



CEIS

Centro di Studi Economici ed
Internazionali

Rapporto CEIS - Sanità 2009 Basilicata

*Coordinamento Scientifico: Marco Meneguzzo
Federico Spandonaro*

*Rapporto curato da: Antonella D'Adamo
Barbara Polistena*





Rapporto CEIS - Sanità Basilicata





Il gruppo di ricerca

Progetto	Rapporto CEIS Sanità – Regione Basilicata 2009
Soggetti	CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Facoltà di Economia, Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità)
Coordinamento regionale	Raffaele Giordano
Coordinamento scientifico	Marco Meneguzzo, Federico Spandonaro
Coordinamento operativo	Antonella D'Adamo, Barbara Polistena
Gruppo di lavoro	La presente ricerca è stata realizzata dal CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) - Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata: Cristina Alato, Antonio Bisignano, Anna Conte, Antonella D'Adamo, Gloria Fiorani, Laura Petrillo, Cristina Giordani, Esmeralda Ploner, Barbara Polistena, Paolo Sciattella.





La struttura

- ❏ Parte 1. Caratteristiche demografiche, socio-economiche e di offerta della Regione Basilicata.
- ❏ Parte 2. Gli aspetti strutturali del SSR della Basilicata: offerta, finanziamento, utilizzo delle risorse e spesa.
- ❏ Parte 3. L'assistenza ospedaliera nella Regione Basilicata: spesa e performance.
- ❏ Parte 4. L'assistenza territoriale nella regione Basilicata: spesa e integrazione.
- ❏ Parte 5. L'assetto organizzativo e il processo di innovazione organizzativa delle Aziende Sanitarie: il percorso adottato dalla Regione Basilicata
- ❏ Parte 6. L'integrazione sociosanitaria: il percorso adottato dalla Regione Basilicata.
- ❏ Parte 7. La riorganizzazione degli acquisti nel SSR della Basilicata. Tendenze in atto
- ❏ Parte 8. Logistica, e-health ed HTA. Tendenze in atto



SEZIONE I



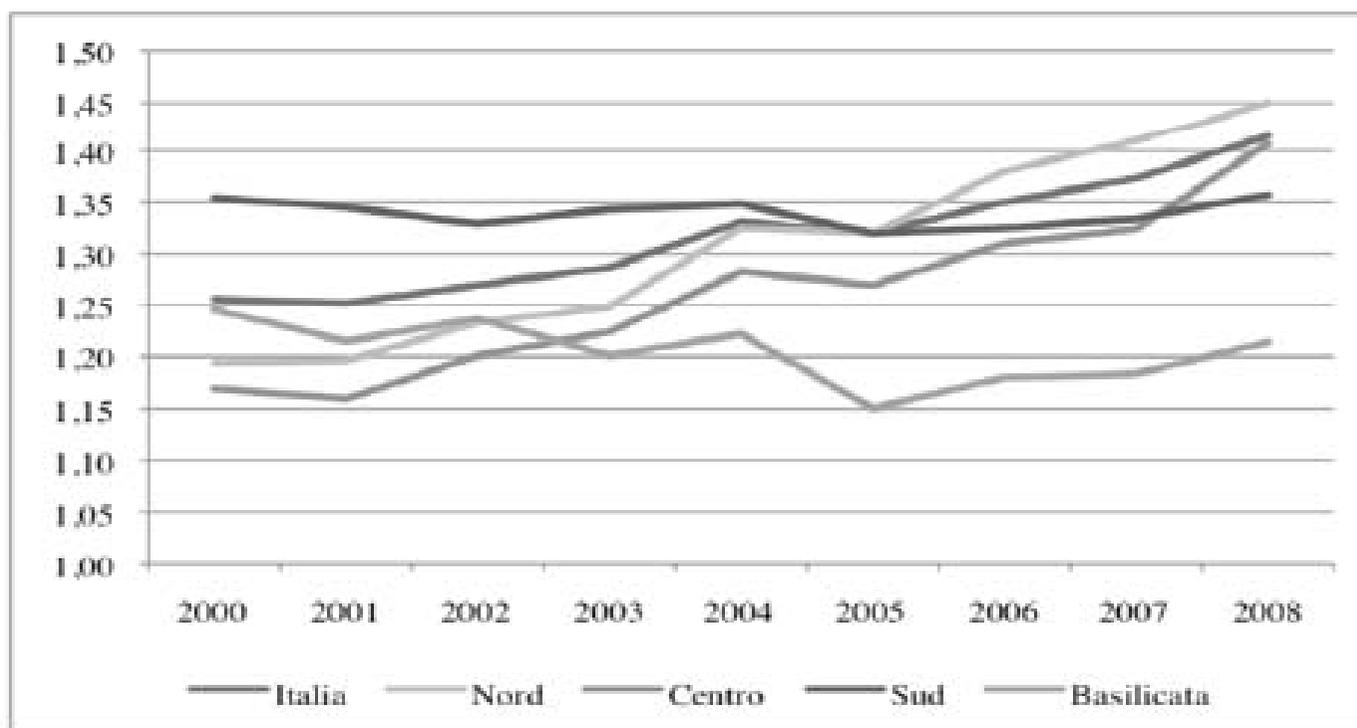


Caratteristiche demografiche della Regione

- Regione con caratteristiche demografiche che da una parte la distinguono dal resto del meridione dall'altra la rendono incline a disagi socio-economici:
 - Bassa fertilità (TFT=1,2 contro 1,4 in Italia e nel Sud);
 - Invecchiamento rapido e consistente



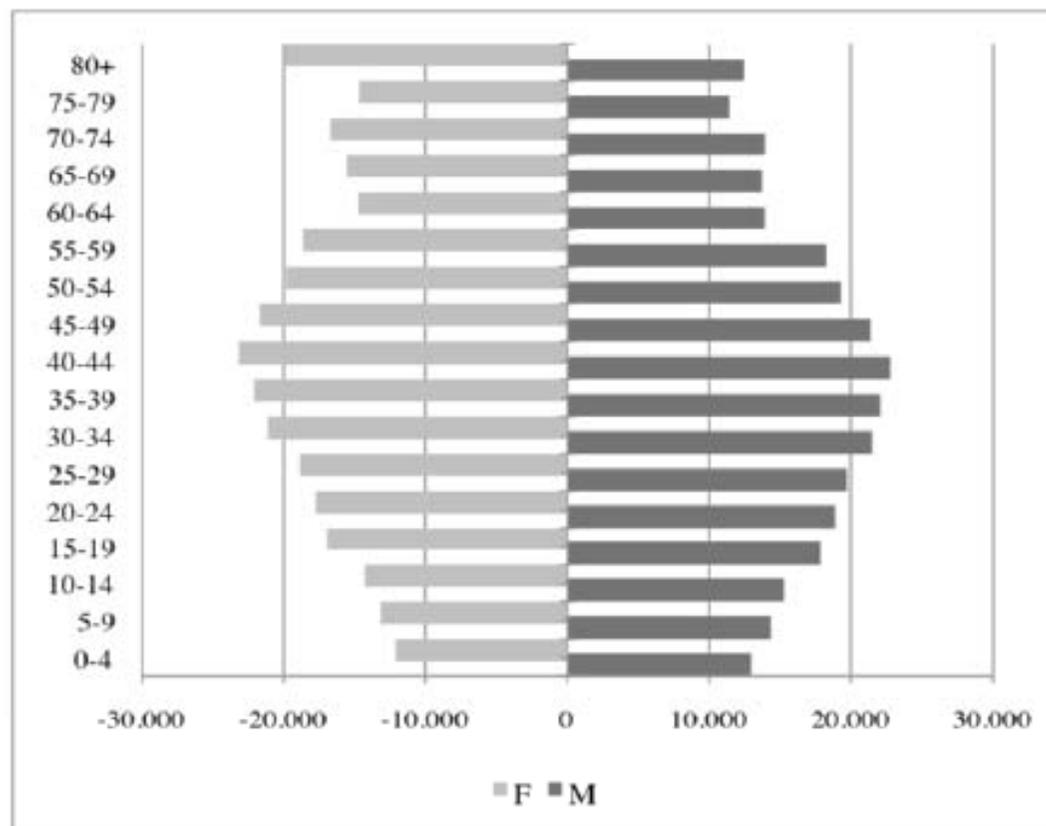
Figura 1.5 Numero medio di figli per donna. Anni 2000 - 2008.



Fonte: ISTAT.



Figura 1.3b Piramide dell'età Basilicata. Anno 2008.



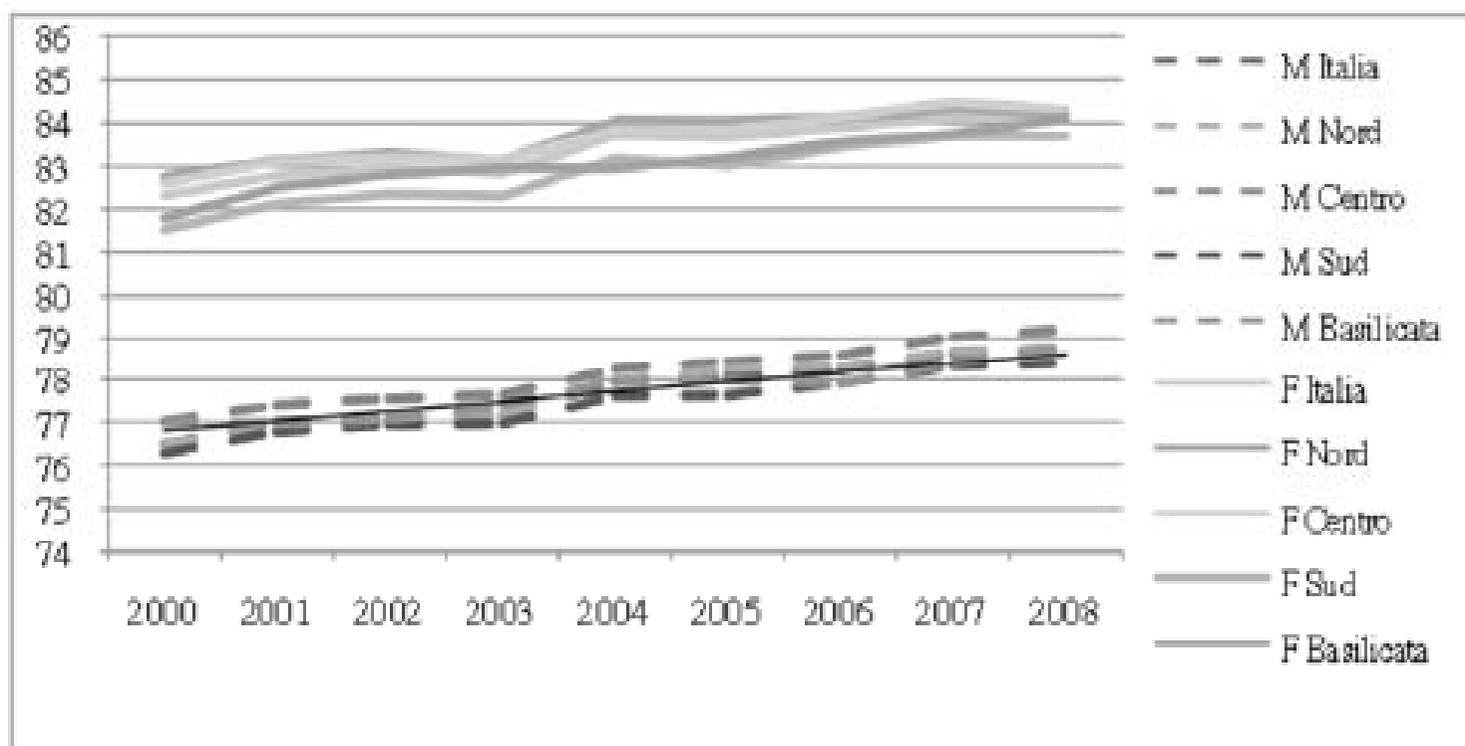
Fonte: ISTAT.

Tabella 1.12 Indice di vecchiaia e indice di dipendenza anziani. Valori %.

Anno	Italia	Nord	Centro	Sud	Basilicata
Indice di vecchiaia					
2000	126,59	155,49	153,21	90,40	110,26
2001	129,25	156,64	155,61	93,64	114,87
2002	131,39	156,95	157,17	96,77	118,93
2003	133,79	157,55	159,11	100,13	123,75
2004	135,87	158,14	160,25	103,14	127,90
2005	137,84	158,47	160,48	106,50	132,61
2006	139,94	158,82	161,84	109,91	137,07
2007	141,71	159,01	162,23	113,03	140,98
2008	142,77	158,42	161,97	115,76	144,22
2009	143,38	157,29	161,01	118,35	146,61



Figura 1.7 Speranza di vita alla nascita per sesso. Anni 2000 – 2008.



Fonte: ISTAT.



Caratteristiche economiche della Regione

- Reddito disponibile minore di circa il 18% quello medio italiano anche se superiore a quello medio del Sud (+6%)
- Tassi di attività e occupazione inferiori alla media nazionale anche se comunque superiori rispetto al Sud, tassi di disoccupazione elevati (inferiori al Sud ma doppi rispetto al livello nazionale)



**Tabella 1.17** Tassi di attività, occupazione e disoccupazione. Valori %.

Anno	Italia	Nord	Centro	Sud	Basilicata
Tasso di attività					
2004	63,17	71,28	65,92	54,77	56,76
2005	62,97	71,46	65,87	53,95	56,12
2006	63,44	72,36	66,85	53,60	56,46
2007	63,38	72,81	66,87	52,85	55,44
2008	63,85	73,44	67,78	52,90	56,39
Tasso di occupazione					
2004	58,09	68,28	61,62	46,55	49,47
2005	58,11	68,48	61,67	46,25	49,24
2006	59,13	69,66	62,80	47,04	50,52
2007	59,52	70,29	63,34	47,02	50,15
2008	59,54	70,61	63,63	46,53	50,14
Tasso di disoccupazione					
2004	8,0	4,2	6,5	15,0	12,8
2005	7,7	4,2	6,4	14,3	12,3
2006	6,8	3,7	6,1	12,2	10,5
2007	6,1	3,5	5,3	11,0	9,5
2008	6,7	3,9	6,1	12,0	11,1

Fonte: ISTAT.

I riflessione

- ❑ LA Basilicata è un esempio di Regione di “transizione”
 - ❑ Pur appartenendo al Meridione
 - ❑ Sta transitando verso parametri demografici simili a quelli delle Regioni di Nord
 - ❑ ... ma senza avere “risolto” la questione economico/occupazionale

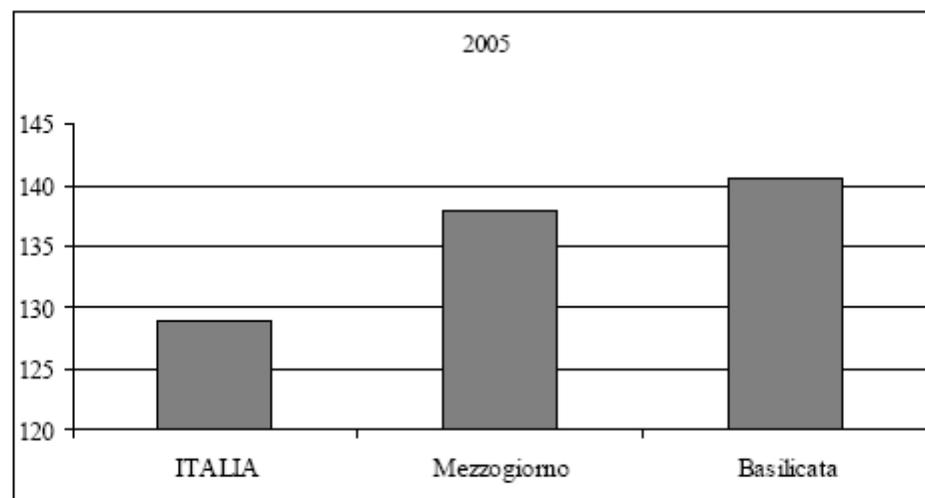


Il Bisogno

- Gli uomini appartenenti alle classi anziane hanno una speranza di vita libera da disabilità superiore a quella del Sud ma tale dato non viene confermato per le donne
- In Basilicata si registrano i livelli più alti per presenza di almeno una malattia cronica: 140,61 per 1000 persone (media del Mezzogiorno 137,9)



Figura 1.8 Persone con almeno una malattia cronica per 1000 persone. Anno 2005 (tasso standardizzato).



Fonte: Health for All-ISTAT.



II riflessione

- ❑ Il problema della cronicità rimane l'emergenza sostanziale
- ❑ Aggravato da una chiara iniquità di genere
- ❑ Il fenomeno, e in particolare la sua eziologia, va approfondito ...
- ❑ Sarà certamente necessario integrare politiche sanitarie, sociali e educative



L'offerta

La Regione Basilicata ha iniziato un processo di razionalizzazione delle risorse sia per quel che concerne l'aggregazione delle ASL (L.R. n. 12 del 2008), sia della rete ospedaliera.





- Popolazione per ASL e Distretto
- Posti letto
- Andamento personale sanitario
- Strutture
 - Residenzialità extra ospedaliera





Tabella 2.1 Popolazione media residente per ASL e per Distretto. Valori assoluti. Anno 2007².

Regioni	Pop. residente per ASL	Pop. residente per Distretto
Italia	348.650,82	80.133,45
Nord	326.710,16	87.474,01
Centro	402.606,14	110.146,96
Sud	352.996,08	63.496,25
Basilicata	118.267,60	53.758,00

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.





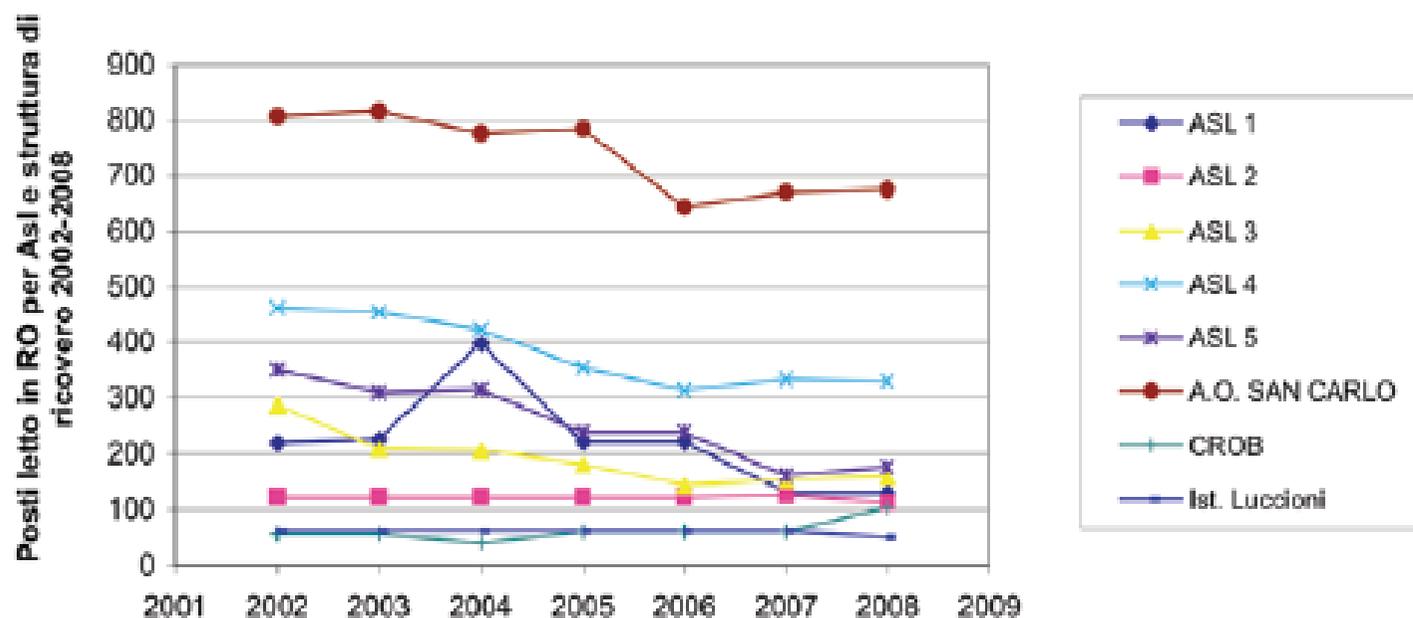
Tabella 2.5 Posti letto per 1.000 abitanti. Anni 2005-2007.

Regioni	Variatz. media annua 2005-2007	Posti letto per 1.000 ab. Anno 2007
Italia	-1,67	4,39
Nord	-1,86	4,47
Centro	-3,23	4,65
Sud	-0,47	4,13
Basilicata	-4,71	3,85

Fonte: Nostra elaborazione su dati Annuario Statistico del Ministero della Salute. Anni 2005-2007.



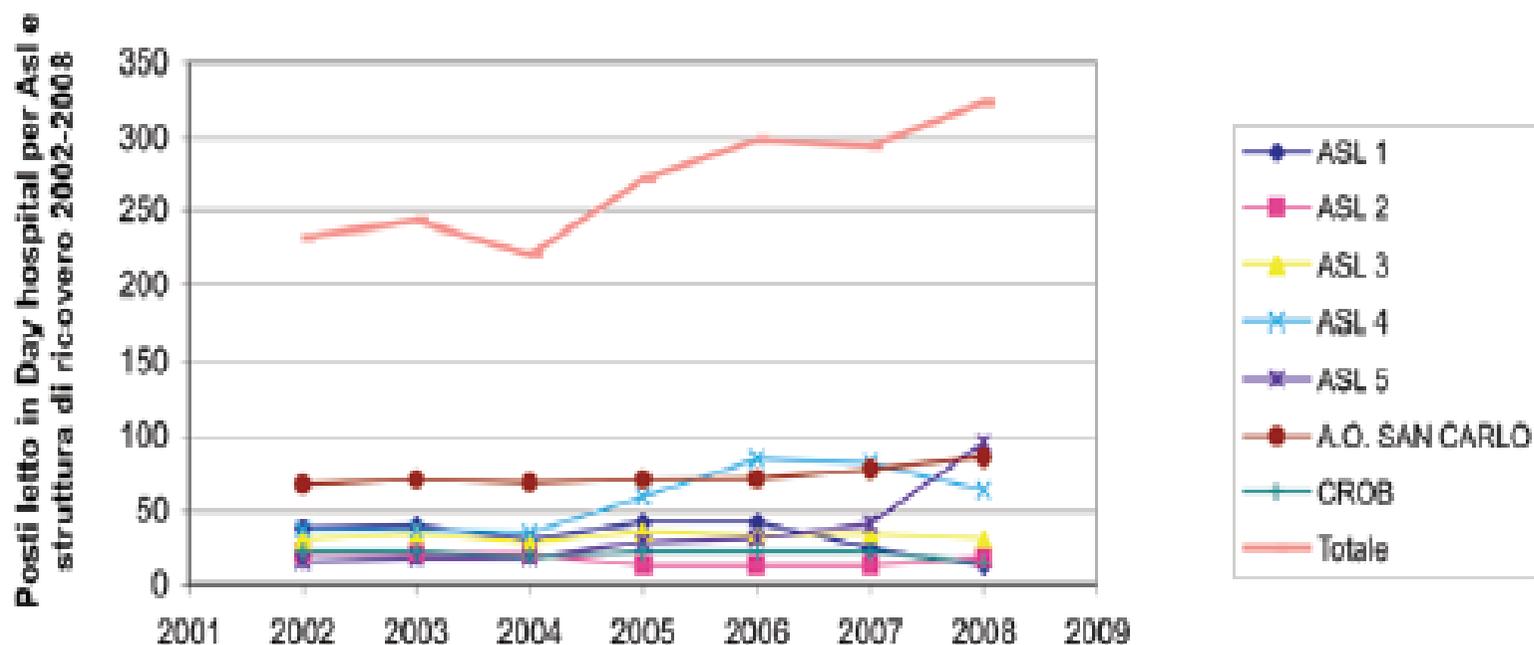
Figura 2.2 Andamento posti letto in regime ordinario per ASL e struttura di ricovero. Anni 2002-2008.



Fonte: Nostra elaborazione su dati SISR Basilicata.



Figura 2.3 Andamento posti letto in day hospital per ASL e struttura di ricovero. Anni 2002-2008.



Fonte: Nostra elaborazione su dati SISR Basilicata.

Tabella 2.14a Personale dipendente del SSN (ASL e Az.Osp.). Variazione percentuale. Anni 2006-2008.

Strutture	Sanitario	Amministrativo	Tecnico	Professionale	Totale
Basilicata	5,3%	0,9%	14,1%	7,1%	6,5%
ASL 1 Venosa	-13,1%	-17,7%	-18,8%	0,0%	-14,7%
ASL 2 Potenza	12,4%	-3,5%	12,2%	0,0%	10,0%
ASL 3 Lagonegro	8,0%	-1,5%	45,7%	100,0%	14,5%
ASL 4 Matera	8,2%	6,4%	36,8%	0,0%	12,6%
ASL 5 Montalbano Jonico	0,5%	-2,3%	-1,9%	0,0%	-0,2%
A.O.R. San Carlo	8,5%	18,1%	13,7%	0,0%	9,8%
CROB	14,4%	11,4%	-3,3%	0,0%	10,4%

Fonte: Regione Basilicata (Rilevazione diretta presso le AASS) e Ministero della Salute.



L'Assistenza Ospedaliera

- Tassi di ospedalizzazione totali minori rispetto all'Italia
 - scarsa presenza di ricoveri chirurgici;
- Elevato numero di ricoveri per DRG medici nelle fasce d'età più anziane (inappropriatezza???)
- Si evidenzia un costo medio per punto DRG corretto molto difforme tra le strutture di ricovero





Tabella 3.6 Degenza media acuti in regime ordinario per ASL e struttura di ricovero. Anni 2002-2007.

Struttura	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Italia	6,70	6,70	6,67	6,70	6,68	6,75
Nord	7,20	7,15	7,06	7,08	7,09	7,15
Centro	7,34	7,34	7,30	7,29	7,21	7,17
Sud	5,82	5,88	5,90	5,95	5,96	6,04
Basilicata	6,42	6,61	6,54	6,61	6,55	6,70
ASL 1	5,16	5,41	5,58	5,58	5,50	5,32
ASL 2	5,65	5,74	6,11	6,29	5,82	5,30
ASL 3	6,42	6,72	6,82	6,84	6,81	6,93
ASL 4	6,57	6,76	6,60	6,90	7,17	7,82
ASL 5	6,03	6,37	6,21	6,07	5,74	6,01
A.O. SAN CARLO	7,13	7,16	7,01	7,02	7,08	7,14
CROB	6,96	6,50	6,09	6,60	5,67	5,70

Fonte: Ministero della Salute e Regione Basilicata.

Tabella 3.43 Degenza media per età, ricoveri ordinari in acuzie. Anno 2008.

Classi d'età	Basilicata
0	5,04
1-14	3,45
15-64	5,77
65-74	8,06
75+	9,00
Totale	6,97

Fonte: Nostre elaborazioni su dati SDO, Basilicata.



Tabella 3.4 Tasso di ricovero per acuti per tipo DRG ed età, in regime ordinario. Valori per 1.000 abitanti. Anno 2006.

Tipologia DRG	Classi d'età	Italia	Nord	Centro	Sud	Basilicata
Medico o N.C.	0	489,08	466,86	446,54	539,11	474,92
	1-14	47,97	35,93	43,74	62,81	42,63
	15-64	55,68	45,31	52,44	70,60	53,92
	65-74	140,06	109,90	128,58	193,77	164,51
	75+	248,56	226,41	246,63	284,43	255,97
	Totale		85,61	73,18	83,23	102,94
Chirurgico	0	19,51	17,71	22,97	19,95	18,05
	1-14	16,25	16,59	14,95	16,48	14,82
	15-64	45,72	44,93	44,52	47,37	41,27
	65-74	92,59	95,57	89,65	89,95	80,30
	75+	92,28	93,87	93,20	89,16	79,35
	Totale		50,87	51,67	50,68	49,94

Fonte: Nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute.

Tabella 3.70 Costi per ricovero, giornata di degenza e Costo medio per punto DRG nelle A.O. e nei Presidi di ASL della Regione Basilicata. Anno 2008.

A.O. e Presidi di ASL	Costo medio per ricovero	Costo per giornata di degenza	Costo medio per punto DRG
Ospedale di zona -Tricarico-	9.346,45	1.894,92	13.150,71
Ospedale Generale di zona -Chiaromonte-	5.336,16	1.076,37	7.009,96
POU Lagonegrese	6.171,33	1.121,69	6.847,62
POU Policoro	5.478,57	1.080,05	6.585,32
CROB	7.621,00	1.478,00	5.531,67
Ospedale Civile Villa D'Agri -Marsicovetere-	4.551,40	853,80	5.201,09
Ospedale Provinciale -Matera-	4.838,71	777,56	5.120,89
A.O. S. Carlo	4.822,00	811,00	4.487,05
POU Venosa-Melfi	3.146,10	813,98	3.310,69

Fonte: Nostre elaborazioni su dati SDO e CE, Ministero della Salute.

Mobilità

E' presente una forte mobilità passiva

-  Sebbene parte della mobilità passiva potrebbe essere spiegata dalle caratteristiche morfologiche della Regione, e dalle piccole dimensioni che non permettono di avere presenti tutti le tipologie di alta specializzazione, rimane il dubbio che una quota parte della mobilità abbia caratteristiche di inappropriatazza, magari derivanti da una mancata presa in carico sul territorio.

III Riflessione

- La consistente riduzione del numero di PL rende auspicabile un contestuale sviluppo dell'assistenza territoriale (in particolare domiciliare e residenziale)
- La riduzione non ha però comportato rilevanti riduzione dell'inappropriatezza ...
- ... "emergenza chirurgica" o eccesso di ricoveri medici inappropriati (dato che i tassi di ricovero sono bassi)
- La mobilità, va ridotta ... ma anche "riqualificata"
- Non è seguita una parallela riduzione del personale che appare "esuberante" rispetto alla popolazione da servire.
- Si pone un problema di gestione della mobilità del personale



ADI

- ❑ Basilicata: unica Regione del Centro Sud ad aver attivato l'ADI in tutte le ASL già dal 2001 a seguito del Decreto LEA
- ❑ Purtroppo nonostante ci sia un'elevata percentuale di popolazione anziana assistita questo avviene a discapito delle ore medie di cure prestate





Tabella 4.28 Casi trattati in ADI. Anno 2007.

Regione	Casi Trattati	Anziani trattati	Under 65 trattati	% anziani trattati	% under 65 trattati
Italia	474.567	385.251	89.316	81,20%	18,82%
Nord	285.930	236.340	49.590	82,70%	17,34%
Centro	100.696	81.651	19.045	81,10%	18,91%
Sud	87.941	67.259	20.682	76,50%	23,52%
Basilicata	6.774	5.121	1.653	75,60%	24,40%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.



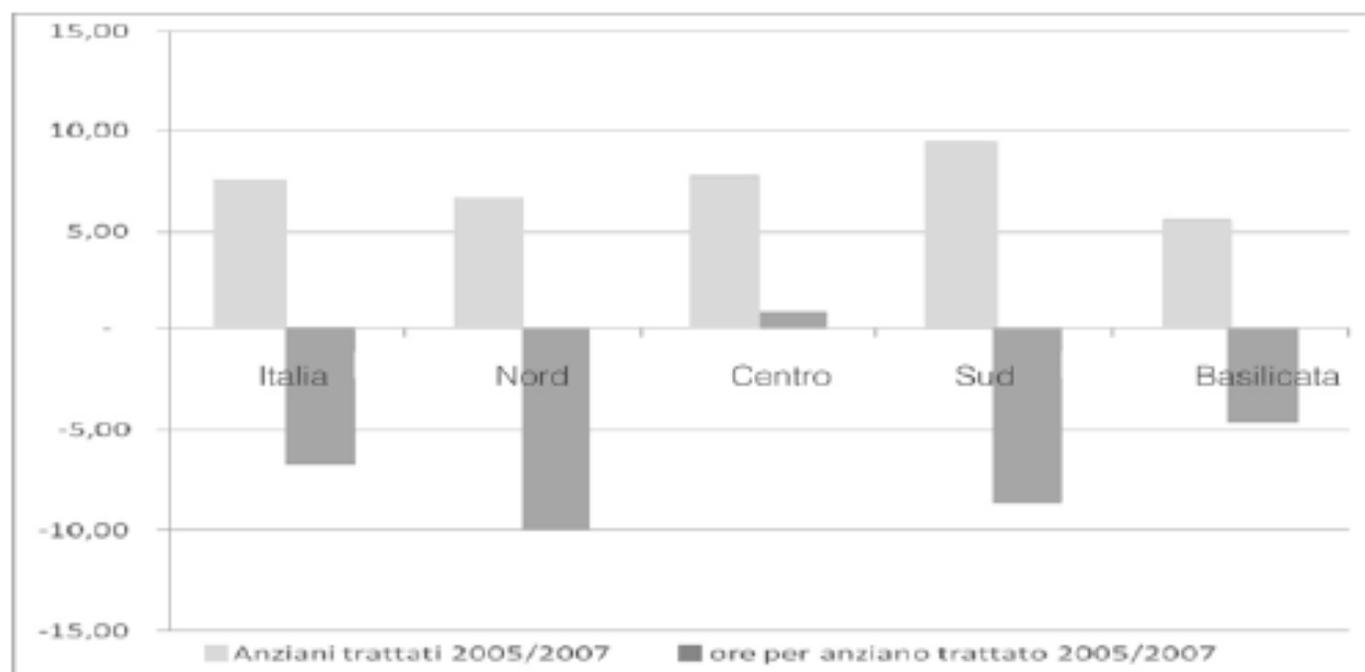
Tabella 4.30 Ore medie assistenza erogata per caso trattato. Anno 2008.

ASL	Totale casi trattati	Ore terapisti riabilitazione	Ore infermieri professionali	Ore altri operatori	Totale ore erogate
Basilicata	6.216	14,45	24,64	4,63	43,72
ASL Venosa	1.340	8,16	32,96	2,12	43,24
ASL Potenza	1.550	17,97	8,57	9,11	35,65
ASL Lagonegro	1.026	8,35	21,25	11,49	41,09
ASL Matera	1.163	26,00	46,58	0	72,58
ASL Montalbano J.	1.137	10,77	17,38	0	28,15

Fonte: Nostra elaborazione su dati regione Basilicata.



Figura 4.7 Confronto anziani trattati in ADI e numero medio di ore per anziano trattato. Valori %. Anni 2005-2007.



Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

Tabella 4.32 Stima spesa ADI totale pro-capite. Anno 2008.

Regioni	% Spesa per ADI su totale spesa sanitaria pubblica	Spesa ADI pro-capite
Italia	0,94	16,88
Nord	1,14	20,92
Centro	0,82	15,44
Sud	0,74	12,44
Basilicata	1,18	20,25

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.



Riabilitazione e lungodegenza

■ Per la riabilitazione e la lungodegenza si registrano tassi inferiori alla media nazionale





Tabella 3.25 Tassi di ricovero per ricoveri ordinari in riabilitazione. Valori per 1.000 abitanti. Anno 2006.

Regioni	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	2,47	14,65	19,77	5,08
Nord	2,96	17,58	24,01	6,34
Centro	1,99	11,80	19,00	4,59
Sud	2,11	12,02	13,68	3,74
Basilicata	1,97	9,24	11,09	3,38

Fonte: Nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute.

Tabella 3.34 Tassi di ricovero per ricoveri ordinari in lungodegenza. Valori per 1.000 abitanti. Anno 2006.

Regioni	15-64	65-74	75+	Totale
Italia	0,42	3,05	12,19	1,73
Nord	0,37	4,00	17,37	2,40
Centro	0,22	1,59	7,72	1,11
Sud	0,59	2,54	7,21	1,22
Basilicata	0,32	2,60	7,00	1,15

Fonte: Nostre elaborazioni su dati SDO, Ministero della Salute.



IV riflessione

- ❑ L'area post acuzie va potenziata e riorganizzata
- ❑ ... anche in relazione ai dati epidemiologici prima esposti





L'assistenza farmaceutica

- ❑ Contrazione della spesa farmaceutica a carico del SSN (taglio dei prezzi imposto dall'AIFA e non ad un modificato atteggiamento prescrittivo)
- ❑ Rispettato il tetto del 14% per la farmaceutica convenzionata.



Tabella 4.11 Composizione della spesa farmaceutica. Valori %. Anno 2008.

Regioni	Spesa netta per farmaci classe A-SSN	Spesa privata per farmaci di classe A	Spesa per farmaci di classe C con ricetta	Spesa per farmaci di automedicaz.	Spesa delle strutture pubbliche
Italia	49,30	4,02	13,46	8,91	24,31
Nord	45,83	5,44	14,24	10,18	24,31
Centro	48,06	3,96	13,85	9,26	24,87
Sud	54,47	2,26	12,24	7,08	23,96
Basilicata	54,25	0,47	10,38	6,60	28,30

Fonte: Nostra elaborazione su dati Rapporto Osmed 2009.

Tabella 4.14 Numero ricette. Anni 2006-2008.

ASL	Numero ricette. Anno 2008	Var. media n. ricette 2006-2008
Basilicata	6.252.287	4,23
ASL Venosa	1.019.314	4,89
ASL Potenza	2.236.171	4,77
ASL Lagonegro	818.642	2,86
ASL Matera	1.313.722	4,09
ASL Montalbano Jonico	864.438	3,60

Fonte: Nostra elaborazione su dati Relazione Sanitaria regione Basilicata. Rapporto 2008/2009.



Assistenza primaria

- Elevata variabilità di offerta tra le diverse ASL della Basilicata, in larga misura imputabile ad una distribuzione dell'offerta di assistenza primaria non del tutto razionale;
- Con la promulgazione dell'Accordo Integrativo Regionale del 2008 per la disciplina dei rapporti con i MMG, l'assistenza di base, dovrebbe diventare soggetto attivo in grado di soddisfare la domanda di assistenza mediante una presa in carico globale e complessiva.



Tabella 4.2 Punti di Guardia Medica. Anni 2005-2007.

Regioni	Punti di guardia medica 2007	Variazione media annua punti guardia 2005/2007
Italia	3.042	0,76
Nord	768	1,74
Centro	408	1,00
Sud	1.866	0,32
Basilicata	139	-0,36

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

Tabella 4.9 Spesa pro-capite per assistenza di base. Anno 2008.

ASL	Spesa pro-capite
Basilicata	139,31
ASL Venosa	143,55
ASL Potenza	134,87
ASL Lagonegro	163,70
ASL Matera	117,30
ASL Montalbano Jonico	156,47

Fonte: Nostra elaborazione su dati regione Basilicata.

Assistenza specialistica

- La Basilicata ha adottato un proprio nomenclatore tariffario.
- L'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel complesso è razionale ed è di natura prevalentemente pubblica.
 - variabilità tra le ASL probabilmente superato con l'accorpamento delle ASL.
- Spesa pro-capite per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è bassa nelle ASL lucane.



Tabella 4.21 Prestazioni ambulatoriali specialistiche pro-capite. Anno 2008.

ASL	Prestazioni pro-capite
Basilicata	6,55
ASL Venosa	7,00
ASL Potenza	7,97
ASL Lagonegro	6,26
ASL Matera	4,79
ASL Montalbano Jonico	5,16

Fonte: Nostra elaborazione su dati regione Basilicata.

Tabella 4.24 Quota di spesa per struttura per la specialistica ambulatoriale. Anno 2008.

Struttura	% spesa
Basilicata	4,52
ASL Venosa	7,39
ASL Potenza	6,45
ASL Lagonegro	2,89
ASL Matera	5,28
ASL Montalbano Jonico	4,09
San Carlo	0,43
CROB	3,04

Fonte: Nostra elaborazione su dati regione Basilicata.



V riflessione

- ❑ L'area dell'assistenza primaria ancora è carente di un disegno organizzativo consolidato
- ❑ I risultati sulla farmaceutica sono in larga misura di natura esogena ...
- ❑ Invece la specialistica sembra sotto controllo



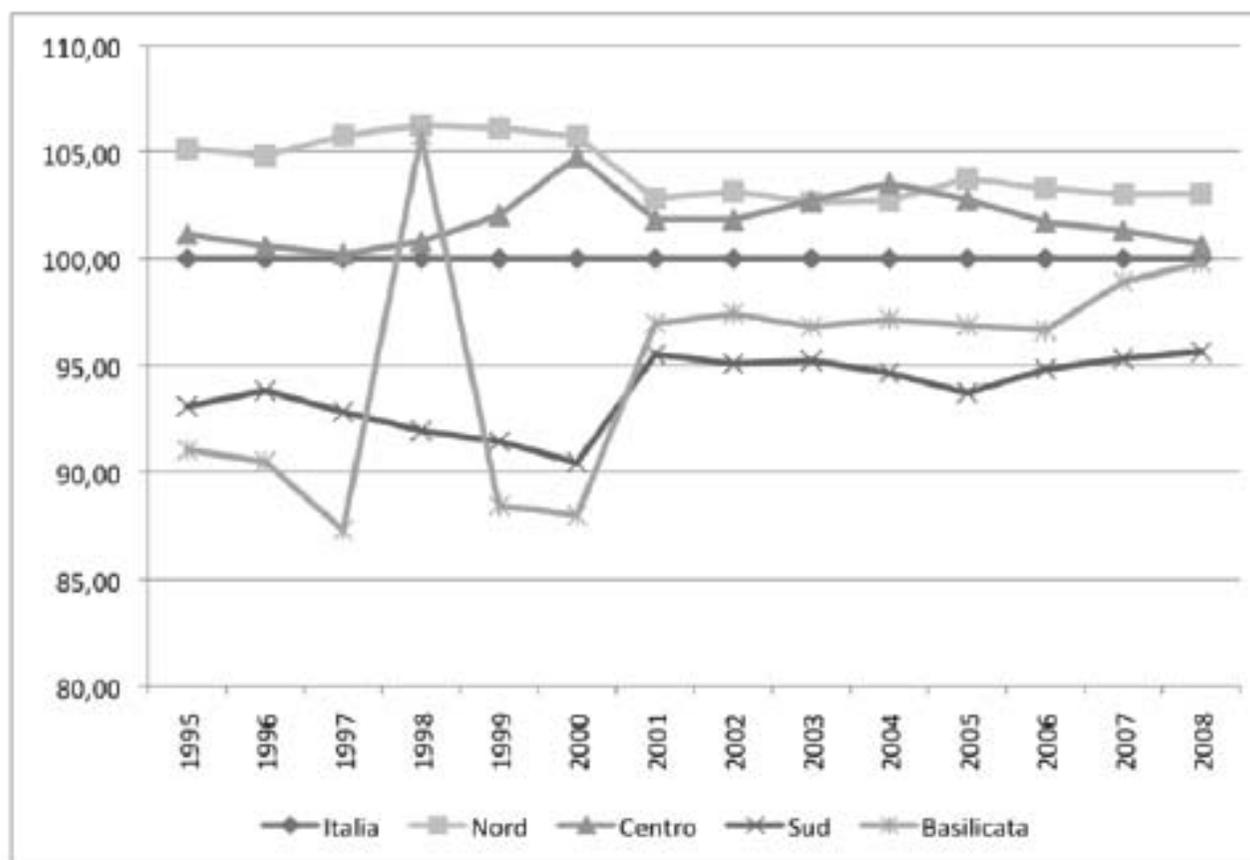


Finanziamento e Spesa

- La Regione ottiene ormai risorse non molto inferiori rispetto alla media del Nord.
- Il disavanzo deriva da voci straordinarie (in larga misura "mobilità")
- La Regione oggi è in un sostanziale equilibrio finanziario



Figura 2.4 Finanziamento pro-capite Regione Basilicata, numeri indice.



Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute.

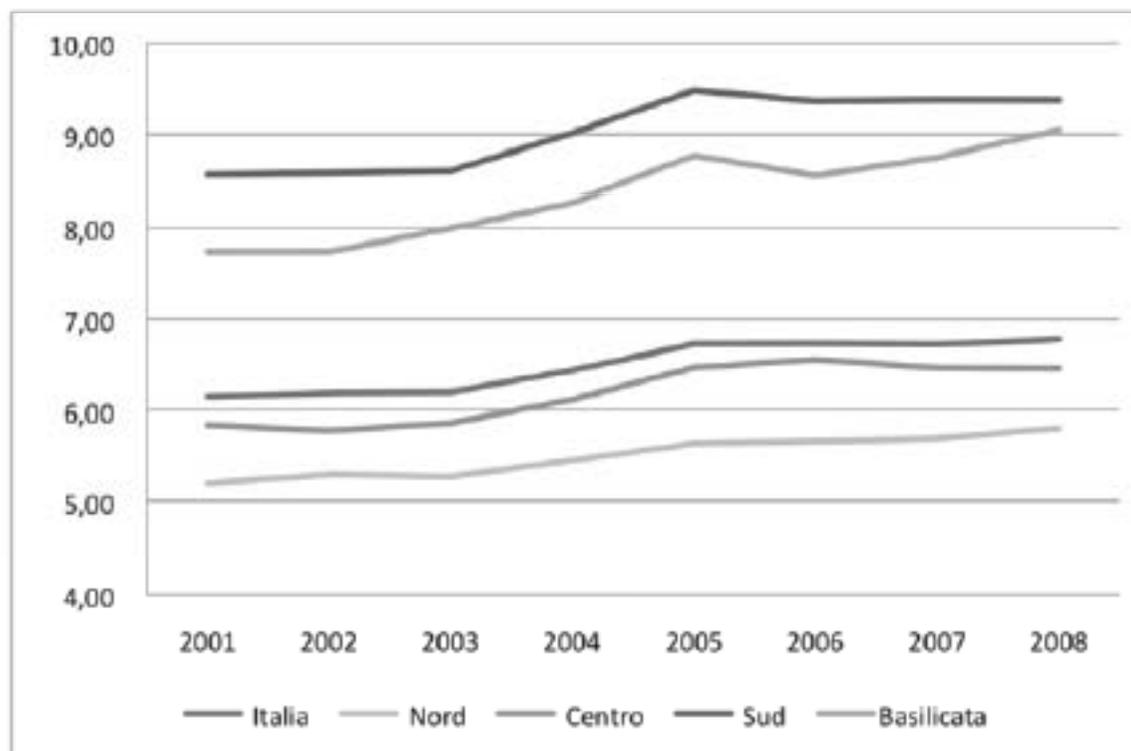
Tabella 2.17 Variazione % rispetto all'anno precedente del finanziamento e del PIL.
Anni 2005-2008.

Ripartizione	Variabile	2005	2006	2007	2008
Italia	Finanziamento	+7,51	+4,50	+5,11	+3,31
	PIL	+2,73	+3,91	+4,01	+1,77
Nord	Finanziamento	+9,04	+4,31	+4,82	+3,56
	PIL	+2,76	+3,83	+4,33	+1,77
Centro	Finanziamento	+6,82	+3,63	+6,05	+2,98
	PIL	+2,59	+3,93	+4,37	+2,06
Sud	Finanziamento	+5,84	+5,28	+4,96	+3,16
	PIL	+2,78	+4,07	+2,95	+1,49
Basilicata	Finanziamento	+6,06	+3,31	+6,40	+3,32
	PIL	+1,04	+6,21	+3,35	+1,41

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute



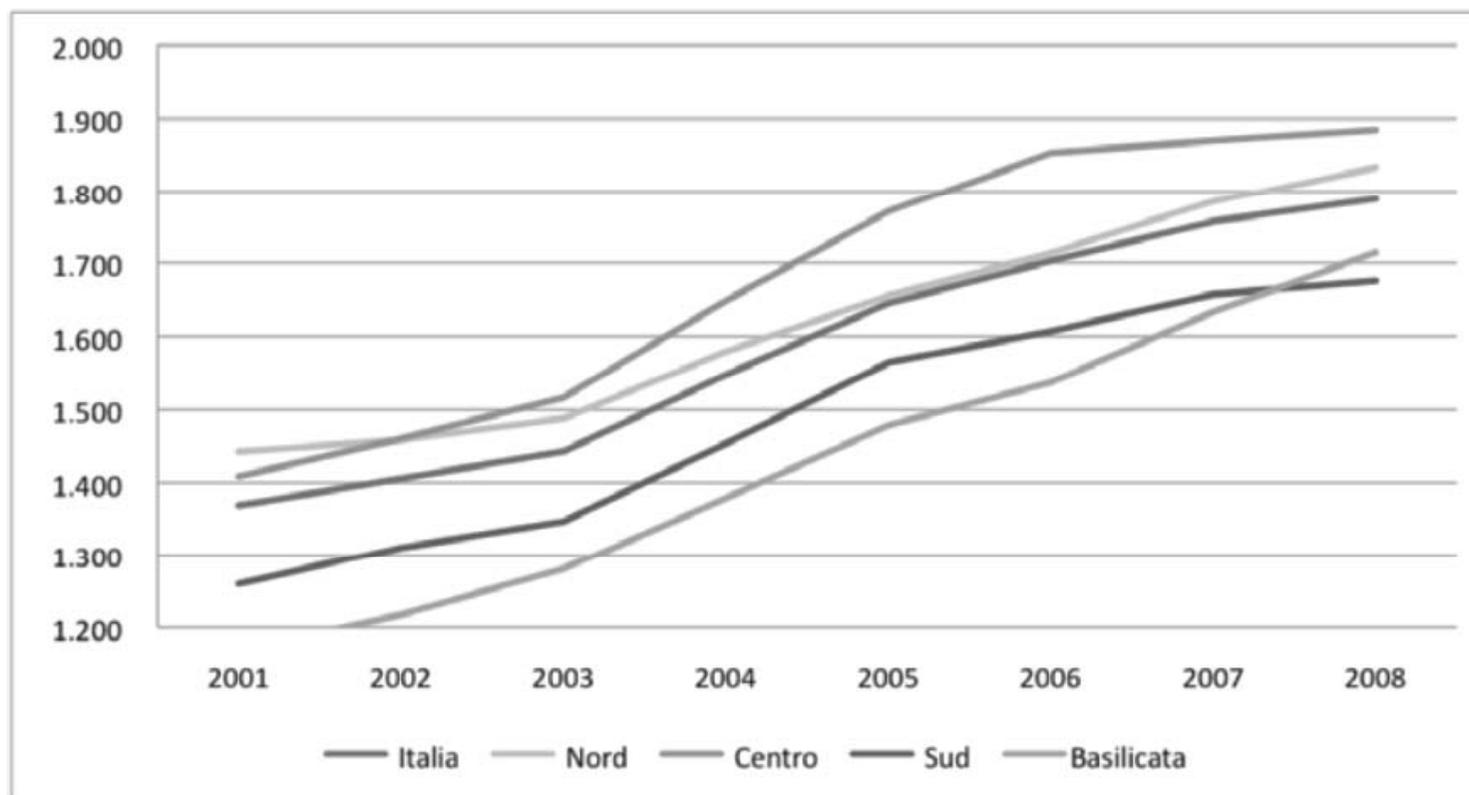
Figura 2.10 Spesa Sanitaria su PIL andamento 2001-2008.



Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT.



Figura 2.11 Spesa Sanitaria pro-capite andamento 2001-2008.



Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT.



VI Riflessione

- ❑ La transizione verso “parametri” settentrionali è stata ormai recepita nei livelli di finanziamento
- ❑ La dimensione limitata della Regione favorisce l’efficienza organizzativa ...
- ❑ ... ma la espone maggiormente ai rischi finanziari
- ❑ Il monitoraggio dell’equilibrio finanziario deve essere continuo



Riflessioni finali

Il contesto

-  Rischi di ulteriori contrazioni delle risorse finanziarie
-  A fronte di un riadeguamento del finanziamento ormai avvenuto
-  Rimane un SSR "piccolo"



Riflessioni finali

- ❑ La Regione ha una buona capacità di governo dei processi
- ❑ Ma va "esplicitato" il modello di SSR che si vuole e ci si può permettere
- ❑ Inoltre si conferma la necessità di ulteriori investimenti sul "territorio"
- ❑ ... anche per riassorbire il personale che si "libera" a livello ospedaliero





Riflessioni finali

- I rischi principali per il futuro sono:
 - le risorse che rimangono scarse, specie per gli investimenti
 - l'uso del SSR per sostenere i livelli occupazionali
 - un modello incompiuto di assistenza primaria
 - la permanenza di alti livelli di inappropriatazza dei ricoveri (ivi compresi quelli in mobilità)





SEZIONE II





Monitorare e interpretare il processo di innovazione organizzativa delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata attraverso l'osservazione della realtà





Obiettivi, finalità, metodologia

OBIETTIVI

- Evidenziare le criticità e le possibili aree di sviluppo/miglioramento dell'Azienda, eventuali punti di forza e/o di debolezza, le relazioni e le forme di collaborazione con gli altri attori istituzionali e locali, le azioni e gli strumenti di integrazione eventualmente avviati, i sistemi di valutazione e controllo della gestione utilizzati, il raccordo ed il coordinamento tra la Regione e le Aziende Sanitarie.

DUPLICE PROSPETTIVA

- «esterna» finalizzata a ricostruire, in modo oggettivo, a partire dalla documentazione ufficiale, gli elementi fondamentali di rinnovamento negli assetti istituzionali;
- «interna» finalizzata a mettere in evidenza le percezioni degli operatori delle strutture sanitarie pubbliche.

METODOLOGIA

- Elaborazione informazioni desumibili dai dati forniti dalla Regione Basilicata su supporto magnetico e su quelle quali-quantitative assunte, in coordinamento con la Regione, dalle Aziende Sanitarie
- La rilevazione nelle aziende è stata condotta attraverso una raccolta documentale e alcune interviste strutturate. Per la prima abbiamo predefinito una lista di documenti (atto aziendale, piano strategico, pianta organica, regolamento di organizzazione), chiedendo alle Aziende di integrarli con altra documentazione ritenuta utile ai fini della nostra ricerca. Le interviste, dirette o telefoniche, a seconda della disponibilità acquisita, si sono basate su griglie di domande semi-strutturate, precedentemente validate dalla Regione. Le stesse sono state condotte con i direttori generali che in tutti i casi hanno ritenuto di coinvolgere altri attori.





Attori coinvolti e ringraziamenti

Attori Aziendali	
ASP (Az. Sanitaria locale di Potenza)	Pasquale Amendola (Direttore Generale)
ASM (Az. Sanitaria locale di Matera)	Vito Gaudiano (Direttore Generale) Giuseppe Montesano (Direttore Sanitario) Vito D'Alessandro (Referente programmazione aziendale)
Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR)	Giovanni De Costanzo (Direttore Generale) Rocco Giovanni Panarace (Dirigente U.O. Controllo di Gestione)
IRCCS CROB Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture	Rocco Alessandro Maglietta (Direttore Generale) Giovanni Battista Bochicchio (Direttore Sanitario) Sara Pennelli (Dirigente medico Area Igiene, Epid.e Sanità Pubblica)
Attori Regionali	
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità	
Assessore	On. Antonio Potenza
Assessore	Dr. Attilio Martorano
Direzione Generale	Dirigente Generale Rocco Rosa
Direzione Generale	Dirigente Generale Pietro Quinto
Ufficio Risorse Finanziarie ed Investimenti del sistema salute	Dr. Raffaele Giordano (dirigente), d.ssa Maria Bellitto, Sig.ra Annarita Lucia
Ufficio Formazione e Aggiornamento e Politiche del Personale del Servizio Sanitario Regionale	Dr. Giuseppe Montagano (dirigente)
Ufficio Promozione Cittadinanza Solidale ed Economia Sociale, Sviluppo Servizi Sociali e Sociosanitari	Dr. Adriano Abiusi (dirigente)
Ufficio Politiche della Prevenzione Sanità Pubblica, Medicina del Lavoro, Sicurezza nei Luoghi di Vita e Lavoro	Dr.ssa Cauzillo (dirigente)





Gli assetti istituzionali ed il cambiamento organizzativo

- **Fino al 31.12.2008** il sistema sanitario regionale lucano si è strutturato in cinque Asl, un'Azienda ospedaliera, un Centro di ricerca oncologico a carattere scientifico, un ente per il coordinamento del sistema dell'emergenza-urgenza, una casa di cura accreditata, 64 strutture territoriali private accreditate (di cui 56 ambulatori e laboratori, 7 centri di riabilitazione e un RSA - ex ospedale psichiatrico) e quattro strutture autorizzate e non accreditate
- **In applicazione della L.R. n. 12/2008** "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale", a partire dal 1.1.2009 il Servizio Sanitario Regionale si compone di due Aziende sanitarie, l'Azienda sanitaria locale di Potenza (ASP) e Matera (ASM), con dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali, dell'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.
- Le due Aziende sanitarie locali adottano il modello dipartimentale, si articolano in distretti socio-sanitari coincidenti con le Comunità Locali.
- I distretti socio-sanitari, strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute organizzate in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB), in modo da garantire la gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.





Criticità e aree di possibile sviluppo/miglioramento

AZIENDA	CRITICITA'	AREA DI SVILUPPO
ASP	La maggiore criticità esistente è rappresentata dalla <u>fragilità del territorio</u> che pur popolato di strutture assistenziali di ogni tipo, <u>non è governato da percorsi assistenziali</u> capaci di dare risposte esaustive ai bisogni assistenziali della popolazione.	Avviare e portare a realizzazione una rete intraziendale e regionale (interaziendale) dei percorsi assistenziali. La creazione di una rete assistenziale su scala regionale rappresenta la vera frontiera della sanità di Basilicata.
ASM	La criticità principale è costituita dall'inadeguatezza strutturale delle risorse economiche assegnate in via ordinaria per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'elevato differenziale tra costi e ricavi, che contabilmente si traduce in deficit di bilancio, unitamente all'allungamento dei tempi richiesti dall'iter burocratico per l'approvazione dei documenti di programmazione, costituisce un vincolo considerevole che frena di fatto lo sviluppo dell'azione programmatica aziendale, determinando uno scenario caratterizzato da una componente di incertezza e instabilità.	Le aree assistenziali di sviluppo/miglioramento su cui l'Azienda intende investire nel corso del proprio mandato sono riconducibili alle seguenti: area della assistenza territoriale: potenziamento del ruolo e della funzione dei distretto, perfezionamento del processo di riqualificazione in senso distrettuale delle strutture ospedaliere periferiche; area della cronicità: implementazione strutturale di un' articolazione aziendale deputata specificatamente alla programmazione ed alla gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche; area dell' assistenza ospedaliera per acuti: attivazione di processi finalizzati al recupero dell' appropriatezza clinica, gestionale ed organizzativa ed il passaggio progressivo ad un modello organizzativo strutturato per aree funzionali omogenee in base al grado di intensità di cura; area della prevenzione: sviluppo di politiche rivolte alla promozione della salute. Più in generale, poi, l'Azienda ritiene opportuno presidiare le seguenti funzioni, in considerazione della elevata rilevanza strategica che esse rivestono nel perseguimento degli obiettivi aziendali: programmazione e innovazione organizzativa; sistema informativo aziendale; qualità e ricerca; area dell' integrazione con gli Enti Locali, le Associazioni di Volontariato ed altri organismi istituzionali;
AOR	Si registrano difficoltà derivanti dai limiti normativi imposti alle assunzioni di personale. Inoltre per posti in organico si rilevano consistenti difficoltà nel reperimento di specifiche figure professionali mediche (anestesisti - radiologi).	Chirurgia di alta specializzazione (Neurochirurgia e Cardiocirurgia), Dipartimento di Emergenza Accettazione, Oncologia ed Ematologia.
IRCCS	Messa in sicurezza e ammodernamento della struttura, anche dal punto di vista sismico. Recupero degli spazi da dedicare alla ricerca. Attualmente i sedici ricercatori dell'Istituto svolgono la loro attività presso altri laboratori in Italia e all' Estero.	Ammodernamento della struttura preesistente nel corso dell'anno 2010 e costruzione di una nuova struttura destinata all'attività di ricerca.





Criticità/proposizioni

Criticità

- inadeguatezza strutturale delle risorse economiche assegnate,
- eccessiva burocratizzazione amministrativa che rallenta il processo di pianificazione e, di conseguenza, l'approvazione dei documenti di programmazione regionali ed aziendali,
- difficoltà di assunzioni di personale con competenze specifiche,
- difficoltà di recuperare spazi logistici da dedicare alla ricerca.

Proposizioni

- investire in alcune aree specifiche: territoriale, della cronicità, ospedaliera per acuti, prevenzione, innovazione, qualità e ricerca, alta specializzazione.
- prevedere percorsi assistenziali capaci di fornire risposte esaustive ai bisogni assistenziali della popolazione.



Aree prioritarie di investimento

- ✓ *Formazione del personale, a tutti i livelli*
- ✓ *Ridefinizione dei ruoli organizzativi*
- ✓ *Sistema di budget*
- ✓ *Sistema informativo*
- ✓ *Percorsi clinici integrati*
- ✓ *Comunicazione interna ed esterna*

ASP

ASM

- ✓ *Sistema informativo aziendale*
- ✓ *Programmazione e sviluppo organizzativo*
- ✓ *Ricerca e qualità*
- ✓ *Health Technology Assessment*
- ✓ *Risk Management*
- ✓ *Area della cronicità*

- ✓ *Chirurgia di alta specializzazione*
- ✓ *Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA)*
- ✓ *Oncologia*
- ✓ *Telemedicina e teleconsulto*
- ✓ *Implementazione e sviluppo di un area assistenziale per il trattamento del paziente anziano critico*
- ✓ *Sviluppo delle rete cliniche interaziendali*

AOR

IRCCS

- ✓ *Chiarezza dei ruoli e dei compiti istituzionali*
- ✓ *Collaborazione per il conseguimento degli obiettivi assegnati (mantenimento del riconoscimento ministeriale di IRCCS, in primis)*



Punto di forza o di debolezza? 1/2

	AZIENDA	ESTREMO PUNTO DI DEBOLEZZA	PUNTO DI DEBOLEZZA	NEUTRO	PUNTO DI FORZA	ESTREMO PUNTO DI FORZA
Professionalità, competenza dei dirigenti	ASP			X		
	ASM			X		
	AOR				X	
	IRCCS				X	
Professionalità, competenza del personale medico	ASP		X			
	ASM				X	
	AOR				X	
	IRCCS				X	
Professionalità, competenza del restante personale sanitario	ASP			X		
	ASM			X		
	AOR				X	
	IRCCS				X	
Chiarezza dei ruoli organizzativi	ASP		X			
	ASM			X		
	AOR			X		
	IRCCS			X		
Sistema di pianificazione e programmazione	ASP			X		
	ASM				X	
	AOR					X
	IRCCS				X	
Sistema di budget	ASP		X			
	ASM			X		
	AOR					X
	IRCCS				X	
Sistema di contabilità	ASP		X			
	ASM			X		
	AOR					X
	IRCCS				X	
Presidio delle condizioni di equilibrio economico/finanziario	ASP		X			
	ASM			X		
	AOR				X	
	IRCCS				X	
Rapporto con gli enti locali	ASP			X		
	ASM			X		
	AOR		X			
	IRCCS			X		
Gestione delle risorse tecnologiche	ASP			X		
	ASM			X		
	AOR			X		
	IRCCS				X	

- professionalità;
- competenze;
- strumenti di pianificazione, programmazione e controllo;
- percorsi clinico/assistenziali,
- rapporti con il territorio e con le istituzioni locali

Punto di forza o di debolezza? 2/2

	AZIENDA	ESTREMO PUNTO DI DEBOLEZZA	PUNTO DI DEBOLEZZA	NEUTRO	PUNTO DI FORZA	ESTREMO PUNTO DI FORZA
Sistemi informativi	ASP		x			
	ASM			x		
	AOR				x	
	IRCCS				x	
Apertura al cambiamento/innovazione	ASP			x		
	ASM				x	
	AOR				x	
	IRCCS			x		
Collegamenti con il sistema universitario/ricerca	ASP		x			
	ASM			x		
	AOR			x		
	IRCCS				x	
Percorsi clinici integrati	ASP	x				
	ASM				x	
	AOR				x	
	IRCCS			x		
Comunicazione interna	ASP		x			
	ASM			x		
	AOR			x		
	IRCCS				x	
Comunicazione esterna	ASP		x			
	ASM			x		
	AOR		x			
	IRCCS				x	
Gestione delle risorse umane	ASP		x			
	ASM			x		
	AOR			x		
	IRCCS				x	
Valutazione delle competenze	ASP			x		
	ASM			x		
	AOR			x		
	IRCCS				x	
Relazioni sindacali	ASP			x		
	ASM			x		
	AOR			x		
	IRCCS				x	

Strumenti di governance

AZIENDA	STRUMENTI DI COOPERAZIONE
ASP	<p>Gli strumenti maggiormente significativi per questa finalità sono puntualmente definiti nell'atto aziendale e sono riassumibili in <u>strumenti della programmazione distrettuale</u> (Attività della Conferenza istituzionale dell'ambito sociosanitario, piano attuativo distrettuale e piani per la salute) e strumenti per il governo del territorio (Ufficio di Coordinamento del distretto – Comitati consultivi <u>misti distrettuali</u>).</p>
ASM	<p><u>Sviluppo di forme di partnership</u> (accordi di programma, protocolli operativi, convenzioni, ecc.) tra i Distretti e gli Enti Locali che realizzino l'integrazione sociosanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. a livello istituzionale attraverso la sottoscrizione congiunta di "patti per la salute" da parte dei vari attori coinvolti; II. a livello gestionale attraverso l'adozione di modelli organizzativi che consentano di attivare procedure finalizzate alla presa in carico integrata del paziente, III. a livello professionale attraverso l'armonizzazione delle competenze dei professionisti chiamati in causa nella realizzazione degli obiettivi comuni IV. a livello <u>economiche attraverso una congrua ripartizione</u> delle competenze finanziarie
AOR	<p><u>Implementazione e sviluppo di protocolli integrati Socio-Sanitari.</u></p>
IRCCS	<p><u>L'IRCCS di Rionero, che fra l'altro gestisce il registro tumori regionale</u>, attraverso la sua struttura complessa di Epidemiologia, Biostatistica e Registro Tumori, già oggi ha elaborato i dati inerenti la prevalenza e l'incidenza della patologia neoplastica a livello regionale ed è possibile, attraverso il nostro sito, interrogare la banca dati per le relative informazioni che possono essere aggregate anche per singoli comuni o per specifiche aree geografiche. A questo scopo è necessario interagire con le <u>comunità locali</u> per rendere meglio fruibili le informazioni già disponibili o anche per progettare specifici percorsi di approfondimento epidemiologico.</p>

Azioni e strumenti di integrazione implementati

AZIENDA	AZIONI E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE IMPLEMENTATI
ASP	La implementazione degli strumenti sopra ricordati presuppone la definizione (individuazione) e la attuazione dei <u>distretti della salute</u> , previsti in sede regionale ma non ancora realizzati.
ASM	<p>Individuazione del Distretto come luogo primario di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.</p> <p>Attivazione e consolidamento, per ciascun Distretto aziendale, dei Comitati dei Sindaci dei Comuni ricadenti nel comprensorio di afferenza, cui è demandata l'approvazione dei Piani Attuativi Territoriali aziendali.</p> <p>Attivazione di <u>Sportelli Unici per i servizi socio-sanitari</u> presso le sedi distrettuali dei Comuni del comprensorio aziendale, che, attraverso la sinergia tra i Distretti Aziendali, l'Amministrazione Comunale e in alcuni casi le Associazioni di Volontariato, intendono fornire una risposta unitaria e congrua alle problematiche socio-assistenziali riguardanti la popolazione assistita. L'Attivazione degli Sportelli Unici per i servizi socio-assistenziali ha seguito la stipula di appositi protocolli tra le istituzioni coinvolte.</p> <p>Attivazione del progetto di "Assistenza ad anziani ultra settantacinquenni soli e fragili: esperienza di integrazione all'interno dello Sportello Unificato Socio-Sanitario", approvato dalla Regione Basilicata e finanziato dal Ministero della Solidarietà Sociale, che ha consentito l'impiego di giovani del servizio civile in favore di persone viventi in condizioni di disagio.</p> <p>Protocollo di intesa tra l'Azienda e il Tribunale per i Diritti del Malato finalizzato a rafforzare il rapporto di collaborazione e di confronto con le associazioni e con il volontariato nell'ottica di migliorare la qualità delle prestazioni, ottimizzare le risorse e garantire i diritti dei cittadini.</p> <p>Accordo con la Provincia di Matera per l'estensione di un servizio di navetta gratuito per i pazienti residenti in tutti i Comuni del comprensorio aziendale che effettuano cicli di radioterapia presso il <u>C.R.O.B. di Rionero</u>.</p>
AOR	Attivazione Piani di Offerta Integrata di Servizi (P.O.I.S.).
IRCCS	L' <u>IRCCS di Rionero</u> , attraverso il suo Hospice, è nella rete regionale delle cure palliative. Sono inoltre in via di adozione gli atti propedeutici all'attivazione della rete oncologica regionale. Nell'ambito della definizione delle reti oncologiche regionali va inserito e meglio formalizzato il <u>percorso di presa in carico del paziente neoplastico</u> dopo la dimissione dall'ospedale e per tutta la durata della malattia anche adottando il modello della "Simultaneous Care".

Strumenti di integrazione: implementazione e sviluppo

- ❑ Distretti della Salute: concepiti nella logica della piena integrazione sociosanitaria, con la finalità di tutelare il benessere complessivo attraverso la presa in carico della persona e dei suoi bisogni.
- ❑ Sportelli unici per i servizi socio-sanitari per la risposta unitaria ai bisogni di salute
- ❑ P.O.I.S. Piani di offerta integrata di servizi (finalizzati al potenziamento e alla qualificazione della rete regionale dei servizi e al rafforzamento dei servizi di cura)
- ❑ Percorsi di presa in carico per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso

AZIENDA	CAMBIAMENTO ISTITUZIONALE - SFIDE
ASP	Il lavoro avviato mira alla fusione tra aziende. Peraltro una realtà in cui prevalgono in maniera diffusa i punti di debolezza, può e deve diffusamente stimolare il nuovo e guardarsi dal far prevalere punti di vista settoriali già giudicati insufficienti a gestire la nuova sfida organizzativa.
ASM	Il processo di unificazione delle Aziende Sanitarie, con i mutamenti organizzativi che ne derivano, va letto nell'ottica di migliorare la qualità dei servizi offerti in un contesto caratterizzato dalla limitatezza delle risorse a disposizione e dalla conseguente necessità di assicurare le condizioni di sostenibilità economica del sistema sanitario nel medio lungo – periodo. L'unificazione delle Aziende è un processo molto complesso che richiede un notevole investimento di energie, tempo e risorse e che rappresenta un evento di profondo impatto nella vita di un ente per effetto delle rilevanti ricadute sotto il profilo strategico, organizzativo e degli strumenti gestionali. In tal senso una delle difficoltà più immediate è rappresentata senz'altro dalla necessità di integrare modelli gestionali, organizzativi e culturali differenti che si sono sedimentati nel corso degli anni e che hanno caratterizzato il modus operandi delle preesistenti Aziende. A tale riguardo questa Direzione è fermamente convinta che un fattore determinante che concorre alla realizzazione di un processo di unificazione virtuoso e "vincente" è rappresentato dalla scelta del modello di fusione per "unione" tra le Aziende preesistenti in alternativa al modello per "incorporazione". Tale scelta risponde alla necessità di garantire l'omogeneizzazione e l'integrazione delle esperienze precedenti, cogliendo e valorizzando gli elementi positivi presenti nell'una o nell'altra Asl ed introducendo, al contempo, i correttivi ritenuti più idonei al miglioramento ed allo sviluppo organizzativo.
IRCCS	E' necessario guardare all'obiettivo senza avere fretta di conseguirlo troppo rapidamente perché, se il cambiamento non viene adeguatamente partecipato e metabolizzato potrebbe non sortire gli effetti sperati.

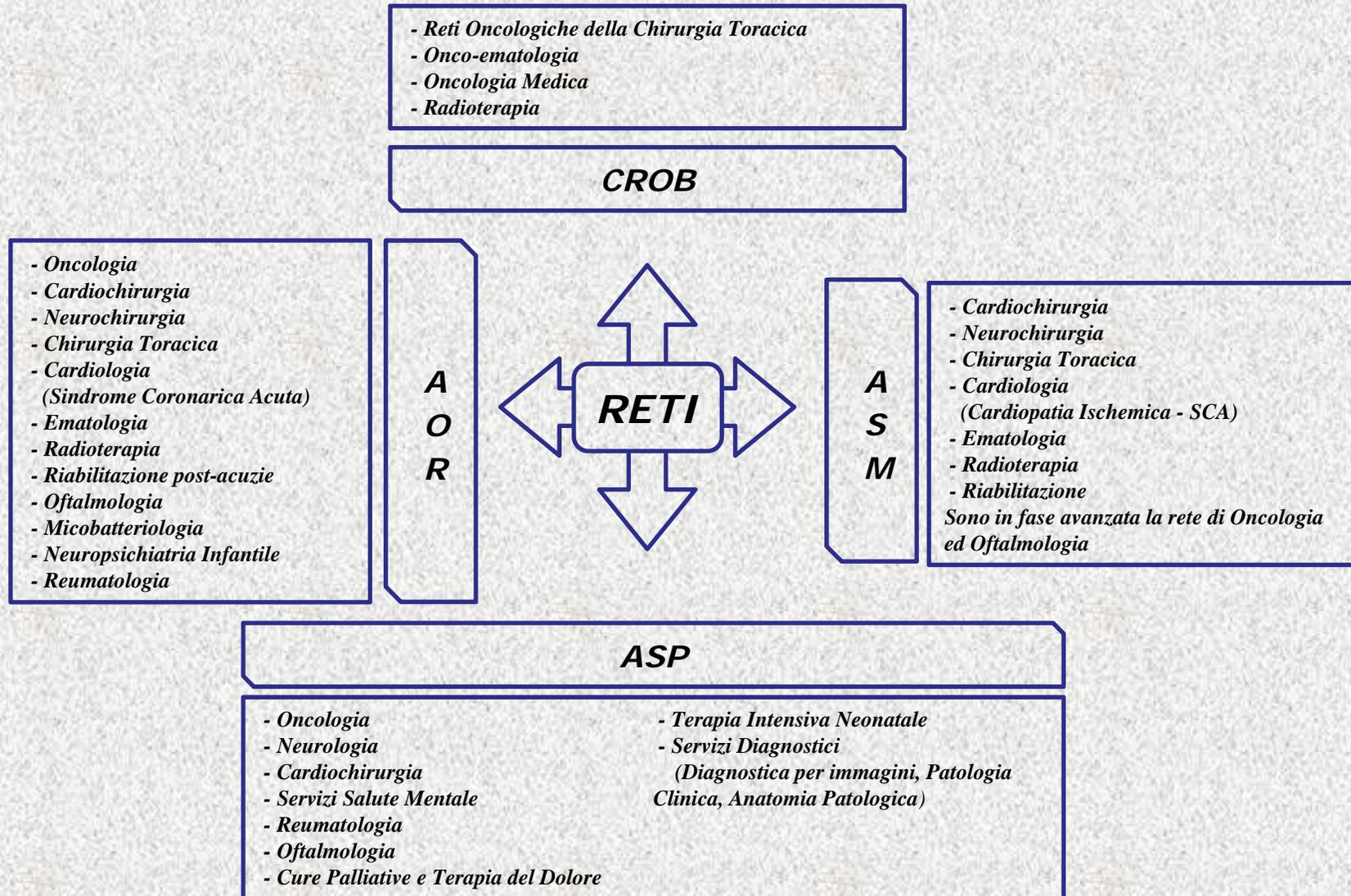
Gestire la nuova sfida organizzativa

Integrare modelli gestionali, organizzativi e culturali differenti

Avviare un processo di cambiamento e di innovazione partecipato e metabolizzato

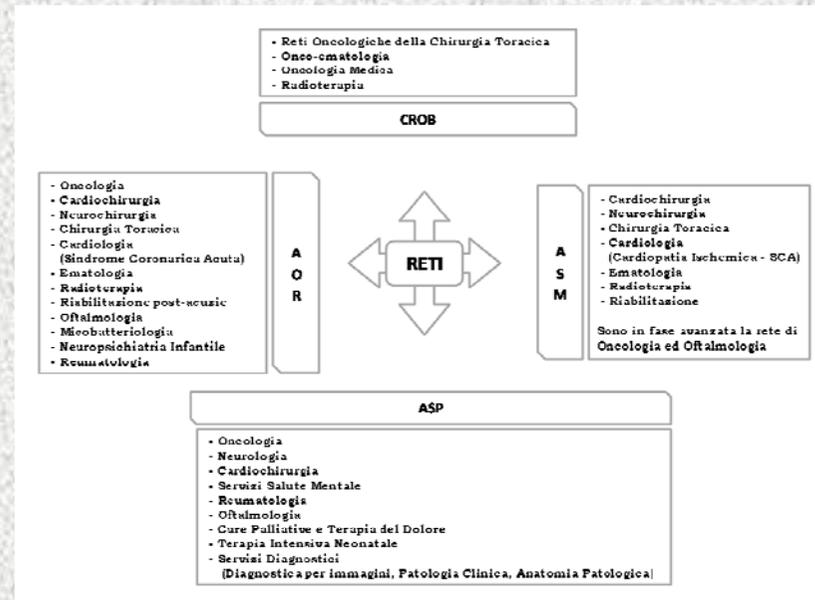


Il modello del "networking intelligente"

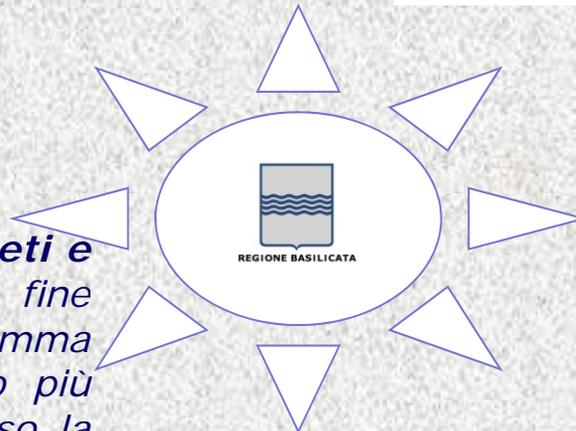


Sfide in campo

Dall'analisi empirica e documentale emerge la scelta di adottare un modello a rete, considerata come forma di organizzazione e gestione in grado di combinare conoscenze e informazioni per innescare processi di sviluppo organizzativo, rivedere e rafforzare modelli organizzativi, sviluppare nuove competenze. Ciò richiede la ridefinizione delle strutture organizzative, la modifica delle politiche correnti per adeguare le capacità organizzative, il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e governo strategico della rete interspedaliera attraverso investimenti in professionalità, competenze, aree strategiche e di sviluppo



creazione e diffusione di reti e network interaziendali, al fine di assicurare una gamma completa di servizi al costo più contenuto possibile, attraverso la gestione integrata di spazi e risorse



investire sulle aree assistenziali di sviluppo:

1. area della assistenza territoriale;
2. area della cronicità;
3. area dell'assistenza ospedaliera per acuti;
4. area della prevenzione



Opzioni strategiche per la riorganizzazione

- **rafforzamento capacità di governance della Regione** attraverso la definizione di forme e strumenti della cooperazione tra autonomie locali (Comuni) e autonomie funzionali (Aziende sanitarie) per integrare le politiche, i territori e i servizi.
- **valorizzazione delle sinergie esistenti** attraverso la promozione ed il consolidamento delle reti integrate (ospedale territorio, dei servizi sanitari per le comunità locali, dipartimenti funzionali interaziendali);
- implementazione **nuovo Piano Sociosanitario regionale**, strumento di programmazione unico ed integrato che assegni all'integrazione sociosanitaria un ruolo chiave.
- sviluppo **Distretto nella logica della piena integrazione sociosanitaria**, come punto strategico per la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini
- investimenti in attività di **formazione** manageriale

Strumenti abilitanti





Acquisti

DD.G.R. n. 329/08, n.644/09, n.606/10: le Aziende collaborano alle attività di monitoraggio della spesa sanitaria in materia di acquisto di beni e servizi, utilizzando convenzioni Consip S.p.A. quando convenienti, ed eseguendo unioni regionali di acquisto interaziendali (URA)

La Rete Regionale degli Acquisti (RRA), progettata con MEF e Consip a seguito dell'Accordo del 19.12.08 ed il cui modello finale è stato approvato con D.G.R. n.139 del 2.2.10, è costituita dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione. Sono previste tre tipologie di strumenti e procedure ad evidenza pubblica per acquisti sopra e sotto soglia:

1. formula delle **Unioni Regionali d'Acquisto** (URA), con designazione di un'Azienda Capofila che si fa carico dei costi di istruttoria e gestione della gara, fino all'individuazione delle ditte aggiudicatarie.
2. formula della **Centrale di Committenza**, le cui funzioni possono essere esercitate da un'Azienda Sanitaria o dalla Regione, che procede all'espletamento dell'intera procedura fino all'individuazione delle ditte aggiudicatarie ed alla stipula del contratto.
3. procedura individuale quando non si ritiene opportuna l'aggregazione della domanda





Qualche riflessione

- Risultati positivi sulla funzione acquisti **non possano essere semplicemente limitati all'introduzione di nuovi assetti istituzionali e gestionali** ed alla riprogettazione delle procedure di acquisto.
- Sulla funzione acquisti, **occorre, invece, prevedere diverse leve di manovra** che integrano strategia, organizzazione, processi, e-health, sviluppo di competenze e conoscenze e soprattutto valorizzazione delle relazioni interne alla catena del valore fornitori - clienti.

SFIDE IN CAMPO:

Formazione della figura del buyer pubblico. La Basilicata ha previsto nel periodo 2009-2010 interventi formativi, destinati alle amministrazioni sanitarie, agli EELL e alle associazioni di categoria, su utilizzo del MEPA, gare elettroniche, accordi quadro e sistema dinamico acquisti;

Adozione di tecniche di valutazione multidimensionali (Health Technology Assessment-HTA). Il Dipartimento della Salute regionale ha promosso valutazioni HTA per VAD cardiaci, per il fabbisogno di prestazioni radioterapiche e per la realizzazione del Report PET-CT; è, inoltre, in itinere il progetto HTA-Thalassemia.

Integrazione tra acquisti e logistica. La Regione ha posto attenzione allo sviluppo del modello organizzativo per la gestione del farmaco a tecnologia RFID, finalizzato al contenimento della spesa e al controllo di errori di somministrazione.

Potenziamento dei sistemi informativi ed informatici (piattaforme ERP, e-health, mandato elettronico). Si fa riferimento in primo luogo all'ambizioso progetto LUMiR (LUCania Medici In Rete), che consentirà ai medici lucani di condividere i dati utili alla cura della salute del cittadino in una comunità virtuale per favorire il passaggio di informazioni e la continuità delle cure, migliorare l'appropriatezza degli interventi terapeutici, evitare ripetizioni di indagini diagnostiche e utilizzare in modo più efficiente le strutture ospedaliere territoriali.



Il processo di innovazione è ancora tutto in campo. Per rispondere al cambiamento e alla innovazione, occorrono

*investimenti in
ricerca, qualità
e nuove
tecnologie*

*metodi e
strumenti di
gestione
s sofisticati*

*principi
di collaborazione
e di integrazione*

*investimenti in
professionalità e
competenze in
grado di gestire
il cambiamento*





 **Marco Meneguzzo**

meneguzzo@economia.uniroma2.it

 **Federico Spandonaro**

federico.spandonaro@uniroma2.it

 **Antonella D'Adamo**

d.adamo@economia.uniroma2.it

 **Barbara Polistena**

barbara.polistena@uniroma2.it

