologo a tempo pieno (38 ore di lavoro settimanali) ogni 25.000 abitanti.</p> <p>Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana.</p>
Servizio pedagogico-educativo	Assenza del servizio.	<p>Prevedere almeno 1 pedagoga/educatore (38 ore di lavoro settimanali) per ambito, con obiettivo di sviluppo, da raggiungere nel triennio di prevedere almeno 1/pedagoga/educatore ogni 40.000 abitanti.</p>

		Il servizio deve essere garantito anche nei piccoli comuni, articolandone la presenza nei diversi giorni della settimana .
Accesso integrato per le prestazioni sociali e socio-sanitarie		Istituire il PUA (Punto Unico di Accesso) in ogni Ambito.

Segretariato sociale

La funzione di segretariato sociale quale parte integrante del servizio sociale professionale svolge una specifica azione di “front-office”, di gestione del primo contatto, dell’informazione, dell’orientamento e dell’invio a servizi specifici.

In quanto punto di accesso al sistema socio-assistenziale, integrato in modo funzionale con il sistema sanitario, nella logica dell’articolazione dei Punti Unici di Accesso, il servizio deve riuscire a fornire risposte immediate a fronte di domande semplici e dirette.

Sotto il profilo organizzativo deve:

- essere facilmente raggiungibile, accogliente, privo di barriere architettoniche e dotato di ogni tipo di informazione sui servizi esistenti, sulla caratteristiche e qualità degli stessi, sulle procedure per accedervi;
- essere gestito da operatori specializzati con compiti di accoglienza, ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento;
- offrire servizi di “disbrigo pratiche”: certificazioni ISEE, assistenza per la compilazione delle domande di accesso alle strutture ed ai servizi e altra modulistica varia, anche attraverso il coinvolgimento, previo accordo, di strutture del privato sociale già esistenti e operative, nonché degli Enti di patronato maggiormente rappresentativi;
- raccogliere le segnalazione dei cittadini sulle disfunzioni ed inadempienze della rete dei servizi;
- supportare la lettura delle trasformazioni della domanda e delle necessarie innovazioni da apportare alla rete dei servizi in sinergia con il livello programmatico dell’ambito territoriale (Ufficio del Piano Sociale e Socio-Sanitario).

La funzione di segretariato sociale deve essere garantita in ciascun comune dell’Ambito, articolandosi nei Comuni più piccoli su presenze limitate ad alcuni giorni della settimana. Limitatamente alle funzioni di orientamento ed informazione deve essere attivato uno sportello sociale, anche senza la presenza dell’assistente sociale, per tutti i giorni della settimana.

Servizio Sociale Professionale

Il livello più complesso di “valutazione e presa in carico” è affidato al Servizio Sociale Professionale. Il servizio è gestito da Assistenti Sociali e svolge compiti di valutazione multidimensionale dei problemi delle persone e delle famiglie – con verifica delle risorse utilizzabili dalla persona sia all’interno della famiglia che sul territorio - e l’accompagnamento nel percorso stabilito.

A seconda della complessità rilevata da un colloquio più approfondito, la domanda potrà ottenere risposta diretta o l'invio ad altri servizi di carattere socio assistenziale e/o socio-sanitario e, di seguito, a servizi territoriali diurni, residenziali o domiciliari sulla base di quanto definito dal progetto personalizzato.

L'assistente sociale, nel contesto specifico del servizio sociale professionale, è la figura professionale in grado di assumersi la responsabilità istituzionale del progetto individualizzato, da realizzare insieme all'utente, alla sua famiglia e altri servizi o Enti se coinvolti.

Per questa particolare specificità è opportuno che il servizio sia coordinato dall'Ufficio di Piano, anche al fine di facilitare la trasmissione delle informazioni sui bisogni, contribuire alla programmazione e alla valutazione dei servizi e coordinare le modalità di partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata.

È, inoltre, importante sottolineare che ciascun Ufficio di Piano, a partire dalla programmazione integrata di ambito, che si realizzerà attraverso il PISS, dovrà governare le modalità di integrazione e collaborazione tra il servizio sociale professionale e gli strumenti dell'integrazione socio-sanitaria, in particolare gli Sportelli Unici di Accesso e l'Unità di valutazione integrata.

Servizio di psicologia di comunità

La psicologia di comunità è un ambito d'intervento che cura soprattutto la sfera di relazione tra la dimensione individuale delle persone e quella collettiva, in una prospettiva di promozione e cura del benessere individuale e di gruppo.

L'attenzione principale è dunque riservata alle relazioni tra gli individui, i gruppi sociali, la comunità di riferimento, intese come parti di un sistema sociale complesso, che interagisce e s'influenza reciprocamente. L'analisi e la valutazione di tali relazioni consentono la programmazione e la realizzazione d'interventi di carattere psicosociale, generalmente finalizzati alla valorizzazione delle risorse che le persone e le comunità conservano, al loro sostegno e alla loro produzione, anche in termini di capitale sociale.

Il tessuto di relazioni sociali nel quale ciascun individuo è inserito rappresenta infatti parte rilevante del proprio patrimonio sociale, significativamente predittivo dei percorsi di cura e benessere che possono essere programmati insieme a ciascuna persona.

La previsione di un servizio di psicologia di comunità nell'ambito dell'area relativa alla funzione di informazione, supporto e presa in carico delle persone e delle famiglie con bisogni sociali e socio-sanitari, se da una parte rappresenta una importante innovazione nella programmazione sociosanitaria regionale, dall'altra tende a valorizzare alcune delle esperienze più significative che sono state realizzate sul territorio regionale nell'ultimo decennio.

Servizio pedagogico-educativo

La previsione di prestazioni di carattere pedagogico-educativo nel sistema del servizio sociale di ambito tende a colmare un'assenza importante e, al tempo stesso, a rispondere ad un bisogno più volte evidenziato in fase di confronto con gli operatori locali dei servizi. La domanda di assistenza di tipo educativo tende a crescere complessivamente e a caratterizzarsi in modo specialistico, a fronte dei cambiamenti socio-demografici che sono stati ampiamente descritti nelle pagine precedenti di

questo documento di piano. Sul versante socioculturale, come su quello educativo-riabilitativo è necessario che l'offerta di base dei servizi sociali potenzi la propria capacità di elaborazione di programmi assistenziali appropriati ed efficaci, capaci di orientare da una parte i percorsi verso le aree d'intervento specialistiche, dall'altra di verificarne nel tempo l'andamento e l'esito.

Lo strumento di lavoro principale del servizio pedagogico-educativo è il PEI, programma educativo individualizzato, che tiene conto delle attività di tipo educativo, riabilitativo, didattico e di socializzazione programmati per la persona, minore o disabile che sia, e va redatto in collaborazione con le altre agenzie sociali ed educative (enti, servizi, equipe) che intervengono nel progetto assistenziale della persona.

L'istituzione del servizio diviene indispensabile per la concreta attuazione dell'intesa in Conferenza Unificata del 20 marzo 2008, relativa al riassetto dei gruppi H nel sistema scolastico.

Al fine di potenziare l'efficacia degli interventi e garantirne nel tempo la sostenibilità, è assolutamente necessario che tutte le competenze professionali che afferiscono al servizio sociale di ambito sviluppino il pieno coordinamento, integrandosi nelle funzioni operative e promuovendo il massimo grado di confronto e collaborazione.

B. Sostegno alle responsabilità familiari, di tutela materno infantile e di protezione dei minori e degli adolescenti

Situazione attuale

Con riferimento a questa area di intervento le principali criticità riscontrate nel lavoro di analisi riguardano:

- unità di offerta disomogenee sia per struttura organizzativa che per prestazioni erogate;
- copertura territoriale più bassa sia della media nazionale che di quella relativa alle regioni del Sud ed una forte disomogeneità territoriale;
- una generale difficoltà di collaborazione e coordinamento tra i servizi sociali comunali e gli enti gestori dei servizi;
- assenza di servizi di promozione e sostegno alla famiglia e alla genitorialità e di tutela delle donne sole con figli;
- carenza di servizi per la fascia d'età dai 15 ai 18 anni;
- carenza di servizi socio-educativi che forniscano contesti di aggregazione e socializzazione.

Obiettivi generali

A partire dalla situazione esistente, nell'ambito di quest'area di intervento, si dovranno innanzitutto realizzare interventi di rilevazione e analisi della domanda e di monitoraggio e valutazione delle tipologie di servizi offerti.

Ultimato il lavoro di analisi, sia sul fronte della domanda che dell'offerta, si dovranno:

A. ampliare le unità di offerta con riferimento:

- al numero di servizi attivati;
- alla distribuzione territoriale;
- alla tipologia di servizi attivati;

- a specifici target di utenza (fascia 15-18, famiglie).
- B. rafforzare e rendere più omogenei i servizi attivi intervenendo:
- sulla struttura organizzativa;
 - sulla tipologia di prestazioni erogate;
 - sulle professionalità coinvolte;
 - sugli strumenti operativi utilizzati.
- C. realizzare l'integrazione:
- con altre aree di intervento, al fine di promuovere e sviluppare un approccio multidimensionale.

Questi obiettivi saranno perseguiti con specifiche attività del SISB e dal "Programma di interventi e attività di studio, analisi, ricerca e raccolta dati nell'area infanzia e adolescenza", approvato con la deliberazione di Giunta Regionale n.1282 del 07.07.2009, che prevede l'istituzione di un centro di documentazione regionale per la realizzazione di attività di studio, analisi, ricerca, raccolta ed elaborazione dei dati relativi alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, in ottemperanza a quanto disposto dall'art.4 della legge 451/97.

Lo stesso centro promuoverà un programma di azioni di prevenzione, assistenza e recupero di minori vittime di abusi sessuali ai sensi della legge 269/98 - art.17.

A supporto della strategia regionale per potenziare l'offerta dei servizi socio educativi per la prima infanzia sarà aggiornata la normativa regionale in materia attraverso l'emanazione di una nuova legge.

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza domiciliare educativa	<p>A fronte di una qualità delle prestazioni non standardizzata, la spesa media per utente è molto più elevata della media nazionale e di quella relativa alle regioni meridionali. (248 utenti con una spesa media per utente di € 2.891, <i>spesa media nazionale di € 2.058, spesa media nelle regioni del sud € 1.151</i>).</p> <p>La copertura del servizio sul territorio regionale è molto bassa: solo il 39,8% dei Comuni è coperto dal servizio (<i>48,3 % nazionale, 29,5 nelle regioni del sud</i>).</p> <p>Il servizio è presente in 13 ambiti su 15 ma in alcuni di essi con percentuali di utenti molto basse.</p>	<p>Indagare e verificare il dato di spesa media per utente ed eventualmente mettere in atto azioni di sostegno ai Comuni o agli ambiti per promuovere un più efficace uso delle risorse. Rendere omogenea la struttura organizzativa dei servizi identificando in modo più preciso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obiettivi; • prestazioni erogate, modalità di erogazione, dispositivi e strumenti per l'integrazione con altri interventi (interventi integrati con altre aree: scuola, sport, servizi aggregativi); • figure professionali coinvolte e competenze e qualifiche richieste; • dispositivi regionali di accreditamento e autorizzazione; • indicatori di verifica della qualità; • formazione congiunta degli operatori; • utilizzo di strumenti operativi

	Il servizio presenta una certa disomogeneità strutturale e organizzativa.	condivisi, es. PEI (Progetto Educativo Individualizzato);
		<ul style="list-style-type: none"> • approccio multidisciplinare (a partire dalla strutturazione dell'équipe) e integrato con altri servizi ed aree di intervento (scuola, sport, etc).
		Obiettivi di servizio
		Ampliare il numero di comuni coperto dal servizio assicurando la presenza di almeno un servizio per ambito.

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Case famiglia e strutture residenziali per minori	Carenza di strumenti che consentono la costruzione di percorsi condivisi e integrati tra i servizi e le strutture di accoglienza. Carenza di risorse specifiche dedicate ai percorsi di affidamento in grado di connettere il lavoro portato avanti con i minori nelle comunità e nelle famiglie affidatarie con le azioni promosse dai servizi sociali per il recupero delle funzioni genitoriali.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto alla residenzialità dei minori e dell'utilizzo delle risorse.
		Obiettivi di servizio
Comunità educativa per minori con problemi di adattamento	Assenza di strutture di accoglienza	Definire un piano di presa in carico ed un Progetto Educativo Individualizzato (PEI) condiviso del nucleo familiare tra servizi sociali e Ente gestore del servizio, così da mettere in campo tutti gli interventi necessari per verificare la possibilità del rientro in famiglia e renderla praticabile, attraverso la personalizzazione degli interventi e la condivisione dei progetti.
		Obiettivi di servizio
Area minorile penale	Assenza di politiche strutturate specificamente dedicate al trattamento ed al reinserimento di minori e giovani adulti di area penale	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti.
		Obiettivi di servizio
		Prevedere la costituzione di una struttura a livello regionale.
		Garantire l'accesso ad una adeguata informazione ai minori e ai giovani adulti dell'area penale sulla rete delle risorse pubbliche e del privato sociale.
		Organizzazione di iniziative di prevenzione attivando stretti collegamenti funzionali tra

		il Sistema dei Servizi Minorili, le strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno infantile, pediatria di base) ed altri Servizi Sociali nonché Istituzioni a carattere educativo e scolastico.
Comunità alloggio/gruppi appartamento per madri con figli	Bassa presenza di servizi di tutela e di accoglienza per donne sole con figli.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto alla tutela delle donne sole con figli.
		Progettare e realizzare interventi di sostegno al reinserimento sociale e lavorativo della madre, lavorando in rete con altre strutture e servizi che operano sul territorio (ad es. Centri per l'Impiego e servizi di inserimento lavorativo).
		Obiettivi di servizio
		Costituire una struttura di accoglienza su base provinciale, che garantisca il servizio di accoglienza anche per le vittime di violenza.
Gruppi appartamento per l'autonomia	Assenza di servizi in grado di favorire l'autonomia dei minori che passano alla maggiore età.	Impostare e avviare un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni emergenti rispetto al passaggio dalle strutture residenziali a strutture che promuovano l'autonomia dei minori che passano alla maggiore età.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi socioeducativi per la prima infanzia	Basse percentuali di copertura dei servizi rispetto alla domanda potenziale.	<p>Per il raggiungimento degli obiettivi dovranno essere poste in essere le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento del numero di posti in strutture socio-educative attraverso la realizzazione di attività di sensibilizzazione, informazione e assistenza tecnica rivolte ai territori; • programmazione di nuovi posti in nidi d'infanzia, compresi micronidi e nidi aziendali; • potenziamento dei servizi nei comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti; • abbattimento dei costi delle rette. <p>Obiettivi di servizio</p> <p>Raggiungere una copertura di servizio pari al 35% dei comuni entro il 2013 (QSN 2007-2013).</p> <p>Raggiungere il 12% di copertura della popolazione fino a tre anni entro il 2013 (QSN 2007-2013).</p>

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Centri diurni per minori	<p>Copertura scarsa e disomogenea del servizio che è presente solo nei comuni più grandi.</p> <p>Servizio decisamente sotto utilizzato a fronte di alti costi di gestione.</p> <p>Disomogeneità delle strutture organizzative e delle relative modalità di gestione.</p>	<p>Modificare gli standard strutturali e organizzativi del servizio al fine di rispondere in maniera adeguata alle esigenze di sostegno psico-socio-educativo dei minori nella fascia 14-18 attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'impostazione e l'avvio di un sistema di rilevazione e monitoraggio dei bisogni di sostegno emergenti rispetto alla fascia d'età 14-18; • l'identificazione di mission, target e opportunità di intercettazione del target specifico dei centri diurni, garantendo l'opportunità di accesso anche ai ragazzi provenienti dai comuni più piccoli e distanti; • la connessione dei centri ad altri servizi quali l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali; • la promozione dei centri diurni come opportunità di sostegno al rientro in famiglia del minore istituzionalizzato ovvero quale servizio integrativo e di supporto all'assistenza domiciliare. <p>Definire, a livello regionale, gli standard strutturali, organizzativi e gestionali dei centri anche attraverso la regolamentazione dei criteri e delle procedure di autorizzazione e accreditamento, al fine di individuare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli obiettivi da raggiungere; • le prestazioni da erogare e le relative modalità di erogazione; • le figure professionali da impiegare con riferimento alle competenze e qualifiche richieste. <p>Obiettivi di servizio</p> <p>Per i Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti prevedere la costituzione di almeno 1 centro diurno, per i Comuni con popolazione inferiore ai 10.000 abitanti interventi e azioni a sostegno delle attività</p>

		educative presso oratori, strutture scolastiche, associazioni di volontariato, ecc.
Ludoteche e punti ludici	<p>Scarsa diffusione del servizio.</p> <p>Basso numero di utenti.</p> <p>Scarse risorse dedicate.</p> <p>Disomogeneità organizzativa imputabile al fatto che la gestione viene affidata, in prevalenza, a organizzazioni di volontariato.</p>	<p>Incrementare le risorse dedicate.</p> <p>Definire, a livello regionale, gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del servizio anche attraverso la regolamentazione dei criteri e delle procedure di autorizzazione e accreditamento.</p> <p>Prevedere una struttura organizzativa flessibile che, avvalendosi degli spazi di altri servizi (centri sociali polifunzionali e/o istituti scolastici), consenta di offrire attività di gioco e animazione periodicamente ai diversi territori. In tal modo si risolverebbe il problema della distribuzione territoriale e sarebbero soddisfatti anche i bisogni dei territori più piccoli o periferici.</p>

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi per l'affido	Esiguo numero di interventi avviati.	Incrementare il numero di interventi anche attraverso attività di promozione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione.
		<p>Obiettivo di servizio</p> <p>Organizzare periodicamente una campagna di sensibilizzazione.</p>
Interventi e servizi per la prevenzione primaria	Scarsità di interventi strutturati di assistenza socio educativa territoriale (laddove esistenti vengono attivati in maniera informale e lasciati alla spontaneità dei singoli operatori).	<p>Potenziare gli interventi di educativa territoriale che intercettino la fascia 14-18.</p> <p>Potenziare gli interventi dei consultori con l'individuazione di obiettivi di prevenzione del disagio e dell'emarginazione, riconoscendo e valorizzando le potenzialità e le risorse relazionali dei contesti sociali di intervento.</p> <p>Attivare i servizi in una logica di sistema con i centri di aggregazione, con i centri diurni, con gli istituti scolastici.</p>

<p>Servizi e attività di consulenza, mediazione familiare e altre forme di sostegno alla genitorialità, centri per le famiglie</p>	<p>Scarsità di servizi e attività di sostegno alla genitorialità.</p>	<p>Potenziare le attività dei consultori attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • azioni e prestazioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza; • azioni a sostegno della coniugalità e della genitorialità con l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare nonché di sostegno all'auto-aiuto; • costituzione di un numero congruo di équipes qualificate nelle attività di mediazione familiare; • attivazione di specifici servizi di tutoring per adolescenti-genitori; • promozione di azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.
--	---	--

C. Azioni e servizi di sostegno alle persone anziane

La situazione attuale

Per quanto riguarda l'area di intervento servizi per le persone anziane gli obiettivi della programmazione devono misurarsi inevitabilmente con la prospettiva sociodemografica che prevede un deciso invecchiamento della popolazione, come indicato nei capitoli precedenti.

L'analisi della situazione attuale dei servizi per quest'area di intervento presenta:

- una rete abbastanza diffusa sul territorio regionale di servizi di assistenza domiciliare;
- un'offerta di servizi Assistenza Domiciliare Integrata ampia, che però è rappresentata prevalentemente da prestazioni di tipo sanitario;
- servizi residenziali poco distribuiti sul territorio, con una domanda in crescita soprattutto dei servizi residenziali ad alta intensità assistenziale;
- una rete di servizi comunitari, i laboratori di comunità, estesa ma che non riesce a coprire l'intera domanda

Obiettivi generali

Gli obiettivi generali da perseguire per quest'area di intervento sono:

- una maggiore omogeneità territoriale dell'offerta di servizi;
- l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari dell'area domiciliare, anche al fine della riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni;
- il consolidamento dei servizi già attivati e la loro omogenea diffusione sul territorio regionale.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Laboratori di comunità	Copertura utenza insufficiente rispetto alla domanda. Dotazione finanziaria annuale insufficiente.	Potenziamento della rete dei servizi. Potenziamento delle equipe professionali.

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza domiciliare (SAD)	Diffusione territoriale non omogenea. Procedure diverse di attivazione del servizio.	Potenziamento dell'offerta di servizi. Elaborazione di linee guida e strumenti di lavoro omogenei. Definizione dei requisiti e degli standard per l'autorizzazione del servizio.
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Bassa integrazione delle prestazioni. Copertura non omogenea sul territorio.	Definizione dei requisiti e degli standard per l'integrazione delle aree sociali e socio-sanitarie.
		Migliorare la penetrazione sull'intero territorio regionale.
		Obiettivi di servizio Obiettivo di servizio Piano di azione 5% ultra65enni

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi residenziali a bassa intensità assistenziale	Diffusione insufficiente rispetto alla domanda.	Potenziamento della rete dei servizi residenziali. Definizione dei requisiti e degli standard per l'autorizzazione del servizio.

D. Azioni e servizi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale

Situazione attuale

L'ultima rilevazione Istat sulla povertà relativa calcola in Regione Basilicata un'incidenza di famiglie povere pari al 26,3% (stimabile in circa 58.000 famiglie), dato superiore alla media del Mezzogiorno e, dopo il 27,6% registrato in Regione Sicilia, dato più alto registrato a livello nazionale.

Il "Documento di Indirizzo" approvato con DGR 371/2009, mostra come nella fascia ISEE più bassa (inferiore ai € 4.000 annui) si trovino prevalentemente le persone sole (per il 37%), con una forte incidenza sul totale degli ultra65enni (31,6%). Al crescere, seppur di poco, della fascia ISEE tale percentuale si riduce ed emerge un maggior equilibrio tra le tipologie indicate: nella fascia ISEE tra i € 4.000 e i € 5.000 annui sono le coppie, con e senza figli a trovarsi maggiormente in difficoltà. Un dato senz'altro interessante è quello relativo all'età anagrafica della persona di riferimento del nucleo familiare, per cui gli ultra 65enni si rilevano in percentuali superiori al 60% e oltre il 75% per coloro nella fascia ISEE più bassa.

Obiettivi generali

Per il prossimo triennio di programmazione i servizi che afferiscono a quest'area saranno interessati ancora da un programma sperimentale che terminerà con la messa a "regime" della prestazione e dei servizi connessi.

Il passaggio al nuovo programma è cominciato nel 2009 ed ha previsto due azioni distinte:

1. Azione di accompagnamento all'uscita dal Programma Promozione della Cittadinanza solidale, conclusasi nello stesso anno,
2. **Sviluppo del Programma regionale di contrasto delle condizioni di povertà ed esclusione sociale.**

La nuova fase di programmazione conferma che il servizio si attua attraverso due tipi di politiche: una prima, passiva, di integrazione e sostegno al reddito e una seconda, attiva, di definizione per i beneficiari di un apposito programma di inserimento sociale.

La misura dunque non si configura esclusivamente come sostegno al reddito, bensì vuole, nella sua complessità, lavorare sul coinvolgimento attivo dei beneficiari, anche al fine di accrescerne l'autostima e rendere possibile il recupero di capacità progettuali.

Le azioni del nuovo programma sono strutturate su due filoni:

- consolidamento formativo e inclusione lavorativa;
- coesione sociale.

Gli obiettivi principali per questa nuova fase di programmazione consistono nel:

- perseguire, attraverso opportuni programmi, attuati anche attraverso rapporti convenzionali con la cooperazione sociale deputata all'inserimento, l'autonomia della persona intesa non solo come rafforzamento delle singole competenze, conoscenze e abilità, ma anche come sostegno nel riattivare una dimensione relazionale con il contesto sociale di riferimento;
- avere come interlocutore diretto e indiretto non solo il singolo ma l'intero nucleo familiare di riferimento.

E. Servizi di supporto alle persone con disabilità fisica, psichica, psichiatrica e sensoriale

Situazione attuale

- La rete dei servizi è debole, rispetto alla domanda, anche se i servizi riconducibili all'area disabilità sono i più numerosi in termini percentuali (rappresentano il 21% dei servizi attivi sul territorio regionale);
- il grado di copertura del territorio regionale è molto diversificato (ambiti con un solo servizio, ambiti con pluralità di offerta);
- forte concentrazione dell'offerta sulla domiciliarità, ovvero sul SAP (rappresenta il 39% dell'offerta sulla disabilità, contro una media di altri servizi sotto al 10%);
- carente l'offerta di servizi sulla residenzialità;
- quasi del tutto assenti servizi alternativi, semiresidenziali rivolti al sollievo oppure rivolti alla promozione delle autonomie ed alla vita indipendente;
- inesistente il tema del dopo di noi e della continuità assistenziale (progetti scuola territorio, progetti ponte), assenza di servizi nell'area 14-18;
- discontinuità della presa in carico in termini di criteri, di strutture organizzative, di approcci e di strumenti
- spesa sociale media pro-capite per disabili € 563,4 euro, mediamente in linea con quella delle regioni del Sud, ma decisamente inferiore al dato medio nazionale (dati Istat 2005).

Obiettivi generali

1. Superamento degli squilibri territoriali e frantumazione degli interventi attraverso
 - l'omogeneizzazione degli interventi in sostegno alla disabilità, identificando alcune aree di servizio prioritarie da sviluppare omogeneamente a livello d'ambito;
 - il miglioramento dell'accessibilità alla rete dei servizi mediante la definizione di percorsi di accesso chiari e regolati a livello d'ambito.
2. Integrazione operativa da realizzare attraverso:
 - la definizione di criteri univoci per la presa in carico e modelli organizzativi;
 - promozione di piani e accordi formalizzati tra gli attori della rete locale, finalizzati allo sviluppo di sinergie e interventi integrati verso la persona disabile.
3. Appropriatelyzza degli interventi e continuità assistenziale da promuovere attraverso la costituzione di strutture multi-professionali sociali e sanitarie integrate che assicurino continuità nella presa in carico nell'intero percorso di vita, con una chiara definizione di una figura responsabile di riferimento. Sul versante dell'accesso e della presa in carico si deve promuovere un percorso orientato alla sperimentazione di strumenti condivisi di valutazione dei bisogni (che prevedano l'utilizzo dell'ICF) nonché di progettazione degli interventi in relazione a diverse tipologie e livelli di disabilità (progetto di vita, progetti di passaggio, case management).

Servizi domiciliari

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza Domiciliare (SAD)	<p>Diffusione solo nel 40% degli ambiti zonali.</p> <p>Elevata richiesta non soddisfatta sebbene in linea con la copertura territoriale delle regioni meridionali.</p> <p>Spesa media pro-capite inferiore a quella nazionale ed anche a quella del Sud (1.987 euro contro 3.456 nazionale e 2.172 regioni del sud).</p> <p>Nel caso di minori, non sempre è presente la funzione educativa. In genere è un servizio di cura alla persona, igiene dell'abitazione e socializzazione.</p> <p>Elevato il costo della compartecipazione familiare.</p>	<p>Sviluppare il servizio di assistenza domiciliare in ogni Ambito territoriale.</p> <p>Incrementare il livello di copertura del servizio in regione.</p> <p>Omogeneizzare le modalità, i criteri di accesso al servizio e la compartecipazione al costo dal parte dell'utenza.</p> <p>Modulare l'assistenza domiciliare, potenziando gli interventi orientati allo sviluppo delle autonomie e dell'indipendenza delle persone disabili.</p> <p>Prevedere per i minori prestazioni integrate con il PEI.</p>
Interventi di Sollievo	Totale assenza di interventi.	<p>Organizzare a livello d'ambito soluzioni assistenziali diurne, servizi semiresidenziali per disabili, anche con l'ampliamento dei servizi di accoglienza, come intervento di sollievo ai carichi familiari.</p> <p>Promuovere interventi volti a favorire l'integrazione del minore disabile in contesti di normalità che possano alleviare il carico familiare dell'integrazione.</p>
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	<p>Bassa integrazione delle prestazioni.</p> <p>Copertura non omogenea sul territorio.</p>	<p>Definizione dei requisiti e degli standard per l'integrazione delle aree sociali e sociosanitarie.</p> <p>Migliorare la penetrazione sull'intero territorio regionale.</p> <p>Obiettivi di servizio</p> <p>Obiettivo di servizio Piano di azione 5% ultra65enni</p>

Servizi residenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Comunità alloggio a carattere socio assistenziale, "Dopo di noi"	Servizi poco sviluppati nel territorio.	Promozione a livello di ciascun ambito di programmi per il "dopo di noi" che prevedano soluzioni abitative autonome e progetti di vita indipendente.
		Promozione della conoscenza e dell'utilizzo da parte delle famiglie di tutte le misure di tutela giuridica disponibili.
		Obiettivi di servizio Costituire una Comunità alloggio per Ambito

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizio di aiuto per la vita indipendente	Servizio non presente.	Progettazione di interventi integrati di politiche intersettoriali (della salute, del sociale, del lavoro, della formazione, della residenzialità e della mobilità). Azioni indirette di sostegno a progetti individuali. Azioni di formazione degli operatori dei servizi coinvolti per l'attuazione di politiche intersettoriali. Attivazione di un Voucher.
Inserimento lavorativo	Servizio scarsamente presente.	Attivazione, d'intesa con Dipartimento Formazione, di interventi specifici nel campo dell'orientamento, della formazione, dell'inserimento e accompagnamento al lavoro. Promozione di interventi di sensibilizzazione.
Trasporto sociale (Interventi per la mobilità)	Disomogeneità nella diffusione del servizio. Difformità dei requisiti e dei criteri di accesso.	Omogeneizzare a livello di Ambito le modalità, i criteri di accesso al servizio e la compartecipazione al costo dal parte dell'utenza.

		Potenziare la disponibilità e la diffusione dei servizi per il trasporto sociale di accompagnamento per l'accesso ai servizi.
		Obiettivi di servizio
		Attivare il servizio in ogni Ambito.

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Rappresentanza e partecipazione	Debolezza dei processi di partecipazione.	<p>Promuovere e sostenere, a livello locale, forme di rappresentanza delle famiglie delle persone con disabilità, anche con il sostegno del mondo del volontariato e delle associazioni di promozione sociale.</p> <p>Sostenere il coinvolgimento e partecipazione della famiglia nella definizione del progetto di vita.</p> <p>Promuovere interventi finalizzati allo sviluppo e sostegno delle competenze familiari.</p>
Centri Socio-Educativi	Penetrazione insufficiente del servizio anche a causa dell'elevata distanza dei centri ed elevata domanda non soddisfatta.	Omogeneizzare a livello d'ambito le modalità, i criteri di accesso ai servizi e la compartecipazione al costo da parte dell'utenza.
	Servizi non adeguatamente diversificati, specie in relazione a diverse forme e tipologie di demenza senile.	Personalizzare i servizi attraverso progetti individualizzati.
	Scarsa connessione con i servizi di formazione e inserimento lavorativo.	<p>Obiettivi di servizio</p> <p>Costituire un Centro socio educativo ogni 30.000 abitanti</p>

F. Interventi a sostegno della vita autonoma e della permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti

La situazione attuale e gli obiettivi generali

L'art. 4 della legge regionale n. 4/2007 nel riconoscere quale funzione preminente e qualificante della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale la realizzazione di un organico complesso di interventi di assistenza per l'autonomia possibile e per le cure a lungo termine a favore delle persone non autosufficienti, istituisce un Fondo speciale per la non autosufficienza, integrativo di quello nazionale di cui all'art. 21 della legge 8 novembre 2000 n. 328.

Le stime sulle persone in condizioni di non autosufficienza indicano dati significativi per il territorio regionale, destinati ad aumentare in previsione della parabola sociodemografica. In questo contesto è stato definito un programma specifico di interventi in materia di non autosufficienza che si integra con gli obiettivi della programmazione sociale e sociosanitaria e, al tempo stesso, ne qualifica una parte rilevante.

Il primo intervento di questo programma prevede la sperimentazione della misura dell'assegno di cura.

Gli altri obiettivi del programma sono:

- rafforzamento dei punti unici di accesso ai servizi;
- attivazione di modalità della presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza integrata;
- attivazione e rafforzamento di servizi sociosanitari e socio assistenziali, riferiti in special modo alla domiciliarità.

Domiciliarità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Assistenza domiciliare integrata (ADI)	Scarsa integrazione (prestazioni prevalentemente sanitarie e copertura bisogni sociali)	Sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali
	Unità di Valutazione Integrata e Punti Unici di accesso non diffusi in modo omogeneo	Sostenere la diffusione omogenea dei servizi per l'accesso e la presa in carico e le relative procedure
	Procedure per la valutazione del bisogno e la presa in carico non omogenee	<p>Obiettivi di servizio</p> <p>Realizzazione di interventi omogenei sul territorio regionale indicatori come da Obiettivi di servizio ADI 2007-2013 - 5% ultra 65enni)</p>

Residenzialità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Servizi residenziali ad elevata intensità assistenziale	Assenza di servizi sul territorio regionale	Potenziamento della rete dei servizi residenziali per la non autosufficienza (Obiettivi FESR, POIS)

Servizi semiresidenziali

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Centri diurni per Alzheimer	Assenza di servizi	Sperimentazione di centri diurni nelle città capoluogo di provincia

Altri servizi

Servizi	Criticità	Obiettivi di servizio
Assegni di cura		Sperimentazione degli assegni di cura

G. Azioni e servizi per la prevenzione e il trattamento delle devianze e delle dipendenze patologiche

Situazione attuale e obiettivi generali

Non essendo previste altre tipologie di servizi, i Ser.T oltre a fronteggiare questa evoluzione, hanno dovuto accogliere e gestire anche altre forme di dipendenza patologica, quelle da alcool, da tabagismo, da gioco d'azzardo, da tecnologia digitale.

I servizi, pur conservando l'originaria organizzazione, cercano di far fronte a tutta questa nuova domanda con le stesse figure professionali e un organico sottodimensionato.

Le criticità più sentite concernono:

- un aumento dell'utenza;
- il crollo dell'età media dei giovani che iniziano a consumare sostanze illegali;
- la scarsità delle risorse finanziarie, che risultano insufficienti a contrastare un fenomeno in così largo aumento;
- difficoltà a costruire una rete tra i servizi;
- scarsa propensione al lavoro integrato, a fronte di un sempre crescente bisogno di conoscenza e riconoscimento reciproco delle competenze e delle attività svolte presso gli altri Enti e Servizi.

Dalle criticità emerse possono prefigurarsi gli obiettivi di miglioramento che risiedono essenzialmente nel rendere stabili gli interventi previsti dai progetti definiti sulla base della DGR n. 1866 del 3.11.2009. I 9 progetti (sette ambiti POIS più i due comuni capoluogo di provincia) sono finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- prevenzione;
- inclusione sociale e lavorativa.

Per ogni obiettivo sono stati individuati interventi prioritari che costituiscono le linee guida per la progettazione dei piani territoriali di intervento a seconda delle esigenze e dei bisogni espressi dal territorio.

OBIETTIVI	INTERVENTI
A. Prevenzione	• Prevenzione, informazione, sensibilizzazione e interventi di tipo socio educativo
	• Servizi sociali di prevenzione e primo intervento a bassa soglia
	• Centri ascolto e consulenza
Inclusione sociale e lavorativa	• Percorsi di reinserimento socio-lavorativo
	• Accoglienza
	• Interventi per fasce particolarmente a rischio

H. Reinserimento sociale di ex detenuti e di soggetti in stato di detenzione, in esecuzione penale esterna o comunque sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

Situazione attuale e obiettivi generali

L'area d'intervento relativa al reinserimento sociale degli ex detenuti è poco sviluppata nel sistema regionale dei servizi. Gli unici interventi che si realizzano sono di tipo prettamente assistenziale (sussidi economici) o riconducibili all'interno dell'area "contrasto alla povertà e inclusione sociale".

Si segnala che è operativa la Commissione Regionale per la lotta alla devianza e alla criminalità, istituita con D.G.R. 2101/2005 alla quale è demandata l'attività di coordinamento, programmazione, integrazione e verifica degli interventi attuativi assunti con la sottoscrizione del protocollo d'intesa tra Regione Basilicata e Ministero della Giustizia approvata con D.G.R. 1443/2004 che riguarda i settori sanitario, sociale, assistenziale, formativo e del lavoro.

Muovendo dalla considerazione che una persona sottoposta a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria è un cittadino che, oltre ai bisogni comuni (casa, istruzione, formazione, integrazione lavorativa, sanità, opportunità culturali, gestione del tempo libero, rete di relazioni) sconta il peso di meccanismi sociali e vincoli istituzionali che tendono a perpetuarne i processi di esclusione ed emarginazione, risulta abbastanza evidente la necessità di dover affrontare il disagio di cui è portatore in un'ottica d'intervento globale e, al tempo stesso, rispettosa delle specificità derivanti dalla sua condizione.

Ad integrazione degli interventi realizzati nell'ambito dell'area penale interna, è opportuno che si prevedano interventi a sostegno delle attività di inclusione sociale ed inserimento lavorativo.

Servizi di comunità

Servizi	Criticità	Obiettivi di sviluppo
Interventi nell'area penale esterna	Scarsa attenzione all'inclusione sociale del target.	<ul style="list-style-type: none"> • Azioni di sostegno al reinserimento sociale prevedendo la realizzazione di iniziative di socialità (es. Voucher per accesso eventi e manifestazioni culturali) e di integrazione. • Promuovere, in collaborazione con gli Enti locali ed il Terzo settore, progetti individualizzati di attività di utilità sociale in favore della comunità di appartenenza. • Sostegno ai nuclei familiari per il reinserimento. • Migliorare la conoscenza del target dell'esecuzione penale esterna del territorio interessato.
Minori e adulti ex-detenuti	Mancata presa in carico da parte dei servizi del territorio.	Realizzazione di progetti individualizzati di reinserimento e di inclusione sociale.

I. Accoglienza e integrazione dei migranti e delle persone senza fissa dimora.

Situazione attuale e obiettivi generali

Il dato relativo alla popolazione straniera residente in Basilicata è di 9.595 presenze, in percentuale complessivamente pari all'1,6% sul totale della popolazione, a livello provinciale la percentuale registrata è dell'1,3% per Potenza e del 2,3% per Matera.

I dati sui flussi migratori e le dinamiche degli ultimi anni dimostrano che anche in Basilicata si inizia a configurare un fenomeno migratorio strutturale, sebbene con dimensioni sensibilmente inferiori rispetto alle altre regioni, in particolare del Nord Italia.

Questi gli indicatori a supporto:

- aumento del numero dei soggiornanti;
- crescita del numero di stranieri residenti;
- crescita delle acquisizioni di cittadinanza italiana;
- aumento dei minori.

In relazione alle criticità emerse, la Regione ha adottato un Piano di interventi a favore dei migranti fortemente innovativo, finalizzato alla collocazione delle politiche per l'immigrazione dall'interno del più ampio sistema dei servizi di cittadinanza sociale. Ha quindi deliberato l'assegnazione agli Ambiti Sociali di Zona (ASZ) di una quota di risorse finanziarie da destinare prioritariamente al potenziamento degli sportelli informativi per gli immigrati e per sostenere l'apertura di nuovi servizi in ambiti scoperti.

Ritenendo di dover continuare a promuovere il rafforzamento dei servizi territoriali, con D.G.R. n. 306 del 27.02.2009, è stato definito un secondo piano per l'immigrazione che individua obiettivi e azioni specifiche.

OBIETTIVI	AZIONI
Governance, programmazione integrata, concertazione	<ul style="list-style-type: none"> • Istituzione di una cabina di regia regionale (Regione, Province, Comuni) per attività di coordinamento tecnico. • • Interventi di assistenza tecnica e promozione di reti collaborative. • Funzionamento della Commissione regionale per l'immigrazione.
Attività di informazione e comunicazione istituzionale	<ul style="list-style-type: none"> • Sito internet migranti. • • Conferenza sull'immigrazione. • • Periodico d'informazione. • • Mediatore interculturale presso la Regione Basilicata.

Conoscenza del fenomeno e valutazione	SISTEMA DI MONITORAGGIO PER LA RACCOLTA E LA SISTEMATIZZAZIONE DEI DATI SUI FLUSSI MIGRATORI REGIONALI.
Solidarietà, integrazione sociale, culturale e lavorativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Progetti sperimentali presentati da comuni in collaborazione con gli organismi iscritti all'albo regionale delle associazioni che operano a favore degli immigrati. • • Creazione dell'albo regionale delle organizzazioni che operano stabilmente a favore dei migranti.
Ridefinizione e potenziamento dei servizi sociali e socio sanitari in una logica di "apertura" alle esigenze dei migranti, anche ai sensi della L.R.4/2007	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi a favore di migranti detenuti, ex detenuti o ammessi a misure alternative. • • Interventi a favore dei minori (minori non accompagnati, istituti penali minorili, accoglienza). • • Definizione del profilo professionale della figura del Mediatore Interculturale. • • Elaborazione Linee guida regionali per la gestione degli Sportelli Informativi. • • Potenziamento della rete regionale degli sportelli informativi per immigrati. • • Rafforzamento dei servizi sociali territoriali per renderli più idonei e rispondenti ai bisogni degli immigrati, promuovendo anche forme di collaborazione e scambio. • • Contributi straordinari. • • Formazione operatori e implementazione delle Linee Guida regionali.

33.3. RUOLO E FUNZIONI DEGLI ATTORI SOCIALI

La legge regionale 4/2007 definisce all'art. 14 il ruolo e le funzioni degli attori sociali chiamati a concorrere alla costruzione della rete regionale dei servizi di cittadinanza sociale, sia in quanto rappresentanti e tutori della domanda sociale, sia in quanto produttori di servizi, oltre ad indicarne anche i soggetti. Il contributo dei diversi attori sociali qualifica gli interventi ed i servizi previsti dalla legge regionale sostenendo:

- l'organizzazione e l'espansione della rete locale dei servizi, anche attraverso la progettazione congiunta degli interventi e la messa in rete delle risorse;
- l'integrazione delle politiche sociali, anche mediante la valorizzazione delle loro capacità di sperimentazione e innovazione;
- lo sviluppo di attività socio-economiche capaci di incrementare il capitale sociale, di valorizzare le risorse locali, di sostenere l'inclusione dei soggetti deboli.

La rappresentanza sociale

Il comma 3 dell'art. 14 della stessa legge regionale indica inoltre la necessità che vengano valorizzate, in ambito locale, le funzioni che oratori, parrocchie e altre strutture di ispirazione religiosa svolgono per la promozione dell'integrazione sociale e per il contrasto all'emarginazione. Il ruolo e le attività dei diversi soggetti che qui definiamo attori sociali ha trovato una significativa legittimazione nel nostro ordinamento costituzionale con la riforma del Titolo V della Costituzione, legge costituzionale 3/2001, che all'art. 118 ha introdotto il principio di sussidiarietà (sussidiarietà orizzontale): "*Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.*", riconoscendone così, in conformità alle norme di riferimento, valore di interesse generale. Con riferimento alle finalità della legge regionale 4/2007 questa funzione si realizza in via preminente attraverso la partecipazione alla costruzione della rete integrata d'interventi e servizi di cittadinanza sociale. L'elenco dei soggetti indicati dalla legge regionale comprende una platea vasta di enti ed organizzazioni, tutte riconducibili a vario titolo alla dimensione generale del cosiddetto privato sociale. Tali soggetti assumono un ruolo importante nella definizione del sistema regionale di welfare, caratterizzandone la rete integrata con una molteplicità di luoghi ed esperienze concrete che partecipano alla elaborazione delle strategie di politica sociale e sociosanitaria del territorio, secondo un modello di governance plurale a responsabilità condivise che è opportunamente indicato come uno dei punti fondamentali dell'impianto complessivo della riforma del nostro sistema di welfare.

Tali soggetti costituiscono la rete degli attori della cittadinanza sociale, che agisce da promotore dello sviluppo locale, sostiene le politiche di coesione, facilita i processi di individuazione dei bisogni del territorio, integrando così la rete dei soggetti pubblici, cui è attribuita la regia del processo. Questo ruolo va però più specificatamente declinato nella particolare funzione che ognuno di questi soggetti svolge, in conformità con le specifiche normative nazionali e regionali e gli indirizzi stabiliti negli atti di programmazione regionale, come recita il comma 4 dell'art. 14 della legge regionale. Una prima generale distinzione la opera il comma 1 dell'art. 14, quando indica la funzione di rappresentanti e tutori della domanda sociale e quella di produttori di servizi. Se la distinzione può apparire per un verso generica e schematica, difficilmente utilizzabile, da sola, per caratterizzare le attività di un determinato soggetto del privato sociale, per altro verso essa ci consente di individuare

una prevalenza di funzione che qualifica il soggetto e gli attribuisce un ruolo specifico, sia pure non esclusivo, nella rete degli attori locali del sistema di welfare. In tal senso, per fare un esempio concreto, pur riconoscendo alle organizzazioni sindacali, e soprattutto agli enti di loro emanazione, un qualche ruolo accessorio anche sul versante della produzione di servizi, appare abbastanza agevole attribuire alle stesse la funzione prevalente di rappresentanza e tutela (advocacy) della domanda sociale. Viceversa per le imprese sociali il ruolo prevalente è facilmente individuabile in quello di produttori di servizi, anche quando la specifica attività delle stesse organizzazioni comporta una qualche funzione di rappresentanza, come avviene spesso per la cooperazione sociale finalizzata all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. L'individuazione della funzione prevalente consente quindi una prima qualificazione dei diversi soggetti, con riferimento al ruolo che ciascuno di essi riveste nelle diverse fasi della costruzione del sistema regionale dei servizi di cittadinanza sociale.

I soggetti produttori di servizi avranno un ruolo prevalente nella definizione delle modalità di realizzazione degli interventi e dei servizi, laddove è necessario mettere in campo le competenze tecniche specifiche dell'area o del settore di intervento. I soggetti rappresentanti e tutori della domanda sociale avranno un ruolo prevalente sul versante della programmazione e della valutazione degli interventi. E' evidente però che tale distinzione non può agire in modo rigido, escludendo l'uno o l'altro dei soggetti dai luoghi della concertazione, attribuendogli una funzione prevalente in modo arbitrario. La questione si pone in termini complessi soprattutto, ma non in via esclusiva, per il sistema delle imprese sociali, nel quale maggiormente sovrapponibili possono sembrare le funzioni di gestione dei servizi con quelle di promozione e tutela dei diritti.

Al tempo stesso, però, è innegabile che il contributo che può dare il sistema delle imprese sociali alla conoscenza della domanda sociale di un territorio sia molto importante, e non può naturalmente essere pregiudizialmente escluso dal percorso di concertazione locale.

La questione non è di facile risoluzione, e richiede una particolare attenzione da parte degli Enti locali che si apprestano ad attivare percorsi concertativi.

Tuttavia alcune indicazioni di metodo si possono dare, al fine di facilitare una corretta gestione di tali processi sul piano territoriale, individuando alcuni degli aspetti che appaiono particolarmente sensibili.

Il primo attiene alla necessità di definire con chiarezza e trasparenza le procedure utilizzate, promuovendo - soprattutto nelle fasi di avvio del percorso concertativo - la più larga partecipazione possibile ed esplicitando di volta in volta il ruolo e la funzione specifica che ciascuno dei soggetti chiamati in causa rappresenta in quel percorso.

Il secondo punto, invece, tocca la questione della rappresentanza, che può essere definita come l'impegno che le diverse organizzazioni esprimono al fine di dotarsi di una funzione politica unitaria, che è al tempo stesso di dialogo, di riconoscimento delle diversità, di promozione dei valori condivisi e di costruzione di obiettivi comuni.

La debolezza e la frammentazione della funzione di rappresentanza è sempre elemento di criticità nella elaborazione di un percorso di programmazione concertata. Se il sistema degli attori sociali del territorio non riesce a darsi luoghi di elaborazione e di sintesi rappresentativa della propria soggettività politica, l'Ente locale avrà grandi difficoltà a costruire programmi di intervento in cui le decisioni siano il frutto condiviso di processi di consultazione e di concertazione.

Sul piano regionale il legislatore ha inteso sostenere tale esigenza riconoscendo un ruolo importante al Forum regionale del Terzo Settore che, al comma 9 dell'art. 14 della legge regionale, viene riconosciuto quale organo di consultazione e concertazione degli attori sociali organizzati e delle associazioni di cittadini. Allo stesso modo sul versante territoriale gli Enti locali ed i diversi soggetti del terzo settore devono, nel rispetto della reciproca autonomia, sostenere processi di aggregazione rappresentativa delle organizzazioni del privato sociale, al fine di creare le condizioni più favorevoli all'esercizio di una responsabilità plurale e condivisa che è fondamento delle forme mature di governance.

Per quanto attiene invece la necessità di definire procedure chiare e condivise per la gestione dei processi partecipativi è opportuno che ciascun Ambito socio-territoriale si doti di un regolamento della concertazione. Si tratta di uno strumento che descrive fasi e tappe del percorso/processo partecipato di costruzione dei PISS e individua il luogo del confronto, il tavolo della concertazione.

Esso diventa lo spazio di elaborazione culturale del territorio, di lettura della domanda sociale, di elaborazione delle opzioni strategiche della programmazione e di condivisione delle valutazioni di efficacia degli interventi realizzati.

Il tavolo della concertazione dovrà essere partecipato da tutti i soggetti pubblici e privati interessati ed in primo luogo dai rappresentanti degli Enti locali, delle Aziende Sanitarie, delle Province, delle Organizzazioni sindacali, delle Organizzazioni del Privato sociale.

Gli elementi di formalizzazione delle procedure e di istituzionalizzazione dei luoghi della concertazione possono sostenere, se opportunamente interpretati, lo sviluppo della partecipazione dei diversi attori sociali ai processi di implementazione delle politiche pubbliche, risultando utili soprattutto nell'azione di orientamento dei soggetti coinvolti verso condotte di tipo universalistico. La loro efficacia si misura nel lungo periodo, e richiede un impegno convinto e costante da parte di tutti gli attori coinvolti, a cominciare dall'Ente locale, che deve responsabilmente interpretare il mandato costituzionale di soggetto promotore di cittadinanza sociale.

L'affidamento dei servizi

La legge regionale 4/2007 ha stabilito, all'art. 22, che in materia di affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore si applicano, nel rispetto dei principi comunitari, le disposizioni contenute nel D.P.C.M. 30 marzo 2001, nella legge 13 giugno 2005 n. 118 e nelle connesse norme di attuazione, nonché le specifiche disposizioni normative in materia di cooperazione sociale, di volontariato e di associazionismo di promozione sociale. Il combinato disposto delle norme richiamate dal legislatore regionale disegna in modo efficace un sistema di regole e procedure che attribuisce a ciascun soggetto una precisa funzione. Nelle more di una più dettagliata disciplina della materia in sede di regolamento di attuazione della legge regionale, questo capitolo definisce le procedure per l'esercizio di tale funzione.

Il Decreto del 30 marzo 2001, Atto d'indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell'art. 5 della L. 8 novembre 2000, n. 328, fornisce indirizzi per la regolazione dei rapporti tra Comuni e loro forme associative con i soggetti del terzo settore, ai fini dell'affidamento dei servizi, nonché per la valorizzazione del ruolo di quest'ultimi nella attività di programmazione e progettazione del sistema integrato.

Occorre precisare che il Decreto del 30 marzo 2001 conserva per la Regione la sua cogenza, in virtù della esplicita previsione del comma 5 dell'art. 22 della legge regionale 4/2007, e pertanto le indicazioni ivi contenute rappresentano indirizzi operativi per la programmazione regionale.

Il Decreto prevede che gli indirizzi regionali in materia di affidamento si muovano nell'ambito di alcuni obiettivi di carattere generale:

- promuovere l'offerta, il miglioramento della qualità e l'innovazione dei servizi e degli interventi anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità e il ruolo riconosciuto degli utenti e delle loro associazioni ed enti di tutela;
- favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del terzo settore;
- favorire forme di coprogettazione promosse dalle amministrazioni pubbliche interessate, che coinvolgano attivamente i soggetti del terzo settore per l'individuazione di progetti sperimentali ed innovativi al fine di affrontare specifiche problematiche sociali;
- definire adeguati processi di consultazione con i soggetti del terzo settore e con i loro organismi rappresentativi riconosciuti come parte sociale.

Un'importante indicazione è contenuta nel Decreto relativamente alla funzione attribuita alle organizzazioni di volontariato nella rete dei diversi attori sociali del territorio: *“Le regioni e i comuni valorizzano l'apporto del volontariato nel sistema di interventi e servizi come espressione organizzata di solidarietà sociale, di autoaiuto e reciprocità nonché con riferimento ai servizi e alle prestazioni, anche di carattere promozionale, complementari a servizi che richiedono una organizzazione complessa ed altre attività compatibili, ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, con la natura e le finalità del volontariato. Gli enti pubblici stabiliscono forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato avvalendosi dello strumento della convenzione di cui alla legge n. 266/1991.”*

Il contenuto chiave dell'articolo 3 del Decreto è il riferimento alla complementarità delle azioni e degli interventi delle organizzazioni di volontariato, che caratterizza e qualifica la loro attività, riconducendola alla natura e alle finalità tipiche del volontariato, come descritte nella legge quadro 266/91 e, per quanto riguarda la Regione, nella legge regionale 20 gennaio 2000, n. 1.

Appare evidente che l'intenzione del legislatore è quella di preservare i tratti identitari fondamentali dell'azione volontaria, fra tutti la gratuità delle prestazioni e l'esclusività del fine solidaristico. Occorre che nei programmi attivati sul territorio tale funzione venga riconosciuta e sostenuta dall'ente locale nell'ambito della propria programmazione.

Sul versante dei requisiti soggettivi dell'organizzazione la valutazione relativa all'ammissibilità del soggetto ad una procedura di affidamento di un servizio le cui caratteristiche presentano elementi di complessità tecnica ed organizzativa, può essere compiuta con riferimento alla natura d'impresa del soggetto, per come viene ricavata dal codice civile. All'art. 2082 si definisce imprenditore colui che esercita professionalmente un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o di servizi.

Che tale definizione possa agevolmente identificare un soggetto privato e qualificarne l'azione ai fini della valutazione di ammissibilità da parte dell'Ente locale ad una procedura di affidamento, è confermato anche dal Decreto legislativo 24 marzo 2006, n. 155 che reca la Disciplina dell'impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118. Al comma 1 si prevede che possano acquisire la qualifica di impresa sociale tutte le organizzazioni private che esercitano in via stabile e principale un'attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi di utilità sociale, diretta a realizzare finalità di interesse generale (...).

L'art. 4 del Decreto fornisce indirizzi per la selezione dei soggetti del terzo settore presso cui acquistare o ai quali affidare l'erogazione dei servizi, sostanzialmente compatibili con le indicazioni della legge regionale 4/2007:

- la formazione, la qualificazione e l'esperienza professionale degli operatori coinvolti;
- l'esperienza maturata nei settori e nei servizi di riferimento.

Nell'individuazione delle procedure sono da privilegiare, nel rispetto dei principi di pubblicità e trasparenza nell'azione della pubblica amministrazione e di libera concorrenza tra i privati, le procedure di aggiudicazione ristrette e negoziate, che consentano di valutare e valorizzare i diversi elementi di qualità che l'Ente pubblico intende ottenere dal servizio appaltato.

I comuni, inoltre, devono procedere all'aggiudicazione dei servizi sulla base dell'offerta economicamente più vantaggiosa, tenendo conto, in particolare, dei seguenti elementi qualitativi:

- le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;
- gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
- la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità;
- il rispetto dei trattamenti economici previsti dalla contrattazione collettiva e delle norme in materia di previdenza e assistenza.

Quest'ultimo elemento, definito qualitativo dal Decreto, rappresenta in realtà un requisito normativo che va verificato ed assicurato, come opportunamente indicato al comma 4 dell'art. 22 della legge regionale, che richiama l'art. 7, comma 2, della stessa legge.

E' perentorio il divieto dell'utilizzo del massimo ribasso nelle procedure di affidamento. Il Decreto chiarisce che oggetto dell'acquisto o dell'affidamento di servizi deve essere l'organizzazione complessiva del servizio o della prestazione, con assoluta esclusione delle mere prestazioni di manodopera.

Il comma 3 dell'art. 22 della legge regionale stabilisce inoltre che nell'esame delle proposte il criterio della convenienza economica vada bilanciato con altri criteri, anche in questo caso più qualitativi, che tengano conto dei requisiti di esperienza e qualificazione professionale, di capacità organizzativa e di conoscenza del contesto sociale, oltre che con l'applicazione di standard relativi ai livelli di efficacia e appropriatezza delle prestazioni e con la relativa certificazione di qualità di rilevanza comunitaria.

Si conferma così l'indirizzo già previsto nel Piano socio-assistenziale per il triennio 2000/2002 che attribuisce al fattore prezzo un peso specifico superiore al 40% del punteggio complessivamente considerato ai fini della valutazione della proposta.

Una considerazione particolare merita la questione relativa alle procedure di affidamento per la cooperazione sociale finalizzata all'inserimento lavorativo, per la quale il legislatore nazionale, con l'art. 5 della legge 8 novembre 1991, n. 381, ha previsto un regime privilegiato di convenzionamento, anche in deroga alla disciplina ordinaria in materia di contratti della pubblica amministrazione, relativa alla fornitura di beni e servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi il cui importo stimato al netto dell'IVA sia inferiore agli importi stabiliti dalle direttive comunitarie in materia di appalti pubblici, purché tali convenzioni siano finalizzate a creare opportunità di lavoro per le persone svantaggiate.

Fra le procedure di affidamento, rilevante importanza è attribuita all'istituto della concessione, inteso come forma innovativa e matura di partnership fra pubblica amministrazione e soggetti non profit, nella logica del principio di sussidiarietà. La materia dell'affidamento sarà oggetto di specifici atti di indirizzo da parte della Regione Basilicata.

CAPITOLO 34 - . GLI STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Saranno attivate delle Unità di Valutazione Integrata (UVI), individuate come il luogo in cui avviene la presa in carico integrata dell'utente con esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa. In esse si effettua la Valutazione Multidimensionale da cui discende un piano personalizzato integrato, sottoscritto anche 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, in modo coordinato, all'interno del Distretto e dell'Ambito socio territoriale definisce gli obiettivi di cura e predispose il piano individuale di assistenza orientato per problemi assistenziali. Individua, in genere, tra gli stessi componenti dell'équipe, il responsabile del percorso assistenziale che, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi e verifica l'andamento del piano assistenziale. Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono:

- il Medico di distretto (responsabile dell'UU.SS.II.BB. territorialmente interessata);
- il MMG e il PLS che ha in carico l'utente;
- l'infermiere;
- il Medico specialista di riferimento per il caso;
- l'assistente sociale di Distretto o di Ambito Socio Territoriale
- il terapeuta della riabilitazione;
- altre figure professionali delle aree clinica, psicologica e socio assistenziale in relazione al bisogno della persona.

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

La “presa in carico” è sicuramente l’elemento qualificante del percorso assistenziale integrato. In tale ottica, la “presa in carico” può essere definita come “una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso”. Richiede lo sviluppo di un sistema di “front-office” che garantisca accoglienza e prima risposta al cittadino e che apra le porte ad un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi con fiducia. Richiede, poi, lo sviluppo di un sistema di “back office”, che comprenda l’insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce. Il responsabile del percorso assistenziale che segue tutte le fasi attuative del progetto di assistenza, in termini di qualità e di efficacia, valuta la risposta del contesto familiare e supporta i care givers (siano essi familiari o della rete informale) prende il nome di case manager la cui funzione viene svolta nell’ambito di un approccio metodologico ed organizzativo definito “case management” che mira a definire una modalità di gestione complessiva, clinica ed organizzativa, focalizzata sul caso specifico spesso ad elevata complessità. Integra il lavoro della UVI, con diversi professionisti che intervengono al momento più opportuno, applicando il metodo di lavoro di team con compiti e responsabilità assegnate, come nella gestione di un progetto.

Lo “Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari”, di seguito Sportello unico, è lo strumento che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. È uno dei luoghi dell’integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali, partendo da una programmazione concordata.

I destinatari dello Sportello unico sono tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute. Tuttavia, si ritiene che i destinatari principali siano le persone più fragili, ossia coloro che presentano maggiori difficoltà nell’accesso ai servizi.

Lo Sportello unico rappresenta uno strumento utile per facilitare e migliorare l’accessibilità ai servizi e la presa in carico della persona, principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, come desumibile dall’art. 1 della legge n. 833/78 ed in seguito esplicitato dall’art. 1, comma 2, del D.lgs. 229/99. Analogo principio è affermato dalla legge n. 328/2000 “Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali” e dal Piano Sociale Nazionale 2001-2003, nonché dall’art. 13, comma 4, della legge regionale n.4/2007 che affermano la necessità di garantire a persone e famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità l’accesso ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

La mission ricomprende alcuni importanti obiettivi di realizzazione che concorrono a definire le finalità di funzionamento di questa modalità organizzativa tra cui:

- ridurre il disorientamento da parte dei soggetti portatori della domanda assistenziale;
- promuovere l’empowerment dell’individuo nel fare scelte correttamente informate rispetto alle risorse territoriali disponibili;

- supportare una corretta ed informata capacità decisionale da parte del cittadino, attraverso strumenti organizzativi di elevata visibilità e fiducia, offrendo lo spettro di risorse e informazioni di offerta socio-assistenziale attraverso 4 strategie:
 1. facilitazione di accesso a informazioni su servizi e prestazioni territoriali;
 2. costruzione di partnership strategiche e reti organizzative per realizzare percorsi di assistenza in ambito progettuale tramite la collaborazione attiva del cittadino/cliente;
 3. costruzione e messa in opera di modelli organizzativi territoriali coerenti e rispondenti a finalità proprie del sistema di accesso integrato sul territorio;
 4. realizzazione di percorsi territoriali che permettono un ribilanciamento delle risorse assistenziali attraverso la promozione del livello assistenziale domiciliare rispetto a quello residenziale, dimostrandone sia la fattibilità che il valore di efficienza.
- incrementare l'efficienza di funzionamento del sistema di assistenza territoriale;

Il sistema integrato di accesso alle cure territoriali persegue principalmente gli obiettivi di:

- facilitare e attrarre la domanda espressa di salute, risultando visibile, facilmente fruibile e idoneo all'accoglienza della domanda da parte di tutta la popolazione che necessita di assistenza sul territorio;
- semplificare i passaggi burocratici;
- rispondere alla domanda di salute facilitando l'accesso delle fasce di popolazione svantaggiate che non possiedono adeguata conoscenza del sistema e garantendo un servizio rivolto anche alla popolazione straniera attraverso attività di mediazione culturale;
- offrire informazioni di assistenza appropriate e oggettive sulla base del bisogno di salute promuovendo l'accesso e la tutela dell'individuo;
- identificare gruppi di popolazione a rischio, facilitando il contatto con i servizi sociosanitari di assistenza;
- promuovere, in prospettiva, un monitoraggio dei bisogni della persona anche per costruire percorsi di mantenimento delle autonomie possibili e di prevenzione della disabilità;

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

L'attivazione dello stesso è elemento importante per l'incremento e la misurazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'intero sistema dei servizi territoriali e prima di tutto per le cure ed i servizi 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 delle USIB".

CAPITOLO 35 - . LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI INTERCOMUNALI DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

Il Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Socio- Sanitari è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e della loro interconnessione con quelle relative ai settori, in primo luogo ambientali e territoriali, che abbiano comunque influenza sullo stato di salute e di benessere della popolazione.

I contenuti del Piano intercomunale sono quelli definiti dall'art. 16, comma 6, della L.R. n.4/2007.

Il PISS deve contenere un programma di comunicazione sociale, concernente l'attivazione di idonei strumenti e modalità per la più ampia informazione dei cittadini e il modello di bilancio sociale da adottare, ai fini della gestione e della rendicontazione alle istituzioni e alle comunità locali.

Il PISS costituisce la modalità di operare sia dell'Ambito Socio-Territoriale che del Distretto della Salute, intesi come dimensione organizzativa e livello politico e gestionale, nonché come livello integrato di governo dei servizi.

Al fine di definire in modo organico gli obiettivi specifici del sistema locale dei servizi per l'area sociale e per l'area sanitaria, nonché l'articolazione degli interventi in materia di integrazione sociosanitaria, il PISS si articola in programmi attuativi annuali fortemente integrati tra loro: il Programma attuativo distrettuale (PAD) per la parte sanitaria e sociosanitaria di competenza sanitaria, proposto e adottato dal Direttore del Distretto, previa intesa con Coordinatore dell'Ambito Socio-Territoriale, con le modalità definite nella prima parte del presente Piano regionale, ed il Programma attuativo di ambito (PAA), per la parte sociale e sociosanitaria di competenza sociale, proposto dall' Ufficio del Piano Sociale d'intesa con il Direttore di Distretto e adottato dai Comuni associati tra loro (dagli Ambiti Socio Territoriali), in sede di Conferenza Istituzionale, con le modalità di seguito indicate.

Il PISS ha natura programmatica e durata triennale. I Programmi attuativi declinano, su base annuale, gli obiettivi indicati con il PISS e la relativa programmazione finanziaria.

Per quanto riguarda l'avvio delle procedure relative alla elaborazione del PISS , spetta al Sindaco del Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale, di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, l'iniziativa di attivare il percorso di concertazione istituzionale e territoriale convocando la Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale, che ha il compito di presidiare tutte le fasi del processo sul piano istituzionale e politico, garantendo le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo. La Conferenza Istituzionale procede all'avvio formale del percorso di concertazione istituzionale e territoriale, convocando il tavolo della concertazione secondo le modalità indicate nel presente Piano regionale e fornendo all'Uffici del Piano indirizzi specifici per la gestione del percorso di elaborazione del documento programmatico

Per la parte di competenza sanitaria del PISS spetta al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente, di concerto con il Sindaco del Comune Capofila dell'Ambito Socio-Territoriale (ovvero il Presidente della Conferenza Istituzionale), l'iniziativa di attivare il percorso di concertazione istituzionale e territoriale, attraverso la convocazione di una specifica Conferenza di Servizi nella quale vengono definiti i tempi, le modalità e i criteri generali per l'elaborazione dei Piani, nel rispetto degli indirizzi regionali.

All'Ufficio del Piano (UdP) spetta il compito di regia operativa, attraverso il coordinamento tecnico ed operativo delle diverse fasi del processo. L'UdP presiede gli incontri del tavolo della concertazione, ne elabora le indicazioni, fornisce il supporto tecnico specialistico, elabora i contenuti del Piano e la proposta da presentare in sede di Conferenza Istituzionale. La Conferenza Istituzionale approva il documento e lo trasmette al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria.

Definizione delle azioni

La decisione relativa alle specifiche azioni da programmare e attivare sul territorio di riferimento rientra nelle competenze dei soggetti istituzionali e, quindi, del livello politico.

Ogni azione presuppone la definizione di **programmi attuativi** a loro volta articolati in specifici progetti operativi.

La stesura dei programmi attuativi (**PAD e PAA**) e dei singoli progetti operativi è compito degli organismi tecnici coordinati dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore Tecnico dell'ambito dell'Ufficio di Piano

I programmi attuativi, nell'ambito dei necessari equilibri di bilancio, sono orientati a coordinare l'insieme delle risorse disponibili per la realizzazione del PISS, secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute e di benessere della persona e della comunità.

L'Accordo di programma è sottoscritto dagli Enti pubblici che hanno partecipato al percorso di elaborazione del PISS, ne condividono i contenuti, ne assumono i relativi impegni, anche di carattere finanziario, in modo vincolante, anche nei confronti di terzi. All'accordo di programma possono aderire tutti i soggetti che ne condividono i contenuti, le finalità, gli obiettivi e le linee di intervento in esso indicate, assumendo così l'impegno di contribuire alla sua realizzazione.

L'accordo è parte integrante del PISS e impegna le strutture gestionali dei singoli soggetti firmatari ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PISS ed i relativi oneri.

Il PISS viene quindi trasmesso, entro quindici giorni dalla sua adozione, al Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale per la verifica della sua conformità e congruità con gli indirizzi della programmazione regionale.

In assenza di atti regionali espressi entro i successivi trenta giorni, la conformità del Piano si intende accertata.

La "Relazione sugli esiti del PISS", una volta approvata, viene inviata alla Regione, ai Comuni, alla ASL, ed agli altri soggetti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del PISS.

Schema di indice del Piano Intercomunale di interventi e servizi sociali (PISS)

Premessa

- la costruzione del sistema locale di cittadinanza sociale;
- il percorso di concertazione istituzionale e di programmazione partecipata.

Prima parte

1.1 La relazione sociale dell'Ambito Socio-Territoriale

- 1.1.1 Le caratteristiche strutturali della popolazione
- 1.1.2 La lettura dei bisogni sociali del territorio
- 1.1.3 L'offerta dei servizi esistente
- 1.1.4 La spesa sociale dell'ultimo triennio dei Comuni dell'Ambito

1.2 Le priorità d'intervento

- 1.2.1 Gli obiettivi strategici della programmazione sociale
- 1.2.2 Il sistema locale dei servizi della cittadinanza sociale
- 1.2.3 La rete dei livelli essenziali di assistenza

1.3 Le azioni di sistema

- 1.3.1 L'integrazione sociosanitaria
- 1.3.2 L'integrazione con le altre politiche d'intervento
- 1.3.3 Il piano di comunicazione sociale e il modello di bilancio sociale
- 1.3.4 Il sistema di monitoraggio e valutazione

1.4 La governance del sistema

- 1.4.1 Il coordinamento istituzionale
- 1.4.2 L'Ufficio del Piano
- 1.4.3 Ruolo e funzioni del privato sociale
- 1.4.4 Le forme di gestione dei servizi

1.5 La programmazione finanziaria

- 1.5.1 Le risorse finanziarie disponibili per il triennio
- 1.5.2 Il co-finanziamento comunale
- 1.5.3 La compartecipazione degli utenti al costo dei servizi
- 1.5.4 La ripartizione delle risorse per aree di interventi

Seconda parte

2 Il Programma attuativo distrettuale (PAD)

3 Il Programma attuativo di ambito (PAA)

Allegati al PAA

- Regolamento di funzionamento dell'Ufficio del Piano
- Regolamento unico per l'affidamento dei servizi
- Regolamento unico per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi