

REGIONE BASILICATA

Dipartimento Politiche della Persona

**PIANO REGIONALE SOCIOSANITARIO
2018-2020**

(PRS 2018-2020)

**PIANO REGIONALE DELLA SALUTE E
DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

*Linee per lo sviluppo di un sistema
socio-sanitario per la tutela della salute con il
benessere dei cittadini e delle cittadine al
centro, accessibile, efficiente e sostenibile.*



Gruppo di lavoro:

*Dipartimento Politiche della Persona, Regione Basilicata
SDA Bocconi School of Management*

La salute e la sicurezza non sono cose che si raggiungono come se accadessero per caso, ma il risultato di un consenso collettivo e di un pubblico investimento

Nelson Mandela

Sommario

1. PREMESSE	6
1.1 Perché un PRS a valenza strategica?	7
2. CONTESTO	9
2.1 Contesto istituzionale e normativo	9
2.1.1 <i>Il contesto normativo internazionale e nazionale</i>	9
2.1.2 <i>Il contesto normativo regionale: la LR n.2/2017 e il riassetto del SSR lucano</i>	10
2.2 Il contesto socio-demografico ed epidemiologico.....	11
2.2.1 <i>Il contesto demografico</i>	11
2.2.2 <i>Il contesto epidemiologico: stili di vita, fattori di rischio, prevalenza della cronicità e mortalità</i> 13	
2.3 Il contesto orografico.....	15
2.4 Il contesto socio-economico e occupazionale. Le comunità fragili.	16
2.4.1 <i>Le categorie fragili</i>	17
2.4.2 <i>Le disuguaglianze</i>	18
3. LA RISPOSTA ALLE SFIDE DEL CONTESTO: PRIORITÀ E STRUMENTI ORGANIZZATIVI	20
3.1 Prevenzione	20
3.2 Macro livello territoriale	23
3.2.1 <i>Baricentro sul nuovo distretto della salute</i>	23
3.2.2 <i>La governance</i>	25
3.2.3 <i>L'organizzazione del Distretto della Salute</i>	25
3.2.4 <i>Strumenti del Distretto</i>	27
3.2.4.1 <i>USIB</i>	27
3.2.4.2 <i>PUA e CAUD</i>	28
3.2.4.3 <i>Unità multidisciplinare per la valutazione integrata</i>	29
3.2.4.4 <i>Unità multidisciplinare per gli immigrati</i>	30
3.2.4.5 <i>PASD e PISS</i>	31
3.2.4.6 <i>L'assistenza primaria</i>	31
3.2.5 <i>Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull'Assistenza Ospedaliera, e per il rispetto dell'equo accesso ai LEA</i> 34	
3.2.5.1 <i>Realizzazione presidi territoriali</i>	34
3.2.5.2 <i>Garanzia della rete territoriale di soccorso</i>	35
3.2.5.3 <i>La digitalizzazione dei processi</i>	35
3.2.5.4 <i>Preso in carico e supporto dei cronici</i>	36
3.2.5.5 <i>Assistenza e sostegno al percorso nascita</i>	36
3.3 La salute mentale e le dipendenze patologiche	38

3.3.1	<i>Il Dipartimento di Salute Mentale, disturbi del comportamento dell'età evolutiva e delle Dipendenze Patologiche (DSM)</i>	38
3.3.2	<i>Il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)</i>	39
3.3.3	<i>Il settore delle dipendenze patologiche</i>	41
3.4	Medicina penitenziaria	43
3.5	Rete ospedaliera	44
3.6	Reti cliniche.....	46
3.6.1	<i>Reti tempo-dipendenti ex DM n.70/2015</i>	49
3.6.2	<i>Reti di integrazione tra ospedale e territorio</i>	52
3.6.3	<i>Rete Oncologica Basilicata</i>	52
3.6.4	<i>Rete Malattie Rare</i>	54
3.7	Progetti strategici regionali	56
3.7.1	<i>Dipartimento Interaziendale dell'Ematologia della Regione Basilicata</i>	56
3.7.2	<i>IRCCS di Reumatologia</i>	57
3.7.3	<i>Centro Riabilitativo di alta specializzazione Ospedale Pescopagano</i>	58
3.7.4	<i>Ottimizzazione della funzione logistica del Farmaco - HuBas</i>	58
3.7.5	<i>Rete della Genetica</i>	60
3.7.6	<i>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale</i>	60
3.7.7	<i>Telemedicina (E Health)</i>	61
3.8	Assistenza sociosanitaria e gli strumenti di cure intermedia (transitional care)	62
3.8.1	<i>Le strutture per l'assistenza sociosanitaria</i>	62
3.8.2	<i>L'area assistenziale Post-Acuzie</i>	63
3.8.3	<i>Assistenza Domiciliare</i>	64
3.8.4	<i>Fine vita e cura palliative</i>	65
3.8.5	<i>Rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e strutture intermedie: la Centrale Operativa Regionale (COR)</i>	67
4.	SOSTENERE L'ECCELLENZA	70
4.1	Risorse per lo sviluppo del sistema	70
4.1.1	<i>Investimenti e rafforzamento tecnologico</i>	70
4.1.2	<i>Il governo dell'innovazione</i>	71
4.1.3	<i>Persone e competenze</i>	72
4.1.4	<i>La Formazione</i>	72
4.1.4.1	<i>La formazione per l'accesso al servizio sanitario</i>	73
4.1.4.2	<i>La formazione continua</i>	73
4.1.4.3	<i>La formazione manageriale</i>	74
4.2	Meccanismi di finanziamento e governo del sistema.....	74
4.2.1	<i>La qualità e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie</i>	74

4.2.2	<i>Indirizzi per il finanziamento e l'esercizio della funzione di committenza nei confronti delle strutture ospedaliere produttrici</i>	76
5.	SICUREZZA, QUALITÀ E TRASPARENZA	77
5.1	Risk management	77
5.2	Performance management e benchmarking	77
5.3	Accountability e rendicontazione sociale.....	79
ALLEGATO 1	81
	Indirizzi di riferimento per la programmazione regionale	81

1. PREMESSE

Il presente documento, “*Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona per il triennio 2018/2020*” (PSR), è redatto in attuazione di quanto disposto dall’art. 3, c. 1 della Legge Regionale 12 gennaio 2017, n.2. Il PRS si colloca nell’ambito del processo di riordino del sistema sanitario regionale previsto dalla medesima legge, all’ art. 2 “Nuovo assetto delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale”; è lo strumento attraverso il quale la Regione Basilicata governerà il sistema sanitario, sociosanitario e la rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale per il triennio 2018-2020.

La redazione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona è stata realizzato dalla SDA Bocconi School of Management congiuntamente al Dipartimento Politiche della Persona di concerto con le Aziende Sanitarie regionali.

Il presente Piano rappresenta **un documento aperto di lavoro** per l’avvio di un confronto con le varie componenti del sistema sanitario, delle istituzioni locali, con le organizzazioni sindacali, con le espressioni organizzate della comunità, nel rispetto del principio di sussidiarietà.

Il Piano è articolato in due parti. La prima parte definisce i valori e gli obiettivi del sistema sanitario regionale, analizza il contesto socio-demografico ed epidemiologico del territorio lucano, individua le strategie per le singole aree del Sistema, declina le “logiche” e “le parole-chiave” che caratterizzeranno la politica sanitaria e sociosanitaria regionale nel prossimo futuro, definisce le risorse economiche. La seconda parte individua le strategie, gli indirizzi e le modalità operative per una efficace integrazione sociosanitaria e la costruzione e l’attuazione della Rete Regionale Integrata dei Servizi.

Il fine ultimo è quello di creare un sistema di garanzie per la salute e per l’integrazione sociosanitaria. Un sistema di garanzie significa rendere conto dei risultati e delle risorse utilizzate a tutti i portatori d’interesse del sistema assistenziale: ai/cittadini/cittadine; alla comunità e le sue espressioni organizzate; agli operatori sanitari; ai privati erogatori di servizi sanitari, ai fornitori di beni, al mondo della comunicazione e informazione.

Questo obiettivo si realizza attraverso il rispetto delle condizioni necessarie per garantire l’uguaglianza del sistema tramite l’equità che dovrebbe manifestarsi come:

- Uguale diritto di accesso ai servizi disponibili a fronte di bisogni uguali;
- Uguale utilizzo a fronte di bisogni uguali;
- Uguale qualità dell’assistenza per tutti.

Alla base degli indirizzi programmatori del Piano vi è un sistema di valori e principi forti e condivisi individuati a partire dall’art. 32 della Costituzione.

- **Universalità, Unicità ed Equità.** Il sistema s’impegna a perseguire la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini e le cittadine proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente da luogo, età, genere e classe sociale di appartenenza. Il Sistema Sociosanitario Regionale è unico, organizzato in una rete di servizi strettamente collegati. Il finanziamento è pubblico; i cittadini e le cittadine contribuiscono in

relazione alla loro capacità contributiva (sistema Solidale) ed hanno diritto alle prestazioni in base al loro bisogno.

- **Tutela della salute.** La salute è intesa come diritto da promuovere e tutelare. È quindi, un diritto per il singolo cittadino e un dovere per la collettività.
- **Soggettività e libertà.** All'interno del sistema sanitario il valore della persona e i bisogni dei singoli e delle famiglie vanno difesi e valorizzati. Il diritto di scelta è pienamente tutelato e l'unico limite è rappresentato dai valori etici e dagli interessi generali della comunità regionale. Soggettività nel senso della personalizzazione dell'assistenza.
- **Responsabilità collettiva.** Alla comunità intera spetta la titolarità della tutela della salute attraverso il ruolo determinante della programmazione regionale e locale, nel rispetto della concorrenza tra pubblico e privato accreditato che può incrementare i livelli di efficienza e migliorare la qualità.
- **Partecipazione.** I cittadini e le cittadine sono protagonisti attivi delle decisioni in tema di salute. Per far sì che la loro partecipazione sia concreta è necessario promuovere lo sviluppo delle loro competenze per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure all'interno del proprio processo di cura (alleanza terapeutica) nonché una partecipazione nella decisione e nella verifica degli stessi servizi sanitari (empowerment). Il Sistema Sanitario Regionale favorisce la partecipazione tramite l'adozione di idonei processi di comunicazione con l'utenza ed un'adeguata informazione.
- **Centralità del territorio,** nelle sue diverse articolazioni sia in comunità che nelle strutture organizzative e gestionali, in una logica di molteplicità di soggetti "produttori di salute". Risulta fondamentale valorizzare ed integrare anche i contributi della componente di volontariato e di associazionismo.
- **Solidarietà,** intesa non solo come partecipazione ai costi del sistema, ma come scelta di equa distribuzione di risorse sul territorio.
- **Umanizzazione,** come principio che sottende a tutte le attività, le azioni, le programmazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, affinché il "prendersi cura" delle persone e non della sola malattia, della disabilità o della fragilità, costituisca l'elemento fondamentale per favorire una relazione di vero aiuto e per individuare le strategie comunicative che allevino la sofferenza.

1.1 Perché un PRS a valenza strategica?

Secondo lo storico ed epistemologo Georges Canguilhem ed il filosofo della medicina Mirko Grmek la medicina è un "insieme di scienze applicate in evoluzione", e con ciò si capisce immediatamente perché è necessario avere un piano strategico e quindi adattabile in maniera rapida alle innovazioni che sulla spinta degli continui avanzamenti delle scienze avviene in tempi sempre più rapidi. Solo un piano strategico permette di accorciare il *time to market and bench to bedside* delle innovazioni che portano ad un miglioramento delle prestazioni sanitarie e di mettere in atto nuove dimensioni per costruire gestioni non rigide e pronte a trasformarsi. Infatti, come sostengono

molti dati internazionali il futuro ci viene incontro con una grande velocità e in un briciolo di anni assistiamo a innovazioni che cambiano.

Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona è quindi di tipo **strategico**, ossia **individua**:

- gli **obiettivi** di salute e la configurazione istituzionale assunta dal SSR per il loro perseguimento;
- le principali azioni di sviluppo ed ottimizzazione del sistema;
- i **metodi** e gli **strumenti di regolamentazione** dei soggetti erogatori, inclusi i **macro standard dotazionali ed organizzativi** entro cui le nuove Aziende Sanitarie¹, di cui all'articolo 2 della Legge Regionale (LR) n.2 del 12 gennaio 2017, dovranno sviluppare la propria progettualità operativa, ed in relazione alla riorganizzazione che distingue la responsabilità della committenza da quelle di produzione/erogazione delle prestazioni sanitarie;
- lo sviluppo di logiche di rete e complementarietà di tutte le strutture sanitarie pubbliche e private chiamate a soddisfare i bisogni di salute della popolazione regionale;
- le **risorse** investite per **garantire** i Livelli Essenziali di Assistenza (**LEA**);
- i **meccanismi di valutazione e di monitoraggio** dell'attuazione del Piano in relazione agli indicatori di esito e di benessere sociale adottati.

Tale impianto potrà permettere alle singole aziende sanitarie:

- lo sviluppo strategico ed organizzativo all'interno di strategie e regole certe, attraverso l'adozione di modelli organizzativi ed operativi che devono invece rimanere flessibili e prontamente adattabili alla continua evoluzione della domanda, dell'innovazione tecnologica e della operatività dei professionisti;
- la valorizzazione delle professionalità sanitarie e sociali come leva per il cambiamento e l'innovazione.

¹Di cui all'articolo 2 della L. R. n.2 del 12 gennaio 2017.

2. CONTESTO

Il Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona (PSR) si inserisce in un complesso scenario normativo, socio-demografico, epidemiologico ed economico, peraltro calato in una realtà geograficamente complessa. La definizione dei più importanti obiettivi di salute della regione Basilicata e degli strumenti organizzativi per conseguirli non può prescindere dall'analisi di questi fattori di contesto. Tali fattori, che da un lato rappresentano un riferimento per l'azione programmatoria, dall'altro vanno intesi come indirizzi e stimoli per il miglioramento.

2.1 Contesto istituzionale e normativo

2.1.1 Il contesto normativo internazionale e nazionale

Secondo l'articolo 117 della Costituzione italiana, la funzione di tutela della salute è esercitata da due livelli di governo:

- lo Stato centrale, che definisce i Livelli Essenziali di assistenza (LEA), e l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento (Fondo Sanitario Nazionale);
- le Regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle relative prestazioni incluse nei LEA.

Nella cornice istituzionale sopra delineata si inseriscono indirizzi e documenti normativi internazionali e nazionali, che orientano le scelte e le soluzioni proposte dal presente Piano.

- Le 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.
- Il Patto per la Salute 2014 - 2016 del 10/07/2014, dall'Atto di indirizzo del Ministero della Salute sulle Politiche Sanitarie per l'anno 2017 del 23/09/2016 che dedicano particolare attenzione al monitoraggio dei fattori di spesa, alla razionalizzazione della rete ospedaliera, all'incremento dell'appropriatezza, alla necessità di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali a favore di soggetti non autosufficienti.
- Il DPCM 12/1/2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*": il Decreto, al contrario della versione del 2001, intende individuare il contenuto positivo di ogni macro area di assistenza. Il decreto costituisce, quindi, un punto di riferimento di orientamento culturale cui si ispirano alcune scelte del Piano. Infatti, l'evoluzione della domanda di prestazioni sanitarie e i nuovi bisogni di salute hanno determinato nel corso del tempo la necessità di erogare assistenza tramite diverse modalità, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali in considerazione dell'allungamento della vita e dell'ampliamento dell'area dei soggetti svantaggiati.

- Il DM n.70 del 2/4/2015. Si tratta del Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, che impone la standardizzazione del numero dei posti letto ed il riordino della rete ospedaliera regionale.

2.1.2 Il contesto normativo regionale: la LR n.2/2017 e il riassetto del SSR lucano

La Regione Basilicata ha posto le basi per rispondere alle sfide sopra accennate attraverso una serie di interventi regolatori puntuali. Tali provvedimenti, che hanno di fatto configurato l'attuale offerta sanitaria e sociale, sono riportati in Allegato 1. La necessità di una più complessiva revisione profonda e allo stesso ampia del SSR ha generato la Legge Regionale n.2/2017 che propone un sistema sanitario regionale unitario e integrato come segue.

- Il territorio regionale è suddiviso in due Aziende sanitarie, l'ASL di Potenza (ASP) e l'ASL di Matera (ASM) con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali. L'ASP, ai sensi della LR n.2/2017, assume altresì la competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa, sul sistema regionale dell'Emergenza Urgenza 118, comprensiva dei rapporti di lavoro, delle risorse strutturali, strumentali ed economiche in essere. Il presidio ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il presidio ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II" costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM).
- L'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" (AOR) già comprensiva del Presidio di Pescopagano, rappresenta il DEA di II livello per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri. È articolata in più plessi: Presidio Ospedaliero (PO) San Carlo di Potenza, PO di base di Lagonegro, di Melfi, Villa d'Agri;
- L'IRCCS CROB Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture rappresenta il punto di riferimento regionale per l'oncologia.

La ulteriore riconfigurazione del SSR dovrà seguire quanto previsto dall'articolo 3 della già citata Legge regionale, che indica la tendenza sia alla separazione delle funzioni di committenza ed erogazione delle prestazioni, sia alla riconnessione di tutte le strutture erogatrici in un modello a rete.

In generale, la specificazione e la contrattualizzazione degli obiettivi attesi, se adeguatamente formulata, favorisce l'orientamento al risultato e al cambiamento. In particolare, la separazione dovrà favorire la ricerca dei seguenti impatti:

- **La focalizzazione delle attività** e può permettere economie di esperienza e di specializzazione, con una maggiore chiarezza dei ruoli. I soggetti committenti possono concentrarsi nel gestire offerta e domanda, mentre gli erogatori si possono focalizzare sugli aspetti micro-organizzativi, cruciali per aumentare la qualità del servizio offerto al paziente.

- **I meccanismi di finanziamento a tariffa**, o comunque basati sulle attività svolte, aumentano il grado di attenzione di committenti ed erogatori sulle caratteristiche dell'attività erogata (volumi, case mix, ecc.) e sui relativi costi. Da parte del soggetto committente, ciò consente di delimitare e monitorare con più facilità le risorse finanziarie destinate ai diversi livelli di servizio, attività, aree geografiche, ecc.
- **La maggiore attenzione a costi e attività** può migliorare la tensione all'efficienza, perché permette di mettere in relazione i volumi di servizio (output) alle risorse impiegate (input). Inoltre, il collegamento degli output e dei finanziamenti connessi con gli outcome conseguiti (risposta ai bisogni di salute) può rappresentare un fattore di stimolo verso la qualità dei servizi.

Nel contesto della Regione Basilicata, sul piano istituzionale e organizzativo, il percorso individuato dalla legge regionale dovrà condurre a una maggiore distinzione dei soggetti titolari delle funzioni di committenza e della funzione di erogazione.

Pertanto, con successivi atti amministrativi e provvedimenti legislativi verrà definito il completamento del percorso di riordino del sistema sanitario regionale.

Tale percorso, confermando il ruolo del presidio oncologico di Rionero in Vulture quale Istituto di Cura a Carattere Scientifico per la Basilicata, sarà definito dopo opportuna verifica e monitoraggio sugli esiti del riordino di cui alla LR n.2/2017.

Sul versante della semplificazione della struttura istituzionale del SSR e del rafforzamento del territorio in una logica di rete, sarà fondamentale e irrinunciabile la revisione dell'assetto organizzativo delle due Aziende Sanitarie Locali. In questa prospettiva le due Aziende Sanitarie Locali di Basilicata si articolano in Distretti Sociosanitari (denominati anche Distretti della Salute) con dimensioni che devono progressivamente tendere alla coincidenza con gli Ambiti sociosanitari territoriali come individuati con la deliberazione di Giunta regionale n.917 del 7 luglio 2015.

2.2 Il contesto socio-demografico ed epidemiologico

2.2.1 Il contesto demografico

Al 1° gennaio 2016, la popolazione residente in regione Basilicata è di 573.694. La seguente tabella mostra il bilancio demografico dell'anno 2015 (dato disponibile di fonte ISTAT, salvo dati stimati) relativo alla popolazione residente della Basilicata.

Tabella 1: Bilancio demografico della regione Basilicata – Anno 2015

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio 2015	282.525	294.094	576.619
Nati	2.121	2.001	4.122
Morti	3.174	3.240	6.414
Saldo Naturale	-1.053	-1.239	-2.292
Iscritti da altri comuni	2.745	2.862	5.607
Iscritti dall'estero	1.428	809	2.237
Altri iscritti	234	144	378
Cancellati per altri comuni	3.657	3.842	7.499
Cancellati per l'estero	503	375	878
Altri cancellati	276	202	478
Saldo Migratorio e per altri motivi	-29	-604	-633
Popolazione residente in famiglia	280.198	291.517	571.715
Popolazione residente in convivenza	1.245	734	1.979
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 dicembre 2015	281.443	292.251	573.694
Numero di Famiglie		231.754	
Numero di Convivenze		258	
Numero medio di componenti per famiglia		2,47	

La speranza di vita alla nascita dei lucani è di 82 anni, sostanzialmente allineata al dato nazionale (82,3) e lievemente superiore rispetto al dato del Mezzogiorno (81,6). Si tratta di un dato da valutare positivamente, che testimonia la capacità del SSR lucano di contribuire efficacemente alla qualità della vita, alla riduzione dei fattori di rischio della salute ed alla risposta appropriata ai bisogni sanitari e socio-sanitari.

Nel 2015, i residenti della Basilicata tra 0 e 14 anni rappresentano il 12,7% del totale regionale, i residenti in età attiva (15-64) anni il 65,7% mentre i residenti "anziani" (65 anni e oltre) rappresentano il rimanente 21,6%. L'indice di vecchiaia, che esprime il rapporto tra la popolazione tra 0-14 anni e ultra-sessantatreenne, rappresenta l'indicatore demografico più critico: per la Basilicata è pari a 170,3 mentre nel resto d'Italia si ferma a 157,7 e nel resto del Mezzogiorno (Sud e Isole) a 139,3. Osservando le dinamiche demografiche degli ultimi anni, si registra che l'età media della popolazione, pari a 43,7 anni al 2012, è salita a 44,7 anni nel 2015, superando il valore nazionale pari a 44,4 anni. Il peggioramento di questo indicatore è dovuto a diversi fattori. La natalità è in forte decremento, con un trend che in Basilicata è ancora più marcato rispetto al resto del Paese: nel 2015 si sono registrati 7,2 nuovi nati per mille abitanti contro gli 8 a livello nazionale e gli 8,1 del Mezzogiorno. Inoltre, il saldo migratorio totale è negativo (-1,1 migrazioni verso il territorio regionale per 1.000 abitanti), in sostanziale allineamento con il dato del resto del Mezzogiorno (-1 per 1.000 ab.), mentre a livello nazionale il saldo migratorio è leggermente positivo (0,5 per 1.000 ab.). Bassa natalità e fenomeni di emigrazione non possono che risultare in una diminuzione della popolazione lucana, passata da 597.468 abitanti censiti nel 2001 ai 578.036

del 2011 e ai 573.694 di fine 2015. In generale, non si intravedono dinamiche sociali in grado di invertire la tendenza all'invecchiamento e alla diminuzione della popolazione regionale, che rappresentano la sfida e la criticità di fondo per il Welfare regionale.

2.2.2 Il contesto epidemiologico: stili di vita, fattori di rischio, prevalenza della cronicità e mortalità

Per quanto riguarda la misurazione dei fenomeni che costituiscono i fattori determinanti del corretto stile di vita, in Basilicata, nel 2013, l'ISTAT rileva valori migliori rispetto al dato nazionale nell'abitudine al fumo² - 19,5 vs Italia 21,3 – e nel consumo di alcol³ - 12,4 vs Italia 13,8. Al contrario, l'eccesso di peso⁴ - Basilicata 51,7 vs Italia 44,1 –, la sedentarietà⁵ - 51,9 vs Italia 41,3 - e le basse percentuali di chi dichiara una corretta alimentazione⁶ -8,5 vs Italia 18,1- costituiscono fattori di rischio che rappresentano serie criticità per le politiche sanitarie regionali.

Altri dati di rilievo possono essere tratti dallo studio PASSI relativo al periodo 2012/2015. Lo studio, nella sezione "Alcol e Guida", riporta percentuali di guida sotto l'effetto dell'alcol più contenute in Basilicata rispetto alla media nazionale (5,3% vs 8,1%). Tuttavia, per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza, in Basilicata si evidenziano percentuali più ridotte di utilizzo della cintura anteriore (80,6% vs 84,8%), della cintura posteriore sempre (9,1% vs 19,8%) e del casco (91,2% vs 95,6%).

In Basilicata, sempre facendo riferimento ai dati ISTAT, la prevalenza delle malattie croniche raggiunge il 38,6% della popolazione, contro un valore nazionale pari a 39,1% che dichiara di essere colpito da almeno una malattia cronica; si nota un aumento rispetto all'anno 2015, in cui il valore della Basilicata era pari a 36,2% contro quello nazionale pari a 38,3%. Il 21,1% dei lucani dichiara due o più patologie croniche, a fronte di un dato nazionale del 20,7%. I "cronici in buona salute" rappresentano il 28,7% dei lucani contro il 42,3% a livello nazionale. Quest'ultimo dato è particolarmente meritevole di interesse, perché segnala, almeno nella percezione degli intervistati, una minore capacità di presa in carico della popolazione cronica a livello regionale rispetto al dato nazionale, peraltro si nota un calo rispetto al 2015, quando le percentuali erano rispettivamente pari al 34,7% e al 41,2%. Coerentemente, un "buono stato di buona salute" è riferito dal 63,0% dei residenti in Basilicata a fronte di un dato nazionale del 70,1%.

I cittadini e le cittadine di Basilicata di tutte le fasce d'età percepiscono quindi le proprie condizioni di salute come più precarie rispetto alla media italiana ed inferiore alla media è il numero di cronici che dichiarano di godere di buona salute. La percentuale di lucani affetti da una o più malattie croniche, incostante negli anni, è sempre più elevata della media italiana il cui valore risulta

² Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

³ Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

⁴ Indice di Massa corporea - Proporzioni standardizzate di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

⁵ Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

⁶ Proporzioni standardizzate di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più - Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

relativamente stabile. Tra le malattie croniche maggiormente dichiarate quelle con valori percentuali superiori alla media nazionale riguardano, particolarmente, il diabete mellito, le malattie osteoarticolari e l'osteoporosi, le malattie di cuore. Le altre malattie croniche indagate riportano valori pressoché in linea con la media italiana. Anche in Basilicata, quindi, si va delineando sempre più la necessità di gestire un malato cronico, affetto da più patologie contemporaneamente presenti, spesso condizionate non solo da fattori inequivocabilmente connessi allo stato morboso ma anche da determinanti non biologici quali lo status socio-familiare, economico, ambientale che possono condizionare non solo la percezione negativa della propria condizione psico-fisica e gli atteggiamenti di contrasto alle malattie, ma anche vincolare l'accessibilità alle cure necessarie nonché limitarne la qualità per incostante adesione ai protocolli sanitari - questo ancor più perché in Basilicata le disuguaglianze sociali sono un problema attuale e pressante.

Benché, come abbiamo visto, la speranza di vita alla nascita della regione Basilicata sia sostanzialmente allineata a quella nazionale, la speranza di vita in buona salute alla nascita evidenzia delle criticità. In Basilicata nel 2012 gli anni in buona salute per il genere maschile sono 56,2 mentre nel resto del Paese sono 59,8; per il genere femminile sono 53,4 mentre in Italia sono 57,3⁷. Per la Basilicata, nel 2012, il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività quotidiane è per il genere maschile di 8,9 e per il genere femminile di 7,2. In Italia, nello stesso anno, per il genere maschile gli anni sono 9,9 mentre per il genere femminile 9,4.

In Basilicata, secondo il rapporto Osservasalute 2016, i dati di mortalità – anno 2014 – risultano pari a 109,0 per 10.000 per i maschi e per le femmine a 69,6 per 10.000. Si tratta di valori non troppo distanti da quelli nazionali (maschi: 107,8 per 10.000; femmine: 69,8 x 10.000). La mortalità per causa indica tra le principali condizioni le malattie del sistema circolatorio, che in Basilicata registrano tassi superiori al dato nazionale: 41,44 decessi per 10.000 contro un dato nazionale pari a 36,03 x 10.000. Le malattie neoplastiche evidenziano invece una minore incidenza rispetto al dato nazionale: 26,25 per 10.000 *versus* 29,06. Un dato piuttosto critico riguarda la mortalità nel primo anno di vita, che, con riferimento al 2013, è stata pari in Basilicata a 3,9 deceduti ogni 1.000 nati contro un dato italiano pari a 2,4. Anche la mortalità perinatale registra valori più alti in Basilicata (5,2) rispetto al resto del Paese (4,1). La mortalità per suicidio registra un trend in calo in Basilicata e relativamente stabile in Italia. Basilicata: 0,55 rispetto a un dato nazionale di 0,67.

Nel complesso, è evidente che la popolazione lucana è caratterizzata da un progressivo invecchiamento, da cui l'inevitabile incremento di malattie cronico-degenerative. A una sostanziale parità di speranza di vita alla nascita tra Basilicata e Italia, si abbina un *gap* di più di tre anni in termini di vita in buona salute. 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 particolare, sembra critico il tema delle patologie cardiocircolatorie, la cui alta incidenza in termini di mortalità è probabilmente da ricollegare, almeno in parte, alle elevate percentuali di popolazione che dichiarano cattiva alimentazione, sedentarietà e sovrappeso.

⁷ Prevalenza di individui che rispondono positivamente (“bene” o “molto bene”) alla domanda sulla salute percepita.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Emergono poi altri aspetti di criticità, meno collegati all'area delle patologie croniche. In particolare, appare prioritario promuovere la sensibilizzazione all'uso dei dispositivi per la sicurezza stradale e intraprendere azioni per diminuire la mortalità infantile.

Alcuni dati di sintesi riguardanti il contesto epidemiologico regionale sono riportati nella seguente tabella.

Indicatore di Salute	Anno di riferimento	Basilicata	Italia
Speranza di vita alla nascita (Numero medio di anni) - Maschi	2012	79,9	79,6
Speranza di vita alla nascita (Numero medio di anni) - Femmine	2012	84,3	84,4
Speranza di vita in buona salute alla nascita (Numero medio di anni) - Maschi	2012	56,2	59,8
Speranza di vita in buona salute alla nascita (Numero medio di anni) - Femmine	2012	53,4	57,3
Indice di stato fisico - Pcs - (Punteggi medi standardizzati settembre-dicembre 2012)	2012	50,5	51,2
Indice di stato psicologico - Mcs - (Punteggi medi standardizzati settembre-dicembre 2012)	2012	48,9	49,0
Tasso di mortalità infantile (Per 10.000 nati vivi)	2011	44,6	30,9
Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto (Per 10.000 persone di 15-34 anni)	2011	0,9	1,0
Tasso standardizzato di mortalità per tumore (Per 10.000 persone di 20-64 anni)	2011	8,3	9,1
Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (Per 10.000 persone di 65 anni e più)	2011	22,0	26,2
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (Numero medio di anni) - Maschi	2012	8,9	9,9
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni (Numero medio di anni) - Femmine	2012	7,2	9,4
Eccesso di peso. Tasso standardizzato per età (Per 100 persone di 18 anni e più)	2013	51,7	44,1
Fumo. Tasso standardizzato per età (Per 100 persone di 14 anni e più)	2013	19,5	21,3
Alcol. Tasso standardizzato per età (Per 100 persone di 14 anni e più)	2013	12,4	13,8
Sedentarietà. Tasso standardizzato per età (Per 100 persone di 14 anni e più)	2013	51,9	41,3
Alimentazione. Tasso standardizzato per età (Per 100 persone di 3 anni e più)	2013	8,5	18,1

2.3 Il contesto orografico

La regione Basilicata ha una superficie di 9.992,37 kmq, ripartita pressoché totalmente tra montagna (46,9%) e alta e media collina (45,1%), mentre l'area pianeggiante rimane circoscritta all'8% dell'intero territorio. Benché sia solo la quattordicesima regione italiana in termini di superficie territoriale, la rilevante estensione di territorio montuoso rende difficoltosi gli spostamenti infatti il tempo di percorrenza da Melfi principale centro abitato del nord-ovest a Maratea, situata sulla costa tirrenica meridionale è pari a 2 ore e 30 minuti; il percorso tra Melfi e Policoro, dunque lungo la direttrice ovest-est, richiede 1 ora e 50 minuti.

Per quanto riguarda i confini amministrativi, la Regione è composta da n.2 Province, Potenza e Matera, che raccolgono rispettivamente il 65% e il 35% della popolazione lucana. Si registrano 131 Comuni, di cui 100 in provincia di Potenza e 31 in provincia di Matera.

I centri più popolati della regione sono Potenza con 67.122 residenti e Matera che ne conta 60.436. I capoluoghi, dunque, raccolgono il 22,2% della popolazione regionale. Solo 9 sono i comuni con una popolazione compresa fra le 10.000 e le 20.000 unità, 6 in provincia di Potenza e 3 in provincia di Matera. I centri di piccolissima dimensione, ovvero con meno di 1.000 residenti, sono 27, a cui si aggiungono 53 comuni con popolazione residente compresa fra 1.000 e 3.000 unità. In media, un comune lucano ha 4.378 abitanti, mentre la densità abitativa media di appena 57,4 abitanti per kmq. Nel confronto interregionale, si tratta della popolazione che evidenzia i maggiori tassi di dispersione sul territorio, seconda solo alla popolazione della Valle D'Aosta (39 ab/kmq) e molto lontana dai valori nazionali (201 ab/kmq).

Il territorio montuoso, i lunghi tempi di percorrenza, la dispersione della popolazione sono fattori critici per disegnare una rete di offerta che sappia rispondere ai bisogni della popolazione rispettando i principi di tempestività ed equità di accesso. Per presidiare queste dimensioni, appare ragionevole ipotizzare una forte *governance* dei servizi territoriali, caratterizzata da un numero di distretti relativamente elevato in rapporto alla popolazione servita.

2.4 Il contesto socio-economico e occupazionale. Le comunità fragili.

La Regione Basilicata presenta un quadro socio-economico relativamente più solido rispetto alle altre regioni del Mezzogiorno, ma piuttosto distante dai dati del centro-nord. Secondo i dati del rapporto SVIMEZ 2016, il reddito pro-capite 2015 in Basilicata è pari a 19.807 euro, corrispondente al 111% del valore dell'intero Mezzogiorno; tuttavia, tale valore corrisponde solo al 62% del valore registrato al Centro-Nord. Peraltro, l'economia lucana mostra alcuni incoraggianti segnali di ripresa, totalizzando nel 2015 un incremento del 5,5% rispetto all'anno precedente, dato superiore rispetto al totale delle regioni meridionali (+1%). Anche il tasso di disoccupazione della regione (13,7%) si pone a livelli intermedi tra Centro-Nord e Mezzogiorno (rispettivamente 8,8% e 19,4%), come la percentuale di individui a rischio povertà (31,9% contro 10,6% e 33,1%).

Come è noto, il contesto socio-economico da una parte e il sistema di protezione sociale e di tutela della salute si influenzano reciprocamente. Ai fini del presente Piano, sembra rilevante mettere in luce alcuni elementi del sistema socio-economico della Basilicata che evidenziano, o potranno evidenziare, ricadute significative in termini di bisogno sociale e sanitario.

- Nell'ambito del terziario, si rileva l'importanza del turismo. Tale settore, secondo le analisi di Unioncamere, è in forte crescita (+9,8% di arrivi tra 2014 e 2015) soprattutto con riferimento alla città di Matera. Nel 2019 Matera, nel pieno del periodo di vigenza del presente Piano, sarà capitale europea della cultura, con un probabile e benefico "effetto traino" nei confronti delle località minori della costa e dei centri caratterizzati da attrazioni storiche e culturali. I flussi turistici, caratterizzati da forte ciclicità con picchi nei periodi estivi e di vacanza, impongono di monitorare e rimodulare l'organizzazione dei servizi, soprattutto con riferimento alla continuità Assistenziale (ex guardia medica).
- Un secondo ambito produttivo, trasversale al settore primario e terziario e collegato alla ricettività e alla valorizzazione del territorio, è la filiera agroalimentare, che va dalla tutela della salute animale (allevamenti) al monitoraggio degli standard igienico-sanitari delle attività di ristorazione.
- La Basilicata è la Regione del Mezzogiorno con una rilevante percentuale di PIL riconducibile al settore secondario (22%)⁸. Tra i principali ambiti industriali, che contribuiscono in maniera determinata alla produzione di reddito e allo sviluppo materiale e umano della Regione, spiccano alcune branche dell'industria pesante, come la produzione dei mezzi di trasporto e l'estrazione di olii minerali, oltre al distretto del mobile. La rilevanza di tali comparti richiede attività specifiche di prevenzione e tutela della salute umana e ambientale nei contesti locali in cui tali stabilimenti produttivi sono localizzati.

⁸Banca d'Italia, dato al netto del settore delle costruzioni; <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economico-regionali/2015/2015-0017/1517-basilicata.pdf>.

Il presente Piano parte dall'assunto per cui le attività produttive di tutti i settori possono trarre benefici da un SSR in grado di assicurare più alti standard di salute alla popolazione lucana. Lo stesso SSR, del resto, rappresenta un formidabile acquirente di beni e servizi per le imprese e le attività produttive locali. Allo stesso tempo, le attività di prevenzione e cura devono tenere in considerazione le esigenze e il dinamismo del mondo imprenditoriale regionale, ponendosi in un'ottica collaborativa, aperta ai contributi degli interlocutori e finalizzata a contenere il più possibile gli adempimenti burocratici.

2.4.1 Le categorie fragili

Il Piano intende considerare e farsi carico delle molteplici ed eterogenee condizioni di fragilità sociale che, nonostante un contesto socio-economico più favorevole rispetto ad altre aree del Sud, continuano a caratterizzare alcuni segmenti della popolazione regionale.

Resta sullo sfondo il tema degli anziani e dell'emergente domanda nell'ambito della cronicità e della socio-assistenza che è già stato trattato nei precedenti paragrafi.

Un secondo segmento di popolazione in condizione di fragilità è quello dei giovani senza lavoro. Secondo il già citato rapporto SVIMEZ 2016, la disoccupazione giovanile (15-24 anni) in Basilicata raggiunge il 47,7%, ponendosi a quasi quindici punti percentuali di differenza rispetto al Centro-Nord (32,6%), mentre il Mezzogiorno che arriva a superare la metà della popolazione giovanile (54,1%). In Basilicata lo SVIMEZ stima quasi 43.000 NEET (giovani che non lavorano, non studiano, non sono inquadrati in programmi formativi attraverso tirocini o stage). Questa fascia di popolazione è purtroppo più esposta rispetto alle altre alle dipendenze (alcool, fumo, droghe) e all'insorgenza di disturbi psicologici e psichiatrici. D'altro canto, un'efficace presa in carico di queste aree di bisogno contribuisce in maniera sostanziale al reinserimento lavorativo e sociale dei soggetti giovani e fragili.

Un terzo segmento di popolazione con caratteristiche di fragilità è quello della popolazione straniera immigrata. Quest'ultima, rispetto al resto del Paese, rappresenta una percentuale ridotta della popolazione residente: raggiunge il 3,3% in Basilicata rispetto un valore nazionale del pari al 8,2%. Da notare, comunque, che nel territorio della Regione, si registra un graduale e continuo consolidamento della realtà migratoria: al 31.12.2009 l'incidenza della popolazione straniera era pari al 2,2%.

L'incremento della popolazione straniera, che al 01/01/2017 registra 19.442 presenze, per il 53% donne, è caratterizzata per:

- Una stabilizzazione nel territorio dei flussi migratori;
- Una progressiva femminilizzazione dei flussi, con il conseguente riequilibrio di genere nelle presenze degli immigrati;
- Massicce presenze stagionali in alcuni territori della regione. Tali presenze sono collegate alle attività agricole per le colture del pomodoro nell'Alto Bradano (Palazzo S. Gervasio) e del melone nel Metapontino.

Questi trend suggeriscono una particolare attenzione al tema di una sempre maggiore multiculturalità dell'utenza che accede ai servizi della sanità e del Welfare regionale, tema che

richiede consapevolezza e formazione degli operatori. Tale aspetto si collega al supporto ai percorsi di integrazione positiva e completa degli immigrati nella realtà lucana, anche con riguardo alle possibilità e all'equità di accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Inoltre è necessario prendere consapevolezza di come la medicina incluso le terapie possono essere differenti nelle varie etnie. Infine, emergono alcune dinamiche più specifiche, come l'assistenza alle vittime dello sfruttamento, della tratta, di minori non accompagnati e del caporalato.

Un quarto segmento è rappresentato dalle donne. In Basilicata, secondo i dati ISTAT 2014, il 23% delle donne dichiara di aver subito episodi di violenza da parte di familiari, del partner o di estranei. Questo preoccupante fenomeno sociale va fronteggiato attraverso una risposta integrata che poggia le sue basi su un'azione che coinvolga i servizi sia educativi, sia sociali, sia sanitari.

Inoltre, come già detto in precedenza, il numero delle donne anziane in buona salute è ridotto del 2% rispetto alla media nazionale.

Infine è necessario considerare le differenze biologiche e di genere adottando i principi della medicina di genere per arrivare all'equità di genere in salute e per dare cure più appropriate alle donne in tutte le età della vita

2.4.2 Le diseguaglianze

L'immigrazione, le mutate condizioni socioeconomiche (impoverimento delle famiglie) e demografiche (invecchiamento della popolazione con tutte le sue conseguenze), hanno cambiato e stanno cambiando il contesto di riferimento regionale. È necessario quindi valutare accuratamente l'impatto dei così detti determinanti sociali,⁹ perché solo la consapevolezza dei loro effetti può ridurre le disuguaglianze in salute¹⁰. Il tema dei determinanti sociali di salute è prioritario nell'agenda europea degli ultimi dieci anni e l'Italia ne ha recepito l'importanza in due atti di indirizzo. Come dimenticare che un basso stato sociale è associato ad effetti negativi sulla salute poiché le persone con un basso stato socioeconomico adottano stili di vita meno salubri (ad esempio fumano di più e sono più obese)¹¹. Inoltre i gruppi più svantaggiati sono risultati essere più suscettibili agli effetti acuti dell'inquinamento dell'aria.¹²

La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini, delle cittadine e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma del 18/12/2007 dei Ministri europei della Sanità per la strategia Salute in Tutte le Politiche. Rispetto agli altri paesi in tema di disuguaglianze sociali nella salute confortano la capacità protettiva che hanno alcune risorse tipiche dell'Italia, come la dieta mediterranea, il sostegno della rete familiare, il ruolo del servizio sanitario nazionale. Sempre in tema di diseguaglianza l'immigrazione crescente rende necessario una presa d'atto delle tematiche concernenti la salute della popolazione straniera e per le implicazioni del fenomeno in termini di politica e programmazione sanitaria. Inoltre appare opportuno la piena consapevolezza della

⁹ Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, WHO, 2013.

¹⁰ Marmot, M., 2015. The health gap. The challenge of an unequal world. London; New York: Bloomsbury.

¹¹ Ancona et al Environ Res. Feb; 137:467-74 2015.

¹² Forastiere Am J Ind Med. 2007 Mar;50(3):208-16.

dimensione di genere. Non possiamo infatti dimenticare che le donne lucane come tutte le donne di tutto il mondo ricevono meno terapia riperfusiva dopo l'infarto del miocardio.

Intervenire sulle disuguaglianze porta a risultati di maggiore coesione sociale con un beneficio diffuso in termini di vita comunitaria e relazioni interpersonali, salute mentale, salute fisica e speranza di vita, rendimento scolastico, riduzione delle dipendenze e della criminalità. Vivere in una società più equa è quindi vantaggioso per tutti, non solo per le persone in situazioni difficili e vulnerabili.

3. LA RISPOSTA ALLE SFIDE DEL CONTESTO: PRIORITÀ E STRUMENTI ORGANIZZATIVI

3.1 Prevenzione

La Regione Basilicata, come dichiarato nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, promuove la salute come “fattore di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare”.

In attuazione dell’art. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, la Regione Basilicata con leggi regionali (27/1996, 3/1999, 12/2008¹³), ha dettato norme *in materia di prevenzione* collettiva a fini di promozione e tutela della salute pubblica dai rischi di natura igienico - ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa.

Attraverso il Dipartimento di Prevenzione, articolazione organizzativa complessa dell’Azienda sanitaria alla quale compete la funzione di coordinamento e direzione delle attività di prevenzione primaria, la Regione mira a garantire il benessere della collettività e a dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda di salute della popolazione di riferimento, ancorché inespressa. In particolare, di seguito vengono identificate le principali finalità che il Dipartimento di Prevenzione persegue e che nel triennio 2018-2020 richiederanno un ripensamento:

- 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.

Le politiche per la salute che la Regione Basilicata intende perseguire in maniera integrata nel campo della prevenzione superano il concetto di “Territorio” inteso come generica ed impersonale entità fisica e si contestualizzano in funzione del concetto di “Comunità”, intesa come insieme dinamico che esprime caratteristiche omogenee per condizioni demografiche e socio-economiche che ne condizionano i bisogni di prestazioni sanitarie e di interventi per la salute.

Ne consegue che i Sindaci, che tali Comunità rappresentano, singolarmente e/o nelle loro espressioni politiche associative, assumono il fondamentale ruolo di *trait d’union* con i programmatori e gli attuatori istituzionali delle politiche per la salute e, in tale compito, si avvalgono del supporto informativo/formativo del Dipartimento di Prevenzione, nelle sue articolazioni.

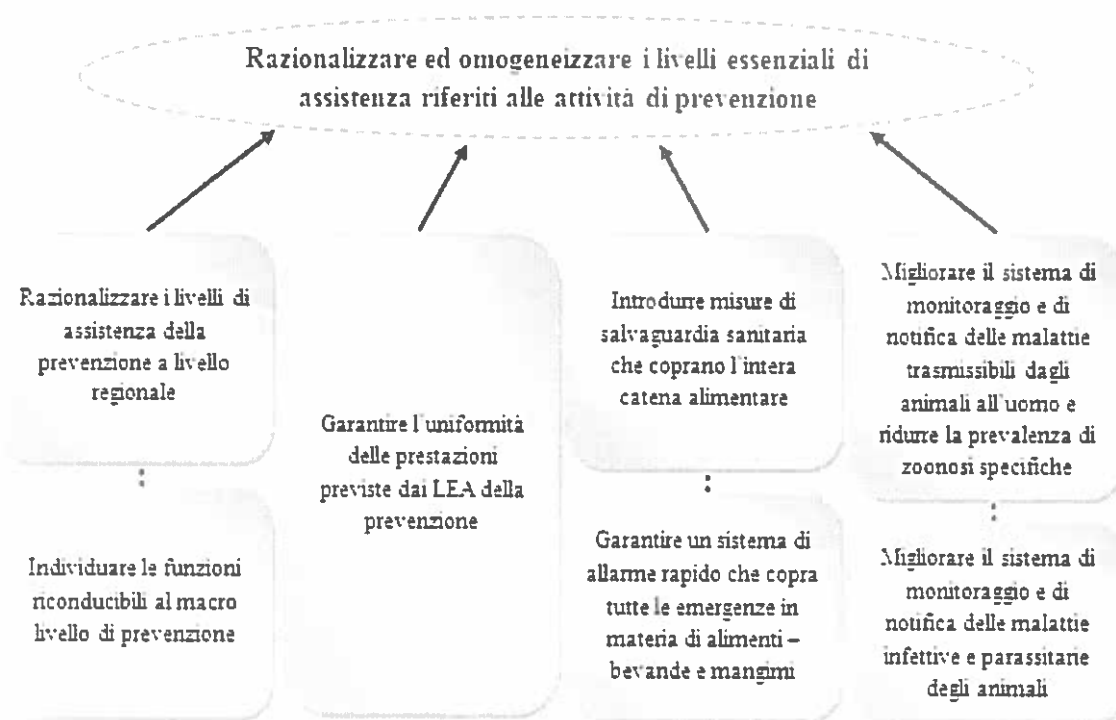
¹³ Nel rispetto dei criteri organizzativi fissati dall’art. 11 della legge regionale n.27/1996 e dall’articolo 2 della legge regionale n.3/1999, la disciplina organizzativa dei dipartimenti di prevenzione è stabilita mediante apposito regolamento aziendale. Ai sensi di quanto previsto dal comma 3 dell’art. 3 della legge regionale n.12/2008, i Dipartimenti aziendali di Prevenzione sono riorganizzati in Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale.

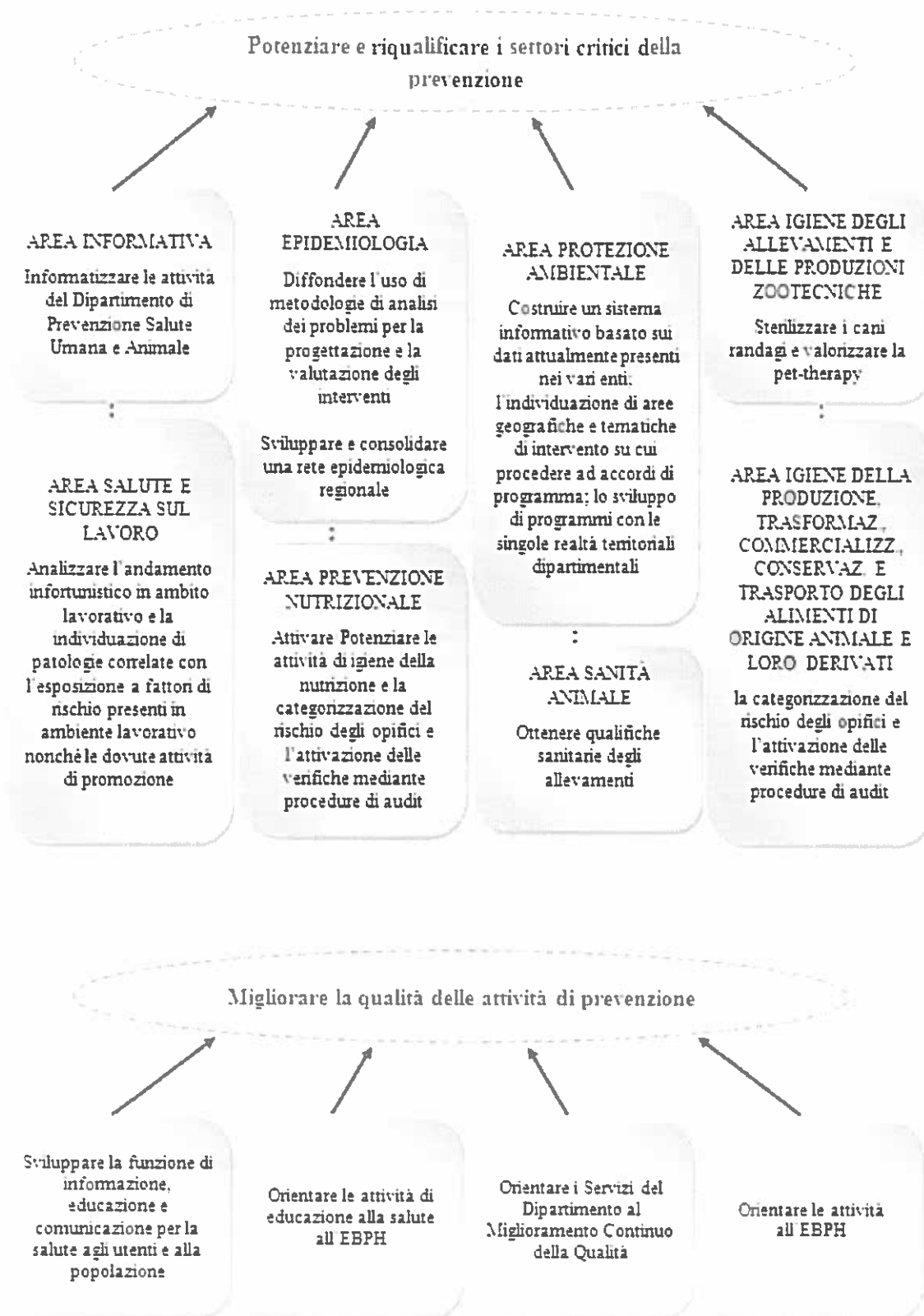
Il Dipartimento di Prevenzione diviene pertanto essenziale per la predisposizione condivisa dei Piani di Salute, delle Mappe di Rischio e delle strategie per la pianificazione degli interventi di prevenzione nel campo della sanità umana ed animale.

Per effetto della LR n.2 del 12 gennaio 2017, tenuto conto dei vincoli di cui al D.Lgs. n.229/1999 e delle linee guida nazionali sui Dipartimenti di Prevenzione, si richiederà nel triennio 2018-2020 un adeguamento strutturale al nuovo assetto istituzionale della sanità lucana, dunque la riorganizzazione progressiva dei Dipartimenti di Prevenzione delle attuali AA.SS.LL. nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale Unica Regionale.

La riorganizzazione dovrà creare le condizioni per perseguire con efficacia tre obiettivi strategici assegnati al Dipartimento di Prevenzione per il triennio 2018-2020, declinati a loro volta in obiettivi specifici come illustrato nelle seguenti tavole:

- OBIETTIVO STRATEGICO 1 – Razionalizzare ed armonizzare i LEA riferiti alle attività di prevenzione;
- OBIETTIVO STRATEGICO 2 – Potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione;
- OBIETTIVO STRATEGICO 3 – Migliorare la qualità delle attività di prevenzione.





3.2 Macro livello territoriale

3.2.1 Baricentro sul nuovo distretto della salute

L'esigenza di superare una visione che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la gestione delle acuzie, comporta una irrinunciabile implementazione del sistema delle cure territoriali per la reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini. In tal senso, il Distretto della Salute, che diviene un luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni, 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).

Il Distretto della Salute, articolazione organizzativa fondamentale nel nuovo assetto del sistema SSR, ha l'obiettivo ambizioso ed innovativo di sviluppare un sistema territoriale strutturato ed evoluto, in grado di rappresentare una organizzazione che:

- Sia capace di attivare una rete dell'integrazione, della presa in carico e della continuità dell'assistenza proponendo così un patto per la Salute con i cittadini;
- Sappia valutare e programmare esercitando un ruolo attivo rendendosi visibile ed accessibile;
- Gestisca le risorse in modo flessibile e sia attenta agli esiti attraverso un sistema articolato, integrato e flessibile;
- Sappia ripensare e riprogettare la qualità attraverso un ruolo diretto e responsabile.

Il Distretto della Salute, tranne che per le funzioni di ricovero ospedaliero per acuti, è il luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria.

Il Distretto della Salute rappresenta l'ambito territoriale che, in raccordo con l'ufficio di Piano di Ambito, 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. Ciò avviene mediante l'adozione del Piano Attuativo Sanitario Distrettuale (PASD) pluriennale a scorrimento annuale per la parte sanitaria e sociosanitaria (sanitaria a rilevanza sociale, ivi compresa quella ad elevata integrazione sanitaria).

Il Distretto provvede a:

- a) curare l'analisi della domanda e il governo dell'offerta in relazione ai bisogni di salute e di benessere delle persone, delle famiglie e delle comunità locali;
- b) assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici e l'equità e continuità nell'erogazione delle prestazioni, promuovendo l'integrazione assistenziale delle attività della medicina territoriale con quelle delle strutture ospedaliere ed extra ospedaliere;
- c) concorrere alla realizzazione della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale di cui alla LR n.4 del 14 febbraio 2007, attuare i programmi di integrazione sociosanitaria in collaborazione con i Comuni associati negli Ambiti socio-territoriali, istituire unità di servizi e sportelli distrettuali per l'erogazione della globalità dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali (USIB);
- d) curare l'integrazione funzionale e il coordinamento dei suoi interventi con le attività

territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale;

- e) stabilire relazioni permanenti di collaborazione con le amministrazioni comunali, promuovere e garantire la partecipazione attiva dei cittadini, delle cittadine e delle organizzazioni rappresentative degli interessi sociali.

In particolare, rientrano nel livello di assistenza distrettuale, le seguenti attività assistenziali:

- a) cure primarie;
- b) farmaceutica;
- c) domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- d) specialistica ambulatoriale e protesica;
- e) riabilitativa;
- f) consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica;
- g) sociosanitaria;
- h) dipendenze patologiche;
- i) residenziale e semiresidenziale territoriale.

Nell'ottica di una riorganizzazione del sistema dei servizi territoriali si intende pervenire alla costruzione di un Distretto "forte" (definito come "Distretto della Salute" all'art. 4 della LR n.12/2008) in quanto assume:

- a) le funzioni di produzione per le attività proprie;
- b) la tutela per l'accesso alle prestazioni ospedaliere anche attraverso le funzioni di negoziazione con l'area ospedaliera per garantire la continuità assistenziale territorio-ospedale;
- c) le funzioni di committenza delle prestazioni territoriali fornite da terzi soggetti erogatori accreditati.

Ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n.7/2014, "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria" nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, i Distretti della Salute di cui al comma 1 dell'articolo 4 della LR n.12/2008 coincidono con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008, ne mantengono le relative sedi e l'organizzazione territoriale alla stessa data vigente.

La scelta, già effettuata dal legislatore regionale (LR n.12/2008 e LR n.4/2007), è quella di definire i Distretti come ambiti territoriali ampi che devono progressivamente tendere alla coincidenza con gli Ambiti socio territoriali previsti con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n.917/2015 e smi, prevedendo:

- 1) l'integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie (sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria) e sociali;
- 2) lo sviluppo di progettualità di tutela del benessere complessivo attraverso la presa in carico della persona e dei suoi bisogni (per quel che riguarda l'area sanitaria, con il passaggio da una medicina d'attesa ad una medicina d'iniziativa che valorizza la prevenzione e non solo la cura). In tal senso, il Distretto della Salute viene a configurarsi come 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.

Il Distretto della Salute diviene, quindi, una macro-organizzazione complessa, assimilabile a quella dipartimentale, alla quale è riconosciuto un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione come previsto per le altre macro-strutture aziendali.

Le considerazioni riportate costituiscono indirizzi strategici per questo nuovo processo, che sarà sviluppato gradualmente e progressivamente, ossia richiederà necessariamente ulteriori dettagli, da definire con successivi atti regionali o con atti aziendali, sulla base di esperienze e *best practices* sviluppate sullo specifico territorio tenendo conto anche degli investimenti già effettuati ed in corso di realizzazione da parte del Sistema Sanitario Regionale.

3.2.2 La governance

Le funzioni 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 della Salute e dell'Ambito Socio-Territoriale, sono svolte dalla *Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale* così come definita dall'art.12 della LR n.4/2007.

Le Aziende Sanitarie Locali di Potenza e Matera si avvalgono di quanto previsto dall'art.3 della L.502/1992 e smi, e precisamente della figura di direzione e coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria al fine di garantire un'omogenea *governance* dell'area dei servizi sociosanitari e per la corretta integrazione con le prestazioni sociali.

3.2.3 L'organizzazione del Distretto della Salute

Il Distretto della Salute, ai sensi della LR n.12/2008, è guidato da un Direttore, responsabile della direzione complessiva della macro-articolazione, il quale si occupa del coordinamento delle strutture afferenti il Distretto e della direzione delle attività territoriali poste alla sua diretta dipendenza. È componente del Collegio di Direzione dell'Azienda Sanitaria ed è responsabile della contabilità analitica relativa al distretto in raccordo con la contabilità generale, la gestione del budget e l'istruttoria amministrativa dei provvedimenti propri o delegati dal Direttore Generale e si avvale a tal fine di una struttura amministrativa di distretto.

Il Direttore di Distretto è individuato dal Direttore Generale, ai sensi della LR n.12/2008e nel rispetto dei requisiti di cui all'art. 3-sexies del D.Lgs. n.502/1992.

Il Direttore di Distretto è da considerarsi incarico fiduciario e non si configura come struttura complessa aziendale.

Ai sensi dell'art.3-sexies del D.Lgs. n.502/1992 che prevede che *“L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione...omissis* declinano di seguito le specificità che il Direttore del Distretto della Salute dovrà possedere:

- Particolare conoscenza del territorio e delle sue caratteristiche;
- Conoscenza dell'uso dei sistemi di governance;
- Conoscenza dei meccanismi relazionali che si instaurano tra responsabili dei servizi finalizzata alla costruzione di “squadra” omogenea territoriale;
- Esperienza e conoscenza particolare in merito allo sviluppo delle cure primarie del territorio (MMG/PLS) in quanto priorità strategica della Regione Basilicata
- Conoscenza degli attuali strumenti di pianificazione territoriale;

- Approfondita conoscenza delle principali norme nazionali e regionali relative alla programmazione sociosanitaria;
- Capacità di lavorare per obiettivi, secondo le attribuzioni della Direzione generale;
- Capacità di impostare e gestire il proprio lavoro e quello della struttura organizzativa secondo logiche di programmazione aziendale;
- Conoscenza delle norme contrattuali/convenzionali che regolamentano la gestione delle risorse umane presenti nel Distretto; buone capacità relazionali, buone capacità negoziali, attitudine alla gestione delle risorse umane, con attenzione sia agli aspetti sia economici che della valutazione;
- Capacità propositiva e di studio rispetto alla progettazione, alla programmazione e regolamentazione in ambito distrettuale;
- Conoscenza degli strumenti atti a rilevare bisogni e risorse;
- Attitudine allo sviluppo dei processi di integrazione e collaborazione tra strutture;
- Possesso di una coerente formazione a carattere manageriale;
- Orientamento al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e alla sicurezza delle cure.

Il Direttore del Distretto della Salute, ai sensi della LR n.12/2008, è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio, in particolare, delle attività del Distretto, della gestione delle risorse umane, strutturali economiche e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Al Direttore spetta il compito di perseguire gli obiettivi di risultato, di attività e di risorse organizzative concordati ed assegnati al distretto, in sede di contrattazione budgetaria con la Direzione Aziendale e conseguente contrattazione con la medesima metodologia con le strutture afferenti al distretto.

Il Direttore di Distretto si avvale di una Struttura di coordinamento delle attività distrettuali, composto da:

- direttori delle strutture complesse distrettuali;
- responsabili delle strutture semplici poste alla diretta dipendenza del direttore di distretto;
- rappresentanti dei MMG, dei PLS e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Ai sensi della LR n.12/2008 l'Atto Aziendale definisce la struttura organizzativa del Distretto della Salute, i servizi e le unità operative, le relazioni funzionali ed organizzative con le altre strutture aziendali, nonché la sua articolazione in ambiti territoriali sub distrettuali (USIB).

Per una migliore gestione dell'intero processo connesso alla ottimale erogazione dei LEA si ritiene che i Distretti della Salute siano organizzati con almeno le seguenti due unità organizzative complesse:

- **La UOC Assistenza Primaria** che comprende l'assistenza primaria, l'assistenza sociosanitaria, la continuità assistenziale e l'assistenza infermieristica;
- **La UOC Cure domiciliari e Cure residenziali e semiresidenziali** che comprende l'assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone e l'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.

Tale organizzazione dovrà comunque essere recepita negli atti aziendali.

Le UOC complesse sopra indicate possono svolgere le proprie funzioni anche a livello interdistrettuale tenendo conto del bacino di utenza, dell'estensione geografica, della dispersione territoriale non superando, comunque, il limite massimo di n.3 Distretti.

Per garantire i livelli assistenziali di competenze del Distretto, la ASL, in ragione della specificità del bisogno assistenziale locale e dell'esistenza di servizi e/o unità organizzative di assistenza territoriale preesistenti, che risultano funzionalmente adattabili al modello distrettuale disegnato dal Piano, può costituire altre unità organizzative configurate come complesse e/o semplici definite negli atti aziendali.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate dall'Atto Aziendale e dagli appositi regolamenti.

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 previsto nel presente Piano e dalla LR n.12/2008.

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;
- il Dipartimento 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.

Il Distretto si avvale delle seguenti unità organizzative e funzionali:

- unità dei servizi integrati di base (USIB);
- sportello informatico unico di accesso ai servizi sociali e sanitari (PUA) da definire congiuntamente con gli Ambiti Sociali e Centro di Accesso Unico alla Disabilità CAUD;
- unità multidisciplinare per la valutazione integrata;
- unità multidisciplinare per gli immigrati;

3.2.4 Strumenti del Distretto

3.2.4.1 USIB

L'art. 4 della LR n.12/2008 prevede la costituzione di Unità dei servizi integrati di base (USIB). Si tratta di centri operativi sub distrettuali che assicurano unitarietà di organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio (ad esempio, area della cronicità, area della fragilità).

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

- è posto in staff al Direttore di Distretto;
- ha la responsabilità complessiva dei percorsi assistenziali sanitari e sociosanitari;

- deve rendere possibili momenti di interazione con lo “Sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari” (PUA), strumento prevalentemente informatico che consente la semplificazione dei percorsi amministrativi nell’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Le USIB devono occuparsi, quindi, della vera e propria integrazione sociosanitaria attraverso l’analisi del territorio, il monitoraggio dei servizi e l’organizzazione unitaria dell’offerta dei servizi in risposta ai bisogni assistenziali.

3.2.4.2 PUA e CAUD

Il PUA è una modalità di relazione complessa con i bisogni della persona, deputata a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona ed i suoi familiari devono affrontare. È uno strumento dell’integrazione sociosanitaria e sociale, e come tale richiede il raccordo tra le diverse funzioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, e una forte integrazione con gli Ambiti Sociali.

I destinatari dello Sportello unico sono tutti i/le cittadini/e che esprimono un bisogno di salute o che esprimono un disagio sociale. Tuttavia si ritiene che i destinatari principali siano le persone più fragili, ossia coloro che presentano maggiori difficoltà nell’accesso ai servizi sociosanitari e sociali ivi compresa l’inclusione lavorativa.

La *mission* che persegue lo Sportello unico si concretizza nella riduzione del disorientamento da parte dei soggetti portatori della domanda assistenziale; nella promozione delle capacità di scelta individuale attraverso l’accrescimento dell’*empowerment* dell’individuo nel fare scelte correttamente informate rispetto alle risorse territoriali disponibili a livello sociosanitario e sociale.

Lo Sportello unico, pertanto:

- Fornisce informazioni sanitarie e sociali aggiornate ed integrate (e possibilmente disponibili on line per gli/le operatori/trici sanitari e sociali) a tutti i/le cittadini/e relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema dei servizi, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio.
- Raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi sociali e le inoltra, se occorre, ai servizi competenti, utilizzando tutti i supporti digitali.
- Effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi sociali a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno espresso.
- Fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l’Unità di Valutazione Integrata quando necessario, per i bisogni complessi.
- Fornisce le risposte finalizzate alla inclusione sociale in stretta collaborazione con gli Ambiti sociali e con le altre strutture subregionali ad essa deputate.

L’ubicazione dello Sportello unico sarà definita di concerto con gli Ambiti Sociali.

Ogni sede deve possedere requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale, organizzativo e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Al fine di garantire a tutti/e cittadini/e le informazioni, l’orientamento, l’assistenza amministrativa necessaria, nonché l’efficiente gestione degli interventi e dei servizi rivolti ai disabili e ai loro nuclei

familiari ed allo scopo di promuovere, sostenere, armonizzare le azioni ed i servizi sociali all'interno dello Sportello Unico di Accesso/PUA è previsto il Centro di Accesso Unico alla Disabilità Grave (CAUD), in grado di fornire un approccio centrale e integrato per la disabilità.

Sono compiti del CAUD:

- Orientare e supportare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni socio-sanitarie e informare sull'offerta dei servizi.
- Sostenere la persona disabile ed il nucleo familiare nei rapporti con le istituzioni ed i servizi territoriali, al fine di garantire il diritto alle pari opportunità e l'inclusione sociale.
- Individuare e monitorare le situazioni complesse, con particolare riferimento alla disabilità grave, in stretta collaborazione con gli operatori sociali e sanitari del territorio, anche al fine di predisporre una scheda individuale ed attivare percorsi di integrazione.
- Attivare un'équipe multidisciplinare e una rete territoriale in grado di garantire unitarietà nella fase di analisi della domanda, valutazione multidimensionale del caso, presa in carico globale, predisposizione del piano di assistenza personalizzato, in una logica di continuità assistenziale e responsabilità sul conseguimento dei risultati.
- Monitorare, controllare e verificare le azioni attivate.

3.2.4.3 Unità multidisciplinare per la valutazione integrata

La Regione Basilicata, attraverso il presente Piano, individua una metodologia¹⁴ che consente di definire:

- il complesso integrato dei bisogni, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche;
- i criteri della valutazione integrata;
- l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

Partendo dalla consapevolezza che lo stato di salute richiede una lettura multidimensionale e che la persona deve essere considerata quale unità "biopsicosociale", quindi con una presa in carico biologica, psicologica e sociale, tale da garantire un'integrazione ed una interattività tra i diversi modelli – a cui corrispondono, di conseguenza, interventi complessivi attraverso piani mirati e personalizzati – la Regione individua le Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) 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 di assistenza personalizzato integrato, sottoscritto dall'assistito nel rispetto della normativa in materia di privacy e tutela.

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

¹⁴ Viene preso in considerazione quanto previsto dal DPCM del 14 febbraio 2001, in attuazione dell'art. 2 della legge del 30 novembre 1998, n.419, in merito alla valutazione multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato ed alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.

Il piano di assistenza personalizzato 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 tutte diverse figure professionali su progetti di cura individualizzati e organizzati sui bisogni della persona.

L'U.V.I., attivata all'interno del Distretto, che vede sempre la partecipazione di un referente dei servizi sociali territoriali, e la cui composizione dipende dalle scelte regionali o della stessa Azienda Sanitaria Locale in accordo con il coordinatore dell'Ufficio del piano sociale, varia in relazione al bisogno ed in rapporto all'individuazione ed alla misurazione del bisogno sanitario e sociale. Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono: il Medico di distretto (responsabile dell'USIB 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, il terapeuta della riabilitazione e altre figure professionali dell'area clinica e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.

Individua, in genere tra gli stessi componenti dell'équipe, il *responsabile del percorso assistenziale (case manager)* che, in stretta collaborazione con il MMG, coordina gli interventi necessari e verifica l'andamento del piano assistenziale, assicurandone la realizzazione.

L'U.V.I. si realizza generalmente presso l'USIB, ma quando si tratta di non autosufficienti e/o di persone con oggettive difficoltà di spostamenti, deve realizzarsi presso la sede del Comune o addirittura presso l'abitazione dell'utente.

Il metodo da utilizzare per la valutazione, che dovrà essere omogeneo su tutto il territorio regionale, è individuato con atto di indirizzo tecnico del Dipartimento Regionale Politiche della Persona.

3.2.4.4 Unità multidisciplinare per gli immigrati

La Regione Basilicata, nel rispetto dei principi fondamentali dei diritti inviolabili della persona così come riconosciuti nella Costituzione italiana, concorre alla tutela dei diritti degli immigrati presenti sul territorio regionale e, in particolare, garantisce pari opportunità di accesso e fruibilità dei servizi socio-assistenziali, sociosanitari e sanitari.

La Regione promuove le azioni necessarie a favore di tutti gli immigrati presenti sul territorio regionale, siano essi stranieri regolarmente soggiornanti che hanno l'obbligo di iscrizione al SSR, stranieri regolarmente soggiornanti non rientranti tra le categorie degli obbligatoriamente iscritti, Stranieri Temporaneamente Presenti (irregolari) –STP, Europei Non Iscritti -ENI, stranieri detenuti, compresi i detenuti in semilibertà o con forme alternative alla pena detentiva, in possesso o meno del permesso di soggiorno (obbligatoriamente iscritti al SSR, ai sensi dell'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo 22/06/99 n.230).

La Regione promuove inoltre le azioni necessarie all'accoglienza, alla tutela e alla integrazione dei migranti e dei rifugiati ai sensi della LR n.13/2016.

La Regione Basilicata garantisce l'erogazione delle prestazioni di Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale di cui art. 43, c.8, del Decreto del Presidente della Repubblica 31/08/99 e successivi aggiornamenti.

la Regione Basilicata garantisce, inoltre, la copertura vaccinale per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale per le vaccinazioni obbligatorie.

L'ASP e l'ASM prevedono, nei territori con forte presenza anche a carattere stagionale stranieri STP e ENI, l'istituzione di Unità Operative multidisciplinari dedicate presso il Sistema dell'Assistenza primaria che cureranno:

- L'attivazione nei territori dove si registra una forte presenza, anche a carattere stagionale, di regolari, STP ed ENI, di ambulatori di medicina dedicati, ubicandoli in modo da favorirne l'accesso.
- L'attivazione del servizio di mediazione linguistico-culturale nelle strutture sanitarie che registrano un maggiore accesso di stranieri.
- La definizione di programmi di formazione estesi al personale sociosanitario ed amministrativo delle ASL sull'assistenza sanitaria con approccio interculturale agli utenti stranieri.

Gli strumenti di programmazione che il Distretto utilizza per il perseguimento delle sue finalità, di seguito riportati, consistono nel **Piano attuativo sanitario distrettuale (PASD)** e nel **Piano intercomunale dei servizi sociali e sociosanitari” (PISS)**.

3.2.4.5 PASD e PISS

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. n.267 del 18 agosto 2000, 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 LR n.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. n.229 del 19 giugno 1999, per la parte sociosanitaria, e il Piano Sociale di Zona di cui all'art. 19 della legge 8 novembre 2000 n.328 e smi.

Il Piano intercomunale sociale, per la parte sociosanitaria, ovvero a scarsa rilevanza sanitaria, dovrà essere predisposto dal coordinatore dell'ufficio di Piano di Ambito unitamente al Direttore di Distretto che lo sottoscrive. I contenuti del piano intercomunale sono definiti nella DGR n.917/2015 e smi.

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.

3.2.4.6 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.

Elementi fondamentali dell'area dell'assistenza primaria sono l'estensività e l'equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale.

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.

I Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti Ambulatoriali) sono chiamati ad assumere la responsabilità di:

- coordinare gli interventi sulle patologie cronico-degenerative;
- presa in carico del governo della diagnostica e delle cure;
- messa a punto di meccanismi di promozione della salute;
- 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 h. per le principali tipologie di assistenza, integrando il sistema dell'assistenza primaria con l'insieme dei servizi sanitari e le risorse delle comunità locali (Ospedale, amministrazioni locali, strutture residenziali, scuole etc.)

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

- l'impegno al 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 broncopolmonari, malattie gastrointestinali, malattie osteoarticolari, malattie psichiatriche, per fare riferimento a quelle indicate dall'AIR di cui alla DGR n.330/2008). A tal fine si intende promuovere la costituzione delle Aggregazioni Funzionari Territoriali (AFT) e delle Unità complesse delle cure primarie (UCCP) 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, PLS, 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 Piano fa proprie le indicazioni dell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale del 29 luglio 2009 che individua le seguenti linee programmatiche prioritarie:

- a) 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;
- b) 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;
- c) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 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;
- d) coinvolgimento del medico nelle attività di prevenzione individuate dalla programmazione regionale e aziendale e valorizzazione della medicina di iniziativa;
- e) 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;
- f) individuazione di un modello di formazione coerente con gli obiettivi prioritari di integrazione territorio-ospedale;
- g) favorire la 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 sociosanitaria;
- h) promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;
- i) favorire lo 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;
- j) favorire una 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;
- k) favorire la 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.

3.2.5 Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per le aree interne nel contesto del Patto per la Salute 2014-2016 e degli Standard sull'Assistenza Ospedaliera, e per il rispetto dell'equo accesso ai LEA

Nelle Aree Interne si declina in modo particolare il tema dell'equilibrio dell'offerta e dell'integrazione delle funzioni assistenziali ospedaliere, territoriali e domiciliari, coerentemente con i criteri di utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse del SSN, reso ancora più cogente in ragione della distanza dai servizi e dalle peculiarità orografiche, demografiche e socioeconomiche di tali aree. Peraltro, le difficoltà di erogazione dell'assistenza sanitaria in territori dove la popolazione anziana è molto elevata e la natalità molto bassa, si configura spesso come possibile causa dello spopolamento.

Nelle suddette aree si verifica:

- i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana superano frequentemente le medie regionali; con alti indici di ricoveri evitabili;
- difficoltà orografiche e stradali per i mezzi di soccorso territoriali in casi di emergenza sanitaria;
- lunghe attese dei mezzi di soccorso territoriali in casi di emergenza sanitaria;
- lontananza dei servizi ambulatoriali per l'esecuzione di specifici trattamenti;
- scarsa disponibilità dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta in termini di giorni e ore di presenza sul territorio. Ampi territori con grandi difficoltà orografiche da governare per ogni medico, il quale frequentemente non ha abituale dimora in tali aree;
- servizi non orientati/adequati alla popolazione straniera con culture diverse e in generale alle fasce deboli.

Alcune iniziative sono indispensabili in questi territori e risultano determinanti per riorganizzare il modello di offerta dei LEA che deve essere necessariamente integrato con la programmazione sociale per i LIVEAS e per rendere possibile su questi territori l'umanizzazione delle cure.

Le attività che si intendono implementare sono di seguito illustrate.

3.2.5.1 Realizzazione presidi territoriali

I presidi territoriali prevedono diverse possibili tipologie di luoghi di erogazione dei servizi integrati con una organizzazione di rete fondato sul modello "Hub and Spoke":

1. Presidi previsti dal Decreto 2 aprile 2015 n° 70 allegato paragrafo 9 comma 9.2.2 "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" e paragrafo 10 comma 10.1 "Ospedale di comunità:
 - a. per i Presidi Ospedalieri in zone particolarmente disagiate secondo le modalità previste dal decreto qualora dovessero essere attivati, i posti letto nella numerosità prevista dal decreto verranno sottratti al totale dei posti letto previsti nell'Ospedale Hub di riferimento. L'attivazione di tali presidi ospedalieri è subordinata alla possibilità di poter superare i vincoli assunzionali oggi presenti e previsti dall'art.1 comma 584 della L. 190/2014 e quelli previsti dalla L.161/2014;

- b. per i posti residenziali dell'Ospedale di Comunità i posti non sono da considerarsi quali posti letto ospedalieri per acuti ma residenziali sociosanitari e pertanto non concorrono al calcolo dei posti letto ospedalieri per acuti aziendali.

2. *Punto Unico di Accesso (PUA) (Hub) e Centri di Riferimento Territoriale (CRT) (Spoke).*

Il PUA sarà allocato presso il Presidio comunale di riferimento o comune capoparea o presso i presidi previsti al precedente punto 1 e rappresenterà il “luogo” in cui saranno individuati, valutati e presi in carico le persone fragili, in modalità proattiva offrendo loro i seguenti servizi:

- analisi del bisogno;
- registrazione dell'accesso;
- risposte informative e di orientamento;
- raccolta di informazioni sul caso e azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici e complessi;
- apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi;
- segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni;
- integrazione con le farmacie, le quali con appositi protocolli, parteciperanno al monitoraggio della compliance nella gestione di farmaci;
- coordinamento delle articolazioni comunali;
- interazione ed empowerment di gruppi di volontariato.

I Centri di Riferimento Territoriale (CRT) saranno dislocati nei comuni rientranti nell'area interne disagiate e rappresenteranno i luoghi di riferimento per le attività delle seguenti figure professionali: l'Infermiere di Famiglia e/o di Comunità (IFC), l'Ostetrica di Comunità e il personale (anche comunale) addetto a orientare le persone per accedere alle prestazioni socio-assistenziali.

3.2.5.2 Garanzia della rete territoriale di soccorso

Le postazioni territoriali e l'elisoccorso, sviluppo di sistemi di supporto alle professioni sanitarie con assistenza a distanza (vedi successivo paragrafo sulle reti tempo dipendenti)

3.2.5.3 La digitalizzazione dei processi

I modificati bisogni di salute correlati con l'invecchiamento della popolazione, la necessità di spostare l'erogazione dei servizi sanitari dall'ospedale al territorio, privilegiando ove possibile il domicilio del paziente, l'esigenza di migliorare i processi organizzativo-gestionali a supporto della continuità di cura, nonché le conseguenti ricadute in termini di sostenibilità dei servizi sanitari nazionali, rappresentano le sfide che tutti i Paesi avanzati devono affrontare e vincere. La sanità digitale consente di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei processi clinico-sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rendendo disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli attori coinvolti, permette una migliore gestione dell'emergenza/urgenza e della continuità delle cure. È necessario sperimentare e successivamente trasferire su aree più vaste gli strumenti di teleassistenza per anziani soli vulnerabili: si tratta di interventi socio-assistenziali per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di “supporto” da parte di un

centro servizi. La telesalute, ovvero quei sistemi e i servizi che collegano i pazienti dal proprio domicilio (in particolar modo i pazienti con cronicità) con il Medico di Medicina Generale o altri professionisti sanitari al fine di assicurare il monitoraggio e la gestione della patologia, riducendo così i ricoveri ospedalieri, gli accessi in Pronto Soccorso, oltre al ricorso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali; con ricadute positive anche sulla qualità della vita del paziente, ancora di più in un contesto caratterizzato da mancanza di strutture rapidamente accessibili.

3.2.5.4 Presa in carico e supporto dei cronici

La presa in carico e il supporto ai pazienti cronici prevede l'implementazione del Chronic Care Model rivolto alle persone considerate a medio e ad alto rischio in un'ottica di empowerment del paziente e dei suoi Caregiver quale modalità necessaria di indubbia garanzia di maggiore efficacia e di economicità. Le patologie croniche prese in considerazione sono: le affezioni del sistema circolatorio, l'insufficienza cardiaca, l'insufficienza renale cronica, l'insufficienza respiratoria cronica, il diabete, le neoplasie e le patologie neurodegenerative. Il centro dell'azione è rappresentato dalla figura dell'IFC Infermiere di Comunità che prenderà in carico in maniera proattiva i soggetti cronici per erogare i seguenti servizi:

- la definizione di un profilo individuale dei bisogni;
- il supporto alle comuni attività di vita quotidiana;
- il monitoraggio di diversi indicatori di salute (PA, glicemia, ecc.), l'affiancamento del MMG o dello specialista nella compliance del paziente al percorso diagnostico-terapeutico identificato, la promozione ed il supporto all'utilizzo di eventuali dispositivi e soluzioni tecnologiche;
- la prevenzione di complicanze e ricadute di patologie pregresse o in corso;
- la prevenzione di incidenti domestici;
- la promozione dell'inclusione sociale;
- l'empowerment del paziente.

L'IFC svolgerà le sue attività, previa idonea e specifica formazione con due modalità operative: presso il domicilio del paziente o presso il CRT e con l'ausilio di idonea attrezzatura biomedica per l'effettuazione del monitoraggio dei parametri che saranno utilizzati in un contesto di telesalute.

L'attività prevede l'utilizzo di **Infermieri di Famiglia/Comunità (IFC)** in grado di svolgere la funzione di raccordo tra il cronico, la sua rete familiare e i servizi sanitari.

L'attrezzatura biomedica, in kit modulari, sarà configurata a seconda delle necessità, della patologia del paziente e delle sue morbilità. Inoltre, il software di cui sarà dotato il kit dovrà essere in grado di integrarsi con qualsiasi misuratore e di raccogliere i dati relativi alle diverse tipologie di pazienti trattati e di poterli condividere con le strutture sanitarie competenti sulla patologia.

3.2.5.5 Assistenza e sostegno al percorso nascita

Le donne e gli uomini necessitano di essere supportati e garantiti nei loro specifici bisogni che portano ad una gravidanza consapevole. Le gestanti, costituiscono l'altra componente di persone fragili dell'area rispetto agli anziani, necessitano di essere supportate e garantite nei bisogni

specifici assistenziali al fine di creare le condizioni per poter mettere al mondo un figlio in sicurezza nell'area. Studi internazionali mostrano chiaramente che l'adozione del modello dell'ostetrica di comunità può ridurre notevolmente i costi. I modelli gestiti dalle figure professionali ostetriche sono accompagnati da tassi di intervento più bassi, ad esempio minor uso di farmaci, minor numero di episiotomie, minor numero di parti cesarei, ma anche a maggiore soddisfazione delle donne. Inoltre l'azione garantirà il mantenimento della frazione attiva della popolazione, pertanto una conseguente contrazione dell'emorragia demografica in atto. L'attività consisterà nella creazione di un modello di assistenza ostetrica sui principi del Midwife-led care, per il quale la gravidanza e il parto sono eventi naturali e fisiologici nella vita di una donna. Nello specifico, il servizio opererà come di seguito riportato:

Ambito ostetrico:

- assistenza e cura dal momento del concepimento;
- selezione e monitoraggio delle donne con gravidanza a basso rischio;
- assistenza/cura della puerpera durante il parto, post-partum e in puerperio;
- diagnosi precoce delle anomalie a carico della puerpera;
- collaborazione con il medico in caso di patologie del puerperio;
- sostegno alla donna nell'allattamento;
- informazione/educazione in merito alle cure da prestare al neonato.

Ambito neonatale - Assistenza al neonato:

- sostegno alla famiglia (garantire il legame madre-bambino-padre);
- individuazione precoce delle eventuali anomalie e richiesta dell'intervento medico.

Ambito ginecologico:

- educazione sanitaria e sessuale alla donna alla famiglia e alla collettività;
- recupero delle funzioni della zona pelvi perineale (rieducazione pelvi perineale);
- consulenza alla donna su problemi di carattere ginecologico.

L'attività prevede l'individuazione e la formazione di professionisti ostetriche per garantire la massima continuità assistenziale, considerato che la levatrice è la figura responsabile dell'assistenza di mamma e bambino.

L'ostetrica sul territorio garantirà un stretto raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento, con il PUA e con il sistema 118.

3.3 La salute mentale e le dipendenze patologiche

3.3.1 *Il Dipartimento di Salute Mentale, disturbi del comportamento dell'età evolutiva e delle Dipendenze Patologiche (DSM)*

Il Piano prevede che nell'Azienda Sanitaria Locale sia costituito un Dipartimento di Salute Mentale, disturbi del comportamento dell'età evolutiva e delle Dipendenze Patologiche (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, garantisce tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l'età evolutiva e adulta. Assicura altresì 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. Nell'Azienda Sanitaria Territoriale deve essere previsto:

- almeno un Centro Salute Mentale quale struttura complessa aziendale. È possibile prevedere, se necessario l'accorpamento, di due Distretti per un Centro di Salute Mentale fermo restando la previsione ottimale di uno per distretto;
- uno Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura, SPDC ospedalieri: Gli SPDC rimangono in carico e in gestione all'Azienda Sanitaria Locale, gli spazi sono offerti e garantiti dall'Azienda Unica Ospedaliera di Basilicata e gestiti dallo stesso personale del CSM;
- area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale Ospedale Madonna delle Grazie di Matera;
- area di neuropsichiatria infantile servizi territoriali per l'Azienda;
- area di assistenza di psicologia clinica per l'Azienda;
- area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali per l'Azienda, comprendendo anche le attività per i disturbi del comportamento alimentare (DCA), dell'alcolismo e dell'autismo.

Il Direttore del Dipartimento è responsabile dal punto di vista tecnico professionale e gestionale dell'intera attività del Dipartimento e supporta la Direzione Sanitaria nella funzione di governo clinico. È responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse ad esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza H 24 in ogni giorno dell'anno, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo nei limiti delle risorse destinate dall'azienda (Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000").

3.3.2 Il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il CSM, in collaborazione con i servizi del territorio, assicura servizi di prevenzione, diagnosi e cura in ambulatorio e a domicilio e collabora con i servizi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, il volontariato e le associazioni, secondo un approccio multidisciplinare. Il CSM, il principale garante della continuità della assistenza, è centrale nella organizzazione del DSM in quanto sede ordinaria di accesso dell'utenza, luogo privilegiato dove si svolge la maggior parte delle funzioni di valutazione e presa in carico. L'accesso, che prevede anche l'intervento a domicilio, può avvenire direttamente, attraverso il MMG, o attraverso lo sportello unico di accesso ai servizi sociali e sanitari.

Nei presidi ospedalieri senza SPDC, il CSM fornisce la consulenza psichiatrica e psicologica ai reparti ed al Pronto Soccorso sulla base di protocolli d'intesa condivisi fra Azienda Territoriale e Azienda Ospedaliera.

Allo stato attuale esistono in Basilicata 6 SPDC, con personale, nella maggior parte dei casi, in organico unico con il CSM. Il personale che opera all'interno dell'SPDC è unico all'interno del DSM con rotazione anche sul CSM, al fine di evitare inopportuni fenomeni di delega e di interruzione della continuità assistenziale.

Tutti gli ospedali in cui sono ubicati gli SPDC dispongono di area critica. Il Piano si adegua a quanto previsto dal contesto nazionale in termini di fabbisogno di posti letto. L'Azienda Sanitaria locale dovrà procedere al dimensionamento secondo il fabbisogno rilevato e monitorato non superando mai la previsione di 60 posti letti complessivi regionali; potrà essere organizzato sia in modalità di ricovero ordinario che in ricovero DH. Comunque, il numero complessivo di posti letto per ogni SPDC attivato non potrà mai essere inferiore alle 8 unità. Nel caso sia impossibile il raggiungimento del numero minimo di posti letto (n=8), l'SPDC è accorpato alla sede di Pronto Soccorso Attiva più vicina territorialmente.

L'SPDC è un'articolazione funzionale del DSM ed assume un ruolo specifico nella gestione dell'acuzie e dell'emergenza/urgenza psichiatrica. Per tali motivi rimane in carico all'Az. Sanitaria Locale Territoriale pur essendo allocato in sede ospedaliera.

L'SPDC rappresenta il luogo della prima risposta nell'acuzie psichiatrica. Quindi, esso ha un ruolo centrale nella valutazione clinico-diagnostica, nell'impostazione delle terapie farmacologiche e non, favorendo la presa in carico da parte delle strutture territoriali.

Inoltre, l'SPDC è il luogo per il recupero funzionale e cognitivo dell'utente ricoverato, relativamente agli aspetti riabilitativi e di reintegrazione sociale e per l'informazione agli utenti e ai familiari.

Il SPDC rappresenta un nodo vitale per il DSM, poiché interviene in una fase delicata e decisiva del percorso di cura degli utenti dei servizi psichiatrici.

Con riferimento alle previsioni per il triennio 2018-2020, il Piano conferma quanto identificato nel precedente PRS 2011-2014 ed in particolare:

- la *mission* del DSM, “*organizzazione che attiva i processi necessari per raggiungere obiettivi di salute mentale definiti, condivisi e valutabili, in un'ottica di sistema universalistico ed equo*”;

- i principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale, nei seguenti termini:
 - la multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell'équipe;
 - l'integrazione nell'Azienda sanitaria dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali;
 - la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale;
 - la centralità del paziente intesa come coinvolgimento dello stesso nel processo di cura;
 - la presa in carico, d'intesa con il Distretto della Salute ed i servizi sociali;
 - la garanzia della tutela e la cura della salute mentale anche all'interno degli istituti penitenziari del territorio;
 - la valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie;
 - l'adozione dell'ottica del governo clinico per il miglioramento continuo della qualità;
 - 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:

- attivazione dei Centri di Salute Mentale (CSM);
- riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero (SPDC);
- sviluppo delle attività di Neuropsichiatria Infantile (con la Stella Maris IRCCS di Calambrone);
- riordino e sviluppo della residenzialità psichiatrica;
- perseguimento di adeguati standard di qualità ed appropriatezza della residenzialità psichiatrica;
- potenziamento dei trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale;
- sviluppo dei servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- verifica puntuale della situazione epidemiologica regionale;
- attivazione del Sistema Informativo Regionale Salute Mentale Integrato (SISMI) per consentire un'analisi dei bisogni ed il monitoraggio continuo dell'attività assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del territorio regionale, nel rispetto di quanto previsto nell'accordo della Conferenza Stato Regioni del 11 ottobre 2001.

Il riordino della Sanità Penitenziaria (DL 22/6/1999 e DPCM 1/4/2008) ha trasferito al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie precedentemente gestite dal Ministero della Giustizia. Pertanto è necessario che il DSM attivi un programma sistematico di interventi concernenti la psichiatria penitenziaria e l'OPG (si veda apposita sezione del Piano su Sanità penitenziaria).

In questa sede si rimanda a ulteriore disciplina circa:

- l'Area ospedaliera di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera;
- la Rete integrata dei Servizi Interaziendali di Neuropsichiatria Infantile (RINI), l'Area di neuropsichiatria infantile servizi territoriali;
- l'Area per la gestione di tutte le forme residenziali, semiresidenziali e riabilitative territoriali.

3.3.3 Il settore delle dipendenze patologiche

Nel corso degli anni il fenomeno delle dipendenze è notevolmente cambiato: sono variate le sostanze d'abuso (cocaina, allucinogeni, droghe sintetiche); e le caratteristiche delle persone dipendenti, sono emerse nuove tipologie di dipendenza (dipendenza patologica, gioco patologico, da tecnologia digitale, sex addiction ecc.).

Per l'identificazione dell'utenza dei Ser.D. di Basilicata è possibile fare riferimento al Rapporto Regionale 2016, che definisce quattro tipologie di dipendenza: tossicodipendenza, alcol dipendenza, gioco d'azzardo patologico e tabagismo¹⁵.

I programmi residenziali e semiresidenziali propongono un'ampia gamma di progetti terapeutici e percorsi multidisciplinari ad alto grado di personalizzazione (offerta quasi totalmente da organizzazioni del Privato Sociale), in grado di rispondere ai molteplici e variabili bisogni e richieste di questo tipo di utenza.

La *mission* del Settore delle Dipendenze Patologiche è quella di prevenire, prendersi cura dei soggetti, ridurre il rischio e allontanare dalle sostanze e dalle attività che generano dipendenza, promuovendo la logica del lavoro in rete e l'integrazione sociosanitaria e sociale. A tal fine, esso si occupa di:

- sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- sostenere e promuovere l'integrazione sociosanitaria ivi compresa l'inclusione lavorativa;
- riorganizzare i servizi, nella logica di solidarietà ed equità, promuovendo l'integrazione e la promozione di rapporti di collaborazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- territorializzazione dell'assistenza 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;
- definire un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento.

Con riferimento agli obiettivi più specifici, nel prossimo triennio 2018-2020 la Regione intende:

- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari-sociosanitari, 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 dipendenze patologiche, ai fini di una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi condivisi;

¹⁵ Per ulteriori dettagli si rimanda al Rapporto Regionale "Gli utenti dei SER.D. in Basilicata nel 2015".

- attuare programmi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno;
- coordinare con i Comuni e altri enti del privato sociale titolari di progetti e interventi di tipo socio-educativo, finalizzati a contrastare le dipendenze patologiche, che spesso attuano interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- attuare interventi di sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione delle dipendenze patologiche, 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;
- attivare una rete di servizi territoriali, integrata e complementare, tra i vari Ser.D., i servizi sociali dei Comuni e le organizzazioni del terzo settore, in grado di dare una risposta anche al disturbo da gioco d'azzardo patologico, in linea con quanto disposto nell'ambito del Piano Regionale "Gioco d'azzardo patologico in Basilicata 2017-2018";
- adeguare il Sistema informativo alle indicazioni nazionali per gli aspetti delle dipendenze patologiche;
- effettuare 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 la individuazione dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento al fine di garantire all'utente la necessaria qualità dei livelli di assistenza.

Le attività dei Ser.D. si sviluppano a livello distrettuale e si configurano anche come attività specialistiche ad elevata integrazione sociosanitaria finalizzate, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'accoglienza ed alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione.

La presenza nei Ser.D. di una molteplicità di figure professionali favorisce la multidisciplinarietà degli interventi, l'integrazione dei trattamenti e un migliore rapporto operatore utente.

I servizi del Privato Sociale e degli Enti Accreditati sono compresi nella rete locale in accordo con i servizi con i Ser.D.

I Ser.D. 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 e gli enti subregionali per l'integrazione lavorativa.

Completano la rete dei servizi, le Comunità Terapeutiche accreditate il cui funzioni saranno definite nell'ambito della programmazione.

Per la definizione del fabbisogno in termini di posti letto si rimanda al paragrafo sulle Residenzialità.

3.4 Medicina penitenziaria

La condizione carceraria di per sé fattore di rischio per i disturbi della personalità, dell'ansia e dell'umore, e può essere causa di *slatentizzazione* di eventuali patologie. Pertanto, la tutela della salute mentale assume una rilevanza fondamentale in ambito penitenziario.

Per il prossimo triennio 2018-2020 la Regione ha identificato i seguenti obiettivi:

- a. la promozione della salubrità degli ambienti carcerari e di condizioni di vita salutari;
- b. la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
- c. la promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- d. la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

3.5 Rete ospedaliera

Il Piano Sanitario regionale 2012-2015 aveva già definito la strategia organizzativa della rete ospedaliera regionale adottando, come modello organizzativo, quello *hub&spoke*. Il modello 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 subordinati ("spoke"). La realizzazione di reti cliniche secondo tale modello rappresenta una modalità per differenziare i livelli erogativi, per gli ospedali HUB e SPOKE, che rappresentano lo snodo di alta specializzazione del sistema di cure che interagisce con l'assistenza territoriale attraverso formule organizzative che prevedano la creazione reti multi specialistiche dedicate, dimissioni assistite nel territorio finalizzate anche a ridurre gli outcome negativi della cronicità. Il miglior servizio assistenziale al paziente in questo modo permette anche di valorizzare il patrimonio di competenze e professionalità cresciuto nei vari ambiti regionali.

Per efficientare l'intera rete, pur con le difficoltà logistiche determinate dalle caratteristiche orografiche del territorio, la Regione ha privilegiato un modello organizzativo che individua nelle Unità Operative ospedaliere interaziendali, un elemento innovativo per l'organizzazione dei servizi, garantendo l'erogazione di prestazioni di alcune discipline con un governo clinico sovraziendale, determinando così anche il contenimento delle unità organizzative complesse. Ciò per garantire alcune discipline presso tutti i presidi ospedalieri e per ottemperare al principio dell'equo accesso alle prestazioni sanitarie previste dai LEA.

Le Aziende dovranno garantire il 10% dei posti letto in *Day Hospital* ad eccezione delle specialità intensive e sub intensive.

I posti letto di *Day Hospital* e *Day Surgery* saranno indistinti a disposizione dell'area funzionale omogenea o del dipartimento a seconda del modello organizzativo prescelto.

Le aziende potranno modificare le numerosità dei posti letto assegnati per disciplina negli atti aziendali sulla base di esigenze e fabbisogni dichiarati nell'ambito dell'area funzionale omogenea e nel rispetto del totale dei posti assegnati.

Relativamente alla numerosità dei posti letto, le DDGR n.179/2016 e n.1479/2016 hanno rideterminato, ai sensi dell'art.1, comma 541 della Legge 208/2015 e del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n.70, le dotazioni dei posti letto assumendo che le precedenti dotazioni contenute nel *Piano regionale della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012-2015 debbano intendersi aggiornati alla luce di quanto previsto nel documento di programmazione ..*.

Consequenzialmente gli Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata sono state definite inizialmente con la DGR n.205 del 27.2.2015 e successivamente aggiornate, a seguito della LR n.2/2017 e della citata DGR n.1497/2017 dalla DGR n.604 del 21.2.2017.

Tali atti deliberativi, che si intendono richiamati dal presente Piano, hanno adeguato la dotazione di posti letto regionali in base alla numerosità della popolazione ma hanno tenuto conto anche dei volumi di attività erogata dalle singole strutture nonché delle associazioni tra questi ed i migliori esiti delle cure, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute n.70/2015, stante l'evidenza in letteratura scientifica e nel programma di valutazione degli esiti (PNE) circa la relazione tra numerosità degli interventi di una struttura ed i risultati ottenuti.

A seguito del DM n.70/2015, con comunicazione del 5.5.2016, il Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha trasmesso, per la Basilicata, i dati di riferimento definitivi per la programmazione regionale riguardanti l'indicazione della dotazione dei posti letto complessiva, distinta tra acuzie e post acuzie, in rapporto alla popolazione residente, in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n.68, nonché l'informazione relativa alla dotazione dei posti letto per mille abitanti corretta per il saldo di mobilità secondo quanto disposto dell'articolo 1, comma 3, lettera b, del DM n.70/2015.

Per la Regione Basilicata il Ministero ha comunicato i dati riportati nel seguente *Prospetto 1* riepilogativo in applicazione dell'art. 1, comma 3, lettera b, DM n.70/2015.

DM n.70/2015 - Ministero Salute - Posti Letto Ospedalieri

Prospetto 1

Popolazione Residente al 1/1/2015	Popolazione al 1/1/2015 "pesata"	PL acuti - 3 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per Mobilità	PL acuti x 1.000 abitanti	PL post acuti - 0,7 per mille abitanti (pop. "pesata") corretti per mobilità	Posti letto post acuti x 1.000 abitanti	Totale PL acuti e post acuti - pop. "pesata" corretti per mobilità
576.619	577.482	1.664	2,88	389	0.67	2.053

I posti letto sopra indicati costituiscono il tetto massimo regionale.

Nel seguente *Prospetto 2* è riportato il confronto tra i posti letto massimi attivabili in regione in attuazione del DM n.70/2015 ed i posti letto attivati al 30.11.2016:

Prospetto 2

	Ospedali Riuniti del Potentino Az. San Carlo	Ospedali Riuniti del Materano Madonna delle Grazie	CROB	Privato	Totale
PL attivati	1.013	473	102	56	1.644
Totale PL da DM n.70/2015	1.022	478	104	60	1.664
Variazione PL DM70/2015 su PL attivati	9	5	2	4	20

Pertanto complessivamente, rispetto ai posti letto realmente attivati al 30 novembre 2016, pari a 1.644 in Regione è possibile ancora attivare complessivamente n.20 posti letto per acuti.

La nuova formulazione in effetti ricalca quasi totalmente la programmazione regionale ad oggi attivata con variazioni del tutto contenute che consentono di affermare la continuità complessiva dell'impostazione programmatica regionale.

Nel seguente *Prospetto 3* è riportato il confronto tra i posti letto post acuti massimi attivabili in regione in attuazione del DM n.70/2015 ed i posti letto attivati al 30.11.2016:

Prospetto 3

	ASP(*)	ASM(*)	San Carlo	Privato-ASP	Totale
PL attivati	128	123	40	40	331

Totali PL da DM n.70/2015	168	144	37	40	389
Variazione PL programmati ex DM70/2015 su PL attivati	40	21	-3	0	58

(*) Tra posti letto attivati nell'ASP sono ricompresi n.64 posti letto in gestione sperimentale attivati ad Acerenza (Don Gnocchi) e nell'ASM sono ricompresi n.64 posti letto in gestione sperimentale attivati a Tricarico (Don Gnocchi)

Pertanto complessivamente, rispetto ai posti letto realmente attivati al 30 novembre 2016, pari a 331, in Regione è possibile ancora attivare complessivamente n.58 posti letto per post acuti e precisamente 40 nella provincia di Potenza e 21 nella provincia di Matera. Ciò potrà consentire, nell'ambito del riordino del sistema sanitario regionale in corso, di non avere stringenti vincoli preesistenti, che potrebbero limitare la ricerca di nuove soluzioni volte a favorire l'efficientamento dell'offerta regionale complessiva dell'assistenza ospedaliera, senza alcuna sostanziale alterazione del quadro programmatorio che dal 2012 ad oggi procede senza rilevanti discontinuità e disomogeneità.

Per gli standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina da applicarsi alla Regione Basilicata si rimanda al punto 3.1 dell'allegato al DM n.70/2015 che riporta, in apposta tabella, i bacini di utenza della singola disciplina calcolati sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa.

La Regione per la definizione delle strutture complesse e semplici ha utilizzato gli standard definiti nel documento del Comitato LEA approvato nella seduta del 26.3.2012 di seguito riportati:

Strutture complesse	1 struttura complessa ogni 17,5 Posti letto
Strutture complesse non ospedaliere	1 struttura complessa ogni 9.158 abitanti (per regioni con popolazione inferiore a 2,5 mln)
Strutture semplici	1,31 strutture semplici per ogni struttura complessa

Il DM n.70/2015 identifica, in apposita tabella, il numero di strutture per singola disciplina da prevedere negli Atti Aziendali. La Regione Basilicata prevede di attivare n.113 strutture rispetto alle 133 previste dal Ministero. Prevede inoltre di attivare n.4 strutture (per un totale complessivo di 122) per le discipline codice 02, 27 e 56, riportate nella parte finale della tabella, per le quali il Ministero non ha ancora definito gli standard.

La Regione, pertanto, risulta complessivamente al di sotto dello standard massimo di strutture definite dal Ministero prevedendo, comunque, per motivate esigenze del territorio e per alcune discipline, una maggiore numerosità.

3.6 Reti cliniche

Il Piano intende rafforzare l'integrazione tra le strutture ospedaliere e il territorio portando a compimento le reti cliniche già individuate dal PRS 2012-2015, in ottica di rete clinica forte per rispondere alla complessità crescente dei processi assistenziali e alla necessità di integrare e condividere conoscenze, competenze, percorsi di assistenza, attribuendo un ruolo importante alle azioni di *governance* della Rete. La piena funzionalità di una rete clinica risponde alla necessità di:

- prendersi carico della persona nella sua interezza, in risposta alla complessità crescente dei processi assistenziali ed alla necessità di integrare e/o condividere conoscenze, competenze, percorsi di assistenza;
- rendere fruibili “a distanza” competenze specialistiche, aumentando così gli standard di assistenza erogati;
- garantire l’equità di accesso alle cure;
- ottimizzare la gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente definendo esattamente il ruolo che il singolo nodo è chiamato a svolgere;
- migliorare l’utilizzo delle risorse complessivamente disponibili.

Ai fini della *governance* della rete, dunque al sistema cornice con cui le parti interessate pianificano e gestiscono la vita dell’organizzazione attraverso regole, accordi, processi e rendicontazione del miglioramento della qualità, si fa riferimento ai seguenti aspetti:

- centralizzazione della rete e dei processi decisionali;
- definizione dei ruoli;
- integrazione degli strumenti adottati;
- adozione di protocolli e linee guida che intercettino i bisogni degli utenti;
- forme e strumenti di formazione e produzione di conoscenza all’interno della rete;
- sistemi di verifica e report periodici di monitoraggio.

Il modello delle reti cliniche integrate, in cui il sistema di produzione viene gestito senza individuare una gerarchia fra i diversi nodi della rete, assume la presa in carico a rete di alcune patologie croniche (così come già il precedente Piano sociosanitario regionale 2012-2015 prevedeva), mediante la definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) e più precisamente:

- Rete assistenziale per l’emergenza cardiologica e l’elezione cardiologica IMA-STEMI, SCA-NSTEMI.
- Rete per l’assistenza all’ictus cerebrale acuto.
- Rete integrata per l’assistenza al trauma grave e neuro trauma.
- Rete della riabilitazione e lungodegenza.
- Rete delle demenze.
- Rete della terapia del dolore.
- Rete per l’assistenza al paziente diabetico.
- Rete della genetica.
- Rete per la diagnosi e il trattamento delle malattie del pancreas.
- Rete per la pediatria.
- Rete della medicina dello sport e dell’educazione all’attività fisica.

Il presente Piano, nel confermare la metodologia, la estende a tutte le patologie croniche di seguito indicate e prevede la successiva definizione attraverso specifici PDTA:

- malattie renali croniche e insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;

- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi
- malattie respiratorie croniche: broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) e insufficienza respiratoria;
- insufficienza respiratoria in età evolutiva;
- asma in età evolutiva;
- malattie endocrine in età evolutiva;
- malattie renali croniche in età evolutiva.

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

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

Rispetto a tale ultimo aspetto, considerata la peculiarità dell'assistenza necessaria ai pazienti cronici, non è possibile conciliare, sotto l'aspetto organizzativo ed operativo, l'esistenza di strutture ospedaliere in grado di rispondere contemporaneamente ed efficacemente a domande così diversificate, quali quelle provenienti da un paziente acuto ovvero da un paziente disabile da riabilitare o, ancora da un soggetto che necessita di assistenza in lungodegenza dopo un episodio acuto.

In tale contesto vanno anche collocate le risposte per la "tutela a vita" di soggetti completamente non autosufficienti o a responsività minimale. Tali tipologie di disabilità, in progressivo aumento, pongono infatti problematiche assistenziali nuove, come emerge dai più recenti dati epidemiologici relativi alle gravi disabilità derivanti dagli esiti di:

- gravi danni cerebrali (lesioni vascolari acquisite di elevata gravità, traumi cranioencefalici, stati di coma, malformazioni vascolari);
- lesioni midollari;
- cardiopatia ischemica grave complicata;
- scompenso cardiaco;
- insufficienza respiratoria;
- altre condizioni patologiche di pari gravità.

Particolare attenzione dovrà essere posta nella redazione del PDTA alle singole fasi dell'assistenza e ai passaggi alla fase post acuta dell'assistenza e all'assistenza riabilitativa estensiva con la sostituzione del modello competitivo con un modello di cooperazione tra le strutture ospedaliere e del territorio.

La eventuale sottoscrizione di protocolli d'intesa tra le Aziende del SSR e il perseguimento di obiettivi comuni condivisi con i Dipartimenti ospedalieri e/o dipartimenti misti ospedale/territorio permettono un recupero di efficienza e di appropriatezza.

Gli obiettivi che la Regione intende perseguire per il triennio 2018-2020 sono i seguenti:

- a. migliorare la qualità dei servizi;

- b. razionalizzare il sistema dell'offerta su base territoriale, garantendo i volumi e gli esiti di cui al DM n.70/2015;
- c. ottimizzare e valorizzare le competenze disponibili;
- d. diffondere le migliori pratiche e coinvolgere i professionisti;
- e. ridurre i costi mediante economie di scala e marginalità derivanti dall'accentramento dei volumi.

Nei successivi sotto-paragrafi si pongono le basi per la programmazione di due tipologie di reti cliniche: le reti tempo-dipendenti e le reti di integrazione tra ospedale e territorio.

3.6.1 Reti tempo-dipendenti ex DM n.70/2015

La gestione dell'emergenza assume un ruolo di primaria importanza per l'intero sistema sia consentendo la presa in carico del paziente in pericolo di vita nei tempi adeguati, sia attivando un sistema complessivo in grado di effettuare la prima diagnosi e trasportare il paziente nel Centro ospedaliero più idoneo al fine di sottoporlo ad appropriati interventi diagnostici e terapeutici con l'obiettivo di favorire la salvaguardia della vita e la possibilità di un successivo recupero funzionale.

L'esito di situazioni cliniche connesse ad emergenza cardiologica (Sindrome coronarica acuta - SCA), neuro vascolare (ICTUS) e traumatica è strettamente dipendente dai tempi e dalle modalità con cui viene svolto l'intervento sanitario. Una risposta tempestiva e appropriata dell'intervento deve perciò necessariamente prevedere un'adeguata integrazione tra il sistema di emergenza-urgenza territoriale e le strutture ospedaliere, con le diverse specialità cliniche, articolate secondo il modello Hub & Spoke.

La Regione Basilicata ha strutturato la rete dell'emergenza-urgenza prevedendo gli ospedali per acuti sede di PSA (n.4 presidi ospedalieri di base: Melfi, Villa d'Agri, Lagonegro e Policoro), l'ospedale di primo livello, sede di DEA 1 livello (Ospedale Madonna delle Grazie di Matera) e DEA di II livello coincidente con l'unica Azienda ospedaliera regionale San Carlo di Potenza.

La rete si articola su sei presidi ospedalieri in quanto il settimo è rappresentato dall'IRCCS CROB di Rionero, Istituto di ricerca oncologico mono specialistico che garantisce non solo la ricerca ma anche l'assistenza terapeutica, diagnostica e interventistica. La rete è stata così strutturata in considerazione della particolare ed accidentata orografia del territorio regionale, come evidenziato nella prima parte, di contesto, del presente Piano.

Allo stato attuale la Regione Basilicata ha formalizzato una prima strutturazione delle reti tempo dipendenti ed approvato specifici percorsi diagnostico terapeutici per IMA, ICTUS, POLITRAUMA.

Con determinazione dirigenziale 13A2.2017/D.00037 del 20/1/2017 sono stati nominati, ai sensi del DM n.70/2015, i coordinatori delle reti tempo dipendenti (rete IMA, rete STROKE e rete Traumi maggiori) con compiti di:

- a. adottare il piano di rete, condiviso e sottoscritto da tutti gli attori e periodicamente revisionato, comprensivo del piano strategico, contenente tutti gli aspetti necessari al raggiungimento degli obiettivi di rete;
- b. definire il piano annuale di attività, coerente con le indicazioni del DM n.70/2015;

- c. adottare ed aggiornare periodicamente gli specifici PDTA per le patologie trattate, comprensivi degli indicatori di monitoraggio e fonte del dato;
- d. rendere disponibili, con periodicità almeno annuale, i risultati relativamente alle attività di rete;
- e. verificare che le strutture della rete siano allineate con i requisiti e la tempistica dell'accreditamento.

Per il triennio 2018-2020, la Regione intende perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- portare a regime il sistema e attuare tutti gli interventi logistici ed organizzativi necessari a garantire la piena funzionalità delle reti e il rispetto dei tempi totali di intervento come definiti dai PDTA specifici per le varie reti deliberati a cui si fa rinvio;
- rendere pubblici i primi report di attività.

L'articolo 3 comma 5 della LR n.12/2008 ha riorganizzato la rete regionale dell'emergenza-urgenza istituendo, ai fini della gestione della rete stessa, 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. Tale strumento organizzativo, fondato sull'integrazione funzionale tra il sistema di allarme, il sistema territoriale di soccorso e la rete dei presidi ospedalieri, nel rispetto delle linee guida del DPR 27 marzo del 1992 si avvale di un'unica Centrale Operativa (CO) a suo governo.

La LR n.2/2017 con il comma 2 dell'art. 2 ha posto in capo all'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) la competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa sul sistema regionale dell'Emergenza Urgenza 118, comprensiva dei rapporti di lavoro, delle risorse strutturali, strumentali ed economiche in essere già attestate all'ASM di Matera con la conseguente costituzione del Dipartimento Emergenza Urgenza 118 (DEU 118) a valenza regionale.

Il DEU 118 è un sistema complesso obbligato ad avere una struttura elastica contraddistinta da un veloce adattamento organizzativo vincolato sia dai veloci mutamenti tecnologici e sia dalle variabili economiche dettate dagli indirizzi politici.

Il DEU 118 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 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.

Sulla base di quanto già previsto dalla delibera n°1527 del 31 agosto 2009, la rete regionale dell'emergenza-urgenza, risulta così costituita:

- DEU- Dipartimento di emergenza e accettazione regionale.
- PSA- Pronto soccorso Attivo.
- PTS- Postazioni territoriali di soccorso.
- CO- Centrale operativa.

La Regione Basilicata intende disegnare, ai fini della programmazione 2018-2020, un nuovo Servizio di Emergenza Urgenza che dia risposte celeri migliorandone anche l'aspetto qualitativo.

L'attuale struttura del DEU 118 sconta alcune criticità legate principalmente all'obsolescenza dei mezzi strumentali, ad una dotazione organica inefficiente e ad un sistema informatico non adeguato tenuto conto delle nuove opportunità legate alle potenzialità ICT. Ciò spinge la Regione a ricercare soluzioni attuali ed urgenti che rispondano a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza.

In primo luogo, in virtù delle sue caratteristiche orografiche e infrastrutturali, come anticipato nella sezione sul Contesto del presente Piano, la Regione Basilicata è caratterizzata da un elevato grado di "dispersione" della popolazione (che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento"). Ciò impatta sulla capacità di risposta della Regione rispetto a Target di Emergenza accettabili. Peraltro, la rete dell'Emergenza – Urgenza deve uniformarsi con gli standard legati all'offerta assistenziale previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale rendono necessaria una diffusione capillare di postazioni di 118, in grado di assicurare a tutta la popolazione del comprensorio il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nei Presidi vicini più idonei a fornire adeguate risposte assistenziali nei tempi minimi previsti dalla normativa. Da questo punto di vista, la Regione si pone l'obiettivo di:

- raggiungere una adeguata dotazione del parco auto. Ciò potrebbe prevedere l'attivazione di Automediche dotate di Medico e Infermiere\Autista;
- migliorare la comunicazione con i cittadini e le cittadine mediante l'aggiornamento del nuovo sito web del DEU 118 dove i cittadini e le cittadine potranno recuperare informazioni importanti sulle postazioni dove sono posizionate le ambulanze, nonché relativa disponibilità;
- migliorare l'attività di elisoccorso, che rappresenta un elemento importante e fondamentale del servizio di emergenza/urgenza regionale da moltissimi anni, peraltro arricchitasi recentemente del servizio notturno. Per il triennio 2018-2020 la Regione si pone l'obiettivo di individuare il maggior numero di siti possibili ai fini dello svolgimento in sicurezza del servizio, con l'obiettivo prioritario di estendere notevolmente l'offerta sanitaria di emergenza\urgenza proprio in considerazione dei disagi orografici offerti dal territorio regionale.

In secondo luogo la Regione dovrà affrontare la sfida legata al Digital Divide. La rete di emergenza-urgenza 118 si avvale di un sistema di Information and Communication Technology (ICT) caratterizzato da complesse tecnologie di ricezione, registrazione, smistamento delle chiamate, coordinamento dei soccorsi, trasmissione dati clinici, e dunque dotazioni informatiche e di comunicazione con programmi di gestione complessi che consentono la interoperabilità. L'attuale sistema ICT soffre di alcune carenze dettate dalla obsolescenza delle attrezzature e della rete di telecomunicazioni presente in Regione. Si rendono, pertanto, necessari ammodernamenti strutturali che attualizzino il sistema informatico ai moderni standard comunicativi garantendo una rapida comunicazione tra la C.O. e le PTS di tutto il territorio Regionale. Ad esempio, i collegamenti radio tra la C.O. ed i terminali portatili e veicolari, di tipo analogico, dovranno progressivamente essere convertiti con tecnologia digitale DMR. Si intende anche implementare i *tablet* di bordo per la gestione complessiva di tutti gli eventi diretti e collaterali collegabili con l'intervento, associandoli alle prestazioni erogate. Si prevede l'installazione di apparati di bordo sui mezzi di soccorso finalizzati alla geo-localizzazione. Altri miglioramenti si rendono necessari rispetto alla copertura

della rete cellulare e all'integrazione tra moderne tecnologie di geolocalizzazione GPS e la Mappatura delle postazioni.

3.6.2 Reti di integrazione tra ospedale e territorio

In coerenza con il PNC, ci si propone di creare un diverso modello integrato ospedale/territorio, laddove l'ospedale è concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema cure per la cronicità, che interagisce con l'assistenza primaria e con la specialistica ambulatoriale attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi-specialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio. In tal senso, si assiste ad un superamento della frammentarietà dell'assistenza con la creazione di reti multi-specialistiche all'interno delle quali il paziente può essere indirizzato verso i contesti che meglio rispondono alle sue esigenze.

Il territorio diventa il luogo privilegiato per valutare i bisogni e presidiare i percorsi dei pazienti cronici anche con offerta proattiva di servizi, sviluppando gli strumenti previsti dalla Legge 189/2012 e dal Patto per la Salute 2014 – 2016 riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.

La individuazione di PDTA per ognuna delle patologie deve tenere conto anche di indicatori per poter monitorare i livelli di adesione. Tali strumenti non devono però essere intesi in maniera rigida ma piuttosto con modalità personalizzata in relazione ai bisogni di cura e di assistenza, particolarmente sul versante territoriale, e che presti attenzione anche ai bisogni non clinici.

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

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

Nell'ambito delle Reti di integrazione ospedale-territorio, particolare rilevanza assume la Rete Oncologica Basilicata e la Rete delle Malattie rare.

3.6.3 Rete Oncologica Basilicata

La Rete oncologica trova puntuale riferimento nell'Intesa 10.2.2011 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge 5.6.2003, n.131, già recepita dalla Regione Basilicata.

La rete oncologica regionale, rete clinica integrata con il territorio, risponderà alle seguenti esigenze:

- assicurare a tutti i cittadini e le cittadine della regione una uguale e uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo e con la tempistica adeguata;
- assicurare la presa in carico dell'assistito nell'intero percorso assistenziale;

- assicurare la multidisciplinarietà dell'assistenza attraverso l'istituzione di gruppi specifici per patologia;
- favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica;
- garantire equità all'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini;
- definire percorsi di cura condivisi per specifiche patologie oncologiche (PDTA);
- sviluppare modelli organizzativi volti ad ottimizzare il coordinamento e l'integrazione dei percorsi di cura oncologici, riabilitativi, e di cure palliative, sulla base dei bisogni espressi dai pazienti;
- definire una piattaforma condivisa di informazioni del paziente disponibili alle istituzioni/figure professionali coinvolte nell'assistenza: sistemi informativi, cartelle telematiche, linee guida, registri di patologia, ecc;
- valorizzare le risorse dal volontariato operativo a livello ospedaliero e sul territorio;
- sperimentare sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione di percorsi di cura, piuttosto che sulla singola prestazione.

La Rete Oncologica di Basilicata (ROB) è costituita dall'IRCCS CROB, dall'Azienda Ospedaliera San Carlo e dall'Azienda Sanitaria Territoriale.

In accordo con le indicazioni del piano oncologico nazionale, gli obiettivi specifici della ROB saranno:

- definizione del quadro epidemiologico oncologico regionale;
- attività di prevenzione primaria, secondaria (screening) e terziaria;
- realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ospedalieri e territoriali del malato oncologico;
- continuità assistenziale sul territorio;
- valorizzazione del parco tecnologico delle attrezzature diagnostico-interventistiche (diagnostica per immagini, anatomia patologica, endoscopia, chirurgia, radioterapia, medicina nucleare), concentrando anche le tecnologie più costose e la casistica più complessa in pochi centri e trasferendo negli ospedali di prossimità tecnologie e interventi e procedure sanitarie eseguibili seppur in presenza di un basso numero di casi trattati;
- sviluppo della ricerca clinica e traslazionale (biobanca, medicina molecolare, terapia cellulare e trapianti, trials clinici);
- sviluppo di sistemi informativi condivisi;
- valorizzazione delle risorse a disposizione del volontariato;
- formazione e comunicazione.

La Regione, inoltre, si prefigge l'obiettivo di portare avanti le seguenti progettualità nel triennio 2018-2020:

- il Progetto di Oncologia Territoriale, finalizzato a garantire a tutti i malati oncologici della Regione la possibilità di poter accedere con facilità ed equità alle cure oncologiche;
- la "*Rete interaziendale di radioterapia oncologica*", istituita con DGR n.572/2015, che consentirà una differenziazione dell'offerta terapeutica e, all'IRCCS-CROB, di garantire prestazioni di livello qualitativamente molto elevato e complesso, per coprire il fabbisogno dell'utenza regionale ed extra regionale. Inoltre la dislocazione sul territorio di trattamenti effettuabili nei poli satelliti, consentirà una riduzione dei tempi di attesa ed il vantaggio per i

pazienti di poter proseguire le terapie radianti poco lontano da casa, evitando i disagi dovuti a trasporti e attese. Per il triennio 2018-2020, e con riferimento alla Rete Oncologica Regionale di Radioterapia, la Regione intende perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- riduzione della mobilità legata ai percorsi diagnostico-terapeutici oncologici;
- maggiore accessibilità e fruibilità delle prestazioni radioterapiche;
- riduzione delle liste di attesa;
- 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;
- razionalizzazione delle spese e vantaggi in termini di ritorno economico.

3.6.4 Rete Malattie Rare

Dalla elaborazione dei dati disponibili, incrociando i dati di esenzione con quelli del Registro è risultato che in Basilicata le Malattie Rari al dicembre 2016 sono circa 2000.

Il Ministero della Salute ha individuato il Presidio Sanitario Ospedaliero San Carlo di Potenza quale presidio adeguato per la partecipazione alle Reti di riferimento europee (*European Reference Networks-ERNs*) sulle malattie rare e specificatamente per *Rare connective tissue and musculoskeletal*

La Basilicata, in seguito al DM 279/2001, ottemperava a detta disposizione. Pertanto, il sistema regionale delle Malattie Rare è oggi articolato sui Presidi di Rete, sul Centro di Coordinamento Malattie Rare, in seno al Dipartimento Politiche della Persona, e sul Registro Regionale Malattie Rare.

Atteso che l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo all'ultimo Piano Nazionale per le Malattie Rare 2014-2016 ha posto l'accento sulla necessità di riqualificare le reti regionali a riguardo, risulta quanto mai opportuno ridefinire l'elenco dei Presidi accreditati per la Regione Basilicata.

È stato fortemente ribadito nei nuovi criteri in definizione che per la selezione dei Presidi occorre la capacità di saper fare Rete con i servizi del contesto territoriale dove il Paziente vive e quella di interagire con altri Centri e/o servizi sulla base di percorsi assistenziali definiti a priori all'interno della Regione.

Pertanto, al fine di procedere con l'aggiornamento dei Presidi da inserire nella Rete Malattie Rare, e quindi con la ridefinizione della Rete stessa, il Centro di Coordinamento Regionale Malattie Rare con la collaborazione delle Direzioni sanitarie delle Aziende ha il compito di effettuare una valutazione preliminare di idoneità, secondo i parametri previsti e indicare, entro l'anno 2017, quali tra le Unità Operative e Servizi operanti presso le rispettive Aziende possono essere individuate quali Presidi di Rete per le patologie di cui all'elenco 7 al DPCM 12 gennaio 2017.

Gli obiettivi da realizzare sono:

1. Definizione e formalizzazione dei percorsi di Rete definendo i ruoli e le responsabilità attraverso un sistema *hub and spoke* per le Malattie Rare risultate più frequenti in Regione Basilicata nel corso della elaborazione dei dati del triennio 2014-2016.
2. Organizzazione di specifiche modalità di l'accesso alle prestazioni sanitarie e indagini diagnostiche di routine contenute nei piani di trattamento dei Pazienti affetti da Malattia Rara, di cui all'allegato 7 al DPCM 12 gennaio 2017, funzionali alla effettuazione delle visite di controllo presso i centri di alta specializzazione extra regionali, presso i quali sono assistiti, in quanto non presenti in Basilicata. Ciò è funzionale a:
 - ridurre la mobilità passiva legata alla effettuazione fuori Regione delle dette indagini di routine;
 - ridurre i disagi alle famiglie e ai cittadini e alle cittadine che, per le visite di controllo sono costretti a sostare per più giorni presso le varie sedi della Rete Malattie Rare.
3. Organizzazione di eventi di formazione ECM per Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera e le professioni sanitarie sul tema delle Malattie Rare.
4. Organizzazione di una campagna informativa alla popolazione per la conoscenza dei centri di riferimento lucani per la cura delle malattie rare. Sviluppo e pubblicizzazione del SITO dedicato www.malattierare.sanita.basilicata.it utile supporto a cittadini, a cittadine e operatori sanitari.

Indicatore di risultato: creazione di agende di prenotazione riservate ai Pazienti affetti da Malattia Rara

Indicatori di risultato: formalizzazione dei percorsi di Rete, entro i primi 6 mesi del 2018,

L'implementazione del Registro delle Malattie Rare e della relativa sorveglianza è obiettivo prioritario, i Referenti aziendali per le Malattie Rare si devono fare carico della corretta implementazione e dell'aggiornamento.

3.7 Progetti strategici regionali

3.7.1 Dipartimento Interaziendale dell'Ematologia della Regione Basilicata

Sono attualmente tre le Strutture Complesse (SC) di Ematologia che insistono sul territorio regionale (IRCCS-CROB, San Carlo, Madonna delle Grazie-ASM). Due di esse (IRCCS-CROB e San Carlo) sono adeguatamente attrezzate per trattamenti intensivi ematologici, incluse le procedure trapiantologiche. L'IRCCS-CROB è dotato, in particolare, di tecnologie ed expertise per una completa diagnostica citogenetica, molecolare e citofluorimetrica specificamente dedicata alle emopatie neoplastiche e solo in parte presenti nelle altre due strutture ematologiche regionali. Diagnosi e trattamento delle patologie ematologiche non neoplastiche sono prevalentemente assicurate dagli ospedali San Carlo e Madonna delle Grazie-ASM; quest'ultimo può contare su attività di laboratorio specialistiche relativa alla tipizzazione tissutale, alla virologia trapiantologica e alla genetica costituzionale. Altre attività laboratoristiche di supporto all'ematologia sono variamente distribuite nelle Aziende Sanitarie regionali.

Ematologia: uno scenario complesso e in evoluzione:

- applicazione della normativa europea per il personale (Legge 30 ottobre 2014, n.161);
- criticità individuate nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, con particolare riferimento ai nuovi farmaci ad alto costo, alla “*combo-therapy*”, all'estensione delle indicazioni per molecole già registrate e alla “*cronicizzazione*” delle patologie ematologiche (invecchiamento della popolazione, trattamenti continuativi, incremento del numero di pazienti in cura in linee terapeutiche successive alla prima);
- necessità dei requisiti nazionali e internazionali di accreditamento (CNT e JACIE);
- necessità di una diagnostica molecolare avanzata, standardizzata e finalizzata alla medicina di precisione;
- realizzazione del nuovo Piano Sanitario Regionale e DM 2 aprile 2015 n.70 sugli standard;

Per il triennio 2018-2020, la Regione intende perseguire i seguenti obiettivi strategici:

1. porre il paziente ematologico al centro di processi di eccellenza assistenziale;
2. ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, nonché delle specifiche expertise, disponibili presso le tre strutture ematologiche regionali, evitando duplicazioni non necessarie;
3. ridurre la mobilità passiva regionale e rappresentare un polo di attrazione per i pazienti ematologici di altre regioni;
4. miglioramento e omogeneità delle cure, con accesso ai trattamenti più efficaci e meglio tollerati, anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche;
5. adeguamento di tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche a standard nazionali e internazionali, in sinergia con le altre strutture sanitarie di rete e dipartimentali regionali;
6. assicurare adeguata visibilità delle componenti del Dipartimento nel panorama scientifico ematologico nazionale ed internazionale;

Tali obiettivi si intendono realizzare attraverso l'istituzione del Dipartimento di Ematologia Interaziendale della Regione Basilicata coordinato dall'IRCCS CROB di Rionero quale strumento di *governance* adeguato e misurato sulle esigenze dei pazienti affetti da malattie del sangue. Ciò

giustifica, in deroga all' applicazione del DM 2 aprile 2015 n.70 sugli standard, il mantenimento, allo stato, almeno delle due UOC di Ematologia più produttive e meglio strutturate. Questa articolazione, che tiene conto delle peculiarità geografiche ed epidemiologiche della Basilicata, rafforzerà, all'interno degli ospedali e sul territorio, importanti sinergie, in parte già operative fra le ematologie regionali; essa considererebbe, tra l'altro, la forte capacità di attrazione dalle regioni limitrofe che ampia notevolmente il bacino di utenza dell'ematologia lucana.

Entro i primi dalla approvazione del Piano dovrà essere formalizzato l'atto di istituzione del Dipartimento con relativo Regolamento di funzionamento.

3.7.2 IRCCS di Reumatologia

La LR n.18 dell'8 agosto 2013, avente ad oggetto "Valorizzazione delle strutture sanitarie con caratteristiche di eccellenza nelle attività di ricerca, ricovero e cura"; consente alle Aziende del SSR di proporre alla Giunta Regionale la valorizzazione di specifiche discipline sanitarie, attive nell'ambito delle stesse aziende sanitarie, che svolgono attività assistenziali di alta specialità e documentata e validata attività di ricerca, al fine di consentire l'ulteriore sviluppo delle stesse,

In tal senso con la delibera del Direttore Generale n.106 del 14 marzo 2014 L'AOR San Carlo ha proposto alla Giunta Regionale di Basilicata e all'Assessorato alla Politiche della Persona la candidatura per il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) della U.O. di Reumatologia, in quanto tale struttura si connota per l'intensità della produzione scientifica, in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. n.288 del 16 ottobre 2003 e dal DM Sanità 14 marzo 2013;

Ai sensi del comma 1 dell'art. 31 della LR n.7 del 30 aprile 2014 con il quale il Consiglio Regionale di Basilicata ha autorizzato la candidatura al riconoscimento di IRCCS dell'Ospedale San Carlo relativamente alla disciplina di Reumatologia, con la delibera n.414 del 2.10.2014 l'AOR ha adottato il Documento per il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) dell'Ospedale San Carlo relativamente alla disciplina di Reumatologia, approvato con la DGR n.1254 del 21.10.2014 e trasmessa la Ministero della Salute per i relativi adempimenti.

Successivamente con l'art.11 della LR n.34 del 13 agosto 2015 "Assestamento di Bilancio 2015-2017 della Regione Basilicata" la Regione Basilicata ha assegnato al progetto un finanziamento di € 4.000.000 distribuiti nel triennio 2015-2017.

Al fine di consentire l'utilizzo delle somme assegnate, l'AOR San Carlo ha predisposto il Protocollo Attuativo "Progetto Istituto Reumatologico Lucano (IReL)" che è stato adottato con la D.D.G. n.394 del 26.7.2016 e successivamente approvato dalla Regione Basilicata con la DGR n.1191 del 19.10.2016.

Il Piano quindi conferma pienamente il progetto di istituzione dell'IRCCS di Reumatologia presso il Presidio Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza.

3.7.3 Centro Riabilitativo di alta specializzazione Ospedale Pescopagano

Presso l'Ospedale di Pescopagano è confermata l'attivazione di un Centro Riabilitativo di III° livello, dotato dell'Unità per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (UGCA - con codice disciplina 75), e per le mielolesioni (Unità Spinale U.S., con codice disciplina 28) per il trattamento delle lesioni midollari. L'attivazione di un modulo di lungodegenza (codice 60) riabilitativa, medica e per pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, le attività di riabilitazione intensiva (codice 56) per neuromotulesi e riabilitazione cardiorespiratoria devono essere al servizio ed integrarsi con l'attività principale riabilitativa di III° livello e nel rispetto dei posti letto già previsti dalla programmazione regionale ai sensi del Decreto 70/2015.

Con deliberazione della Giunta Regionale n.1490 del 28.11.2013 la Regione Basilicata ha approvato la proposta progettuale approvata dall'AOR San Carlo con la delibera n.439/2013.

Successivamente con la DGR n.1089 del 15.9.2014 la Regione Basilicata ha impegnato la somma di € 10.066.000,00 per la copertura finanziaria del progetto, scaglionando l'impegno pluriennale secondo le seguenti annualità:

- a) anno 2014 = € 1.000.000,00;
- b) anno 2015 = € 2.666.000,00;
- c) anno 2016 = € 6.400.000,00.

La disponibilità delle risorse finanziarie relative all'intero progetto, consente la realizzazione integrale degli interventi infrastrutturali già previsti nel progetto.

È fatto obbligo all'Azienda Ospedaliera San Carlo procedere alla realizzazione nel più breve tempo possibile e comunque entro il primo anno di vigenza del Piano

3.7.4 Ottimizzazione della funzione logistica del Farmaco - HuBas

La necessità di una distribuzione controllata ed efficiente dei materiali all'interno di un ospedale è una indispensabile prerogativa per assicurare qualità del servizio e delle cure al paziente.

La movimentazione dei materiali sanitari e non sanitari spiega una percentuale elevata dei costi operativi, quindi, se correttamente pianificata ed integrata nelle operazioni quotidiane, può contribuire ad eliminare tempi di ricerca, velocizzare le consegne ai richiedenti, non distogliere il personale preposto alle cure ad eseguire compiti non prettamente sanitari, migliorando così la produttività del lavoro. Con la crescente necessità di miglioramento della qualità dei servizi e di contenimento dei costi, la logistica può, e deve, diventare uno degli strumenti per raggiungere gli scopi di efficienza e di efficacia che le Aziende Sanitarie devono perseguire, a maggior ragione da quando queste organizzazioni godono dell'autonomia gestionale.

La logistica impatta in modo fondamentale sulle operazioni di un'Azienda Sanitaria in generale e di un ospedale in particolare. Infatti, anche se la buona riuscita dei servizi primari di prevenzione, analisi, diagnosi e cura dipende soprattutto dalle capacità professionali del personale sanitario, un'attenta gestione dei flussi di risorse umane, materiali, attrezzature e informazioni contribuisce a migliorare le prestazioni sanitarie.

La Regione Basilicata, pertanto, con Legge Regionale n.5/2015 come modificata ed integrata dal collegato alla legge di stabilità 2016, al fine di incrementare la qualità dei servizi, l'efficienza dei

processi organizzativi e razionalizzazione della spesa, ha previsto l'adozione di un sistema unico regionale di stoccaggio e distribuzione dei prodotti farmaceutici, di dispositivi medici ed altri beni sanitari ed economici in fabbisogno alle Aziende del SSR, attraverso anche distribuzione in ambito ospedaliero di medicinali in forma monodose.

Il processo d'integrazione della logistica nelle Aziende Sanitarie, passa da due momenti essenziali:

- integrazione informativa;
- integrazione fisica.

L'integrazione informativa si propone di unificare a livello sovra-aziendale la gestione dei materiali, le differenti anagrafiche, le richieste dai punti di utilizzo, la visibilità centralizzata degli stock e dei movimenti di ogni magazzino. L'integrazione fisica verso l'obiettivo finale di creare un magazzino centralizzato.

La nuova soluzione comporterà un risparmio da parte delle Aziende Sanitarie dovuti ai minori oneri finanziari determinati dalle scorte, i minori consumi per smarrimenti, scaduti e ulteriori sprechi, garantiti dalla completa tracciabilità dei farmaci e gli eventuali minori costi di gestione del farmaco.

Nuovi ruoli dei Farmacisti

In un contesto orientato ad una logistica decentrata dagli ospedali, ma accentrata come sedi di stoccaggio, le risorse delle Farmacie Ospedaliere (FO) possono venire indirizzate verso attività a marcata connotazione clinica e multidisciplinare. Tali attività, finalizzate all'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici, alla riduzione del rischio, al contenimento dei costi ed alla conseguente possibilità di sostenere l'innovazione, si sviluppano su tre direttrici fondamentali, strettamente interconnesse:

- attività logistico - gestionale, che esce dal percorso tradizionale per focalizzarsi sul rapporto farmaco/paziente e dispositivo medico/paziente, intervenendo direttamente nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici presso i reparti e in sede di dimissione;
- attività di farmacia clinica e di monitoraggio;
- attività di galenica clinica.

Talune delle attività eseguite attualmente dai Farmacisti Ospedalieri devono essere delegate ai Farmacisti del Magazzino Unico dipendenti dagli operatori logistici. Nello specifico, il compito del farmacista del Magazzino Unico sarà quello di garantire il rispetto delle norme in materia di gestione dei prodotti stoccati ed in particolare con riferimento:

- ai farmaci;
- ai dispositivi medici.

Dovranno essere predisposte procedure che devono descrivere le diverse operazioni che possono avere influenza sulla qualità dei prodotti o sull'attività di distribuzione: ricevimento e controllo delle forniture, immagazzinamento, pulizia e manutenzione dei locali (incluso il controllo degli organismi nocivi), registrazione delle condizioni di immagazzinamento, sicurezza delle scorte sul posto e delle consegne in transito, pianificazione dei ritiri e delle vendite dei prodotti prossimi alla scadenza, in accordo tra la componente ospedaliera e quella del fornitore.

Per quanto sopra espresso, si ritiene che le aziende Sanitarie dovranno garantire la definizione e l'avvio di una piattaforma regionale logistica, denominata HuBas, che preveda:

- un unico modello organizzativo delle funzioni logistiche aziendali;

- la realizzazione di un'unica piattaforma fisica o, in alternativa, di differenti piattaforme fisiche connesse da un magazzino virtuale centralizzato;
- la definizione di una diversa ripartizione dei budget aziendali;
- il collegamento procedurale con le gare unificate d'acquisto;
- il monitoraggio del sistema a seguito della definizione di flussi informativi centralizzati e di KPI omogenei e condivisi con tutte le ASR;
- un unico sistema informativo per la gestione dei materiali, a partire dalle gare di acquisto.

3.7.5 Rete della genetica

Le nuove conoscenze del genoma umano, la consapevolezza della componente ereditaria di gran parte delle malattie e nella risposta alle terapie influenzano sempre più la pratica medica amplificando il ricorso alle prestazioni di genetica sia per quanto riguarda la diagnosi che la terapia diventando un elemento essenziale per arrivare al cosiddetta medicina personalizzata e alla cosiddetta terapia bersaglio (*target therapy*) essendo quindi necessari per valutare la risposta individuale al trattamento farmacologico.

La Rete di genetica è costituita dai laboratori di genetica, in relazione tra loro secondo il modello organizzativo Hub & Spoke. Il modello operativo è caratterizzato dal lavoro in équipe polivalente strettamente integrato. Il modello in rete ha l'obiettivo di assicurare in tutto il territorio regionale l'adozione di percorsi di diagnosi e di cura basata sulla medicina dell'evidenza.

È fatto obbligo alle Aziende Sanitarie di Basilicata di definire il protocollo interaziendale per l'attivazione della rete della genetica e il relativo regolamento di funzionamento per raggiungere gli obiettivi sopra descritti.

3.7.6 Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale

Il DPCM 29 settembre 2015, n.178 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico" prevede la realizzazione da parte di tutte le Regioni del FSE.

Il progetto nazionale FSE da un lato prevede la totale dematerializzazione di tutti i documenti clinico sanitari prodotti dal Sistema Sanitario Nazionale a valenza medico legale (firmati digitalmente e conservati a norma) con la realizzazione di una banca dati unica articolata e diffusa e dall'altro consente, nel rispetto della privacy, di poter accedere, da ogni luogo, da parte dell'assistito e degli operatori dell'intero sistema sanitario nazionale a tutte le informazioni clinico mediche al fine di potere garantire il più efficace intervento diagnostico-terapeutico e di cura.

La Regione Basilicata ha attivato un primo prototipo di gestione del FSE regionale realizzato con il progetto LUMIR (LUcania Medici In Rete). Il progetto LUMIR si innesta nel contesto del progetto nazionale RMMG "Rete dei Medici di Medicina Generale" ed ha realizzato primo sistema in grado di fornire ai Medici di Medicina Generale l'interconnessione in rete e l'accesso al Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISIR).

Per la piena attivazione del progetto regionale FSE previsto dalle linee guida nazionali la Regione Basilicata è impegnata, unitamente alle Aziende sanitarie regionali, nella realizzazione di un sistema informativo che metta in rete tutte le banche dati regionali clinico-medico e sanitarie,

strutturate e a valenza legale, e che in maniera protetta, nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale, consenta un accesso in sicurezza e tracciato.

3.7.7 Telemedicina (E Health)

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) quali le patologie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete mellito costituiscono una criticità per la sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbidità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati.

All'attuale rilevante peso epidemiologico sociale ed economico delle malattie croniche si deve aggiungere la previsione di un aumento nei prossimi anni legato all'incremento della popolazione globale e all'innalzamento dell'età media.

L'invecchiamento della popolazione ha come effetto negativo l'aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. Tali scenari di invecchiamento portano ad un progressivo aumento della spesa pubblica in ambito sanitario.

Il mutato scenario epidemiologico e l'inversione della piramide demografica con conseguente invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni, l'incidenza crescente di patologie croniche e invalidanti e della non autosufficienza richiede modalità d'assistenza più prossime al cittadino che promuovano processi di deospedalizzazione.

L'attivazione di un Progetto Regionale Integrato di Telemedicina tende a promuovere un nuovo modo di erogazione di cure fondato sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei professionisti appartenenti a diversi livelli gestionali del SSR per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La rete del progetto di telemedicina è finalizzata all'integrazione tra la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale, l'assistenza ospedaliera, per assicurare appropriatezza, coordinamento e continuità dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali secondo un modello multidisciplinare che istituzionalizza la continuità delle Cure.

Il Progetto Regionale Integrato di Telemedicina deve garantire la continuità dell'assistenza mediante l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico preventiva dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica che favorisca la realizzazione di percorsi virtuosi di benessere sanitario e sociale.

3.8 Assistenza sociosanitaria e gli strumenti di cure intermedia (*transitional care*)

3.8.1 Le strutture per l'assistenza sociosanitaria

In linea con il DPCM 12.1.2017, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) assicura l'assistenza sociosanitaria alle persone con elevato impegno sanitario, alle persone nella fase terminale della vita, non autosufficienti, con disabilità, con disturbi mentali, con dipendenza patologica ed a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo.

Tale assistenza è garantita attraverso l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni sotto l'aspetto clinico, funzionale e sociale. Lo sportello unico di accesso ai servizi sanitari e sociali (SUA), funzionalmente collegato al Distretto della Salute ed al Dipartimento della Salute Mentale dell'area territoriale, prende in carico la persona e attraverso l'Unità di Valutazione multidimensionale Integrata (UVI) definisce il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) in relazione alla tipologia di assistenza ed ai bisogni terapeutico-riabilitativi ed assistenziali.

Sulla base della valutazione multidimensionale, il SSN garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi ed assistenziali in regime residenziale e semiresidenziale laddove non sia possibile garantire l'assistenza presso il domicilio del paziente.

In tale contesto la regione Basilicata, in relazione alla tipologia di utente ed al livello assistenziale, individua le seguenti strutture sociosanitarie: residenze sanitarie assistenziali intensive, residenze sanitarie assistenziali per non autosufficienti, residenze sanitarie assistenziali per disabili, strutture per disturbi mentali, strutture per dipendenze patologiche e centri per le cure palliative/hospice.

Ha altresì definito sulla base dei dati epidemiologici riportati nell'analisi di contesto, del progressivo invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie cronicodegenerative, il seguente fabbisogno regionale di posti letto, in regime residenziale e semiresidenziale, distinto per Azienda Sanitaria locale. I requisiti minimi delle strutture residenziali e semiresidenziali sono disciplinati con provvedimento di Giunta Regionale.

Il fabbisogno di posti letto intensivi e per non autosufficienti (per trattamenti estensivi e di lungo assistenza e per utenti affetti da demenza, per utenti affetti da morbo Alzheimer) è stato determinato considerando i dati di cui al Piano 2013-2015 ridistribuiti per ambiti provinciali, incrementati del 14% in relazione alla proiezione della popolazione anziana dell'anno 2020:

	TOTALE
RESIDENZIALE	1.120
SEMIRESIDENZIALE	226
TOTALE	1.346

Il fabbisogno di posti letto per i disabili (per trattamenti di riabilitazione intensiva ed estensiva, per trattamenti socio-riabilitativi per disabili gravi, per disabili privi di sostegno familiare) è stato determinato considerando i dati di cui al Piano 2013-2015 ridistribuiti per ambiti provinciali, incrementati del 14%:

	TOTALE
RESIDENZIALE	122
SEMIRESIDENZIALE	132
TOTALE	254

Il fabbisogno di posti letto per i disturbi mentali (per trattamenti terapeutico-riabilitativi: intensivi, estensivi, per minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, per i disturbi del comportamento alimentare, per i disturbi dello spettro autistico e per trattamenti socio-riabilitativi) è stato determinato considerando i dati di cui al Piano 2013-2015 ridistribuiti per ambiti provinciali, incrementati del 14%:

	TOTALE
RESIDENZIALE	270
SEMIRESIDENZIALE	20
TOTALE	290

Il fabbisogno di posti letto per le dipendenze patologiche (per trattamenti terapeutico-riabilitativi, per trattamenti pedagogico-riabilitativi, per pronta accoglienza e per strutture specialistiche) è stato determinato effettuando il *benchmarking* con altre regioni, parametrizzando i dati alla popolazione lucana, ridistribuiti per ambiti provinciali ed incrementati del 14%:

	TOTALE
RESIDENZIALE	240
SEMIRESIDENZIALE	40
TOTALE	280

Nell'ambito dei posti letto sopra indicati, si impegnano le Aziende Sanitarie Locali di Potenza e di Matera in via transitoria e l'Azienda Unica Sanitaria Locale di Basilicata con successivo e proprio provvedimento, a definire e programmare i posti letto sulla base del fabbisogno rilevato nell'ambito territoriale di competenza, per tipologia di struttura e livello assistenziale garantendone equa distribuzione e l'equo accesso nel rispetto dei provvedimenti attuativi di piano di giunta regionale. Tali provvedimenti aziendali di programmazione devono essere validati dal competente Dipartimento Regionale, ai fini dell'approvazione della Giunta regionale.

3.8.2 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 sufficiente 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 del governo clinico (*clinical governance*).

L'area assistenziale post-acuzie è indispensabile per garantire la continuità assistenziale.

L'area post-acuzie contempla numerose tipologie assistenziali:

- pazienti reduci da malattie acute in fase di lenta risoluzione clinica o ancora clinicamente poco stabili; (Lungodegenza);
- 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);
- pazienti in stato vegetativo nella fase post-acuta che non sono eleggibili nelle speciali unità per gravi cerebrolesioni acquisite codice 75 (lungodegenze ad elevata intensità di cura – LAIC);
- pazienti con gravi malattie invalidanti che necessitano di primi interventi di recupero e rieducazione funzionale; (lungodegenza riabilitativa);
- pazienti con gravi malattie invalidanti che necessitano di interventi di recupero e rieducazione funzionale di tipo intensivo (lungodegenza riabilitativa).

Tali strutture sono prevalentemente nella responsabilità dell'Azienda Unica Sanitaria Locale di Basilicata che deve provvedere all'offerta a garanzia dell'equo accesso territoriale, e in perfetta sinergia con i centri ospedalieri per acuti avvalendosi anche del COR (centrale operativa territoriale), di seguito esplicitata, per quanto riguarda la logistica, meglio, il corretto utilizzo di queste strutture.

3.8.3 Assistenza Domiciliare

Il Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto del DPCM 12.1.2017, garantisce percorsi assistenziali integrati, percorsi assistenziali domiciliari rivolti a persone non autosufficienti ed in condizione di fragilità, con patologie o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il peggioramento funzionale e migliorare la qualità della vita. Tali percorsi assicurano trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico.

In linea con il DPCM 14.2.2001, le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia (Assistenza Domiciliare Integrata – ADI). Infatti viene definito per utente il Progetto di assistenza Individuale (PAI) sociosanitario integrato attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) del bisogno clinico, funzionale e sociale.

Le cure domiciliari si differenziano in livelli sulla base del bisogno di salute e della tipologia di intervento assistenziale (intensità, complessità e durata) caratterizzati dal Coefficiente di intensità Assistenziale (CIA) (*GEA/GdC uguale al rapporto tra le giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e le giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma*) come segue: cure domiciliari di livello base (interventi con $0 \leq \text{CIA} < 0.14$), cure domiciliari integrate di I livello (interventi con $0.14 \leq \text{CIA} \leq 0.30$), cure domiciliari integrate di II livello (interventi con $0.31 \leq \text{CIA} \leq 0.50$) e cure domiciliari integrate di III livello (interventi con $\text{CIA} > 0.50$)

In linea con l'art.3 septies del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e con il DPCM 14.2.2001, le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare professionale alla persona che, per i primi 30 giorni successivi alla dimissione ospedaliera protetta, sono a totale carico del SSN e, per i successivi giorni sono al 50% a carico del SSN.

3.8.4 Fine vita e cura palliative

In virtù dei principi sanciti L n.38/2010, la cultura del diritto a non soffrire si sta affermando nel nostro paese. L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri. Le cure palliative si integrano e completano gli interventi finalizzati al controllo della sofferenza.

Le Unità Di Cure Palliative (UCP), composte da medici infermieri e psicologi esperti nel settore, erogano in modo diretto la terapia di supporto-palliativa in collaborazione con le terapie oncologiche secondo il modello delle “*simultaneous care*” garantendo un graduale e coordinato affidamento alle unità di cure palliative ed ai servizi territoriali e/o di hospice dei pazienti in fase avanzata/ terminale di malattia per i quali il ricovero in un ospedale non è più appropriato. Esse agiscono al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza.

La Regione Basilicata, in linea con la L n.38/2010, con la DGR n.1900/2011 ha approvato la “*Rete regionale delle Cure palliative*” e con la DGR n.322/2012 ha approvato la “*Rete regionale della terapia del dolore*” ed il progetto “*Basilicata ospedale-territorio senza dolore*”. Quest'ultimo sposta il baricentro dell'assistenza sul territorio, demandando alle strutture ospedaliere la gestione dei casi complessi e coinvolgendo nel processo decisionale le figure sanitarie territoriali ed in particolare il medico di medicina generale.

Tenuto conto che l'Accordo Stato Regioni n.87/CSR del 10.7.2014 ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore (art 5, comma 2, della L. n.38/2010) e considerata la necessità di integrare funzionalmente la rete oncologica e la rete delle cure palliative e della terapia del dolore, si

individua presso l'IRCCS-CROB il coordinamento della formazione del personale sanitario a qualsiasi titolo coinvolto nel progetto "Basilicata ospedale-territorio senza dolore".

Le cure palliative vengono, in parte, erogate a domicilio tramite l'*Assistenza Palliativa Domiciliare*.

Infatti, il SSN garantisce cure domiciliari palliative, di cui alla L n.38/2010, erogate dalle UCP, rivolte agli utenti affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tali cure comprendono prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, prestazioni diagnostiche, fornitura di farmaci, dispositivi medici, preparati per la nutrizione artificiale, aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale alla persona e sostegno spirituale. Le cure domiciliari palliative si differenziano in livelli caratterizzati dal Coefficiente di intensità Assistenziale (CIA) come segue:

- cure domiciliari palliative di livello base (interventi con $0 \leq CIA \leq 0.50$);
- cure domiciliari palliative di livello specialistico (interventi con $CIA > 0.50$).

In tale contesto, la Regione Basilicata ha approvato, con la DGR n.862/2008, le linee guida per l'erogazione del servizio di cure domiciliari, definendone il modello organizzativo. Il provvedimento, nel rispetto dell'art.16 della LR n.4/2007, riconduceva all'interno del Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Sociosanitari il Piano Annuale delle Attività predisposto dal Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative. In applicazione della LR n.2/2017 e del DPCM 12.1.2017, il Centro di coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative e le relative Unità di Valutazione Integrata (UVI) continuano ad avere rispettivamente valenza aziendale e distrettuale e, con successivo provvedimento regionale, si integrerà il documento che disciplina l'erogazione dell'assistenza domiciliare di cui alla citata DGR n.862/2008 nel rispetto dei definiti criteri di eleggibilità e dei criteri di priorità per la presa in carico dei pazienti quali: la fase terminale, la dimissione protetta, l'elevato grado di non autosufficienza, le condizioni economiche disagiate ecc..

Per il triennio 2018-2020 si confermano pertanto gli obiettivi di carattere generale di cui alla L n.38/2010:

- autorizzazione dell'hospice;
- autorizzazione delle strutture eroganti prestazioni domiciliari;
- incremento annuo dell'assistenza domiciliare rispetto all'anno precedente del 10%;
- incremento annuo dell'assistenza domiciliare per pazienti critici rispetto all'anno precedente del 10%;
- implementazione di Percorsi assistenziali uniformi attraverso la sottoscrizione dei protocolli interaziendali per l'integrazione dell'ospedale-territorio, da trasmettere al Dipartimento competente;
- riduzione annua dei tempi di attesa rispetto all'anno precedente del 10%;
- indicatori di cui alla dgr n.862/2008 e smi;
- interoperabilità tra i flussi e relativi applicativi da conseguire entro il 2018.

3.8.5 Rafforzare la continuità assistenziale tra ospedale e strutture intermedie: la Centrale Operativa Regionale (COR)

Il tema della continuità delle cure si interseca con quello dei cambiamenti epidemiologici. Come esposto nella sezione di contesto, l'invecchiamento della popolazione comporta l'allargamento dell'area di bisogno della cronicità. Bisogna considerare che anche a seguito di un'efficace presa in carico sanitaria ospedaliera, molto difficilmente il paziente cronico raggiunge il pieno ristabilimento dello stato di salute. Il bisogno che cambia richiede quindi di rafforzare, anche in regione Basilicata, gli strumenti di accompagnamento del paziente precedentemente e successivamente al ricovero ospedaliero. Nella letteratura e nella prassi di management sanitario, questi strumenti sono denominati *transitional care*. Sul piano operativo, si tratta di servizi che supportano il transito del paziente lungo attraverso i "nodi" della rete di offerta (cfr. Morando e Tozzi, 2016¹⁶; Royal College of Physicians, 2013¹⁷):

- raccolgono e organizzano le informazioni disponibili nel sistema: da un lato, bisogni e risorse del paziente e della famiglia; dall'altro, le disponibilità delle diverse tipologie di strutture sanitarie e sociosanitarie;
- gestiscono in maniera razionale la logistica del paziente e le modalità di presa in carico;
- favoriscono la condivisione di informazioni e l'allineamento di intenti tra gli operatori sanitari coinvolti nella presa in carico.

Il tema, dunque, va oltre la necessità del rafforzamento della capacità di offerta delle strutture post-acute e intermedie: lungodegenza, riabilitazione ospedaliera e residenziale, ospedale di comunità e/o posti letto sub-acuti e post-acuti, assistenza sociosanitaria residenziale e semi-residenziale. Non a caso, il DM n.70/2015 sugli standard ospedalieri prescrive non solo di "potenziare le strutture territoriali", ma anche la loro "organizzazione in rete", promuovendo il "collegamento dell'ospedale ad una Centrale di comunità". Tale indicazione nazionale è stata recepita dalle diverse realtà regionali con tratti di *governance*, tempistiche, modalità operative e denominazioni diverse¹⁸.

Ad oggi, in Basilicata è attiva una Centrale delle Dimissioni (CD) presso la AOR San Carlo. La CD è stata introdotta dal protocollo operativo "Implementazione e sviluppo della rete interaziendale per la gestione delle dimissioni protette", condiviso dalla ASP di Potenza e dalla AOR San Carlo. La Centrale, inoltre, è citata nel Piano della *performance* 2017-19 della stessa AOR. La CD, attiva dal 2016, è presidiata da personale dedicato delle due Aziende, al fine di gestire in maniera proattiva le dimissioni protette e la continuità delle cure per le persone assistite in ospedale.

Il Piano propone di rafforzare e ampliare i volumi di attività della Centrale delle Dimissioni, per farla evolvere in tempi brevi verso una vera e propria Centrale Operativa Regionale (COR). A

¹⁶ Morando V., Tozzi V. (2016), "Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa", i CER GAS (a cura di) rapporto OASI 2016, EGEA, Milano.

¹⁷ Royal College of Physicians, (2013) materiali del progetto "Future Hospital", <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>.

¹⁸ Si ricordano, senza pretesa di esaustività, alcuni modelli regionali da cui il presente Piano ha preso spunto: il modello regionale della rete RICCA ("Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale") in Lombardia; l'esperienza della Centrale Metropolitana post-Acuzie CEMPA di Bologna; l'Agenzia per la continuità ospedale/territorio (ACOT) di Siena, ora gestito dalla ULSS Sud Est della Toscana; il modello COT (Centrale Operativa Territoriale) diffusa nelle ULSS della Regione del Veneto.

regime, la COR servirà l'intero territorio della regione Basilicata. Essa rappresenterà, di fatto, un fondamentale strumento di integrazione tra i molteplici soggetti coinvolti nella presa in carico sanitaria e sociale dei pazienti cronici complessi e i pazienti fragili: non solo le Aziende Sanitarie di Basilicata ma anche i molteplici soggetti privati accreditati e le varie realtà del terzo settore e del territorio.

A regime, la COR coordinerà le seguenti attività:

- a. le dimissioni e le ammissioni protette da e verso l'Ospedale, indirizzando il paziente, in caso di dimissione, verso il trattamento temporaneo, o residenziale, o domiciliare protetto, in analogia a quanto già oggi svolto dalla CD dell'AOR San Carlo;
- b. le dimissioni e le ammissioni protette da e verso le strutture territoriali intermedie, inclusi gli hospice, anche se i pazienti sono provenienti dal domicilio;
- c. l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), oltre alla gestione e al monitoraggio delle relative attività;
- d. l'attivazione e l'implementazione di interventi non programmati e non differibili per pazienti in condizioni di fragilità sociosanitaria.

Si prevede un'implementazione graduale di tal progettualità. Nel dettaglio, le tempistiche saranno le seguenti.

- Entro tre mesi dall'approvazione del presente Piano, le aziende coinvolte (ASP Potenza, ASM Matera e AOR San Carlo) presenteranno al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata un progetto esecutivo per il rafforzamento e l'ampliamento delle attività della CD, che, sulla base delle attività già svolte nel primo anno di attività (2016-17), specifichi i seguenti elementi.
 - la stima della domanda, vale a dire i principali profili di patologia e di complessità sociosanitaria che verranno presi in carico, con le relative stime in termini di utenza potenziale, per i territori della ASP di Potenza e della ASM di Matera;
 - le modalità operative e gli strumenti (tra cui il piano individualizzato di trattamento-PIT) attraverso cui la COR gestirà le attività elencate di sopra ai punti i-ii-iii-iv, distinguendo, se necessario, i percorsi in base ai profili di patologia e di complessità sociosanitaria;
 - il fabbisogno di personale (già dipendente delle Aziende coinvolte), di formazione e di risorse infrastrutturali e tecnologiche necessarie per la piena operatività della COR;
 - l'organizzazione, i ruoli e le responsabilità della COR;
 - le fasi di implementazione della progettualità. È possibile prevedere un ampliamento graduale delle attività dell'attuale Centrale con l'inclusione del territorio della ASM di Matera. Inoltre, dovrà essere previsto il progressivo coinvolgimento dell'IRCCS Oncologico di Rionero.
 - gli obiettivi specifici attesi della COR e gli indicatori per monitorare almeno le seguenti aree di *performance*: la copertura della domanda (ad esempio, percentuale dei pazienti effettivamente presi in carico con PIT); l'aderenza alle prestazioni eventualmente programmate nel PIT; gli esiti clinici (ad es. la sopravvivenza, il

grado di disabilità, o ancora, i rientri in ospedale e/o in PS); la soddisfazione del paziente.

- Entro quaranta giorni dalla presentazione della progettualità, il Dipartimento comunica l'approvazione del progetto esecutivo o la richiesta motivata di modifiche.
- Entro i tre mesi successivi al riscontro regionale, si provvede ad avviare le attività della COR come descritte nel progetto esecutivo definitivo, svolgendo nel frattempo tutte le attività formative e burocratico-amministrative necessarie per garantire la piena operatività della Centrale Regionale. Si precisa che le attività formative dirette all'attivazione della COR riceveranno copertura finanziaria prioritaria nel complesso delle attività formative previste per i dipendenti del SSR della Basilicata. In tale contesto formativo, e durante l' sviluppo della COR, saranno da favorire momenti di confronto e di trasferimento di conoscenze con altre realtà regionali e aziendali che hanno implementato le Centrali Operative.

L'attivazione della COR secondo il piano esecutivo costituirà obiettivo di valutazione per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali.

4. SOSTENERE L'ECCELLENZA

4.1 Risorse per lo sviluppo del sistema

4.1.1 Investimenti e rafforzamento tecnologico

L'innovazione tecnologica, clinica e organizzativa, sono i temi dominanti dei moderni sistemi sanitari, soprattutto di quelli universalistici che hanno il compito di mantenere alti gli standard qualitativi ed al tempo stesso di governare i processi di introduzione di nuove tecnologie sanitarie.

Con il termine "tecnologie sanitarie" non si intendono solo i dispositivi medici, ma anche farmaci, vaccini, interventi terapeutici e riabilitativi, procedure mediche e chirurgiche, applicazioni informatiche, sistemi organizzativi e gestionali.

Sono numerosissime, oggi, le tecnologie messe in commercio, molte delle quali contribuiscono al cambiamento dei processi di cura. Oggi abbiamo uno sfondo costituito dalle tecnologie sanitarie in continuo cambiamento che si evolve in nuove direzioni, quali: intelligenza artificiale, sensori remoti, robotica, stampanti 3D, "Big data", genomica. ecc. Ma l'introduzione di nuove tecnologie significa, la maggior parte delle volte, aumento dei costi.

In questo contesto, le politiche sanitarie devono avere come obiettivo quello di:

- incoraggiare lo sviluppo e l'adozione di tecnologie che aiutano a migliorare la salute della popolazione;
- assicurare l'equità di accesso;
- promuovere la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Ad oggi, l'approccio che ci consente di valutare in anticipo l'impatto di una tecnologia sanitaria nel contesto di utilizzo è l'*Health Technology Assessment* (HTA). Questo approccio scientifico viene definito dal WHO come un'attività sistematica di valutazione che analizza le caratteristiche, gli effetti e l'impatto di una tecnologia. L'HTA è un processo di valutazione multidisciplinare che prende in considerazione diversi ambiti (*domain*) quali quello tecnologico, dell'uso corrente della tecnologia ma anche gli aspetti economici, sociali ed etici.

Sul piano organizzativo-gestionale, a livello aziendale le valutazioni HTA consentono di approfondire le implicazioni di una nuova tecnologia in termini di:

- complementarità con tecnologie/servizi già presenti;
- modifica dei percorsi e dei processi in essere;
- adeguamento dei protocolli clinici;
- diverso coordinamento tra specialità/discipline/reparti interessati dall'adozione della nuova tecnologia;
- attrazione di pazienti e quindi di organizzazione e gestione dei nuovi flussi e della maggiore capacità produttiva richiesta;
- definizione di progetti e di protocolli di ricerca per l'*assessment* post-adozione della nuova tecnologia;
- nuove competenze necessarie e quindi programmi di formazione del personale medico e infermieristico da realizzare.

L'innovazione va però identificata e orientata alla soluzione di problemi, per questo i compiti principali sono quelli di:

- trasferire la pratica clinica delle nuove tecnologie;
- standardizzare i processi di cura per diminuire la variabilità clinica;
- valutare preventivamente l'impatto clinico, economico, sociale delle nuove tecnologie;
- monitorare le richieste di infungibilità/esclusività anche attraverso uno strumento di *benchmarking* con le altre Regioni.

Inoltre, dal punto di vista non solo legislativo ma anche operativo l'assetto organizzativo per il governo delle tecnologie va rivisto alla luce della finanziaria di stabilità n.208 del 28 dicembre 2015, che al comma 551 prevede che "le regioni adottano provvedimenti volti a garantire che gli enti del Servizio sanitario nazionale non istituiscano unità organizzative di valutazione delle tecnologie ovvero sopprimano quelle esistenti, ricorrendo a strutture di valutazione istituite a livello regionale o nazionale". In aggiunta, la DGR n.1226/2015 prevede un iter aziendale di autorizzazione all'acquisto di beni ritenuti esclusivi/infungibili, attività che necessita di essere monitorata e valutata anche attraverso operazioni di *benchmarking* con le altre Regioni.

4.1.2 Il governo dell'innovazione

Ad oggi, l'attività di valutazione delle tecnologie è stata svolta dall'Osservatorio Regionale dei prezzi dei servizi, beni e tecnologie (OPT) del Dipartimento salute, così come previsto dal precedente Piano Sanitario Regionale 2012-2015. L'OPT ha svolto le attività di valutazione sia in maniera autonoma che insieme alle altre Regioni che hanno aderito alla Rete Italiana di *Health Technology Assessment* (RIHTA), coordinata a livello nazionale da Age.Na.S.

L'attività di valutazione richiede delle competenze molto tecniche che, nel corso degli anni, l'OPT ha incrementato grazie alla presenza di professionisti che hanno partecipato ad iniziative nazionali ed internazionali. Per questi motivi, l'attività di valutazione delle tecnologie sarà condotta dal Dipartimento Salute regionale e coordinata dall'OPT. Il Dipartimento potrà avvalersi, di volta in volta, degli esperti delle aziende sanitarie per la redazione di specifici report di valutazione o di esperti di altre regioni mediante la stipula di appositi accordi di collaborazione e con Age.Na.S.

L'OPT coordinerà le attività di valutazione delle nuove tecnologie proposte sia a livello regionale che aziendale e monitorerà le richieste aziendali delle tecnologie ritenute infungibili/esclusive.

All'interno dei programmi annuali per gli acquisti di beni e servizi sanitari, le Aziende Sanitarie segnaleranno quelle di nuova introduzione, incluso l'acquisto di Dispositivi Medici. La lista delle nuove tecnologie sarà valutata e approvata da un gruppo regionale per il governo dell'innovazione (GRGI) coordinata dall'OPT. Il tavolo GRGI sarà composto dai dirigenti regionali degli uffici della Programmazione Regionale e quello delle Risorse Finanziarie e coordinate dall'OPT e da un componente di ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera.

Il GRGI, attraverso l'OPT, garantirà anche il supporto tecnico in fase di acquisizione delle tecnologie al dipartimento SUA-RB.

4.1.3 Persone e competenze

Lo *skill mix* delle Aziende Sanitarie, ovvero la composizione professionale del personale, assume, nell'attuale contesto caratterizzato dal blocco del turn-over e dalla riduzione del personale sanitario, rilevanza strategica nella gestione delle risorse umane.

Le Aziende e gli Enti del SSR dovranno, garantendo sicurezza, qualità e sostenibilità economica, rivedere le relazioni tra professionisti, non solo in risposta a situazioni di emergenza ma con un approccio tendente a garantire il proprio sviluppo organizzativo attraverso politiche di *skill mix* efficaci, pur sempre nel rispetto della normativa che individua gli ambiti di esercizio delle singole professioni.

In particolare, si evidenzia in il ruolo delle professioni tecniche non sanitarie e, più precisamente in via non esclusiva, la figura dell'**Informatico** necessario alle strutture per adattarsi ai cambiamenti tecnologici e comportamentali legati a nuovi servizi e nuove applicazioni e la figura dell'**Ingegnere clinico** quale professionista in grado di creare un "ponte" tra la tecnologia e la cura della salute sia in termini di ottimizzazione della spesa sanitaria, sia in termini di qualità e sicurezza delle funzioni erogate soprattutto in ambito ospedaliero.

4.1.4 La Formazione

La Formazione è uno degli strumenti di "*governance*" del Sistema Sanitario e presupposto necessario al raggiungimento degli obiettivi che tale sistema si pone.

Il riordino e la riprogrammazione del Sistema Sanitario Regionale richiederanno ai professionisti un ruolo strategico nella gestione del cambiamento organizzativo.

La valorizzazione delle risorse umane ed il coinvolgimento di tutti i professionisti operanti, sia in ambito ospedaliero che territoriale, nei diversi settori - sanitario, tecnico e sociale - rappresenteranno una condizione necessaria per perseguire gli obiettivi previsti dal presente Piano.

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale, oltre a valorizzare le competenze professionali e la centralità della persona nei percorsi socio-assistenziali, favoriranno il cambiamento, sia di tipo organizzativo che culturale, concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di salute, al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza nonché allo sviluppo dell'intera rete dei servizi sanitari regionali, della continuità dell'assistenza e dell'integrazione ospedale-territorio.

La programmazione delle attività formative non potrà prescindere dal reale fabbisogno formativo, per la cui determinazione sarà fondamentale il pieno coinvolgimento delle nuove strutture sanitarie aziendali e dei Distretti, a cui, tra gli altri, sono affidati compiti di valorizzazione e formazione delle risorse professionali assegnate, al fine di assicurare l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici, l'integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali e tra le attività della medicina territoriale con quelle delle strutture ospedaliere ed extra ospedaliere.

La Regione, in collaborazione con la SDA Bocconi e le Aziende Sanitarie Regionali, ha promosso la redazione di Linee Guida per la ridefinizione dei regolamenti aziendali sui sistemi di valutazione del personale. I nuovi sistemi di misurazione e valutazione della *performance* individuale, oltre a consentire di distinguere le prestazioni inadeguate da quelle eccellenti, con l'obiettivo di garantire agli utenti elevati standard di servizio e di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria, contribuiranno alla definizione dell'effettivo fabbisogno formativo dell'intero Sistema

Sanitario Regionale e costituiranno uno strumento prezioso al servizio dei professionisti per guidarne lo sviluppo professionale ed il miglioramento delle competenze.

Di seguito si riportano gli obiettivi principali relativi a:

- formazione per l'accesso al servizio sanitario;
- formazione continua;
- formazione manageriale.

4.1.4.1 La formazione per l'accesso al servizio sanitario

4.1.4.1.1 Corsi di formazione specifica in Medicina Generale

La Regione programmerà ed attiverà, in collaborazione con gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, i corsi triennali di formazione specifica in Medicina Generale integrando, ove possibile, il percorso formativo obbligatorio con moduli didattici aggiuntivi al fine di migliorare le competenze di semeiotica strumentale e diagnostica del medico. L'utilizzo delle strumentazioni presso l'ambulatorio, infatti, incide in modo determinante sull'appropriatezza dei percorsi diagnostici-terapeutici e sui rapporti territorio-ospedale, con indubbi vantaggi anche di natura economica.

La formazione e l'aggiornamento dei Medici di Medicina Generale saranno necessari per mantenere adeguati standard di competenza e consentire ai professionisti di acquisire sempre nuove conoscenze. Al fine di attivare processi formativi efficaci sarà necessaria l'individuazione, da parte di tutti gli attori del sistema, di ambiti di carente competenza professionale che dovranno essere colmati attraverso la formazione e l'aggiornamento professionale.

4.1.4.1.2 Corsi di Laurea, specializzazioni e formazione post laurea

Nel prossimo triennio saranno attivati per le lauree triennali tutti i corsi ritenuti necessari al soddisfacimento dei fabbisogni formativi, individuati annualmente di concerto con le Aziende Sanitarie, per le professioni sanitarie, secondo le modalità previste dal MIUR. Saranno garantite fermo restando la compatibilità economico finanziaria le borse di Specializzazione sulla base dei specifici fabbisogni aziendali. La regione persegue inoltre l'obiettivo di istituire nell'arco di vigenza del Piano un corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese

4.1.4.1.3 La formazione dell'operatore sociosanitario

L'art. 61 della LR n.5/2016, come modificato dall'art. 9 della LR n.12/2016, ha previsto la possibilità della realizzazione dei predetti corsi anche da parte degli Enti di Formazione, regolarmente accreditati dalla Regione, e dagli Istituti Professionali di Stato della Regione che annoverano nell'offerta formativa corsi specifici per la formazione di OSS e che siano in possesso di specifiche convenzioni con i nosocomi del Servizio Sanitario Regionale per i tirocini formativi.

4.1.4.2 La formazione continua

La formazione professionale e continua, oltre a costituire un obbligo per tutti i professionisti sanitari, è strumento necessario per l'erogazione di prestazioni sanitarie conformi alle attuali conoscenze scientifiche e tecnologiche ed ai più elevati standard di qualità assistenziali.

La Regione ha definito un modello organizzativo ed operativo di Educazione Continua in Medicina che mette in relazione l'esperienza in ambito nazionale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi

Sanitari Regionali (Age.Na.S.) con le competenze regionali ed ha sottoscritto apposita Convenzione con l'Age.Na.S. per la realizzazione del programma di accreditamento degli eventi, dei progetti formativi e dei provider.

Il Sistema Regionale ECM è gestito in collaborazione con l'Age.Na.S., con la Commissione Nazionale per la Formazione ECM e con le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

E' stata istituita la Commissione Regionale per la Formazione Continua ECM che ha il compito di formulare pareri e proposte sulla formazione di base degli operatori, sull'aggiornamento professionale e sulla formazione continua e di determinare le procedure per l'accREDITAMENTO dei provider. L'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua svolge attività di valutazione della qualità della formazione continua in sanità, al fine di promuoverne il miglioramento ed è composto da esperti della qualità della formazione e da rappresentanti regionali degli Ordini, Collegi ed Associazioni della Professioni Sanitarie.

Le Aziende Sanitarie Regionali, nei Piani Formativi Aziendali, programmeranno attività formative tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma Nazionale ECM, nel Piano Sanitario Nazionale, nel Piano Sanitario Regionale nonché dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Fondamentale sarà il ruolo che rivestiranno le Aziende Sanitarie Regionali nell'individuare i propri "bisogni" di formazione e nel realizzare le attività formative e di aggiornamento continuo necessarie per adeguarsi al mutamento organizzativo che non può non coinvolgere anche le risorse umane.

4.1.4.3 La formazione manageriale

Il livello di competenza dei vertici delle Aziende Sanitarie di una Regione è decisivo per il raggiungimento degli obiettivi di qualità e di costo previsti nei Piani Sanitari Regionali.

La formazione dei vertici delle Aziende Sanitarie risulta, quindi, strategica per la qualità dei risultati aziendali e dovrà essere finalizzata all'acquisizione di adeguate competenze da parte di quei professionisti che quotidianamente saranno chiamati ad affrontare le complessità del sistema, ad analizzare la realtà sanitaria in continuo cambiamento, anche con riferimento ai bisogni di salute emergenti, a governare la domanda e l'offerta dei servizi, a decidere sulla migliore allocazione delle risorse e ad individuare sistemi di misurazione dell'efficacia, efficienza ed economicità di gestione.

La formazione manageriale sarà finalizzata, oltre che ad aggiornare le conoscenze, anche a favorire processi di innovazione organizzativa e di attuazione delle riforme, ed a promuovere il consolidamento dei principi e valori etici che devono guidare il professionista sanitario.

4.2 Meccanismi di finanziamento e governo del sistema

4.2.1 La qualità e l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie

L'accREDITAMENTO istituzionale nella configurazione della normativa vigente è il procedimento attraverso il quale, a conclusione di uno specifico processo valutativo ed in relazione alla programmazione regionale, viene attribuito alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e

private, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e che ne facciano richiesta, lo status necessario per diventare soggetti erogatori per conto del SSR

Con l'approvazione del Manuale per l'accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private previsto dall'art. 8 quater del D.Lgs. n.502/1992 e smi, di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n.2753 del 30.12.2005 e n.483 del 3.4.2006, la Regione Basilicata, concluso il processo di revisione della precedente disciplina (DGR n.3345/99), ha avviato l'implementazione a regime del sistema dell'accreditamento istituzionale.

Per rendere applicabile il modello di accreditamento adottato si è provveduto (DGR n.1598 del 31.10.2006) alla individuazione del relativo procedimento amministrativo comprensivo dei termini e delle modalità di presentazione della domanda da parte dei soggetti interessati nonché della individuazione delle procedure da seguire.

La legge regionale 30.1.2007, n.1 ha previsto all' art. 13 l'istituzione dell'*Osservatorio permanente regionale per l'accreditamento* (OPRA), al fine di assicurare la più efficace implementazione delle procedure di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lg. 30 dicembre 1992, n.502 e smi, nonché di quelle sociosanitarie della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, e di promuovere e salvaguardare la qualità delle prestazioni fornite dai soggetti accreditati.

Con DGR n.697 del 11.6.2013 è stata recepita l' Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Rep. n.259/CSR del 20/12/2012 sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell' accreditamento", in attuazione dell' art. 7, comma 1, del Patto per la salute per gli anni 2010-2012, stabilendo di provvedere all'adeguamento del modello di accreditamento regionale ai contenuti del disciplinare nonché delle relative procedure ivi comprese quelle di verifica, nel rispetto delle modalità e dei tempi definiti, entro dicembre 2013, dal Tavolo tecnico, previsto nell'ambito della stessa intesa, costituito con decreto del Ministero della Salute in data 6 febbraio 2013.

Il Tavolo tecnico ha condiviso e concertato con i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano la tempistica degli adempimenti regionali ed aziendali attuativi dell' Intesa del 20 dicembre 2012, nonché i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti", approvando, a tal fine, appositi documenti sui quali la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 19 febbraio 2015 ha sancito la seguente " Intesa, ai sensi dell' art. 8, comma 6, della legge 5giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all' accreditamento delle strutture sanitarie. Rep. n.32/CSR del 19 febbraio 2015"

Con DGR n.1471 del 17.11.2015 è stata recepita la predetta Intesa il cui Allegato B reca "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012".

Occorre pertanto procedere all' adeguamento di quanto già definito a livello regionale ed in particolare sarà formalmente individuato l'organismo tecnicamente accreditante da collocare all' interno dell'OPRA, che contestualmente va regolamentato nella sua costituzione, nella sua articolazione e nel suo funzionamento con specifico atto di Giunta entro e non oltre il primo anno di vigenza del presente Piano.

4.2.2 Indirizzi per il finanziamento e l'esercizio della funzione di committenza nei confronti delle strutture ospedaliere produttrici.

Nel momento in cui la Regione Basilicata si appresta a separare la funzione di committenza dalla funzione di erogazione, almeno per quanto riguarda il LEA ospedaliero, risulta quindi cruciale fissare alcuni punti fermi ed ipotesi di lavoro per la gestione delle relazioni tra soggetti committenti ed erogatori. Nello specifico, la successiva programmazione annuale delle attività ospedaliere dovrà presidiare i seguenti aspetti.

- Strumenti per assicurare la coerenza tra gli stanziamenti per l'attività ospedaliera regionale e il valore dell'attività erogata. Ogni anno, dovrà essere fissato un tetto a valore, eventualmente con abbattimenti tariffari progressivi, per la remunerazione delle attività ospedaliere tariffabili erogate dai due erogatori pubblici del sistema. Una sovrapproduzione, o comunque una produzione il cui valore tariffato complessivo superasse l'ammontare di risorse assegnate per il LEA ospedaliero, avrebbe infatti l'esito di sottrarre risorse al LEA della prevenzione o dell'assistenza distrettuale, o di condurre in deficit il SSR.
- Strumenti per orientare l'attività ospedaliera verso le priorità di politica sanitaria regionale. Si potrà valutare di introdurre tetti specifici per specialità, per tipologia o per regime di ricovero. Tetti specifici (e in alcuni casi, abolizioni dei tetti) potranno essere valutati per attività ad alto impatto sociale, che implicano le prestazioni c.d. salvavita oppure prestazioni caratterizzate da alta mobilità passiva. Specularmente, è possibile immaginare anche uno stanziamento a copertura di specifiche voci di costo.
- Strumenti per il governo della mobilità. Stando agli ultimi dati disponibili (Rapporto SDO 2015), la Basilicata registra un saldo di mobilità ospedaliera negativo (3.053 ricoveri). L'imposizione di un tetto alla mobilità attiva, che peraltro non grava sul Fondo sanitario regionale, non appare dunque necessario.
- Rispetto dei parametri nazionali sulle modalità di remunerazione dell'attività ospedaliera. È necessario considerare che la valorizzazione dell'attività sanitaria costituirà il parametro con cui valutare la congruità del finanziamento a funzione. L'incidenza di quest'ultimo sul totale dell'attività valorizzata non potrà infatti superare il 30% con riferimento ad ogni Azienda o Presidio ospedaliero, come stabilito dalla legge di Stabilità 2016.

5. SICUREZZA, QUALITÀ E TRASPARENZA

5.1 *Risk management*

Con la DGR n.137/2015 la Regione Basilicata ha istituito “*il sistema regionale di gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente*” con l’obiettivo di realizzare un approccio integrato alla gestione del rischio clinico e di contrastare il contenzioso medico legale nelle strutture sanitarie, creando un riferimento comune per la definizione del rischio, il trattamento delle informazioni (esistenti e specifiche), nonché l’utilizzo delle stesse per il monitoraggio delle attività e per l’individuazione di processi di miglioramento, nel rispetto delle autonomie e responsabilità delle differenti aziende coinvolte con la seguente strutturazione:

- Gruppo Regionale di Coordinamento per la Gestione del rischio clinico e per il contrasto al contenzioso medico legale (GRC);
- Gruppo Aziendale di Coordinamento per la Gestione del rischio clinico e per il contrasto al contenzioso medico legale (GAC);
- Strutture aziendali per la gestione del rischio clinico e per il contrasto al contenzioso medico legale;
- Rete dei referenti aziendali per la gestione del rischio clinico e del contrasto al contenzioso (RETE)

Ad oggi il GRC è operativo, ha definito linee di indirizzo per la gestione del rischio, formalmente approvate, ha approvato il Regolamento operativo del gruppo di pronto intervento regionale della Basilicata (*task force*).

Il Piano intende sostenere la necessità che in tutte le Aziende venga data piena attuazione alla programmazione di cui alla DGR n.137/2015 rafforzando una cultura che prevede la sicurezza delle cure come parte essenziale del governo clinico attraverso la gestione del rischio clinico e sostenendo tutte le azioni tese ad addivenire ad un cambiamento del modello culturale.

Nell’arco del triennio 2018-2020, pertanto, ogni azienda, nella consapevolezza che non esiste un unico strumento ideale per la gestione del rischio clinico, predisporrà il progetto ritenuto più idoneo al proprio contesto e alla propria organizzazione il cui elemento fondante sia la necessità di imparare dall’errore, migliorare la sicurezza per i pazienti e la tutela degli operatori, e che preveda il coinvolgimento dei professionisti e l’utilizzo sinergico e consapevole dei diversi strumenti offerti dal *Risk management* e, particolarmente, la medicina basata sull’evidenza e l’assistenza centrata sul paziente.

La dirigenza strategica aziendale garantirà il **coordinamento operativo** tra le attività dei vari settori interessati alle attività finalizzate alla riduzione del rischio e le attività del *clinical risk manager* che sarà chiamato ad esprimere parere vincolante su tutte le questioni inerenti la sicurezza del paziente e degli operatori attinenti i diversi ambiti.

5.2 *Performance management e benchmarking*

La valutazione della *performance* nella pubblica amministrazione ha avuto inizio con il Decreto Legislativo 150 del 2009, perno della riforma del pubblico impiego, e con la Legge delega n.15 dello stesso anno.

Tutto ruota intorno al concetto di *performance* intesa come “*il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria*

azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata" e può consentire all'Azienda Sanitaria di fare il salto dalla mediocrità all'eccellenza, dall'accontentarsi di risultati soddisfacenti alla ricerca continua del miglioramento.

In pratica si passa da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria a strumenti di *clinical governance* (valutazione e management della *performance* clinica), basandosi sulle indicazioni provenienti dalla medicina basata sull'evidenza (Evidence Based Medicine EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livello aziendale, ecc.). Per gli ambiti in cui non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente, negli ultimi anni si stanno definendo, a livello nazionale e regionale, dei sistemi che consentono il confronto e il *benchmarking* a cui è quindi possibile fare riferimento nella definizione degli indicatori e degli standard.

La Regione Basilicata ha iniziato nell'anno 2011 una collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, aderendo ad un *network di regioni* che condivide un Sistema multidimensionale di Valutazione della *Performance* del sistema sanitario, rispondendo all'obiettivo di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta e assumendo come riferimento per la valutazione i sistemi di seguito descritti:

- il sistema degli indicatori che, nell'ambito di una piattaforma brevettata dal MeS, misura in un network le aziende sanitarie di 13 Regioni e Province Autonome (riferimento all'anno 2015). Annualmente vengono studiati i risultati conseguiti in ottica multidimensionale, considerando sia gli aspetti tipicamente clinici e sanitari, sia quelli economici e finanziari, ma anche la "voce" dei cittadini, delle cittadine e degli operatori agli orientamenti strategici regionali per migliorare lo stato di salute della popolazione;
- le misure annuali del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da Age.Na.S. in collaborazione con il Ministero della Salute che valuta gli esiti degli interventi sanitari rappresentando uno strumento di supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia.

I risultati rinvenuti dai sistemi sopradescritti diventano elementi in entrata per la definizione/aggiustamento degli "Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali" che la Giunta Regionale delibera di assegnare annualmente ai Direttori Generali e che vengono tradotti nella pianificazione aziendale.

La valutazione dei risultati raggiunti, monitorati e misurati anche in relazione all'attribuzione della remunerazione di risultato, diventano essi stessi **input della nuova programmazione** secondo i canoni del **ciclo di Deming** che si realizza attraverso un'azione ciclica basata sulla reiterazione sequenziale delle quattro fasi che lo costituiscono:

- *PLAN* - pianificare, preparare a fondo;
- *DO* - fare ciò che si è deciso nella prima fase;
- *CHECK* - verificare i risultati, confrontandoli con ciò che si è pianificato;
- *ACT* - decidere di mantenere o correggere.

La valutazione della *performance* assume rilievo strategico anche in riferimento al nuovo orientamento della Regione Basilicata volto alla separazione tra committenza ed erogazione, laddove forme di controllo ex post del raggiungimento dei prefissati target di *performance* (anche mediante forme di controllo a campione dei soggetti erogatori) su aspetti come la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei relativi processi amministrativi si rendono necessari per verificare l'adempimento di quanto programmato o contrattualizzato.

5.3 *Accountability* e rendicontazione sociale

Gli ultimi decenni hanno conosciuto un progressivo rafforzamento della *public Accountability*, dei meccanismi e delle procedure mediante le quali le organizzazioni sanitarie sono chiamate a rendicontare pubblicamente del proprio operato rendendo trasparente e comprensibili all'esterno i programmi, le attività, i risultati raggiunti, ritenendosi che le responsabilità di governo ed amministrazione dei sistemi sanitari potessero ritrovare in questo processo una rinnovata legittimazione e una accresciuta autorevolezza e credibilità nei confronti dei cittadini.

Gli strumenti di *Accountability*, sono numerosi perché numerosi sono gli aspetti e gli approcci al processo dal coinvolgimento dei cittadini e delle cittadine nelle politiche all'uso di strumenti legati alla rendicontazione sociale.

La rendicontazione sociale delle amministrazioni pubbliche definisce la propria responsabilità sociale e risponde alle esigenze conoscitive dei diversi interlocutori, siano essi singoli cittadini, famiglie, imprese, associazioni, altre istituzioni pubbliche o private, consentendo loro di comprendere e valutare gli effetti dell'azione amministrativa. Nel concetto di responsabilità sociale l'elemento caratterizzante è il superamento della visione economico finanziaria con l'acquisizione di una dimensione sociale delle attese degli *stakeholders* sia esterni, che hanno un legittimo interesse a conoscere l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali per produrre salute, e sia interni, in relazione ad esempio alle politiche di crescita del personale.

La capacità di sostenere questa dimensione fiduciaria e partecipativa non è scontata. Dipende largamente dalle modalità concrete con cui si realizza la rendicontazione, dal tipo di informazioni di cui si alimenta e dalle modalità in cui vengono condivise.

I principi dell'*Accountability* (Harper e Ball, 2003) evidenziano che non si può rendicontare in merito a qualcosa di cui non si ha il controllo e che bisogna puntare all'*Accountability* in termini di outcome. L'*Accountability* richiede l'empowerment dei soggetti coinvolti, deve essere dinamica e tener conto dei cambiamenti. Deve, infine, coinvolgere gli operatori e provocare delle conseguenze.

Tra gli strumenti per effettuare la rendicontazione sociale il bilancio sociale pubblico può essere considerato il principale diventando uno strumento effettivo di confronto con gli *stakeholders* sia nella individuazione dei problemi che nella formulazione di 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 superamento.

Come già indicato nel PRS 2012-2015, per omogeneità, lo schema tipo che la Regione Basilicata intende assumere come riferimento è quello di cui alla Direttiva del Ministero della funzione pubblica del 17 febbraio 2006 e allegate Linee guida.

In riferimento alla previsione di inserimento del Bilancio Sociale negli obiettivi dei direttori generali delle Aziende del SSR si fa riferimento alle delibere annuali di definizione degli obiettivi di Salute.

ALLEGATO 1***Indirizzi di riferimento per la programmazione regionale***

Il processo di innovazione del SSR viene accompagnato, oltre che dalla legge regionale di riordino, da una serie di direttive regionali di programmazione e di indirizzo. Le stesse individuano degli indirizzi per l'innovazione organizzativa derivante dalla programmazione, propedeutici alle scelte organizzative della legge e degli Atti Aziendali successivamente approvati.

Si riporta una griglia che sintetizza gli elementi salienti delle delibere di riferimento.

STRUMENTI ABILITANTI		
Direttive regionali	Oggetto	Contenuti
DGR n.1469 del 5 Agosto 2009	DGR n.439/2006 concernente "Accordo quadro tra la Regione Basilicata ed il CNR" – Progetto "Pre-URT – dall'adozione territoriale del sistema LUMIR nell'assistenza sanitaria alla creazione di un'unità di ricerca nel settore della sanità elettronica" – approvazione e schema di convenzione	Approvazione progetto "Pre-URT - dall'adozione territoriale del sistema LUMIR nell'assistenza sanitaria alla creazione di un'unità di ricerca nel settore della sanità elettronica"
DGR n.1537 del 31 Agosto 2009	Art. 3 della LR n.12/2008 – Procedure attuative per l'avvio del Dipartimento interaziendale regionale di emergenza sanitaria (DIRES)	Istituzione presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP, il Dipartimento Interaziendale di Emergenza Sanitaria (DIRES), quale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, trasmurale e trasversale, preposta all'organizzazione e gestione della rete regionale dell'emergenza/urgenza
DGR n.1645 del 25 Settembre 2009	LR n.12/2008 – atti attuativi – LR n.20/2008 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 – Distretti della Salute	Definizione organizzazione e funzionamento del macrolivello territoriale. In concreto, il documento chiarisce cosa si intende per Distretto della Salute (o "Distretto Forte") e quali compiti siano ad esso attribuiti.
DCR n 317 del 24 luglio 2012	"Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità" Ammalarsi meno, curarsi meglio 2012 – 2015	Approvazione del Piano sociosanitario integrato.
DGR n.205 del 27 febbraio 2015	Art.12, comma 1, lett. b) del Patto per la Salute 2010-2012. APPROVAZIONE degli "Standard delle strutture complesse, semplici,	Approvazione degli Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione

STRUMENTI ABILITANTI		
Direttive regionali	Oggetto	Contenuti
	incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata	Basilicata a seguito dell'Accordo in Conferenza Stato Regione recepito con il DM 2/4/2015 n.70
DGR n.917 del 7 luglio 2015	Linee guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari 2016 - 2018.	<p>Approvazione direttrici per la elaborazione e attuazione dei Piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari.</p> <p>1. La promozione e organizzazione di un sistema locale integrato di servizi sociali, che costituisce lo scopo principale del Piano;</p> <p>2. La costruzione del sistema di <i>governance</i> del territorio, ovvero la mobilitazione di attori territoriali pubblici e del privato sociale che costruiscano partnership per condividere, nella valorizzazione dei diversi specifici ruoli, la responsabilità di governo delle politiche sociali e sociosanitarie.</p>
DGR n.241 del 16 Maggio 2016	Attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari 2016-2018-DGR n.917 del 7/7/2015, Piano Regionale di Indirizzi.	<p>Indirizzi per l'attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari 2016-2018. Indirizzi strategici fondamentali e percorsi per la definizione dei livelli essenziali ed appropriati dei servizi sociali e sociosanitari (LEAPS) della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, definisce progressivamente le tipologie, le procedure, le condizioni, i requisiti ed i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti erogatori dei servizi sociali e sociosanitari; definisce gli standard qualitativi e quantitativi dei servizi e degli interventi per assicurare i livelli essenziali ed appropriati delle prestazioni nonché i criteri di efficacia e di efficienza da rispettare; determina i meccanismi di valutazione e di monitoraggio dell'attuazione della pianificazione regionale e territoriale e le relative attribuzioni agli organi</p>

STRUMENTI ABILITANTI		
Direttive regionali	Oggetto	Contenuti
		istituzionali e tecnici;
DGR n.1479 del 19 dicembre 2016	Adempimento di cui all'art.1, comma 541 lettera a) della Legge 28.12.2015 n.208 concernente l'adozione del provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70. Modifiche ed integrazioni DGR 1.3.2016, n.179.	Approvazione documento di programmazione in attuazione dell'art. 1, comma 541 lettera a) della Legge 28.12.2015 n.208 e del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n.70. Individuazione dello nuovo standard di posti letto per acuti e post acuti per la Regione Basilicata
DGR n.604 del 21giugno 2017	DGR n.205 del 27.2.2015 in tema di "Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata". Aggiornamento	Aggiornamento degli Standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata di modifica della DGR n.205 del 27.2.2015 a seguito dell'approvazione dei posti letto definitivi approvato con la DGR n.1479/2016 e della LR n.2/2017.