

**PROVVEDIMENTO GENERALE DI  
PROGRAMMAZIONE  
DELL'ASSISTENZA  
TERRITORIALE**  
ai sensi del DECRETO 23 maggio  
2022, n. 77

**Piano Operativo Territoriale**

**Anno 2022**

**DICEMBRE '22**

**Dipartimento Politiche della Persona**



**REGIONE BASILICATA**

## Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>5</b>
<b>CONTESTO REGIONALE .....</b>	<b>6</b>
<b>OBIETTIVI .....</b>	<b>10</b>
<b>Gli Obiettivi Strategici .....</b>	<b>10</b>
<b>L'integrazione sociosanitaria, Comuni, Ambiti territoriali, Piani di zona .....</b>	<b>10</b>
<b>LO SCENARIO DEL PNRR.....</b>	<b>13</b>
<b>Il Rafforzamento dell'Assistenza Territoriale attraverso l'attuazione del PNRR e i vincoli per la definizione dei fabbisogni di personale .....</b>	<b>14</b>
<b>Ecosistema digitale .....</b>	<b>15</b>
<b>L'Azienda Territoriale e il riordino delle attività distrettuale.....</b>	<b>21</b>
<b>Il Direttore del Distretto e l'articolazione interna ai Distretti .....</b>	<b>25</b>
<b>Il Direttore della Funzione territoriale.....</b>	<b>30</b>
<b>Comitato per le Medicine di Gruppo .....</b>	<b>30</b>
<b>CdC HUB.....</b>	<b>33</b>
<b>CdC Spoke .....</b>	<b>34</b>
<b>Unità Di Continuità Assistenziale .....</b>	<b>34</b>
<b>Centrali Operative Territoriali .....</b>	<b>35</b>
<b>Centro Servizi.....</b>	<b>37</b>
<b>Ospedale di Comunità.....</b>	<b>46</b>
<b>Continuità Assistenziale 116-117.....</b>	<b>49</b>
<b>L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTUALE .....</b>	<b>52</b>
<b>Dirigente sanitario .....</b>	<b>52</b>
<b>Dirigente Amministrativo .....</b>	<b>52</b>
<b>Unità Operativa Complessa di Cure Primarie Distrettuale .....</b>	<b>52</b>
<b>Unità Operativa Complessa di Infanzia Adolescenza e Famiglia Distrettuale .....</b>	<b>52</b>
<b>Unità Operativa Complessa Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale.....</b>	<b>52</b>
<b>Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale. Unica Aziendale .....</b>	<b>52</b>

Unità Operativa Complessa ADI, Cure Palliative Territoriali e Terapia del dolore. Unica Aziendale .....	52
Direzione Distrettuale .....	54
Dirigente sanitario .....	54
Direzione Amministrativa.....	56
1. Unità Operativa Complessa di Cure Primarie Distrettuale .....	56
2. Unità Operativa Complessa di Infanzia Adolescenza Famiglia Distrettuale..	60
3. L'Unità Operativa Complessa Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale.....	62
4. L'Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale Unica Aziendale .....	64
5. L'Unità Operativa Complessa ADI, Cure Palliative Territoriali e Terapia del dolore .....	65
I DIPARTIMENTI AZIENDALI .....	67
Dipartimento Cure Primarie.....	67
Il Dipartimento di Salute Mentale, neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP).....	70
<i>Il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura         (SPDC). .....</i>	71
<i>I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.) .....</i>	74
<i>I Servizi di Neuropsichiatria Infantile .....</i>	75
Dipartimenti Prevenzione .....	77
Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale. ....	77
Dipartimento Coordinamento Fragilità .....	79
RISORSE UMANE FABBISOGNI E FORMAZIONE .....	80
Fabbisogno del personale rete territoriale (PNRR) .....	85
<i>Centrale Operativa Territoriale (COT).....</i>	85
<i>Case della Comunità hub.....</i>	85
<i>Ospedale di Comunità .....</i>	86
<i>Infermiere di Famiglia o di Comunità .....</i>	86

<i>Unità Speciali di Continuità Assistenziale .....</i>	<b>86</b>
<b>ATTIVITÀ IN CAPO ALLE AZIENDE SANITARIE .....</b>	<b>88</b>
<b>Acronimi.....</b>	<b>89</b>

## PREMESSA

Le presenti Linee programmatiche definiscono gli indirizzi per la programmazione regionale, stabilendo le linee di azione e organizzative prioritarie per il Sistema sanitario regionale attuazione della riforma territoriale ai sensi del DM 23 maggio 2022, n. 77. Tali linee programmatiche, che devono essere declinate nella programmazione attuativa aziendale non si intendono esaustive delle attività e dei servizi che devono essere garantiti in adempimento della normativa statale e regionale, ma indicano le priorità individuate dalla Regione. Il presente documento indirizza le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio, i mix di professionalità necessari per il concreto avvio delle Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT), Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e tutte le altre componenti rilevanti per lo sviluppo dei servizi territoriali per promuovere la prevenzione primaria, migliorare l'accessibilità, in modo particolare quelli affetti da patologie croniche e dell'area della fragilità, in coerenza anche con le previsioni del PNRR, dell'evoluzione dell'ecosistema digitale e del modello di governance dell'area della fragilità e della cronicità realizzando un quadro organico ed armonico di evoluzione del Sistema Socio Sanitario Regionale SSSR.

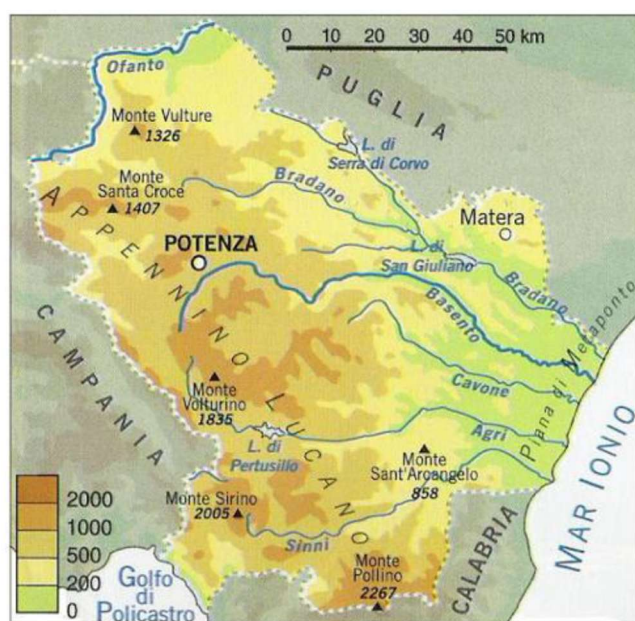
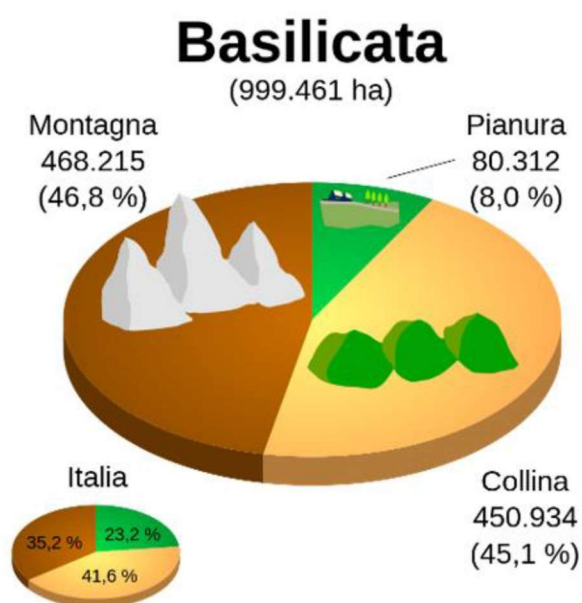
La situazione demografica, sanitaria, socio-economica e tecnologica della Regione Basilicata e, in una scala maggiore dell'intero Paese, è profondamente cambiata. La pandemia e le crisi socio-economiche hanno ovunque acuito le disuguaglianze e hanno evidenziato che la resilienza dei sistemi organizzati di welfare deve essere irrobustita dal punto di vista del finanziamento, dell'organizzazione a rete, del rispetto delle esigenze dei territori, del ruolo e del protagonismo degli operatori e dei cittadini in un'ottica di comunità, specialmente in un contesto di progressivo invecchiamento della popolazione e di aumentata prevalenza di malattie croniche. Le tecnologie mediche ed informatiche offrono nuove opportunità di cura e assistenza che richiedono competenze, lavoro di equipe, semplificazione organizzativa, anche in ottica di revisione continua dei processi.

## CONTESTO REGIONALE

L'analisi di contesto della popolazione residente in Basilicata evidenzia come la popolazione anziana (over 65) rappresenti il 23% della popolazione totale nella Regione, percentuale in linea con la media nazionale

Dati di popolazione residente	539.999	
Popolazione al 01.01.2022 <sup>1</sup>	539.999	
Popolazione over 65 al 01.01.2022 <sup>2</sup>	124.199	23%
Popolazione over 74 al 01.01.2022 <sup>2</sup>	54.000	10%
Popolazione con cronicità semplice (stima) <sup>2</sup>	21.059	3,9%
Popolazione con cronicità complessa ed avanzata (stima) <sup>2</sup>	21.600	4%
Popolazione con disabilità (stima) <sup>2</sup>	31.050	5,75%
Popolazione over 74 con disabilità (stima) <sup>2</sup>	10.800	2%

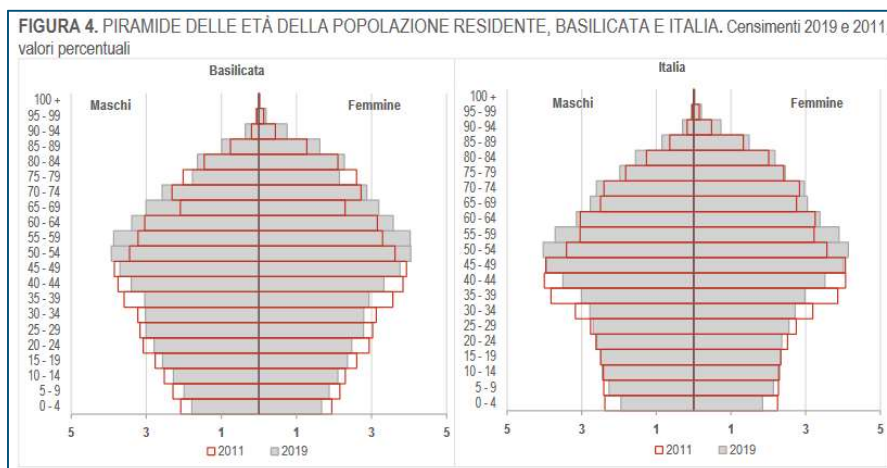
Fonte dati: <sup>1</sup>ISTAT gennaio 2022; <sup>2</sup>Elaborazione sulla media nazionale.



Composizione orogeografica

La Basilicata ha una superficie di 10.073 kmq con 553.254 abitanti (2019) distribuiti su 131 Comuni, per una densità pari a 54,92 abitanti per kmq. di gran lunga inferiore alla densità media nazionale che è 200 abitanti per kmq. L'età media è 45,7 anni contro i 45,2 dell'Italia. Il confronto con i dati del Censimento 2011 evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione, con ritmi superiori alla media nazionale. Tutte le classi di età sotto i 50 anni vedono diminuire il proprio peso relativo rispetto al 2011. L'indice di vecchiaia è 200,8; la percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne è 23,9%. La rete dei servizi territoriali è governata tramite due Aziende Sanitarie, ASP e ASM. Il territorio dell'Azienda Sanitaria di Potenza (ASP) coincide con quello dell'intera provincia

e ha una superficie di 6.546 Km<sup>2</sup> suddivisa in 100 comuni nei quali è distribuita una popolazione complessiva di circa 358.000 abitanti (di questi 66.393 concentrati nel comune di Potenza); l'indice di vecchiaia è 207,4, significativamente più alto rispetto al dato regionale e alla provincia di Matera (che si attesta a 189,4). Il territorio della Azienda Sanitaria di Matera (ASM) ha una superficie di 3.527 km<sup>2</sup> suddivisa in 31 Comuni con una popolazione complessiva di circa 195.000 abitanti (rif. prospetto 1).



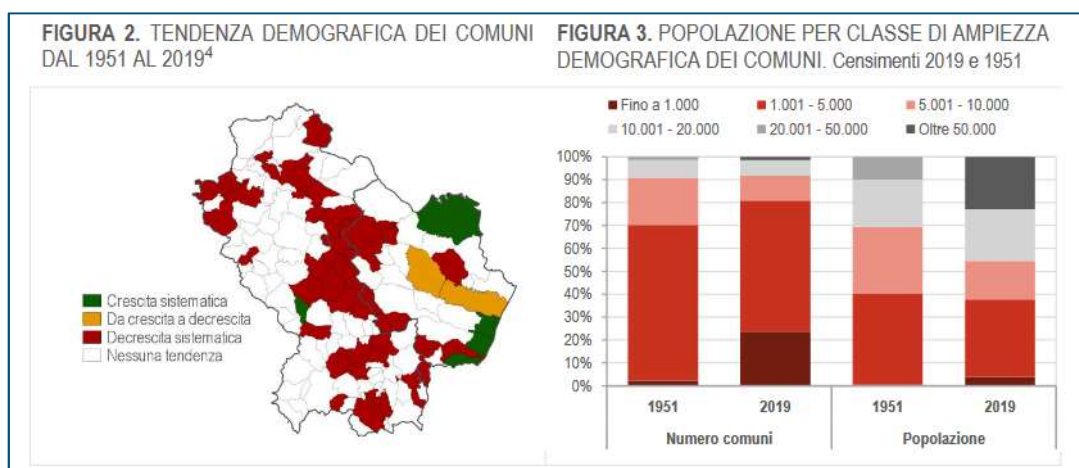
**PROSPETTO 1. POPOLAZIONE RESIDENTE PER PROVINCIA. Censimenti 2019, 2018 e 2011. Valori assoluti e variazioni per 1.000 residenti**

PROVINCE	Numero comuni	Popolazione residente			Variazioni medie annue	
		2019	2018	2011	2019-2018	2019-2011 <sup>(a)</sup>
Matera	31	194.853	196.135	200.101	-6,5	-3,3
Potenza	100	358.401	362.452	377.935	-11,2	-6,6
<b>BASILICATA</b>	<b>131</b>	<b>553.254</b>	<b>558.587</b>	<b>578.036</b>	<b>-9,5</b>	<b>-5,5</b>

<sup>(a)</sup> Variazione media annua geometrica (o composta)

ISTAT, Il Censimento permanente della popolazione in Basilicata, Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019, 19/02/2021

Molto interessante è l'aspetto della tendenza demografica degli ultimi 70 anni in particolare in termini di spopolamento di alcune aree territoriali che deve far riflettere sulla modalità di configurazione della Case della Comunità e sulle opportunità offerte dalle nuove tecnologie per tenere in rete cittadini che vivono sparsi sul territorio.





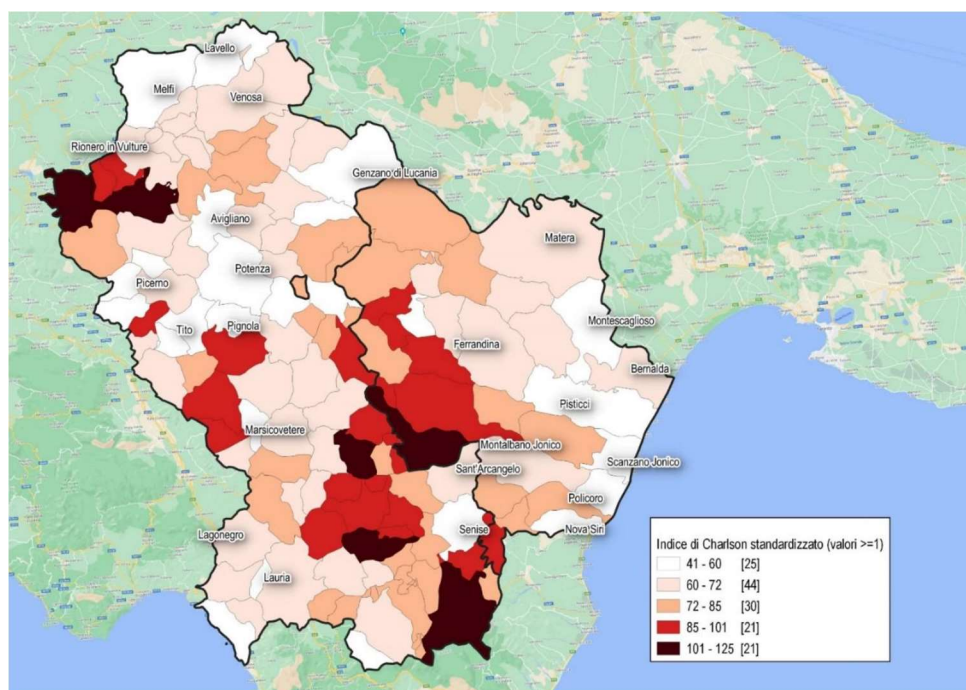
Se guardiamo alla tendenza demografica dei comuni e alla piramide d'età del nostro territorio ne desumiamo sicuramente un'esigenza fondamentale sul fronte dei servizi: o la Regione Basilicata investe sui servizi di territorio con innovazione, incremento dei numerosità e varietà di servizi e capacità di governo o uscirà sconfitta dalla evoluzione naturale delle cose.

**PROSPETTO 4. INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE PER PROVINCIA. Censimento 2019**

PROVINCE	Rapporto di mascolinità	Età media	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza anziani	Indice di struttura della popolazione attiva
Matera	96,9	45,1	189,4	54,4	35,6	129,0
Potenza	96,8	46,0	207,4	54,3	36,6	135,7
<b>BASILICATA</b>	<b>96,8</b>	<b>45,7</b>	<b>200,8</b>	<b>54,3</b>	<b>36,3</b>	<b>133,3</b>

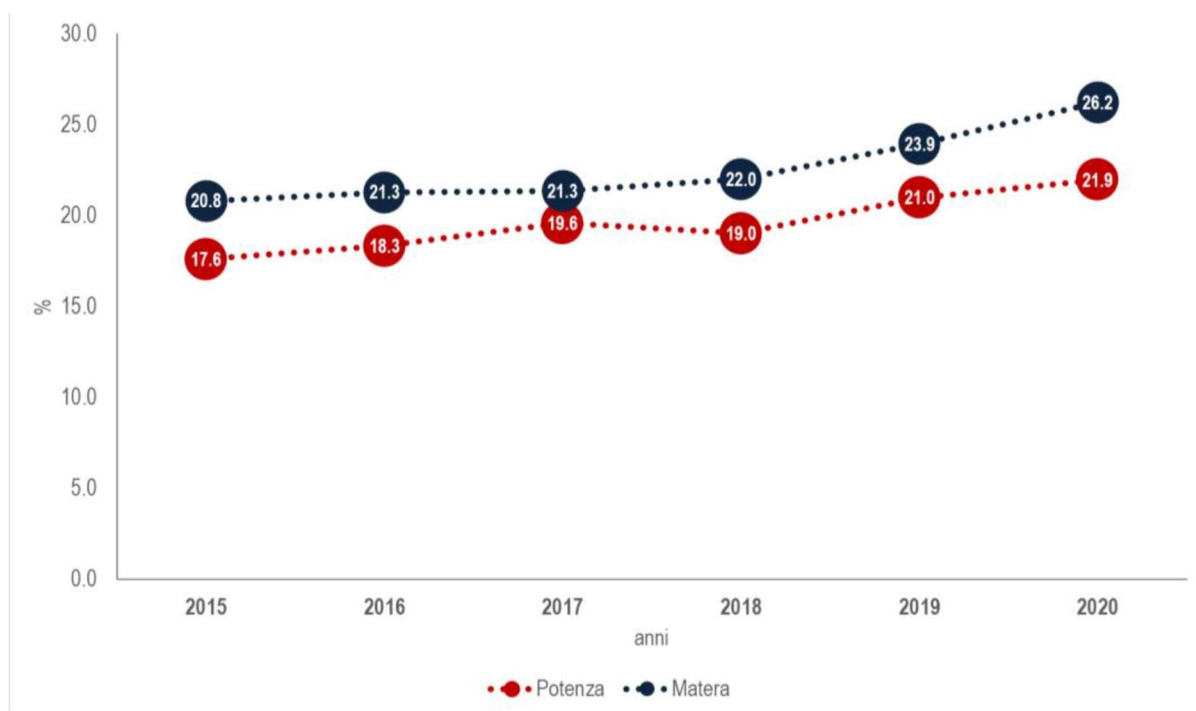
La tendenza ad un aumento delle condizioni di fragilità psico-fisica della popolazione lucana si conferma anche dall'andamento della percentuale delle persone con **Indice di Comorbidità di Charlson (ICC)** maggiore o uguale a uno sul totale dei pazienti ricoverati in strutture ospedaliere regionali. Nel periodo 2015-2020 la percentuale di pazienti con ICC  $\geq 1$  registra, per le province di Potenza e Matera, un aumento rispettivamente di +4,3% e +5,4%.

La distribuzione per comune dell'ICC mette in luce la presenza di aree geografiche caratterizzate da una quota elevata di popolazione affetta da patologie croniche.



Indice di Charlson standardizzato





Percentuale di pazienti con IC >=1 sul totale di pazienti ricoverati per provincia [anni 2015-2020]

Il contesto di riferimento attuale per l'assistenza territoriale presenta i seguenti dati:

	Numero
Medici di Medicina Generale	<b>455</b>
Pediatrati di Libera Scelta	<b>57</b>
Medici di Continuità Assistenziale (MCA)	<b>531</b>
Ore MCA	<b>721.532</b>

Fonte: SISAC rilevazione 1° Gennaio 2021

## OBIETTIVI

Si rende necessario adeguare il livello dell'Assistenza Distrettuale, come definito dal Capo III, art. 3-20, del DPCM LEA 12 gennaio 2017e dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77 art. 1 allegato 1 e allegato 2 prescrittivo.

Il presente Piano Operativo Territoriale è finalizzato a promuovere, attraverso gli strumenti del governo clinico , la qualità dell'assistenza, vale a dire un'assistenza che sia:

- **Efficace**, fornendo servizi sanitari basati sull'evidenza a coloro che ne hanno bisogno;
- **Sicura**, evitando danni alle persone cui è destinata la cura;
- **Centrata** sulle persone, fornendo cure che rispondano alle preferenze, ai bisogni e ai valori delle singole persone, così come alle culture delle loro comunità;
- **Tempestiva**, riducendo i tempi di attesa e ritardi talvolta dannosi sia per chi riceve che per chi presta assistenza;
- **Equa**, fornendo la stessa qualità di assistenza indipendentemente da età, sesso, razza, etnia, posizione geografica, religione, stato socioeconomico, affiliazione linguistica o politica;
- **Integrata**, fornendo cure coordinate tra livelli ed erogatori e rendendo disponibile l'intera gamma di servizi sanitari durante tutto il corso della vita;
- **Efficiente**, massimizzando il beneficio delle risorse disponibili ed evitando sprechi.

### Gli Obiettivi Strategici

Per il raggiungimento delle finalità sopra richiamate sono stati individuati i quattro obiettivi strategici di seguito elencati:

1. **Garantire** e stimolare il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza
2. **Favorire** la prossimità e l'appropriatezza
3. **Valorizzare** il governo del rischio clinico
4. **Assicurare** l'equità e promuovere la partecipazione dei pazienti, familiari, cittadini e delle loro organizzazioni rappresentative

### L'integrazione sociosanitaria, Comuni, Ambiti territoriali, Piani di zona

La componente sanitaria deve operare in stretto raccordo con la componente sociale, al fine di garantire in maniera integrata e coordinata le prestazioni sociosanitarie, siano queste a rilevanza sanitaria o sociale, come ribadito anche dal Piano Sociale Nazionale 2021-2023 predisposto in attuazione dell'art. 21 del D.Lgs. 147/2017che rimarca

l'importanza che l'integrazione avvenga già dalla fase programmatoria, in quanto è necessario dare risposte "opportune al cittadino senza che esso venga rinviato a competenze di altri enti e livelli istituzionali".

La programmazione locale non può prescindere dalla preliminare identificazione formale delle responsabilità specifiche nella conduzione integrata degli interventi, dei soggetti istituzionali presenti sul territorio (in particolare Azienda sanitaria locale e Comune), nel rispetto delle disposizioni normative che regolamentano la materia .

Tale identificazione, inoltre, dovrà precisare gli impegni che fanno capo a ciascun soggetto e le procedure da adottare per realizzare un efficace coordinamento. In particolare, gli atti programmatori dovranno individuare a livello territoriale-distrettuale le specifiche modalità operative che consentano ai servizi sanitari e sociali di integrare le risorse professionali, organizzative e finanziarie in una rete che moltiplichi i benefici di ciascun intervento anziché vanificarne gli effetti.

L'integrazione sociosanitaria va attuata e verificata, salvaguardando la specificità di ciascuna professionalità coinvolta, a tre livelli:

**1. istituzionale**

Si realizza attraverso la collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie per la definizione di scelte programmatiche volte a realizzare comuni obiettivi di salute;

**2. gestionale**

E' relativa alle modalità di gestione che possono promuovere e facilitare percorsi di continuità assistenziale, rispondendo in modo esaustivo e in senso multidimensionale al bisogno complesso di salute;

**3. professionale**

Si realizza nella collaborazione tra diverse culture professionali nella gestione del sistema dell'offerta, attraverso l'unitarietà di protocolli degli interventi.

Gli strumenti per la programmazione integrata e negoziata dei servizi, a livello locale, sono il Piano delle Attività Territoriali previsto dall'art. 3-quater del D.Lgs. 502/92 e smi di cui è titolare il Distretto ed il Piano di Zona, la cui titolarità spetta all'Ente di ambito sociale, con l'apporto sinergico delle molteplici realtà locali.

**Il Piano delle Attività Territoriali (PAT) ed il Piano di Zona (PdZ)** dovranno, necessariamente coincidere nei contenuti della programmazione dell'area dell'integrazione sociosanitaria, anche se approvati con modalità temporali diverse. A tal fine, sarà utilizzato lo strumento dell'accordo di programma, tra ASL ed ambito sociale, che dovrà recepire quanto previsto dal PdZ o dal PAT in materia di servizi e risorse da attivare nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

**Il Distretto, pertanto, costituisce l'ambito territoriali ottimale dove assicurare l'assistenza territoriale integrata.**

La Regione Basilicata è attualmente suddivisa in nove ambiti socio territoriali (AST), come riportato nella figura sottostante .



Figura 1

Al fine di garantire la coincidenza tra gli AST e i nuovi ambiti distrettuali, il presente documento programmatico prevede il mantenimento degli ambiti sociali territoriali come ad oggi disegnati conservando quindi la loro costituzione primaria ma risulteranno accorpati solo nella declinazione di alcuni nuovi ambiti distrettuali rendendoli pertanto comunque omogenei in questi ultimi.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e gli AST in via prioritaria, garantiscono in modo integrato le attività riguardanti l'accesso ai servizi sanitari e sociali e la presa in carico delle persone non autosufficienti e disabili.

La Regione Basilicata intende, pertanto, attivare un modello organizzativo che consenta un utilizzo funzionale e coordinato delle risorse, anche professionali, capace di mettere in rete le prestazioni di maggior impatto sulle situazioni di disagio personale e sociale, erogate in tutti gli ambiti previsti dai LEA anche al fine di "garantire il benessere psicologico individuale e collettivo" della popolazione, così come previsto anche dal comma 2 dell'art. 29 ter della Legge del 13/10/2020, n. 126. In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la

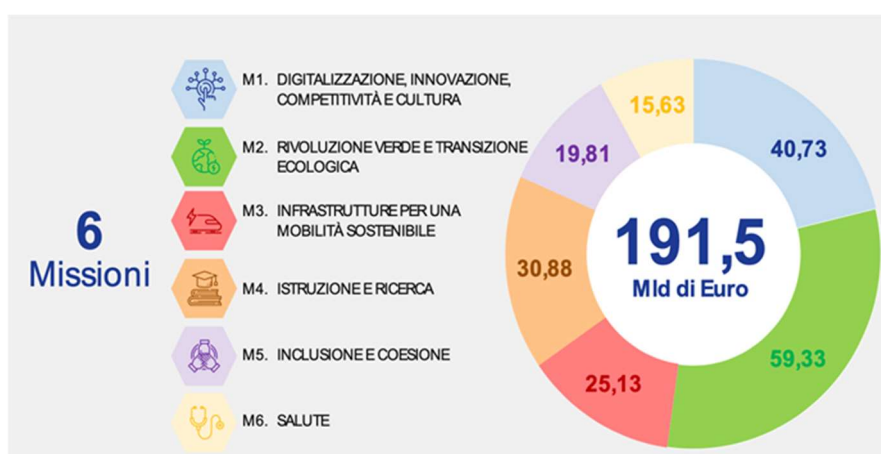
farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. “Farmacia dei Servizi” (D. Lgs. 153/2009) e l’assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici nell’ambito di piani di tutela della salute pubblica individuati dalla regione.

La Regione individuerà un piano per lo sviluppo delle attività svolte dalle farmacie perché siano, ad invarianza dei costi, parte integrante della rete territoriale dell’assistenza di prossimità, e della digitalizzazione dell’assistenza sanitaria.

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della Missione 6 Component 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR, che sono considerate in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l’analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell’assistenza territoriale.

## LO SCENARIO DEL PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), inviato il 30 aprile alla Commissione europea e approvato il 22 giugno dalla Commissione Europea e il 13 luglio dal Consiglio Economia e Finanza (Ecofin), è la risposta strategica ai problemi strutturali, organizzativi e sociali presenti in Italia ed evidenziati a seguito della pandemia da Covid 19. Il Piano si articola in 6 Missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU: digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura; transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; Inclusione e coesione e salute. Le Missioni si articolano in Componenti, ovvero aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme.



Nello specifico, la Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, per rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca, ed è articolata in due Componenti:

- Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Componente 1, in particolare, ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), migliorare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari. Tali strutture vengono puntualmente definite nel PNRR:

- la Casa della Comunità come "lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici", una struttura dove "opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute" e che "potrà ospitare anche assistenti sociali", "ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento";
- le Centrali Operative Territoriali (COT) "una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza";
- l'Ospedale di Comunità quale "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata", dotata di moduli da indicativamente 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

## **Il Rafforzamento dell'Assistenza Territoriale attraverso l'attuazione del PNRR e i vincoli per la definizione dei fabbisogni di personale**

L'esigenza di potenziamento dell'assistenza territoriale richiede che, parallelamente all'estensione innovativa delle strutture e dei servizi dedicati a tale finalità, si proceda anche ad un maggior utilizzo di risorse umane impiegate sul territorio, operando



certamente la ridestinazione di quota del personale già impiegato nell'assistenza ospedaliera ma anche inserendo e applicando personale aggiuntivo.

In merito la recente legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) all'art. 1, comma 269, è intervenuta operando modifiche al testo vigente del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (c.d. decreto "Calabria") che fissa attualmente i limiti della spesa per il personale. L'intervento operato con la legge n. 234/2021 ha operato la stabilizzazione per ogni anno, dal 2019 in poi, della quota ordinaria di possibile aumento della spesa del personale fissata nel 10 per cento dell'incremento annuale del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente (fermo rimanendo il limite iniziale fissato nel maggior importo di spesa del personale tra quello registrato nell'anno 2018 e quello determinato dall'applicazione della legge n. 191/2009).

La condizione per l'applicazione dall'anno 2022 di tale incremento - a cui aggiungersi, se necessario per obiettivi ulteriori fabbisogni, un ulteriore incremento massimo del 5 per cento sempre sull'incremento annuale del Fondo sanitario regionale – «è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12, comma 1, dell'intesa 23 marzo 2005, congiuntamente al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 9, comma 1, della medesima intesa, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa complessiva» (così l. 234/2021, art. 1, c. 269, lett. c)).

Il percorso del possibile incremento ordinario (non collegato alla sola emergenza pandemica da Covid-19) delle risorse del personale degli Enti sanitari è, pertanto, vincolato alla preventiva definizione degli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale e della conseguente metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale, a cui dovrà seguire la successiva predisposizione e adozione del piano regionale dei fabbisogni triennali del personale per il Servizio sanitario regionale, da correlare ai nuovi processi lavorativi riorganizzati primariamente secondo le logiche delle Case della Comunità e della presa in carico assistenziale governata dalla Centrali Operative Territoriali.

## **Ecosistema digitale**

La Regione Basilicata ha avviato la progettazione e progressiva implementazione di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale per supportare l'erogazione dei servizi

sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali al fine di rendere operativo il funzionamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e per favorire lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, anche grazie alla ampia diffusione di servizi di telemedicina.

L'ecosistema digitale è composto dai seguenti elementi principali:

1. **Sistema per la Gestione Digitale del Territorio:** funzionalità applicative per la gestione e la governance clinico assistenziale informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e per la completa digitalizzazione di dati e documenti:

a) ***la gestione informatizzata della Valutazione Multidimensionale del paziente cronico e/o fragile e la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) sulla base della Suite InterRAI®*** e gli strumenti di individuazione precoce del bisogno InterRAI Contact Assessment e NecPal®. Il RAI o Resident Assessment Instrument (VAOR in Italia) è lo strumento di valutazione multidimensionale elaborato da più di 80 esperti degli Stati Uniti d'America (U.S.A.). Più recentemente il gruppo Inter-RAI, che oggi conta tra le sue fila ricercatori provenienti da oltre 30 Nazioni, ha pubblicato l'ulteriore evoluzione degli strumenti InterRAI ossia la cosiddetta Suite. Gli strumenti di VMD di terza generazione contenuti nella Suite sono: l'InterRAI HC (Home Care); l'InterRAI CHA (Community Health Assessment); l'InterRAI CA (Contact Assessment); l'InterRAI LTCF (Long Term Care Facility); l'InterRAI AL (Assisted Living); l'InterRAI AC (Acute Care); l'InterRAI MH (Mental Health); l'InterRAI CMH (Community Mental Health); l'InterRAI ESP (Emergency Screener for Psychiatry); l'InterRAI PC (Palliative Care); l'InterRAI ID (Intellectual Disability). Attualmente, a seguito di un completo ed approfondito lavoro di revisione, ogni strumento contiene un core comune di item (circa il 70%) ed una restante quota di item setting-specifica. Tutti gli item possiedono definizioni identiche, prevedono gli stessi tempi di osservazione ed uno stesso punteggio. Un approccio di questo tipo consente allo strumento di ottenere vantaggi in termini di:

- trasferibilità dei dati da un setting assistenziale ad un altro;
- formazione di operatori in grado di lavorare nei diversi setting assistenziali;
- utilizzo di un linguaggio comune nel continuum assistenziale.

Gli strumenti della Suite InterRAI, anche se sviluppati per la valutazione di una particolare popolazione, sono progettati per

lavorare insieme e formare, pertanto, un sistema integrato di informazioni sanitarie e sociali.

Il Sistema informativo territoriale adottato prevede di gestire una serie di servizi della Rete:

- Centrale Operativa Dimissioni
- Cure Domiciliari e CD Palliative
- Hospice
- Residenzialità/semires. Anziani
- Salute Mentale
- ICF per area Disabilità
- Consultoriale
- Sistema InterRAI CA e Necpal per MMG/PLS
- Alimentazione FSE
- Sviluppo WEB APP per assistito per rapporto smart con Azienda Sanitaria e
- Videoconsulto per gestione paziente critico nelle attività di Cure Domiciliari

**2. Piattaforma Regionale di Telemedicina:** architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina (Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio).

**3. Architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati:** nuovo modello architetturale per la raccolta, condivisione e utilizzo in tempo reale dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

Tale sistema si è evoluto in relazione ai diversi provvedimenti quali:

- D.G.R. n. 227 del 17/03/2017 con cui è stato indirizzato Il primo intervento per la realizzazione dell'Ecosistema Digitale Regionale approvando il "Patto per lo Sviluppo della Regione Basilicata" che, per l'Agenda digitale Settore Prioritario "Infrastrutture" — Linea di intervento 8 — Progetto di e-health per le aree interne e territorio regionale, individua le schede di finanziamento per "Il progetto "Attivazione di un sistema di Telemedicina per le attività di ADI e di presa in carico del paziente cronico in Regione Basilicata, consentendo alle Aziende del SSR, attraverso tecnologie informatiche, di effettuare il tele-monitoraggio dei parametri, la teleassistenza domiciliare e CRM sanitario, dei pazienti cronici e non e promuovendo processi di deospedalizzazione precoce e sicuri.
- DGR 434 del 2 luglio 2020, successivamente modificata, con la DGR 612 del 10 settembre 2020, di approvazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale dal titolo

“convivere con il VIRUS e contenerlo - indirizzi strategici per la fase 2” con cui è stata istituita la Centrale Operativa Territoriale una per ogni Azienda Sanitaria Locale per la Telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche, fornendo indirizzi operativi per la promozione e diffusione della Telemedicina nel servizio sanitario;

- DGR 219 del 29/04/2022 “.....Direttiva per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina” con cui la Regione per garantire adeguate azioni di prevenzione e fornire indicazioni omogenee in merito alle modalità attuative e gestionali per la effettuazione delle attività di Tele-visita e di Teleconsulto, riportate nell' Allegato C "Linee di Indirizzo per la Gestione delle Prestazioni Ambulatoriali di Telemedicina", ha approvato il progetto per l'implementazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio.

È in avanzata fase di realizzazione la **Piattaforma Regionale di Telemedicina POHEMA**, piattaforma di “virtual care”, che metterà a disposizione le tecnologie e architetture informatiche necessarie a sviluppare e sostenere i servizi minimi di telemedicina (televisita, teleassistenza, teleconsulto) e i verticali di telemonitoraggio.

Tale piattaforma regionale rappresenta lo strumento digitale abilitante mediante il quale poter erogare servizi di telemedicina in modalità controllata e trasversale ai diversi percorsi di diagnosi, cura e assistenza che si sviluppano nell’ambito ospedaliero e territoriale, oltre che lo strumento per avvicinare i cittadini ai servizi sociosanitari del territorio, semplificare l’accesso alle prestazioni e rafforzare la comunicazione con i professionisti, anche in ottica di collaborazione medico-paziente.

La nuova struttura di progetto ha permesso di avviare già ad oggi la prima fase di sperimentazione per alcune attività in ambiente digitali come sintetizzate nella figura successiva



## L'IDEA ALLA BASE DEL PROGETTO REGIONALE

**LA TELEMEDICINA COME STRUMENTO DI LAVORO A DISPOSIZIONE DELL'ADI MA NON SOLO  
E PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI PAZIENTI**

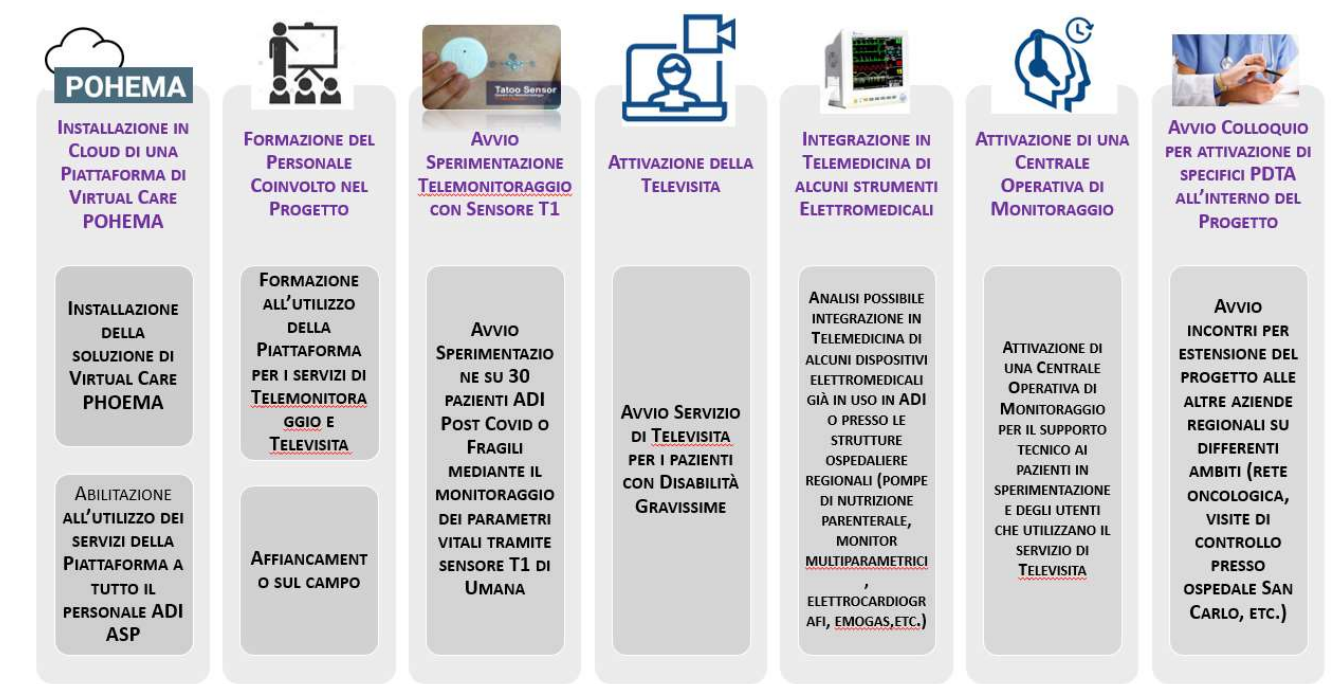


<b>CURE DOMICILIARI DI TIPO PRESTAZIONALE</b>	PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE DI VARIO TIPO, ALLETTATI E NON, CHE RICHIEDONO UN'ASSISTENZA "A LA DEMANDE"
<b>CURE DOMICILIARI I E II LIVELLO</b>	PAZIENTI CON UN BISOGNO ASSISTENZIALE PIÙ ELEVATO CHE RICHIEDE ACCESSI DOMICILIARI PERIODICI PER PATOLOGIE CRONICHE DI VARIO TIPO CHE SPESSO SONO CONCOMITANTI.
<b>CURE DOMICILIARI DI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE</b>	PAZIENTI, TUTTI A CARICO ASSISTENZIALE MOLTO ALTO, PER LO PIÙ MEDICO-INFERMIERISTICO CON PREVISIONE DI ACCESSI QUOTIDIANI (MONITORAGGIO H24)
<b>ALTRA TIPOLOGIA DI PAZIENTI</b>	PAZIENTI CRONICI AUTONOMI (NON IN ADI) E CHE SONO IN GRADO DI TRASMETTERE LE RILEVAZIONI CON KIT DI TELEMONITORAGGIO (DI PROPRIA PROPRIETÀ E/O FORNITI DA ASP)

**KIT DI  
TELEMONITORAGGIO A  
DISPOSIZIONE DEGLI  
OPERATORI ADI PER FAR  
SÌ CHE UN INFERMIERE  
POSSA SEGUIRE PIÙ  
PAZIENTI**

**KIT DI  
TELEMONITORAGGIO A  
CASA DEL PAZIENTE**


Attualmente sono state attivate a Gennaio 2022:



Sono In corso le attività di:

- Integrazione Piattaforma Telemedicina e Anagrafiche Regionali: già' conclusa quella con Aura (Anagrafe Regionale Unica degli Assistiti) – in corso quella con Aumo (Anagrafe Regionale Medici e Operatori).
- Integrazione Piattaforma Telemedicina e altri applicativi SISIR (Es. Cup, FSE, Cartella Ambulatoriale ARCA, Cartella Diabetologica, etc.)

- Integrazione Piattaforma Telemedicina e Atlante (Gestione pazienti in Cure domiciliari e Palliative).
- Formazione di 30 operatori all'utilizzo del sensore T1 (siamo in attesa di partire con una sperimentazione sui pazienti fragili)
- realizzazione di un'App per la televisita, che inglobi anche altri servizi per il Cittadino (es. prenotazione Cup, Telemonitoraggio, etc).

l'APP ad uso della cittadinanza e degli operatori sanità  Salute Basilicata è già operativa si stanno verificando le modalità di comunicazione per la diffusione .





## L'Azienda Territoriale e il riordino delle attività distrettuale

Il Distretto costituisce l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale deputata al perseguimento dell'integrazione tra i diversi servizi e le diverse strutture sanitarie e sociosanitarie presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

1. committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali, determinando le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste. L'integrazione è il principio cui devono rispondere anche i Programmi delle Attività Territoriali (PAT) e i Piani di Zona (PdZ), individuando nei Piani di Attività Locali (PAL) gli strumenti per la programmazione delle

attività sanitarie e sociosanitarie, essendo il Distretto titolare anche dei rapporti con i Comuni o i Municipi.

Il distretto deve considerarsi non più sede di governo e coordinamento “amministrativo” delle reti di servizi territoriali e dei terzi convenzionati, ma “agenzia di salute” in grado di affermare e implementare un modello di **“Medicina d’Iniziativa”** in quanto **“modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche”** orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste “in modo proattivo” già nelle fasi precoci dell’insorgenza o dell’evoluzione della condizione morbosa.

Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute” indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all’accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell’ambito dell’assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo. Tali modalità in Basilicata sono perseguite attraverso il Sistema Atlante che utilizza la gestione informatizzata della Valutazione Multidimensionale del paziente cronico e/o fragile mediante l’utilizzo degli strumenti della Suite InterRAI, del NECPAL e di ICF/ICF-CY (quest’ultimo per la classificazione), per la stesura del PAI, integrato tra le diverse componenti sanitarie e sociosanitarie avente come caratteristica principale quella di utilizzare la Suite InterRAI TM e lo strumento NecPal®.

La proposta di riorganizzazione, è quella di un Distretto che abbia una “governance” forte, tesa a coordinare ed erogare prestazioni sanitarie territoriali rispondenti ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e portatrice di pluripatologie.

Il Distretto deve realizzare una Committenza condivisa, nella quale, con l’assunzione di responsabilità del Direttore di Distretto, si declina la programmazione dei servizi, l’obiettivo di salute di popolazione, l’integrazione con gli Ambiti sociali, la relazione con il privato accreditato, l’onere di cura con l’area Ospedaliera e le AOR di riferimento, la definizione dei rapporti e delle modalità di partecipazione del volontariato.

**Per tale obiettivo il Distretto sanitario ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 deve essere geograficamente riposizionato in una nuova dimensione demografica, secondo un range di popolazione compreso tra i 100.000 e 180.000 abitanti (nella compatibilità della programmazione territoriale).** Ovviamente nella nostra regione sono possibili deroghe che però non devono stravolgere il principio di fondo.

## L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DISTRETTUALE

Organizzazione dei Distretti in base alla popolazione e nel rispetto degli ambiti per garantire omogeneità amministrativa tra ambiti sociali aree programma e Distretto sociosanitario.

### **DISTRETTO 1 VULTURE ALTO BRADANO**

88.310 ab.

Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, **MELFI**, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Pescopagano, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele, Venosa (H) (C)).

### **DISTRETTO 2 VAL D'AGRI – MARMO PLATANO MELANDRO**

83.506 ab.

Armento, Balvano, Baragiano, Bella, Brienza, Castelgrande, Castronuovo di Sant'Andrea, Corleto Perticara, Gallicchio, Grumento Nova, Guardia Perticara, Marsico Nuovo, **MARSICOVETERE (C)**, Missanello, Moliterno, Montemurro, Muro Lucano (H), Paterno, Picerno, Ruoti, San Chirico Raparo, San Martino d'Agri, Sant'Angelo Le Fratte, Sant'Arcangelo, Sarconi, Sasso di Castalda, Satriano di Lucania, Savoia di Lucania, Spinoso, Tito, Tramutola, Vietri di Potenza, Viggiano.

### **DISTRETTO 3 POTENZA - ALTO BASENTO**

113.152 ab.

Abriola, Acerenza, Albano di Lucania, Anzi, Avigliano, Brindisi di Montagna, Calvello, Campomaggiore, Cancellara, Castelmezzano, Filiano, Laurenzana, Oppido Lucano, Pietragalla, Pietrapertosa, Pignola, **Potenza (C)**, San Chirico Nuovo, Tolve, Trivigno, Vaglio Basilicata.

### **DISTRETTO 4 LAGONEGRESE - POLLINO**

63.368 ab.

Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla sul Sinni, Lagonegro (C), Latronico, **LAURIA**, Maratea (H), Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, Senise, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Teana, Terranova del Pollino, Trecchina, Viggianello, San Paolo

### **DISTRETTO 5 MATERA - MEDIO BASENTO**

115.975 ab.

Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, **MATERA (C)**, Montescaglioso, Miglionico, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico;

### **DISTRETTO 6 METAPONTO - COLLINA MATERANA**

75.688 ab.

Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci (H), **POLICORO (C)**, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano, Stigliano (H), Tursi, Valsinni.

#### LEGGENDA

Grassetto MAIUSCOLO: sede distretto

\_\_\_\_\_ : ATD (Articolazione Territoriale del Distretto)

(C) : Sede COT

\_\_\_\_\_ : sede CdC HUB

..... : sede CdC spoke

(H): sede ospedale di comunità

## Mappa nuovi distretti



Tale suddivisione riduce il numero dei Distretti, oggi esistenti, ma conserva l'omogeneità nella suddivisione per comuni perché somma ma non cambia i confini amministrativi delle aree degli ambiti sociali e delle aree programma, favorendo le politiche di concertazione con la conferenza dei sindaci.

Gli ambiti sociali conservano pertanto la configurazione attuale nel numero di nove: due cittadini e 7 territoriali coincidenti anche con le aree programma per gli investimenti europei.

Considerato l'aumento della popolazione di riferimento a cui offrire risposte assistenziali eque ed omogenee, considerate le strutture private accreditate esistenti e le strutture ospedaliere da cui acquistare prestazioni, la Direzione Distrettuale si configura con una capacità operativa rilevante, a cui necessita individuare la rete dell'offerta assistenziale ma anche di renderla "navigabile", costruendo relazioni stabili tra i nodi della rete stessa, definendo nuove competenze che sappiano prendersi carico della transizione dell'assistenza nei vari setting, fino alla personalizzazione di una risposta assistenziale basata su Piani Assistenziali Individuali, costruendo relazioni e interdisciplinarietà, superando finanche il concetto di standardizzazione delle cure a favore di una personalizzazione delle stesse.

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 socio sanitaria territoriale.

## **Il Direttore del Distretto e l'articolazione interna ai Distretti**

Fermo restando la possibilità che il Direttore Responsabile del Distretto sia una delle professionalità sanitarie o tecniche previste dalla normativa vigente, si ritiene che un Distretto Sanitario debba essere guidato da un Medico con comprovata e documentate esperienza manageriale, in possesso di background di studi e di esperienza e pertanto l'equivalente per titoli e competenze a un direttore sanitario. Il Direttore di Distretto è da considerarsi incarico fiduciario selezionato con le stesse modalità della Direzione sanitaria e non si configura come struttura complessa aziendale. È individuato dal Direttore Generale, a seguito di regolare avviso pubblico tra soggetti in possesso dei requisiti previsti per la Direzione Sanitaria ed è nominato con atto deliberativo motivato per un periodo non superiore a cinque anni, con posizione giuridica equiparata e trattamento economico comparato e comunque non superiore ma inferiore a quello dei Direttori Sanitari aziendali. È oltremodo necessario che il Direttore del Distretto, nella nuova dimensione demografica, sia coadiuvato da un Dirigente Amministrativo e un Dirigente Sanitario con i quali declinare la funzione di Committenza e con i quali costituisce la Direzione Distrettuale che opera secondo un programma, condiviso dal management strategico nelle linee generali. Inoltre Il Direttore di Distretto si avvale di una Struttura di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), composta da:

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

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali UCAD è in staff al Direttore di distretto, con funzioni consultive e propositive in tema di:

- distribuzione delle risorse umane tra le diverse articolazioni organizzative distrettuali coerente ai fabbisogni e compatibile con la dotazione organica complessiva del distretto;
- rapporti interprofessionali, comprese le modalità di integrazione/interrelazione di MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali convenzionati;
- bisogni e percorsi formativi delle diverse professionalità su tematiche di carattere generale;
- predisposizione del PASD- PAD;
- qualsiasi altra materia il Direttore di Distretto ritenga opportuno sottoporre.

Sempre in staff al Direttore di distretto deve essere previsto il Comitato per le Medicine di Gruppo Integrate composto dai Referenti delle Medicine di Gruppo Integrate attivate nel territorio distrettuale. Tale Comitato svolge funzioni consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle Medicine di Gruppo Integrate e gli obiettivi ed attività aziendali, oltre che fungere da luogo di confronto nella organizzazione delle attività proprie previste nei contratti di esercizio. Le modalità di funzionamento di detto Comitato verranno disciplinate da apposito regolamento aziendale.

Secondo le linee di indirizzo della Direzione Aziendale, costruisce reti e relazioni operative con altre articolazioni di altre Aziende, nonché con l'Ambito territoriale di riferimento con il quale definisce per estenso i percorsi di welfare socio-sanitario, in un'ottica di sostenibilità dei servizi, , sovrintende ai bisogni sanitari ma anche ai bisogni interni dei propri dipendenti e collaboratori, rendendo congruo il sistema tra domanda e offerta, ricollocando geograficamente i punti di erogazione o centralizzandoli se del caso per migliorarne volumi e qualità, o rendendoli in teleconsulto ove ciò sia praticabile o necessario. In sostanza esprime una "Visione" del percorso di assistenza, traccia le coordinate di riferimento sociale, impone il senso di direzione delle azioni e definisce gli obiettivi di salute della sua popolazione, nel tempo, privilegiando principi di equità, prossimità, tempestività, appropriatezza, innovazione, modulando la complessità degli interventi secondo una nuova flessibilità organizzativa che la crisi Covid ci ha imposto di praticare.

Il Direttore di Distretto è dunque in grado di:

- analizzare i bisogni (lettura ed interpretazione);
- conoscere l'offerta (geografia dei servizi socio-sanitari, potenzialità di risposta, conoscenza dei ruoli professionali in un'ottica di community care management team);



- pianificare e programmare i servizi (integrazione dei diversi attori del territorio, istituzionali e non, analisi dei rischi);
- negoziare (obiettivi, budget, contratti di esercizio con la medicina convenzionata);
- gestire le risorse (analisi e razionalizzazione dei processi organizzativi, ottimizzazione dell'impiego delle tecnologie, dei beni e dei servizi a disposizione, gestione dei rischi);
- valutare i risultati (monitoraggio e valutazione delle performance, comunicazione dei risultati raggiunti nella logica del "rendere conto" sull'utilizzo delle risorse e sugli obiettivi conseguiti).

Per lo svolgimento delle funzioni sopra indicate sono previsti in staff al Direttore del Distretto i seguenti Servizi:

- Servizio per i bisogni integrati Socio-sanitari e relazioni con l'Ambito
- Servizio per la Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, Qualità delle Cure e Rischio Clinico
- Servizio Epidemiologia territoriale, Statistica di popolazione e Reportistica di produzione
- Servizio Formazione, Tirocinii, Stages
- Servizio Flussi Informativi Territoriali e Gestione Liste di Attesa
- Servizio delle Professioni Sanitarie del Territorio

La **Direzione Distrettuale** valuta percorsi di appropriatezza prescrittiva, di setting di cura, di appropriatezza di utilizzo di farmaci e dispositivi, effettua studi epidemiologici di popolazione, individua e svolge valutazione comparata per l'allocazione delle risorse, sviluppa report periodici sullo stato di salute della popolazione distrettuale, propone l'analisi dei rischi della popolazione di riferimento per l'individuazione delle attività per i target di popolazione a rischio e la definizione delle rispettive allocazioni delle risorse, elabora indicatori di performance pertinenti alla realtà distrettuale e aziendale, individua gli obiettivi distrettuali e delle singole Aree, funzionali agli obiettivi generali dell'Azienda. Propone la progressione delle carriere dei dirigenti e del comparto. Si attiene a principi di trasparenza, rotazione degli incarichi, favorisce la partecipazione degli utenti, delle Associazioni dei pazienti, del Volontariato e del Terzo Settore.

Il **Dirigente Sanitario** costruisce con il Direttore di Distretto la mappa delle risorse, monitora l'applicazione del PDTA aziendali per le cronicità e le complessità, segue con l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali l'applicazione della Medicina del Territorio anche in ambito contrattuale, attiva percorsi innovativi di Telemedicina,

favorisce le Cure domiciliari, intercetta attraverso le UVM i bisogni complessi e integrati, individua percorsi formativi specifici distrettuali, collabora con i Dipartimenti sanitari per le interconnessioni operative, garantisce risorse e raccordo Numero Unico Armonizzato (NUA) o Centrale Operativa Cure Primarie 116-117 per le cure mediche non urgenti, è responsabile dell'applicazione del sistema InterRAI, scelto dalla regione per tutti i setting assistenziali territoriali al fine di garantire l'uniforme valutazione dei fabbisogni assistenziali, lo sviluppo dei piani di assistenza individuali, e la governance delle attività di offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale.

Inoltre in raccordo con il Direttore di ambito sociale deve:

- Supportare il coordinamento dei servizi sociali sul territorio;
- Supportare il coordinamento della COT che insiste sul proprio territorio;
- Coordinare le attività delle UCA (ex USCA) una per Distretto (un medico e un infermiere) garantendone il funzionamento come unità di pronto intervento territoriale e utilizzando le stesse in forma integrata per le necessità delle altre unità di offerta integrata territoriale. Le UCA operano sul territorio di riferimento CdC HUB anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.
- Assicurare le attività per l'elaborazione, la realizzazione e il monitoraggio del Piano di Zona;
- Supportare l'utilizzo dell'Epidemiologia di prossimità: come approccio di indagine della realtà territoriale più prossima, di raccolta e analisi dei dati micro, di relazione, al fine di comprendere il territorio, la sua complessità e l'interazione delle tante reti coinvolte nella malattia e nella salute delle persone e delle comunità che lo abitano e attraversano, sviluppare il Chronic Care Model per il corretto approccio della gestione della cronicità come declinato dal Sistema Atlante InterRAI.
- Assicurare il supporto alla Direzione Servizi Socio Sanitari per tutte le attività delegate dalla Conferenza dei Sindaci o dai singoli Comitati dei sindaci di Distretto, qualora delegate;
- Supportare la gestione economico-finanziaria di tutti gli interventi rientranti nei livelli di assistenza socio-sanitari e sociali, collaborando alla redazione del bilancio economico preventivo e al suo monitoraggio in collaborazione con l'UOC Contabilità e Bilancio e in raccordo alla UOC Disabilità e Non autosufficienza;

- Assicurare la direzione sanitaria per l'ospedale di comunità insistente nel territorio Distrettuale;
- Supportare la predisposizione degli atti convenzionali con i centri di servizio e le unità di offerta territoriali residenziali e semiresidenziali a carattere socio sanitario afferenti alle aree anziani non autosufficienti, disabili (fondo non autosufficienza) e minori;
- Supportare il coinvolgimento delle Amministrazioni locali nello sviluppo delle Cure Primarie ed in particolare nella implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate, anche attraverso la messa a disposizione di strutture, l'attivazione congiunta di programmi, la messa in sinergia di professionalità;
- Supportare il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e le altre organizzazioni con lo scopo di: favorire la reciproca conoscenza, sostenere percorsi formativi integrati, diffondere le buone pratiche, implementare l'audit civico finalizzato al miglioramento dell'assistenza;
- Collaborare con il Controllo di Gestione alla rilevazione periodica dei flussi informativi ministeriali, regionali o aziendali relativi all'area socio sanitaria e sociale - disabili, anziani, minori e alla elaborazione di report nelle aree di competenza;

**Il Dirigente Amministrativo deve almeno:**

- Assicurare la gestione economico-finanziaria di tutti gli interventi rientranti nei livelli di assistenza socio-sanitari e sociali, collaborando alla redazione del bilancio economico preventivo e al suo monitoraggio in collaborazione con l'UO Contabilità e Bilancio e in raccordo alla UO Disabilità e Non autosufficienza;
- Supportare la predisposizione degli atti convenzionali con i centri di servizio e le unità di offerta territoriali residenziali e semiresidenziali a carattere socio sanitario afferenti alle aree anziani non autosufficienti, disabili (fondo non autosufficienza) e minori;
- Assicurare il supporto amministrativo, in raccordo con le UOC interessate, per la gestione di progetti su fondi vincolati regionali, nazionali, comunali nelle aree di competenza della Direzione dei Servizi Socio Sanitari;
- Assicurare le funzioni di monitoraggio e controllo in area Amministrativa (verifica fatture e tempi di pagamento analisi e monitoraggio della spesa del personale, gestione del personale, garanzia di approvvigionamenti per l'area della Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - es. DPI, arredi, interventi di manutenzione, ecc.- , acquisti urgenti per bisogni sanitari particolari, gare sotto soglia per interventi specifici).

- Assicurare il supporto amministrativo per tutte le attività non di competenza delle altre Unità Operative aziendali;
- Monitorare il funzionamento delle reti informatiche, assicurare gli strumenti di lavoro per lo smart working e la telemedicina, collaborare con i Dipartimenti Amministrativi per le interconnessioni operative.

## **Il Direttore della Funzione territoriale**

Il Direttore della funzione territoriale (Coordinatore) è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori di Distretto delle Aziende ULSS. Al Direttore della funzione territoriale viene riconosciuta la maggiorazione della retribuzione di posizione ai sensi delle disposizioni di cui al CCNL dell'area della dirigenza medica e veterinaria tempo per tempo vigente.

Il Direttore della Funzione Territoriale è:

- responsabile della funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- responsabile per gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti.
- Incaricato di definire, con la medesima metodologia attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.
- Incaricato di Individuare e regolamentare le modalità per inserire nello staff del direttore di distretto un coordinatore del sociale ai fini del coordinamento delle politiche sociali a prevalenza sanitaria e per i rapporti con i responsabili dei Piani di Zona.

## **Comitato per le Medicine di Gruppo**

L'organizzazione delle attività dei MMG in forme di gruppo attualmente molto ridotta va promossa ed aiutata al fine di raggiungere la copertura di almeno il 60% della popolazione coperta da Medicine di Gruppo ex ACN. Laddove non possibile per motivi orografici va comunque stimolata l'attivazione delle Medicine di Rete.

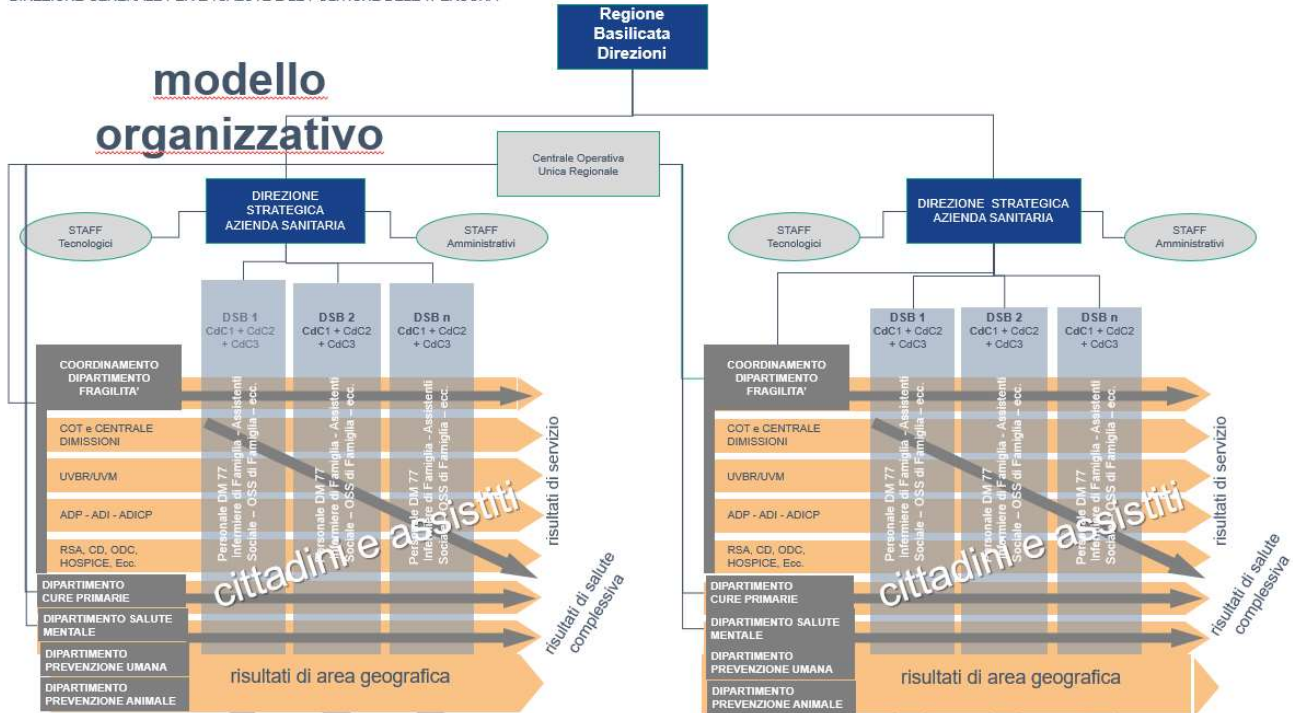
Sicuramente nelle future Case della Comunità saranno previste delle medicine di Gruppo stante comunque la possibilità, se ritenuto necessario di mantenere ambulatori periferici al fine di garantire la capillare copertura del territorio.

In ogni Distretto è previsto un Comitato per le Medicine di Gruppo con funzioni consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle Medicine di Gruppo Integrate e gli obiettivi ed attività aziendali., composto dai Referenti delle Medicine di Gruppo Integrate attivate nel territorio distrettuale.

## IL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO

Il modello a cui ispirarsi è quello definito Organizzazione Strong Matrix

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE E LE POLITICHE DELLA PERSONA



Distretti, in pratica, rappresentano sottoinsiemi della ASL per tradurre in una specifica area territoriale gli obiettivi generali previsti dalla Regione e declinati dalle Aziende Sanitarie. Tali obiettivi sono realizzati per il tramite della organizzazione nelle Case della Comunità con omogeneità territoriale trasversale (Risultati di Servizio) garantita dai Dipartimenti con le loro declinazioni di gestione diretta e convenzionata, con il governo centrale e trasversale per garantire una costante misurazione dei risultati di salute complessiva di un territorio.

### Case Della Comunità

L'organizzazione assistenziale secondo modelli di HUB e Spoke (o di I e II livello) è determinante per la presa in carico delle diverse intensità di bisogno sanitario. In territori così vasti il POR programma 7 Case della Comunità HUB e 12 Case della Comunità Spoke:

Aziende	Distretto	COT	Ospedale di Comunità	Case della comunità HUB	Case della comunità SPOKE	Totale
ASP	<b>D1</b> Vulture Alto Bradano Melfi (ATD Venosa)	Venosa	Venosa	Lavello	Genzano di Lucania San Fele	13
	<b>D2</b> Val D'Agri - Marmo Platano Melandro (Villa d'Agri)	Marsicovetere	Muro Lucano	Sant'Arcangelo	Vietri di Potenza Corleto Perticara	
	<b>D3</b> Potenza Alto Basento (Potenza)	Potenza		Potenza	Anzi Avigliano	
	<b>D4</b> Lagonegro Pollino Lauria (ATD Senise)	Lagonegro	Maratea	Lagonegro	Maratea Senise Viggianello	
	Totale	4	3	4	9	
ASM	<b>D5</b> Matera Medio Basento Matera (ATD Tricarico)	Matera		Irsina Montescaglioso	Garaguso Ferrandina	6
	<b>D6</b> Metaponto Collina Materana Policoro	Policoro	Stigliano Pisticci	Montalbano Jonico	Tursi	
	Totale	2	2	3	3	
<b>TOTALI</b>		<b>6</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>
<b>PERSONALE - Fabbisogni minimi -</b>						
Infermiere	11x CdC HUB 7x CdC SPOKE	30/36	50	77	84	161
Coordinatore infermieristico	1x CdC	6		7	12	19
Assistente Sociale	1x CDC	0		7	12	19
Personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo)	8xCdC HUB 5xCdC SPOKE	6/12	40	56	60	116

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Sia nell'accezione HUB sia in quella SPOKE, le CdC propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base.



## **CdC HUB**

La CdC HUB garantisce l'erogazione, di minima, dei seguenti servizi anche mediante modalità di telemedicina:

1. Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
2. Presenza Medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
3. Presenza Infermieristica h12 – 7 giorni su 7;
4. Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale adiacente alla segreteria dei servizi sociali e sanitari per l'espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative, nonché per indirizzare ai servizi specifici presenti sul territorio di competenza;
5. Punto Prelievi;
6. Programmi di Screening;
7. Servizi Diagnostici con sala diagnostica dotata di strumentazione di base (es. ecografo, RX, spirometro, ECG, microscopio, biochimica di base); finalizzati anche al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
8. Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, Centro diabetologico, Centro per le patologie dismetaboliche, Centro per le Patologie Osteo-artrosiche e Reumatologiche ecc.);
9. Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
10. Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
11. Servizio di assistenza domiciliare di base;
12. Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.
13. Sviluppa con il funzionamento delle strutture per le Cure Intermedie e per la definizione del Fabbisogno Assistenziale delle persone accolte o inviate alle suddette strutture attraverso piattaforme informatiche (Sistema Alante per l'applicazione di IntRai per la governance amministrativa, clinica e per il piano personalizzato terapeutico assistenziale.
14. L'équipe UCA (Unità di Continuità Assistenziale - ex USCA) di cui si parlerà in seguito

## **CdC Spoke**

La CdC Spoke garantisce l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Servizi consultoriali
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- un ambulatorio infermieristico di I livello;
- centro prelievi
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità HUB di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione del volontariato.

## **Unità Di Continuità Assistenziale**

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe mobile distrettuale (una per distretto) per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. L'UCA (Standard: Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti) afferisce al Distretto ed opera sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza

di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle aree svantaggiate soprattutto difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Si coordina con la centrale operativa ADI in particolari condizioni.

**Numero UCA 6**

**Fabbisogno: medici 6(+2) infermieri 6(+2)**

## **Centrali Operative Territoriali**

Per potenziare il Distretto, è necessario istituire la Centrale Operativa Territoriale o Centrale di Continuità, intesa come strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno, di attivazione delle risorse più appropriate, di pianificazione e coordinamento degli interventi, con il fine di tutelare le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Rappresenta, infatti, lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della

rete assistenziale. **La Centrale Operativa Territoriali può essere gestita in forma diretta o indiretta dalle aziende Sanitarie per le sue specifiche funzioni di servizio e di raccordo.**

Le sue specifiche funzioni sono:

- **ricevere le richieste di presa in carico dalle porte d'accesso** dei servizi distrettuali di Cure Domiciliari, dai medici di famiglia, dai medici ospedalieri o di chiunque altro sanitario faccia istanza di presa in carico in cure domiciliari
- **facilitare l'accesso del dimesso in condizioni di fragilità** ai vari percorsi della rete dei servizi territoriali;
- **tutelare la presa in carico della complessità** per l'assistenza territoriale (ADI, RSA, RSP, Ospedale di Comunità)
- **coordinare e monitorare la transizione tra un luogo di cura all'altro** o da un livello clinico-assistenziale all'altro utilizzando il Sistema informativo Atl@nte, che attraverso il modello di analisi InterRAI garantisce l'individuazione del fabbisogno \socio-sanitario e assistenziale, la cartella clinica del paziente, la disponibilità di posti letto a livello di ospedali aziendali, residenze socio-sanitarie, mappe dei servizi, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale) e le strutture residenziali, con i medici/pediatrati di famiglia, con i medici di continuità assistenziale, con le cure domiciliari, con la Centrale EMU 118 e con la centrale unica regionale 116/117;
- **operare in stretta integrazione e sinergia con la centrale operativa ADI** o meglio con l'équipe delle cure domiciliari e delle cure palliative.
- **garantire il monitoraggio dei pazienti in assistenza domiciliare**, anche attraverso strumenti di telemedicina, e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.
- **ospitare il Centro Operativo per gli Interventi Domiciliari struttura nevralgica di questo modello (con la presenza di un medico che sovraintende a tutte le attività e fornisce indicazioni in casi particolarmente complessi).**
- **garantire le dimissioni protette, offrendo in ogni momento collaborazione** nell'affrontare eventuali modifiche dei quadri clinici e delle terapie da migliorare.
- **garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati**, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità;

- **facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate** nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.
- **effettuare il monitoraggio tra domanda e offerta**, sviluppando i report per le statistiche distrettuali,
- **Utilizzare la piattaforma unica regionale per avvalersi dei diversi setting in telemedicina.**

## **Centro Servizi**

**Alla COT è associato anche il Centro Servizi** che deve garantire il monitoraggio e la gestione dei sistemi ICT oltre ad effettuare l'installazione e la manutenzione degli strumenti e dispositivi medici nei siti remoti (casa del paziente o siti appositamente predisposti), la fornitura, la gestione e l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti (quest'ultima attività dovrà essere coordinata anche con il personale sanitario) e coordinare il ritiro e la sanificazione delle apparecchiature fornite. il Centro Servizi, gestito prevalentemente da personale tecnico, può essere svolto dall'organizzazione che fornisce la piattaforma e si fa carico di tutti gli aspetti tecnologici quali la manutenzione della piattaforma, la gestione degli account, l'Help Desk di tipo tecnologico per personale sanitario e/o per i pazienti, il controllo e la gestione dei singoli MD, la formazione sull'uso dei MD ai pazienti/caregiver, ecc.

Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcune delle attività che devono essere garantite nell'organizzazione del telemonitoraggio:

- Assemblare i device medicali richiesti al momento dell'arruolamento all'App gestionale e verificarne il funzionamento
- Consegnare le apparecchiature ai pazienti e/o care giver, spiegarne il funzionamento e la manutenzione quotidiana di ogni device consegnato
- Impostare la scheda clinica del paziente sulla piattaforma: diagnosi principale, motivo del telemonitoraggio, terapia in atto, documentazione utile al telemonitoraggio, impostare eventuali Alert, ecc.
- Far firmare i consensi informati, e documentazione comprovante la consegna dei MD
- Visionare e validare ogni parametro (anche eventuali questionari) che il paziente invia intervenendo in prima battuta in caso di Alert o parametri anormali, valutandoli per l'eventuale coinvolgimento dei medici;
- Intervenire attivamente e se la tempistica delle trasmissioni non viene rispettata intervenire in fase preclinica segnalando ai medici di riferimento eventuali variazioni dei parametri inviati
- Controllare l'assunzione della terapia se previsto dall'organizzazione del servizio,.

- Fare da Help Desk sanitario di primo livello ed Help Desk tecnologico di primo livello per tutti gli attori che interagiscono con la piattaforma (pazienti, care giver, sanitari, ecc)
- Alla riconsegna delle apparecchiature controllare il corretto funzionamento e procedere alla sanificazione delle stesse.

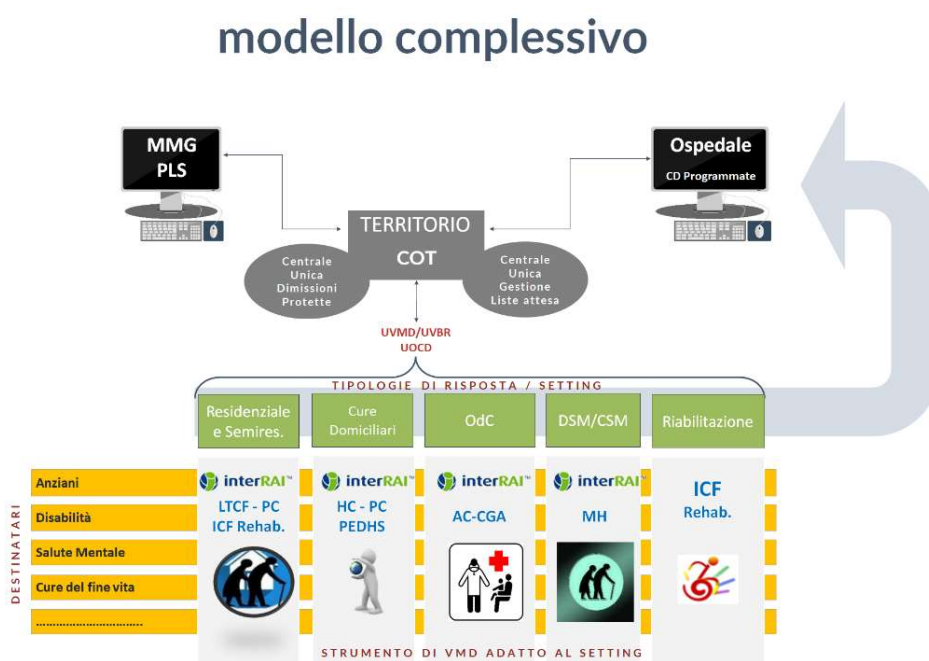
Il centro servizi supporta anche le attività connesse alla gestione dell'Ospedale di Comunità.

Laddove il paziente fosse in difficoltà a reperire presso il proprio domicilio gli strumenti informatici per la tele visita, dovrà essere garantita la possibilità di accedere alle strutture territoriali delle AA.SS.LL, CdC e valutare eventuali accordi che permettano di usufruire di postazioni appropriate, come per esempio farmacie, studi medici di MMG/PLS etc.

Le Centrali Operative Territoriali si interfacciano anche con la Centrale Operativa Unica Regionale Dimissioni Ospedaliere Web Service.

La Regione Basilicata ha avviato dal 2018 un Progetto di Sistema Informativo Territoriale che coinvolge tutti i servizi territoriali dotandoli non solo di adeguati strumenti di digitalizzazione del processo, ma anche, dove previsto, di specifici strumenti di assessment validati e riconosciuti.

Lo schema complessivo di come sono congegnati i servizi tereritoriali della Regione è sinteticamente rappresentato dello schema seguente:



Nella nostra declinazione le attività di gestione dei percorsi di Dimissione Protetta da Ospedale, per le persone con problemi di difficile dimissibilità e che necessitano di attivazione di servizi territoriali, rientrano in percorsi governanti dalla Centrale Unica per le Dimissioni Protette che è organismo Territoriale “costola” organizzativa delle COT. Nel

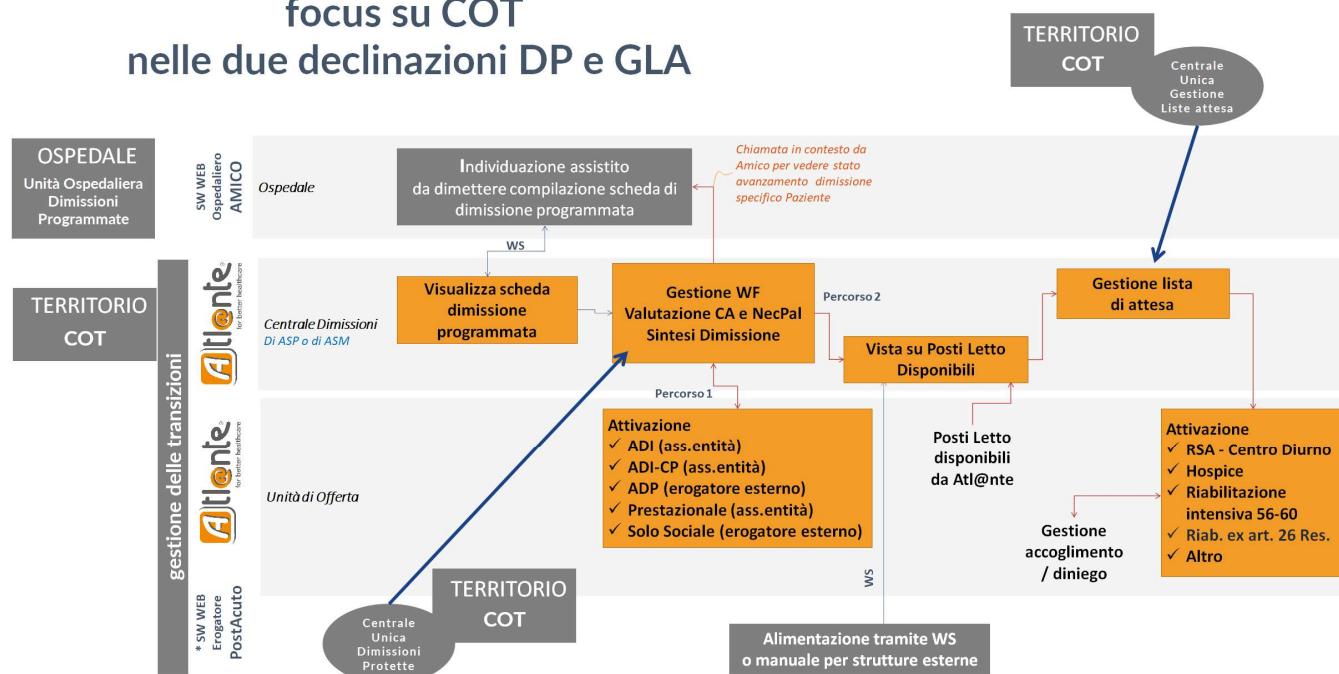


contesto operativo, poi, per la gestione di tutti quei percorsi che prevedono un accesso a servizi contingentati (necessariamente quelli a Posto Letto) è prevista una ulteriore struttura logica interna alla COT che è Unica regionale e che sovrintende ai percorsi di accesso alle strutture di vario genere, dove secondo percorsi di disponibilità o prenotazione si accompagna il cittadino verso la struttura che può erogare il servizio appropriato rispettando la sua specifica scelta.

Con il modulo COT/Centrale Territoriale Unica per le Dimissioni Protette la Regione intende dare seguito alle previsioni della DGR 434 del 2/7/2020 ove descrive il ruolo delle Centrali Operative Regionali Aziendali e della Centrale Unica Regionale.

Il processo è da intendere quindi come indicato nel grafico che segue, che, vista l'analisi sviluppata a suo tempo, distingue il ruolo della Centrale Ospedaliera delle Dimissioni Programmate, che con proprio sistema informativo (agganciato alla cartella clinica ospedaliera) governa le "segnalazioni" dei soggetti di difficile dimissibilità attraverso la scheda di dimissione programmata, "chiedendo" al territorio adeguato supporto per garantire la dimissione nei tempi previsti dal DRG. Per contro la Centrale Unica Territoriale per le Dimissioni Protette garantisce una risposta territoriale capace di fornire la migliore risposta possibile alle esigenze rilevate in fase di dimissione e di ridurre così anche il rischio di ri-ospedalizzazione.

### focus su COT nelle due declinazioni DP e GLA



La segnalazione raccolta dalla COT, nella sua declinazione organizzativa della Centrale Unica Territoriale delle Dimissioni Protette, fa scattare un approfondimento da parte della Centrale Unica Territoriale, che con propri strumenti, valuta in contesto di pre-dimissione i reali bisogni della persona tramite valutazione a posto letto e, a partire dal

suggerimento/informazioni proposto/rilevate dall'ospedale, individua il percorso idoneo alla dimissione attivando, ove necessario, anche servizi alternativi "temporanei" per garantire una tempestiva risposta (e dimissione).

La Centrale Unica Territoriale delle Dimissioni Protette non esaurisce il suo lavoro una volta deciso cosa fare, ma governa le transizioni mantenendo in capo alla COT le informazioni di processo per ciascun singolo soggetto gestito. Lascia invece in capo alla Centrale Unica di Gestione delle Liste di Attesa il governo dei percorsi con le strutture erogatrici accreditate.

Molto importante è considerare che la gestione della COT non interferisce con i percorsi che richiedono una gestione tramite UVMD/UVBR. Ossia quando sia necessario un percorso di tipo non emergenziale, o di attivazione di servizi diretti, la VMD di secondo livello diventa sempre indispensabile per la presa in carico dell'assistito in capo al servizio. Nei percorsi poi di accesso alla residenzialità dal territorio (e non da dimissione) la UVMD/UVBR potrà utilizzare gli stessi strumenti per iscrivere le persone assistite alle liste di attesa.

Tutta la componente di Valutazione acquisisce quindi anche una valenza di costruzione dei diritti di priorità per l'accesso all'assistenza, ancora prima che per l'assolvimento del debito informativo. Fondamentale quindi è la Conoscenza dei bisogni fondamentali, la costruzione di un piano di cura coerente, personalizzato e concordato con l'assistito/caregiver familiare.

Per quanto concerne il funzionamento, la Centrale Operativa Territoriale:

- è attiva 24h e 7gg/7;
- è supportata da un call center aziendale (Centrale dei servizi) attivo h24, in grado di ricevere chiamate e sulla base di precisi criteri di triage telefonico, coordina le azioni per fornire una soluzione/risposta alle richieste;

I soggetti che la attivano sono:

- il personale distrettuale ed ospedaliero per le dimissioni protette ;
- medici/pediatri di famiglia e medici di continuità assistenziale;
- personale delle strutture di ricovero intermedie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- personale del Comune (Servizi sociali)/Familiari di pazienti protetti e critici.

Per quanto riguarda le risorse umane, la Centrale Operativa Territoriale si avvale di personale infermieristico, assistente sanitario - socio-assistenziale ed amministrativo specificamente formato al fine di saper gestire le chiamate, attivare e coordinare gli interventi h24. La Centrale Operativa Territoriale è diretta da un professionista che abbia

conseguito la laurea magistrale in una delle Professioni Sanitarie di cui alla L. n. 251/2000. Lo standard minimo di personale per singola COT è di 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore. Le attività del Centro Servizi sono invece gestite da operatori laici opportunamente formati.

Alla Centrale Operativa Territoriale viene garantita la seguente dotazione informatica:

- dotazione di software di registrazione vocale delle chiamate e tracciabilità informatiche dell'apertura/chiusura delle stesse e delle eventuali transizioni effettuate;
- accesso ed alimentazione nel Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico degli interventi effettuati;
- utilizzo del database Atlante per visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto in strutture di ricovero intermedie e residenziali accreditate con il SSR, la gestione delle liste di attesa nonché l'anagrafica dei pazienti in assistenza domiciliare protetta;
- accesso alla piattaforma unica regionale per l'utilizzo dei diversi setting in telemedicina con possibilità di valutazione strumentale telematica dei pazienti e video consultazione del paziente da remoto dotazione di video consultazione per paziente da remoto.

La COT opera sempre garantendo la presa in carico di pazienti a cui erogare attività mediche, sanitarie, anche attraverso valutazioni e attivazione dei percorsi assistenziali. La COT è una funzione organizzativa, e non struttura organizzativa, facilitatrice dei processi clinico-assistenziali e della integrazione socio-sanitaria attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti (in particolare sistema sanitario e sociale aziendale e sistema socioassistenziale degli Enti).

La COT non deve essere:

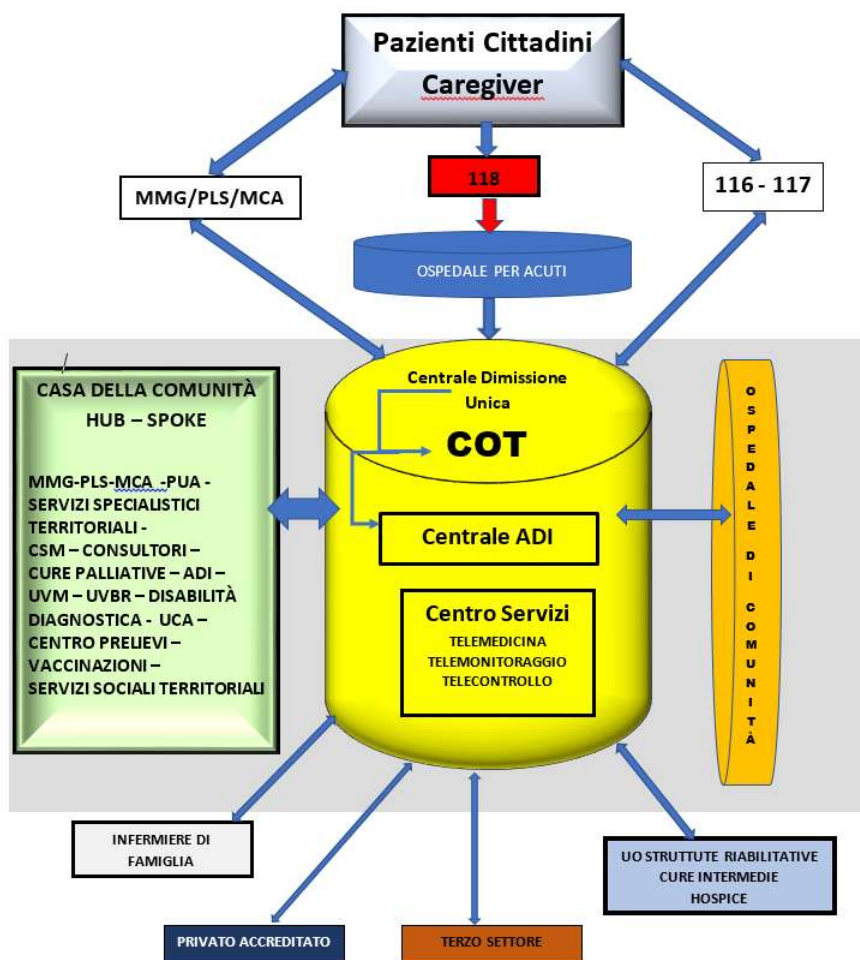
- una duplicazione di servizi e attività già esistenti
- un rallentamento di processi assistenziali già consolidati
- un centralino/call center e smistamento delle problematiche
- un ulteriore passaggio burocratico di carte

La Centrale di servizio gestita in forma diretta o indiretta eroga servizi tecnici di supporto attivo per la tecnologia, il monitoraggio, la sorveglianza, le chiamate attive di controllo, e l'instradamento del problema rilevato all'expertise previsto dal protocollo. Utilizza personale laico opportunamente formato.

La COT si rivolge essenzialmente ai professionisti dei diversi servizi coinvolti nei processi di cure dei cittadini:

- Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, MCA)

- Ospedale (reparti, MECAU)
- Dipartimenti (DSM, DPD, DP, DMI)
- Strutture sanitarie intermedie (Hospice, Ospedali di Comunità, RSA)
- Servizi Sociali (aziendali ed Enti del territorio)
- CO 116-117



Responsabile: Direttore Distretto o Direttore Sanitario (\*) o delegato

Il governo operativo della COT è ricondotto alla responsabilità della struttura distrettuale in diretta integrazione con le Strutture Sanitarie (Territoriali ed Ospedaliere) e i soggetti responsabili della gestione dei servizi socio assistenziali.

Al fine di assicurare l'esercizio integrato ed uniforme delle funzioni sul territorio aziendale, le COT rispondono al Tavolo di coordinamento interdistrettuale composto dai Direttori dei Distretto e funzionalmente presieduto dal Coordinatore Funzionale dei Distretti: tale tavolo fa capo alla Direzione Aziendale.

La COT utilizzerà:

- il SISTEMA INFORMATIVO ATLANT InterRAI completamente interfacciabile con quelli dei singoli nodi della rete in grado di offrire una vera e propria gestione

del percorso del paziente nelle fasi di transizione tra setting diversi assistenziali, in grado di integrare le informazioni presenti nei diversi database, facilmente consultabile dal quale poter estrarre i soli dati necessari per avviare il percorso di cura più appropriato come esito delle valutazioni sulle condizioni cliniche, sociali e assistenziali che il sistema InterRAI effettua costruendo la cartella clinico assistenziale del paziente utilizzata da tutti i setting assistenziali.

- una MAPPATURA DELLE RISORSE DISPONIBILI in tempo reale tramite accesso al sistema informativo aziendale che consentono di monitorare costantemente i posti letto (cure intermedie, residenziali), l'attivazione o meglio la presa in carico dell'ADI, i tempi di prenotazione e consegna degli ausili, ecc. ovvero le informazioni sui servizi e le dotazioni che consentono di gestire la presa in carico e la continuità assistenziale
- un CRUSCOTTO per il monitoraggio dei percorsi di cura attivati, alimentato dal sistema informativo, che deve garantire estrazione, elaborazione, analisi e valutazione dei dati.
- una PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA

La COT dovrà svolgere anche il ruolo di centrale operativa dei sistemi di monitoraggio di telemedicina.

Questa tipologia di assistenza che permette il monitoraggio e la televisita in remoto può essere suddivisa in due grandi categorie:

1. **prestazioni di telemedicina:** televisita, teleconsulto e teleassistenza:

- 
- **TELEVISITA** è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver, per questa tipologia il ruolo della COT potrebbe essere non primario. La Televisita si avvale dei sistemi di prenotazione CUP e può essere effettuata indipendentemente dalla COT. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza. Il referto così come quello della visita in presenza deve essere disponibile nel sistema in caso di presa in carico del paziente. La COT interviene per supportare, attivare, coordinare, la presenza presso il domicilio del paziente la figura dell'InfedC eventualmente nei casi richiesti.
- **TELECONSULTO:** è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora esso si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare.



- **TELECONSULENZA:** È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita.
- **TELEASSISTENZA** è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/ caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il professionista che svolge l'attività di Teleassistenza può anche utilizzare idonee app per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche. Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è prevalentemente programmata e ripetibile in base a specifici programmi di accompagnamento del paziente.

## 2. **modalità operative della telemedicina:** telemonitoraggio e telecontrollo.

- 
- **TELEMONITORAGGIO** Modalità operativa della telemedicina che «permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, attraverso device in grado di monitorare il paziente a domicilio per gli aspetti di vita quotidiana e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base ai protocolli e alle modalità organizzative stabilite. L'utilizzo dei device da parte dei i paziente deve garantire, in tempo reale i parametri rilevati dalla Centrale Operativa che ne analizza i risultati e mette in contatto secondo protocolli predefiniti i professionisti con il TELECONSULTO per la valutazione rispetto al percorso di cura.
- **TELECONTROLLO** medico: modalità operativa della telemedicina che consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni.  
Il telecontrollo si affianca idealmente al telemonitoraggio e vanno personalizzati sulle esigenze del singolo malato in funzione del quadro clinico complessivo; entrambi devono consentire l'integrazione dei dati, sia derivati da sensori, sia rilevati dal personale sanitario o



## Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona

*segnalati dal paziente o dai caregiver , al fine di renderli disponibili al momento della esecuzione di tutti gli atti medici, in presenza o da remoto*

AZIENDA	Sede COT		Numero COT da avviare
ASP	D1	Venosa	1
ASP	D2	Marsicovetere	1
ASP	D3	Potenza	1
ASP	D4	Lagonegro	1
ASM	D5	Matera	1
ASM	D6	Policoro	1
Totale			6
Fabbisogno personale infermieristico	ASP	22	Totale infermieri 34
	ASM	12	
Fabbisogno coordinatore infermieristico	ASP	4	Totale coordinatore infermieristico 6
	ASM	2	
Fabbisogno personale assistente sanitario -amministrativo	ASP	8	Totale assistente sanitario 12
	ASM	4	

## Ospedale di Comunità

È previsto un Ospedale di Comunità per Distretto con 20 posti letto

AZIENDA		Sede OdC	Numero OdC da realizzare			
ASP		Muro Lucano VIA SAN BIAGIO ,SNC	1			
ASP		Venosa APPIA ,75	1			
ASP		Maratea SAN NICOLA ,1	1			
ASM		Stigliano VIA PRINCIPE DI NAPOLI ,SNC	1			
ASM		Pisticci CONTRADA TINCHI DI PISTICCI VIALE JONIO ,SNC	1			
	infermieri (unità)	OSS (unità)	personale altro (Personale altro = personale amministrativo- tecnico-sanitario.)	Medici (unità)	assistenza medica (in ore)	
Ospedali di Comunità n 5 (100 PL)		50	30	10	8	8.190

\* Ore di assistenza medica 5,72 al giorno

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- pazienti fragili e/o cronici**, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

- b) **pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità**, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) **pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi**, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) **pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo**, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente, mai indefinitamente.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico ed è attribuita al dirigente sanitario medico del Distretto di appartenenza dell'OdC o in alternativa su indicazione del Direttore di Distretto anche a MMG/PLS. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile di coordinamento infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale

integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere IFC che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati (MMG), nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. **L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, oppure da medici operanti nella struttura.**

L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata informatizzata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE. Va utilizzato in linea con il sistema Atlante InterRAI il Sistema di Valutazione compatibile con gli strumenti territoriali che si chiama "ACUTE CARE FOR COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT". Tale strumento che include una cartella clinica informatizzata e che, a differenza degli altri strumenti di territorio, include anche direttamente degli indicatori di esito che vengono calcolati nella fase di valutazione alla dimissione utili per i flussi informativi come di seguito richiesti nell'ambito Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute..

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica

ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

#### Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

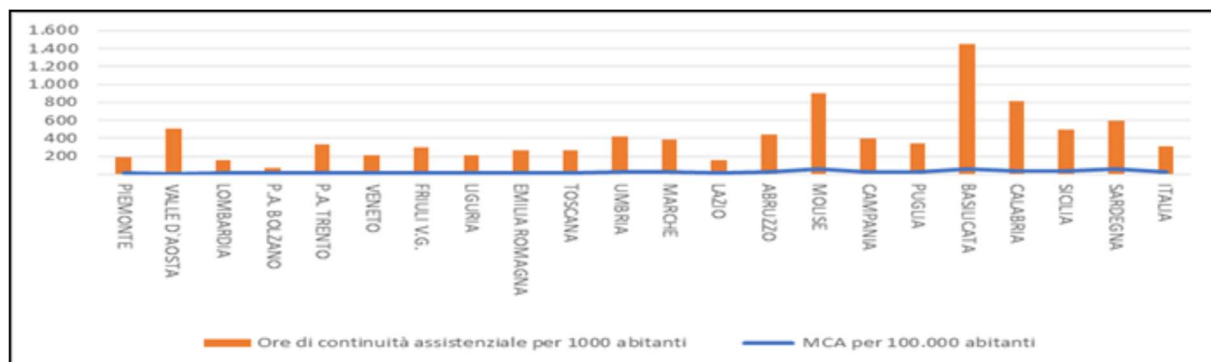
L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane
- N° di outlier/ totale degenze
- N. pazienti provenienti dal domicilio/tot. ricoveri
- N. pazienti provenienti da ospedali/tot. ricoveri

### Continuità Assistenziale 116-117

Secondo dati dell'Annuario Statistico 2017-18 in Regione si registrano ore di continuità assistenziale per 1000 abitanti pari circa a 1.400 h con 140 punti di guardia con bacino di utenza, per ognuno, di quasi 4.000 ab.



Fonte: Annuario Statistico 2017-2018

Questi numeri sono notevolmente alti rispetto alla media nazionale, tuttavia possono aiutare nell'implementazione di una nuova rete territoriale, attraverso una semplice ridestinazione delle risorse professionali, con vantaggi da non sottovalutare, potendo ridefinire le postazioni in CdC con popolazione servita maggiore e nelle altre strutture di nuova istituzione: OdC, COT, etc, le Aziende sulla base della propria orografia e fabbisogni, e tenendo conto anche della distribuzione delle postazioni del 118 dovranno presentare la proposta di riordino della continuità assistenziale entro 90 giorni dal presente documento.

Regione	Popolazione (01/01/2020)	Punti di Guardia Medica	per ab.
PIEMONTE	4.341.375	136	31.922
VALLE D'AOSTA	125.501	9	13.945
LOMBARDIA	10.103.969	257	39.315
P.A. BOLZANO	532.080	7	76.011
P.A. TRENTO	542.739	20	27.137
VENETO	4.907.704	106	46.299
FRIULI V.G.	1.211.357	47	25.774
LIGURIA	1.543.127	52	29.676
EMILIA ROMAGNA	4.467.118	155	28.820
TOSCANA	3.722.729	173	21.519
UMBRIA	880.285	43	20.472
MARCHE	1.518.400	87	17.453
LAZIO	5.865.544	116	50.565
ABRUZZO	1.305.770	92	14.193
MOLISE	302.265	49	6.169
CAMPANIA	5.785.861	237	24.413
PUGLIA	4.008.296	270	14.846
<b>BASILICATA</b>	<b>556.934</b>	<b>140</b>	<b>3.978</b>
CALABRIA	1.924.701	328	5.868
SICILIA	4.968.410	447	11.115
SARDEGNA	1.630.474	235	6.938
<b>ITALIA</b>	<b>60.244.639</b>	<b>3.006</b>	<b>20.041</b>

- Centralizzazione delle chiamate di CA attraverso il NUE 116117;
- Razionalizzazione dell'orario di funzionamento delle postazioni per aree geografiche

La Regione, a seguito di recepimento da parte della Giunta regionale dell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (Rep. Atti 2211CSR), con il quale è stato approvato il documento tecnico contenente "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", con la DGR 806 del 8 ottobre 2021 ha approvato il Progetto di attivazione Numerazione Europea Armonizzata 16117, predisposto dal Dipartimento Politiche della Persona, ottenendo dal Ministero della Salute (dicembre 2021) l'autorizzazione alla sperimentazione del servizio su base regionale, della durata di un anno.

La regione, che dispone già della numerazione 800-116117, ha programmato l'allocazione di tale centrale presso i locali della CO regionale 118 con la quale poter condividere la piattaforma informatica ed il sistema di registrazione già in uso presso



essa. Il personale per la gestione della Centrale Operativa NEA 116117 è reso disponibile dall'Azienda Sanitaria di Potenza.

In una prima fase di sperimentazione, nonostante il numero avrà da subito valenza regionale, i servizi attivi nella Centrale Operativa NEA 116117 si limiteranno:

- al consulto telefonico;
- al reindirizzamento delle chiamate alla Continuità Assistenziale competente sul territorio;
- in subordine al coinvolgimento della CO 118r egionale allorquando necessario;
- il coordinamento con le COT.

Successivamente, si implementeranno servizi e prestazioni proposte dalle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie Territoriali della Basilicata (ASM e ASP), sulla base di protocolli definiti di:

- indirizzare l'utente al proprio MMG;
- indirizzare a un IFeC;
- indirizzare ad un percorso di visita ambulatoriale presso gli ambulatori di CA presenti nella CdC di riferimento;
- di chiedere attraverso la COT a seconda dell'urgenza del caso l'attivazione di un intervento domiciliare IFeC/ADI/UCA;
- di individuare le modalità per prenotare servizi specialistici, ecc.;
- di indirizzare il cittadino, che ne necessita, con il supporto di strumenti dedicati, anche verso un percorso di gestione delle problematiche sociali e sociosanitarie attivando il PUA della CdC di riferimento tramite la COT.

## L'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTUALE

Afferiscono alla Direzione Distrettuale

### **Dirigente sanitario**

- L' Unità Operativa Semplice delle Professioni Sanitarie Territoriali Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Assistenza Protesica a valenza distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Salute Mentale e dipendenze che è inserita nel Dipartimento Aziendale
- L'Unità Operativa Semplice gestione diretta e indiretta delle strutture residenziali e Semiresidenziali Sociosanitarie, Distrettuale

### **Dirigente Amministrativo**

- Semplice Convenzioni e Privati Accreditati Distrettuale
- Semplice Economico-finanziaria
- Semplice Provveditorato Distrettuale
- Semplice Area digitalizzazione Distrettuale
- Semplice Gestione Patrimonio e Manutenzione Distrettuale
- Semplice Legale e gestione del personale Distrettuale

### **Unità Operativa Complessa di Cure Primarie Distrettuale**

- L'Unità Operativa Semplice Medicina e prevenzione Territoriale Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale, Aziendale, Sanità Penitenziaria, in tutte le Aziende sede di istituto penitenziario
- L'Unità Operativa Semplice Attività Specialistica, Governance Strutture Accreditate (Specialistica ambulatoriale e diagnostica) Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Pneumo-tisiologia Territoriale Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale Distrettuale

### **Unità Operativa Complessa di Infanzia Adolescenza e Famiglia Distrettuale**

- L'Unità Operativa Semplice Età Evolutiva Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Neuropsichiatria Infantile Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Consulenti Familiari e Tutela Minori Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Servizio di Integrazione Lavorativa unico (SIL) Aziendale

### **Unità Operativa Complessa Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale**

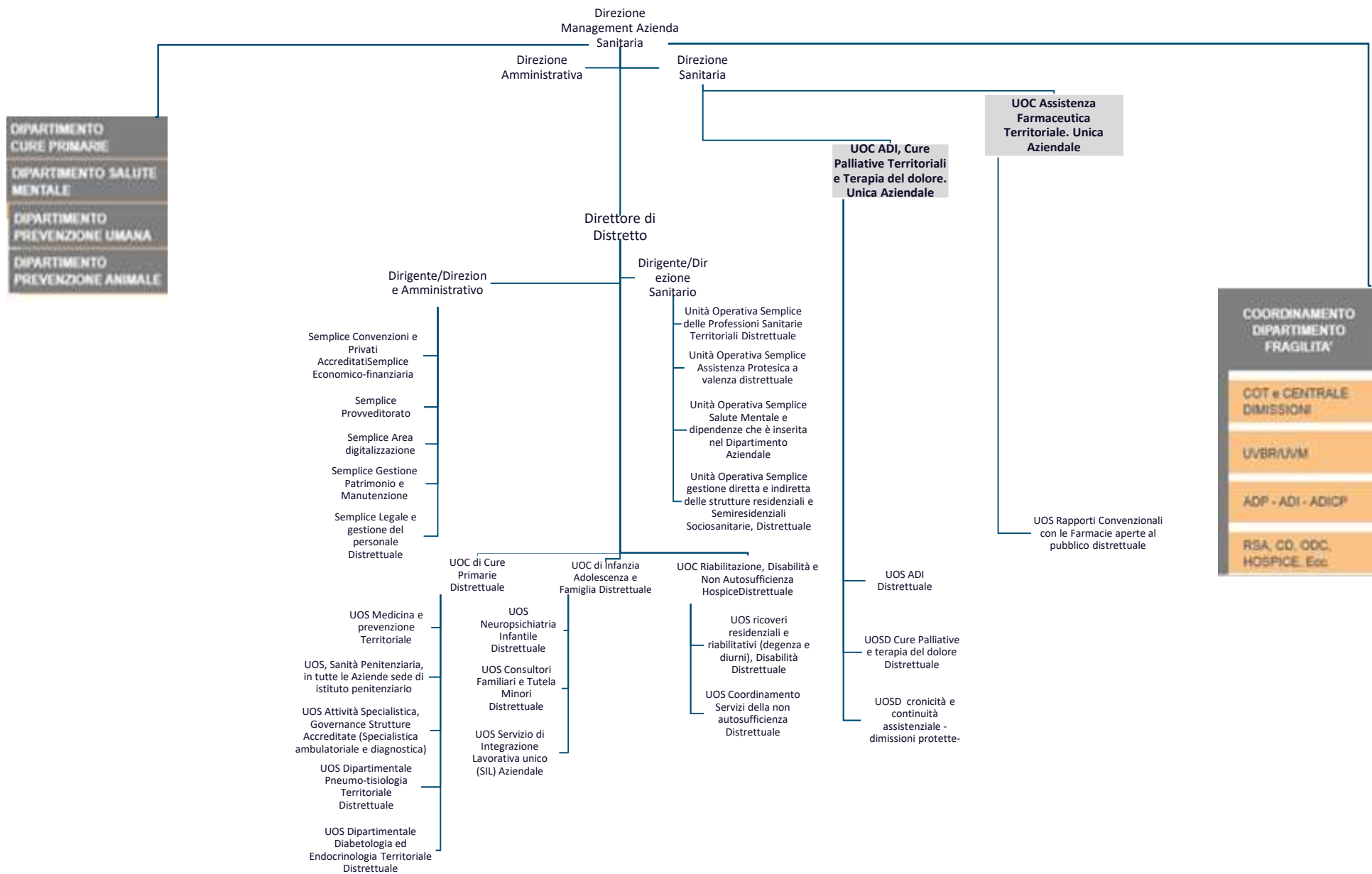
- L'Unità Operativa Semplice ricoveri residenziali e riabilitativi (degenza e diurni), Disabilità Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Coordinamento Servizi della Non autosufficienza Distrettuale

### **Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale. Unica Aziendale**

- L'Unità Operativa Semplice Rapporti Convenzionali con le Farmacie aperte al pubblico distrettuale

### **Unità Operativa Complessa ADI, Cure Palliative Territoriali e Terapia del dolore. Unica Aziendale**

- L'Unità Operativa Semplice ADI Distrettuale
- L'Unità Operativa Semplice Cure Palliative e terapia del dolore Distrettuale
- L'Unità Operativa Dipartimentale. Cronicità e continuità assistenziale –Centrale Dimissioni protette - COT –



## Direzione Distrettuale

### Dirigente sanitario

#### **1) L' Unità Operativa Semplice delle Professioni Sanitarie Territoriali Distrettuale con funzioni di:**

- coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica, riabilitativa e tecnico-sanitaria distrettuale e di collegamento funzionale con le attività svolte presso le Medicine di Gruppo Integrate, al fine di favorire una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel team multiprofessionale;
- partecipazione alla programmazione delle attività distrettuali;
- supporto per l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del nursing case management, supportando la definizione di adeguati percorsi di formazione integrata;
- supporto per le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

#### **2) L'Unità Operativa Semplice Assistenza Protesica a valenza distrettuale**

Questa unità operativa semplice garantisce:

- la gestione dell'intero procedimento relativo all'assistenza protesica ex DM 332/99 e ss.mm.ii. (istruttoria, autorizzazione, erogazione attraverso l'attivazione delle ditte assegnatarie del servizio di fornitura a domicilio degli ausili), in raccordo con il magazzino, con i servizi della rete assistenziale territoriale, con i servizi Ospedalieri e con i servizi per gli approvvigionamenti (Appalti, acquisti in economia, inventario ecc);
- l'elaborazione e gestione dei flussi regionali per il monitoraggio della spesa;
- la gestione dell'attività amministrativa dell'assistenza protesica;
- l'appropriatezza prescrittiva delle protesi e ausili mediante integrazione con i soggetti prescrittori (specialisti, SAI (Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, ecc. ...).

#### **3) L'Unità Operativa Semplice salute Mentale e dipendenze Distrettuale**

Incardinata nel Dipartimento salute mentale e dipendenze.

Segue e si raccorda con:

- a. Strutture socio-sanitarie di ricovero e cura
- b. Gestione doppia diagnosi
- c. Centri Diurni
- d. SERD e nuove dipendenze
- e. Processi di reinserimento e riabilitazione, eventuali strutture mobili di assistenza territoriale
- f. SPDC
- g. Centri specialistici per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Cura nei specifici setting assistenziali:

- a. accoglienza dei pazienti;
- b. valutazione diagnostica multidisciplinare;

- c. valutazione dello stato di dipendenza;
- d. certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e. definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f. somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il
  - monitoraggio clinico e laboratoristico;
  - gestione delle problematiche mediche specialistiche;
  - interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
  - .....

**4) *L'Unità Operativa Semplice gestione diretta e indiretta delle strutture residenziali e Semiresidenziali Sociosanitarie, Distrettuale,***

verifica assistenza strutture sanitarie intermedie, Ospedale di Comunità...etc

**5) *L'Unità Operativa Semplice Servizio di Integrazione Lavorativa unico (SIL) Aziendale***

Il SIL è un servizio unico per l'intero territorio Aziendale ed opera nell'ambito di un sistema di servizi territoriali rivolti a quella parte della cittadinanza in situazione di disabilità e/o in situazione di svantaggio sociale, che aspira all'integrazione sociale e lavorativa quale strumento di sussistenza per se stessi e per la propria famiglia nonché di ruolo sociale attivo.

Esso assicura le funzioni e i compiti relativi all'inclusione sociale e lavorativa di cittadini in condizione di particolare svantaggio sociale così come definiti dall'art. 1 della legge n. 68/1999, dalla legge n. 381/1991 e s.m.i..

Il S.I.L. assicura il raccordo territoriale nella definizione di strategie, protocolli e nella gestione dei sistemi informativi estendendo la sua attività nelle seguenti aree: disabilità, salute mentale, dipendenze. Con queste aree si rapporta per definire con appositi protocolli modalità operative integrate ed univoche.

Il Servizio Integrazione Lavorativa (SIL) attiva progetti di inserimento, di reinserimento lavorativo e di inclusione sociale presso aziende profit e no profit a favore di persone con disabilità e/o in situazione di svantaggio sociale in qualità di unico soggetto promotore di tirocini all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale.

Collabora con i Servizi per il Lavoro e le Aziende pubbliche e private al fine dell'individuazione di posti di lavoro per la successiva occupazione degli utenti in carico, mediante azioni di supporto e di mediazione al collocamento.

Il Servizio partecipa alle attività del Comitato Tecnico ai fini della valutazione della compatibilità tra le competenze professionali e lavorative delle persone con disabilità e le mansioni individuate dalle aziende ai fini dell'inclusione lavorativa delle persone medesime.

Il Servizio svolge l'attività inter-istituzionale per creare le condizioni operative affinché i territori partecipino attivamente ad una co-progettazione degli interventi, anche partecipando congiuntamente ai bandi regionali dei fondi sociali europei o dei singoli Ministeri, in modo da acquisire risorse aggiuntive utili all'inclusione sociale dei soggetti deboli.

## Direzione Amministrativa

### 1) **Semplice Convenzioni e Privati Accreditati Distrettuale**

Si occupa della gestione integrale, sotto il profilo normativo ed economico, dei rapporti convenzionali con i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni e professionisti. Si occupa della gestione amministrativa e del budget delle strutture private accreditate

### 2) **Semplice Economico-finanziaria**

Monitoraggio, Gestione e liquidazione fatture Distrettuale  
Controllo di gestione e monitoraggio del budget, individuazione strategie correttive  
Supporto amministrativo alla Governance delle strutture accreditate

### 3) **Semplice Provveditorato Distrettuale**

Gestione ordini e acquisti su piattaforme regionali e nazionali  
Gestione e monitoraggio attività e compensi ditte esternalizzate  
Gestione economato

### 4) **Semplice Area digitalizzazione Distrettuale**

Costruzione informatica reti assistenziali per PDTA e monitoraggio esiti salute su piattaforme dedicate  
Relazione con gli Utenti e le Associazioni Pazienti  
attivazione e supporto Telemedicina, Teleconsulto, Televisita

### 5) **Semplice Gestione Patrimonio e Manutenzione Distrettuale**

Programmazione interventi ordinari  
Gestione emergenze  
Adeguamenti straordinari o per nuove attività

### 6) **Semplice Legale e gestione del personale Distrettuale**

Consulenza Legale e Gestione del personale  
Intramoenia e Rapporti sindacali  
Applicazione Piano della Performance.

## 1. Unità Operativa Complessa di Cure Primarie Distrettuale

Ha funzioni di:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure Primarie, attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, supportando le fasi progettuali e attuative delle stesse, coinvolgendo tutte le componenti della convenzionata e organizzando le necessarie risorse commisurate agli obiettivi;



- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7gg/7 assicurando l'integrazione funzionale tra la Medicina di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Specialistica, operando mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare tutte le iniziative volte alla presa in carico in una logica di rete e favorendo la sinergia intersettoriale tra tutti i professionisti coinvolti;
- progettazione e implementazione sinergie tra la figura del medico di cure primarie e l'infermiere di famiglia, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- individuazione ed attuazione delle strategie per mantenere o migliorare le coperture in ambito di vaccinazioni e di screening per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche, perseguendo un coinvolgimento attivo dei medici di famiglia anche nell'azione di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, partecipando al buon governo delle risorse;
- coordinamento sanitario delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali), per garantire uniformità di percorsi e di implementazione di procedure condivise e basate sull'evidenza. Programmazione e gestione dei progetti innovativi, previsti dagli obiettivi regionali ed aziendali, assegnati dalla Direzione Generale al Dipartimento;
- Gestione degli Accordi Collettivi Nazionali, degli Accordi Integrativi Regionali e degli Accordi Integrativi Aziendali per MMG e PdL e degli Accordi Integrativi Aziendali ed applicazione specifiche DGR per la Continuità Assistenziale e la Continuità Assistenziale Stagionale;
- Rilevazione dei bisogni formativi dei MMG, programmazione/gestione della formazione obbligatoria e facoltativa, controlli sugli obblighi previsti dall'art. 20 degli AA.CC.NN. della medicina generale e pediatria di libera scelta e MCA;
- programmazione e gestione dei progetti innovativi e migliorativi della Continuità Assistenziale e della Continuità Assistenziale Stagionale;
- Rilevazione fabbisogni formativi dei MCA, programmazione/gestione della formazione obbligatoria e facoltativa, controlli sugli obblighi previsti dall'art. 20 degli AA.CC.NN. della medicina generale;
- Gestione dei Comitati Aziendali della Medicina Generale e della Pediatria;
- Relazioni con le OO.SS. Mediche per la progettazione ed il monitoraggio delle azioni e proposte dei Comitati Distrettuali;
- Gestione degli esposti nell'Area delle Cure Primarie e degli eventuali provvedimenti disciplinari;
- Controlli e relative procedure di recupero economico sulle indennità dei MMG/PdL;
- Monitoraggio e controllo della prescrittività informatica dei MMG/ PdL e procedimenti conseguenti;

- Elaborazione dei dati per la trasmissione dei flussi informativi al Ministero ed alla Regione per l'ambito di competenza;
- Predisposizione di atti di indirizzo relativi alle esenzioni per patologia e malattie rare.

comprende:

1. ***L'Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale, Aziendale, Sanità Penitenziaria,***  
in tutte le Aziende sede di istituto penitenziario è preposta all'Assistenza in area Penitenziaria ed alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti.  
Ha funzione di:
  - garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, di assistenza specialistica, di gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;
  - raccordo delle attività con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze e dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti.
2. ***L'Unità Operativa Semplice Attività Specialistica, Governance Strutture Accreditate (Specialistica ambulatoriale e diagnostica) Distrettuale***
  - o MMG, PLS, AFT, C.A., relazione con il Servizio 118
  - o Poliambulatori della Casa della salute HUB
  - o Poliambulatori della Casa della salute SPOKE
  - o gestione dei Poliambulatori Specialistici extraospedalieri;
  - o riorientamento della funzione specialistica a supporto del medico MMG/pediatra di libera scelta;
  - o garanzia delle prestazioni specialistiche presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali attraverso il coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti);
  - o coordinamento funzionale dell'attività ambulatoriale erogata presso le sedi distrettuali, ospedaliere e le strutture private accreditate nell'ambito del territorio dell'Azienda ULSS, concorrendo anche alla definizione del rapporto con le strutture private accreditate e del relativo budget, secondo criteri di accessibilità per l'assistito e qualità delle prestazioni;
  - o programmazione e coordinamento dell'attività del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, quale strumento gestionale e punto di sincronizzazione dell'attività delle strutture aziendali e del privato accreditato;
  - o supervisione dell'attività del CUP Manager, coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, al fine di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa;

- o supporto alla definizione e partecipazione responsabile alla implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- o monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e governo delle liste d'attesa, coinvolgendo i medici/pediatri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali interni e gli specialisti ospedalieri nella condivisione ed applicazione estesa delle classi di priorità, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati;
- o monitoraggio delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti convenzionati in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto a quanto programmato;
- o coordinamento dell'attività dei poliambulatori extra-ospedalieri;

3. ***L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Pneumo-tisiologia Territoriale Distrettuale***

Si occupa, per tutto il territorio aziendale, di prevenzione, diagnosi, cura delle malattie respiratorie, della Tubercolosi, dei disturbi respiratori del sonno e delle patologie correlate al fumo di tabacco, utilizzando le metodologie e le strumentazioni più adeguate e moderne, garantendo che il loro impiego avvenga nel rispetto dei principi, della qualità, scientificità, ed equilibrio etico-economico-finanziario e nell'osservanza delle Linee Guida nazionali ed internazionali.

Svolge l'attività di assistenza domiciliare respiratoria, garantendo la continuità Ospedale-Territorio per i pazienti con insufficienza respiratoria cronica che necessitano di ossigenoterapia e/o ventilazione meccanica domiciliare a lungo termine, secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente. Tale attività è svolta in collegamento col Medico Curante e il personale del Distretto.

La Pneumo-tisiologia Territoriale favorisce e supporta le attività di volontariato singole e associate, le iniziative di educazione sanitaria, l'autogestione consapevole delle malattie croniche e l'affiancamento nelle problematiche di tipo relazionale e sociale correlate con le malattie respiratorie croniche.

4. ***L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale Distrettuale***

L'attività dell'Unità Operativa è orientata a:

- Assicura, su tutto il territorio aziendale, la diagnosi e la cura della malattia diabetica e delle sue complicanze, delle altre malattie metaboliche e delle malattie endocrine.
- collaborazione con il Medico di Medicina Generale, fornendo agli MMG un supporto specialistico e tecnico nella gestione della cronicità al fine di evitare i ricoveri impropri;

- collaborazione e coordinamento delle Unità Ospedaliere per quanto concerne le malattie endocrino-metaboliche, costituendo un ponte fra territorio e ospedale.

È impegnata a garantire le attività di informazione, educazione e prevenzione inerenti le malattie metaboliche ed endocrine.

## **2. Unità Operativa Complessa di Infanzia Adolescenza Famiglia Distrettuale**

Fornisce e garantisce in maniera integrata e globale interventi di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio psico- sociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, promuovendone la salute.

Dispone di una rete di strutture residenziali semiresidenziali nel territorio per l'accoglimento e la cura di minori in situazione di disagio psico-sociale e/o con gravi disturbi comportamentali e diverse strutture tutelari per minori, per mamma-bambino e donne vittime di violenza.

La U.O.C. opera assicurando interventi multiprofessionali, per la presa in carico globale e specialistica, tramite interventi diagnostico-terapeutici, riabilitativi, di supporto psico-sociale. La dotazione della stessa contempla la presenza di diversi profili: dirigenti medici e psicologi, assistenti sociali, logopediste, terapisti della riabilitazione.

Ha il compito di:

Definire ed implementare i percorsi assistenziali e riabilitativi riferiti alla disabilità in età evolutiva, ai disturbi specifici dell'apprendimento, ai disturbi del comportamento, all'autismo, all'iperattività infantile, ai disturbi psichiatrici ed altre problematiche psicopatologiche dell'età evolutiva.

- Accompagnare il minore e la sua famiglia nel percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo, con il coinvolgimento di tutte le professionalità necessarie monitorandone gli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- Assicurare assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per la protezione e cura del minore in stato di abbandono o di maltrattamento anche in collaborazione con altre U.O. Aziendali e la rete dei servizi del territorio;
- Promuovere la salute ed il benessere dei minori e degli adolescenti, al fine di garantire il corretto sviluppo e sostenere il ruolo affettivo, educativo e socializzante della famiglia tramite il coordinamento delle proprie attività preventive, diagnostiche curative e riabilitative con le altre Unità Operative territoriali ed ospedaliere.

Comprende:

**1) L'Unità Operativa Semplice Neuropsichiatria Infantile e Età Evolutiva Distrettuale**

- Svolge attività di prevenzione, diagnosi e cura delle problematiche relative per i minori in età evolutiva (0-17 anni) con bisogni di aiuto in diversi ambiti dello sviluppo e alle loro famiglie, in particolare per problematiche legate al linguaggio, al movimento e motricità, all'apprendimento scolastico, alla relazione e socializzazione
- È struttura interdisciplinare deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza.
- Si raccorda funzionalmente tra le attività di questa Unità Operativa e le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento per le Dipendenze e la UOC di Pediatria.

Garantisce

- la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia, secondo quanto previsto dalla normativa specifica
- l'impostazione del progetto terapeutico e/o riabilitativo secondo una valutazione globale multiprofessionale specifica, al fine di garantire appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto terapeutico, coerenza e continuità degli interventi di curabilità e verifica degli esiti nel corso del tempo;
- lo sviluppo di percorsi assistenziali, provvedendo a garantire l'integrazione di tutte le competenze necessarie, perseguendo un coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia, e delle strutture, ivi comprese quelle ospedaliere, e sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita;
- cura con il nucleo per l'Età Evolutiva il raccordo con i Pediatri di Libera Scelta per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti neuropsichiatrici infantili con diagnosi di secondo livello;
- collabora con il Dipartimento di Salute Mentale e la UOC di Pediatria per la ottimale collocazione ospedaliera dei pazienti NPI ricoverati;
- effettua la diagnosi per la successiva presa in carico riabilitativa da parte delle strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale e ne controlla e verifica il budget assegnato.

L'Unità Operativa Semplice di Neuropsichiatria Infantile si raccorda funzionalmente tra le attività di questa Unità Operativa e le funzioni del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento per le Dipendenze e la UOC di Pediatria.

**2) L'Unità Operativa Semplice Consultori Familiari e Tutela Minori Distrettuale**

Svolge funzioni di prevenzione, consulenza e cura dei problemi inerenti la gravidanza, la maternità e paternità responsabili, il periodo di puerperio, le richieste di interruzione volontaria della gravidanza, le problematiche relazionali affettive, sessuali e intrafamiliari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo famiglia. A questa predetta unità afferiscono le funzioni di Protezione

e Tutela dei Minori applicando la normativa in essere e i regolamenti / accordi definiti con gli Enti Locali.

Interviene, attraverso percorsi integrati, in diverse aree:

#### **Area ostetrico-ginecologica**

- contraccezione, con la scelta del metodo contraccettivo più adeguato
- consulenza preconcezionale, per accertare lo stato di salute della coppia
- assistenza durante la gravidanza, anche per le donne straniere senza permesso di soggiorno
- infertilità e la sterilità di coppia
- interruzione volontaria di gravidanza, per l'assistenza medico-psicologica
- necessaria
- menopausa.

#### **Area psicologica e sociale**

- consulenza psicologica e sociale, con percorsi di sostegno, anche psicoterapeutici, per difficoltà relazionali del singolo, della coppia, della famiglia
- consulenza, collaborazione, valutazione e sostegno alle coppie che intendono intraprendere un percorso di adozione o di affido
- consulenza psicologica, sociale e legale nei casi di separazione e divorzio
- mediazione familiare, per sostenere i genitori separati o in via di separazione negli accordi relativi ai figli e e per mantenere relazioni che ne sostengono la crescita
- interventi di protezione e cura dei minori in collaborazione con il Servizio per l'Età Evolutiva.

#### **Area di prevenzione e informazione**

- incontri di gruppo per la donna e la coppia, dalla gravidanza al primo anno di vita del bambino (percorso nascita)
- percorsi di educazione all'affettività e sessualità consapevole tramite incontri nelle scuole
- spazio giovani

### **3. L'Unità Operativa Complessa Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale**

Svolge attività di programmazione, gestione e coordinamento degli interventi relativamente all'area della disabilità ed alla non auto sufficienza in ogni ambiente di vita e con riferimento ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

- promuove risposte globali e unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie;
- sviluppa progetti individualizzati per potenziare e mantenere abilità e competenze per una migliore inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita, nonché l'integrazione in ambito scolastico e lavorativo;
- supporta la famiglia nella gestione del carico assistenziale attraverso interventi di tipo sociale e/o economico, nonché interventi di sollievo;



- promuove nella comunità la partecipazione e la sensibilizzazione ai temi della non autosufficienza e della disabilità
- gestisce le modalità di accesso alla rete dei Centri di Servizi per l'erogazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali attraverso il Registro Unico della Residenzialità; coordina e verifica l'attuazione degli accordi contrattuali con i soggetti accreditati.
- gestione diretta e indiretta delle strutture residenziali e Semiresidenziali Sociosanitarie, verifica assistenza strutture sanitarie intermedie, Ospedale di Comunità....etc.

comprende:

***L'Unità Operativa Semplice ricoveri residenziali e riabilitativi (degenza e diurni), Disabilità Distrettuale***

che cura:

- la predisposizione dei regolamenti per l'accesso ai servizi attraverso il Piano Locale della Disabilità secondo gli indirizzi regionali in materia;
- la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM e l'utilizzo di strumenti valutativi regionali (SVAMDI), così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona con disabilità, attraverso l'utilizzo del sistema InterRAI di Atlante per la valutazione dei fabbisogni di assistenza;
- la gestione delle graduatorie specifiche per l'attribuzione delle impegnative di cura domiciliare attraverso il supporto informatico unico definito a livello regionale in modalità web;
- l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva della persona con disabilità nel suo contesto di vita;
- lo sviluppo di progettualità nella prospettiva di "vita indipendente" e del "dopo di noi";
- la verifica dei progetti attivati, colloqui di sostegno individuale e familiare, collaborazioni con altri servizi distrettuali, servizi sociali comunali, soggetti gestori di strutture semiresidenziali e residenziali per persone con disabilità, cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore;
- il rafforzamento del servizio di integrazione in ambito scolastico;
- il consolidamento del rapporto con i Centri diurni, quali punti fondamentali della rete dei servizi, e sviluppo di iniziative innovative per la riqualificazione e razionalizzazione della risposta semiresidenziale;
- l'espletamento delle verifiche sulle unità di offerta residenziali e semiresidenziali inerenti al buon funzionamento delle stesse in relazione alla presa in carico degli ospiti e all'attuazione degli accordi contrattuali;

### ***L'Unità Operativa Semplice Coordinamento Servizi della Non autosufficienza Distrettuale*** che cura

- la predisposizione dei regolamenti per l'accesso ai servizi attraverso il Piano Locale della Disabilità secondo gli indirizzi regionali in materia;
- la definizione e la realizzazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, attraverso l'UVDM e l'utilizzo di strumenti valutativi regionali Atlante (InterRAI-SVAMDI), così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona con disabilità;
- la gestione delle graduatorie specifiche per l'attribuzione delle impegnative di cura domiciliare attraverso il supporto informatico unico definito a livello regionale in modalità web;
- l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva della persona con disabilità nel suo contesto di vita;
- lo sviluppo di progettualità nella prospettiva di "vita indipendente" e del "dopo di noi";
- a verifica dei progetti attivati, colloqui di sostegno individuale e familiare, collaborazioni con altri servizi distrettuali, servizi sociali comunali, soggetti gestori di strutture semiresidenziali e residenziali per persone con disabilità, cooperative sociali e altri soggetti del terzo settore;
- il rafforzamento del servizio di integrazione in ambito scolastico;
- il consolidamento del rapporto con i Centri diurni, quali punti fondamentali della rete dei servizi, e sviluppo di iniziative innovative per la riqualificazione e razionalizzazione della risposta semiresidenziale;
- l'espletamento delle verifiche sulle unità di offerta residenziali e semiresidenziali inerenti al buon funzionamento delle stesse in relazione alla presa in carico degli ospiti e all'attuazione degli accordi contrattuali;

### **4. L'Unità Operativa Complessa Assistenza Farmaceutica Territoriale Unica Aziendale** Competenza in materia di:

- verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, dell'integrativa, della protesica e dei dispositivi medici;
- approvvigionamento dei farmaci e di dispositivi medici sterili da impiegarsi nei distretti, nelle strutture residenziali per anziani e disabili, Hospice, e in assistenza domiciliare;
- gestione della distribuzione per conto di farmaci del PHT attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate;
- gestione della distribuzione diretta di farmaci nel territorio, in ottemperanza alla Legge n.405/2001;
- partecipazione ai programmi di definizione dei budget dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (Patti aziendali, contratti di esercizio delle Medicine di Gruppo Integrate);

- consulenza e informazione per i medici di medicina generale, farmacisti al pubblico, nonché predisposizione di programmi educativi per studenti e cittadini;
- attività di sorveglianza delle farmacie pubbliche e private convenzionate e dei grossisti;
- attività di vigilanza nelle strutture sanitarie private, convenzionate e non, nelle strutture residenziali per anziani e disabili, sulle case protette, per quanto attiene alla corretta gestione del farmaco e delle sostanze stupefacenti;
- farmacovigilanza, dispositivo vigilanza e gestione degli errori farmacologici;
- dispensazione ai pazienti di particolari farmaci su indicazione della Regione e della Azienda Sanitaria Locale
- contributo alla definizione e monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, con particolare riferimento alla terapia farmacologica;
- monitoraggio e verifica del file F;
- coordinamento delle attività necessarie a garantire la continuità terapeutica ospedale-territorio.

comprende

**1) L'Unità Operativa Semplice Rapporti Convenzionali con le Farmacie aperte al pubblico distrettuale o sovra distrettuale**

- Applicazione da parte dell'azienda e vigilanza sull' operato delle farmacie relativamente alla Convenzione farmaceutica nazionale (attuale D.P.R.371/98 e successive con particolare riguardo a:
  - gestione delle ricette del SSN, controllo contabile, liquidazione delle competenze mensili e istruttoria delle pratiche per la Commissione Farmaceutica Aziendale ed esecuzione delle decisioni della stessa;
  - istruzione dei provvedimenti relativi a turni, ferie, chiusure temporanee delle farmacie convenzionate, rilascio certificazioni.

**5. L'Unità Operativa Complessa ADI, Cure Palliative Territoriali e Terapia del dolore**

Ha funzioni, per l'intero ambito Aziendale, di:

Assistenza domiciliare complessa e integrata – NAD, RSA, Hospice Lungodegenza Medica, Dialisi domiciliari, in stretta correlazione con le COT distrettuali e comprende:

**1) L'Unità Operativa Semplice ADI Distrettuale**

- Assistenza riabilitativa e protesica
- Telemedicina – Teleconsulti – Gestione Piattaforme integrate e Telecomunicazioni telemonitoraggio. Relazioni con gli ospedali di riferimento. Dimissioni protette

**2) L'Unità Operativa Semplice Cure Palliative Distrettuale**

- gestione e programmazione del percorso assistenziale dei malati candidati a palliazione, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture

residenziali idonee, in sinergia con l'U.O.C. Cure Primarie, assicurando peraltro il coordinamento sanitario degli Hospice per quanto riguarda l'ADI oncologica,

- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- attivazione e coordinamento del Nucleo di Cure Palliative, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.);
- garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.

**3) La U.O.S.D., *Cronicità continuità assistenziale*, –Centrale Dimissioni protette - COT–**

in stretta sinergia con il Dipartimento cure Primarie, , ha il compito di :

- fornire indirizzi, linee guida e obiettivi ai servizi territoriali per la fragilità
- coordinare le attività erogate dagli stessi,
- definire le regole di attivazione dei servizi per la presa in carico dei pazienti sia nella fase di dimissione che nelle modalità di reclutamento extra ospedaliero e residenziale.
- Valutare i protocolli della COT e garantire l'operatività delleUVBR/UVM.

## I DIPARTIMENTI AZIENDALI

### Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento Cure Primarie garantisce l'assistenza primaria, cioè il sistema di cure e assistenza erogate vicino ai luoghi di vita delle persone, attraverso una rete territoriale di strutture e professionalità integrate, in grado di assicurare le funzioni di orientamento, valutazione multidimensionale dei bisogni, presa in carico e continuità delle cure e dell'assistenza. Tali funzioni sono finalizzate alla valorizzazione del sistema salute grazie all'azione integrata dei professionisti che vedono i cittadini e le risorse della comunità non solo come destinatari dei servizi, ma anche come soggetti da informare, formare ed attivare in modo proattivo.

Gli ambiti di responsabilità sono:

- **garantire l'assistenza primaria e il convenzionamento** dei Medici di Assistenza Primaria (MMG - MAP), dei Pediatri di Famiglia (PdL - PdF), dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA). L'obiettivo è la presa in carico della persona cronica e fragile e della continuità della cura, facilitare l'accesso alle cure e all'assistenza per favorire la riduzione delle disuguaglianze;
- garantire l'attività clinico assistenziale di assistenza primaria ed il consolidamento delle relazioni tra i professionisti che operano nei diversi setting assistenziali;
- **promuovere la salute della popolazione di riferimento** attraverso il superamento della medicina di attesa verso la medicina di iniziativa tramite il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei care-giver nei diversi ambiti di azione (autocura, self care, educazione agli stili di vita);
- **assicurare l'assistenza primaria alle persone nell'arco di tutta la vita**, sia come risposta alle patologie in fase acuta, che durante le fasi della cronicità;
- definire la presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure e dell'assistenza definendo e garantendo percorsi assistenziali integrati e condivisi con il paziente e/o care-giver;
- **promuovere l'attività dell'infermiere di famiglia**, per una presa in carico proattiva del cittadino fragile, che non necessita di ricovero ospedaliero, in stretta sinergia con il MAP competente per territorio con le UCA, e con la COT;
- **la predisposizione e l'implementazione di percorsi di medicina predittiva**, finalizzati a determinare il profilo di rischio dei soggetti fragili/cronici allo scopo di

approntare azioni che prevengano e/o rallentino il rischio di perdita di autonomia. promuovere lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie, delle Case della Salute e della rete delle Cure intermedie, in modo da garantire al cittadino una risposta esauriente alle diverse esigenze cliniche, assistenziali, sanitarie e sociali;

garantire la presa in carico individualizzata dei bisogni da parte dei servizi di:

- assistenza primaria;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza consultoriale rivolta alla donna, all'infanzia e all'età evolutiva;
- assistenza agli anziani e ai fragili;
- assistenza a popolazioni vulnerabili e detenute;

promuovere e verifica la qualità delle cure e dell'assistenza attraverso l'utilizzo degli strumenti del governo clinico;

assicurare relazioni operative con i Dipartimenti ospedalieri e con gli altri Dipartimenti territoriali e le strutture sanitarie accreditate, i Servizi Sociali dei Comuni, il Terzo settore e le altre risorse attive nelle comunità finalizzate a promuovere la salute e a garantire la continuità assistenziale dei percorsi di cura

*Il Dipartimento si occupa:*

dell'assistenza primaria e del convenzionamento dei Medici di Assistenza Primaria (MAP), dei Pediatri di Famiglia (PdF), dei Medici di Continuità Assistenziale (MCA). L'obiettivo è la presa in carico della persona cronica e fragile e della continuità della cura.

Le aree di collaborazione riguardano:

- la definizione e l'adozione di protocolli e procedure per il governo della presa in carico dei soggetti fragili/cronici, per assicurare la continuità assistenziale in tutta la filiera dei servizi, in particolare con l'attivazione di forme di cooperazione tra le ASST e gli Enti Erogatori del territorio;
- la promozione e l'attuazione di percorsi formativi finalizzati alla diffusione, tra i professionisti, di un atteggiamento proattivo nei confronti del paziente, unitamente alla corresponsabilizzazione dei cittadini nei confronti della propria salute;
- l'infermiere di famiglia, per una presa in carico proattiva del cittadino fragile, che non necessita di ricovero ospedaliero, in stretta sinergia con il MAP competente per territorio;



- la predisposizione e l'implementazione di percorsi di medicina predittiva, finalizzati a determinare il profilo di rischio dei soggetti fragili/cronici allo scopo di approntare azioni che prevengano e/o rallentino il rischio di perdita di autonomia.

Il Dipartimento afferisce alla Direzione Sanitaria Aziendale

Viene assegnato al DCP il compito di assicurare un sistema per garantire livelli uniformi di offerta di cure, equità nell'assegnazione delle risorse ed il miglioramento complessivo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Presidia un'area di rilevanza strategica in termini di programmazione e progettazione dell'assistenza primaria ed in termini di impostazione e verifica della corretta applicazione delle norme contrattuali dei medici di cure primarie.

Il Dipartimento ha il compito di individuare gli obiettivi specifici da perseguire nell'area di competenza, in termini di attività complesse su base annuale e pluriennale, tramite il coordinamento e l'organizzazione delle attività di assistenza primaria sul territorio. Conseguentemente, elabora procedure e linee di indirizzo per l'area delle cure primarie e supporta la Direzione Strategica nell'applicazione aziendale delle convenzioni nazionali e degli accordi regionali relativi ai MAP, ai PdF, ai MCA; cura i rapporti con gli stessi.

Esercita attività di controllo sul rispetto delle norme convenzionali ed il corretto uso delle risorse assegnate.

La Direzione del Dipartimento mantiene, quindi, a livello centrale gli aspetti di direzione tecnica ed amministrativa di carattere generale, compresa la gestione delle graduatorie per incarichi a tempo determinato ed indeterminato dei Medici Convenzionati, al fine di garantire la più corretta ed omogenea applicazione delle norme e delle indicazioni derivate dalla lettura degli Accordi di Lavoro di ciascuna categoria medica convenzionata e degli accordi decentrati in sede locale.

Le Unità Operative Complesse e semplici Dipartimentali che lo compongono mantengono la dipendenza Gerarchica dal Direttore di Distretto.

Il Dipartimento è così articolato:

#### Strutture Complesse

*UOC Assistenza Primaria*

*UOC di Infanzia Adolescenza e Famiglia Distrettuale*

*UOC Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale*

#### *Strutture Semplici*

*UOS Attività Specialistica e Governance Strutture Accreditate (Specialistica ambulatoriale e diagnostica)*

*UOS Consultori Familiari e Tutela Minori Distrettuale*

*UOS a valenza Dipartimentale, , Sanità Penitenziaria*

*UOS Dipartimentale Pneumo-tisiologia Territoriale*

*UOS Dipartimentale Diabetologia ed Endocrinologia Territoriale*

*UOS Servizi Informatici e di supporto ai processi di digitalizzazione del Dipartimento Cure Primarie*

#### *Strutture di Staff/Uffici*

*Staff Amministrativo/Tecnico Sanitario*

## **Il Dipartimento di Salute Mentale, neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP)**

Il modello organizzativo ordinario per la gestione delle attività connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area salute mentale è rappresentato dal Dipartimento.

Questo si configura come un Dipartimento strutturale transmurale (ospedale-territorio), in coerenza con quanto disposto dal D.Lgs 502/92, D.Lgs 517/93 e D.Lgs 229/99 e, per quanto riguarda nello specifico l'area in oggetto, rappresenta il garante clinico-organizzativo per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale per il bacino d'utenza di riferimento e coordina le U.O.C e U.O.S.D e U.O.S di pertinenza sviluppando sinergie anche con altre U.O.C. Aziendali e stakeholder esterni onde garantire i LEA e raggiungere gli obiettivi di salute ed economici fissati dall'Azienda Ulss nel rispetto delle risorse assegnate.

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 H24, 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).

Il Dipartimento unico aziendale di Salute Mentale, Neuropsichiatria infantile e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP) è 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. Tale modello organizzativo, trae fondamento dalla definizione di una rete di trattamento, ospedaliera e territoriale integrata, secondo una logica di psichiatria di comunità.

Ai fini dell'erogazione delle proprie prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse, Unità operative semplici a valenza dipartimentale e Unità operative semplici.

### ***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 a livello territoriale e domiciliare e collabora con i servizi ospedalieri, i servizi sociali dei Comuni, il volontariato e le associazioni, secondo un approccio multidisciplinare.

Il CSM, è il principale garante della continuità assistenziale, riveste un ruolo centrale nella organizzazione del DSM

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.

Si prevede un adeguamento dei posti letto con successivi atti regionali nel rispetto di quanto previsto dal contesto nazionale in termini di fabbisogno di posti letto. A tal riguardo la programmazione regionale, considerata la popolazione maggiorenne residente ma anche l'incremento dell'incidenza delle patologie psichiatriche in fasce a rischio (es. giovani adulti) dimensiona la dotazione di posti letto ospedalieri per la Basilicata a 50 p.l. di SPDC (1 p.l. ogni 10.000 ab.  $\geq$  18 anni).

La capacità ricettiva massima di ogni SPDC non può comunque superare i 16 p.l.

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

- Centralità del paziente intesa come coinvolgimento dello stesso nel processo di cura;
- Valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie, partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato;
- Integrazione nell'Azienda sanitaria dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali;
- Multidisciplinarietà e Multiprofessionalità dell'équipe;
- Garanzia della tutela e la cura della salute mentale anche all'interno degli istituti penitenziari del territorio;
- Promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale;
- Adozione di strumenti del Governo Clinico nell'attica di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità;
- Rendicontazione sociale, attraverso conferenze dei servizi (Accountability).

**obiettivi prioritari:**

- Riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero (SPDC) anche attraverso il potenziamento degli interventi di promozione, prevenzione e presa in carico precoce e attività di formazione per MMG/PLS;
- Contenimento e riduzione della degenza media in SPDC attraverso un rafforzamento dell'integrazione ospedale-territorio e attivazione dei servizi sanitari e socio-sanitari onde ridurre il rischio di prolungamento improprio della degenza ospedaliera.
- Sviluppo delle attività di Neuropsichiatria Infantile territoriale ed ospedaliera anche attraverso collaborazioni già in essere con la Fondazione Stella Maris IRCSS (DGR n.691/2014 e ss.mm.ii);
- Potenziamento e sviluppo della rete di trattamento semiresidenziale e residenziale extraospedaliera in coerenza con la vigente normativa in merito ai Livelli Essenziali di Assistenza e alla normativa sull'accreditamento istituzionale delle unità di offerta, in funzione dei livelli di intensità riabilitativa e assistenziale;
- Sviluppo di una rete di trattamento semi/residenziale per soggetti giovani, all'esordio di malattia onde poter massimizzare efficienza e efficacia terapeutica e ridurre il rischio di cronicizzazione del disturbo;

- Perseguimento di adeguati standard di qualità ed appropriatezza della semioresidenzialità e residenzialità extraospedaliera area salute mentale sia mediante standard amministrativi (Accreditamento) sia attraverso l'utilizzo di interventi EBM e valutazione degli esiti di trattamento;
- Definizione e sviluppo della rete multidisciplinare di trattamento per i disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione mediante l'attivazione di ambulatori dedicati in stretta collaborazione con il Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione di Chiamonte, dedicato al trattamento dei casi complessi e/o che necessitano di interventi in regime semiresidenziale o residenziale. La definizione della rete, demandato a successivo provvedimento programmatico, dovrà tener conto del fabbisogno, della necessità di interventi multidisciplinari e di specifici protocolli per la definizione del percorso dell'utente all'interno della rete di trattamento. La definizione e l'attuazione della suddetta rete di trattamento consentirà, tra l'altro, la riduzione della mobilità passiva verso centri di trattamento extra-regionali. Consentirà inoltre di sviluppare le competenze professionali dei professionisti della rete garantendo, in ultima analisi, una miglior performance trattamentale all'utenza;
- Consolidare la rete dei servizi della salute mentale, qualificando le prestazioni sull'evoluzione delle domande e prevedendo l'implementazione di nuovi modelli di erogazione dell'offerta e modelli innovativi di intervento per le patologie emergenti; • Promuovere la presa in carico assertiva dell'utenza, in un'ottica di psichiatria di comunità, valorizzando il modello del case management; • Prevedere adeguati percorsi di cura e riabilitazione per i diversi quadri psicopatologici, in particolare per quelli a maggior carico assistenziale in coerenza con quanto definito nel documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" (Rep. Atti 137/CU del 13/11/2014);
- Definire programmi di sostegno alle famiglie con pazienti psichiatrici, attraverso un'assistenza domiciliare finalizzata anche ad aumentare le capacità di cura della famiglia;
- Promuovere politiche per la prevenzione del suicidio;
- Sostenere e sviluppare esperienze innovative di residenzialità leggera anche attraverso la coprogettazione e lo strumento del budget di salute;
- Promuovere l'utilizzo della Evidence Based Medicine (EBM) e delle evidenze scientifiche dei trattamenti appropriati nelle varie patologie psichiatriche;
- Rafforzare la collaborazione con la medicina generale nella costruzione di percorsi di screening, diagnosi precoce e presa in carico condivisa;
- Consolidare il rapporto di collaborazione e condivisione di progettualità specifiche con gli Enti locali, l'associazionismo ed il volontariato;
- Promuovere interventi di trattamento per utenti con comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze;
- Sviluppare la rete di trattamento per pazienti psichiatrici autori di reato sia per quanto concerne il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza detentiva (REMS) sia per quelli in misura di sicurezza non detentiva. Tale processo prevede anche la predisposizione

e attuazione di percorsi formativi a livello inter-istituzionale (Magistratura-Area Sanità) onde poter migliorare l'appropriatezza e la clinical governance di tale sistema;

- Promuovere interventi di telemedicina (televisita, teleconsulto) in particolare per utenti stabilizzati dal punto di vista psicopatologico onde poter garantire la continuità terapeutica e favorendo l'accessibilità alle prestazioni;
- Utilizzo del sistema informativo e clinico assistenziale InterRAI Salute Mentale Integrato per consentire un'analisi dei bisogni ed il monitoraggio continuo dell'attività assistenziale dei Dipartimenti di Salute Mentale, nel rispetto di quanto previsto nell'accordo della Conferenza Stato Regioni del 11 ottobre 2001.
- Rafforzare la collaborazione con la medicina generale e i pediatri di libera scelta nella costruzione di percorsi di screening, diagnosi precoce e presa in carico condivisa;
- Consolidare il rapporto di collaborazione e condivisione di progettualità specifiche con gli Enti locali, l'associazionismo ed il volontariato;
- Promuovere interventi di contrasto allo stigma nelle sue varie forme di espressione con l'obiettivo di favorire una visione "normalizzata" delle persone con disturbi mentali, valorizzare la diversità, agire come strumento di accettazione e prevenzione, e sperimentare strumenti nuovi di interazione, dialogo e conoscenza;

### ***I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.)***

Nel corso degli anni il fenomeno delle dipendenze è notevolmente cambiato con l'immissione sul commercio di nuove sostanze d'abuso, sono emerse nuove tipologie di dipendenza (ad es. dipendenze comportamentali, sex addiction ecc.); in tale contesto il Gioco d'Azzardo Patologico riveste un ruolo di primo piano anche in considerazione delle conseguenze economiche e socio-lavorative per il paziente.

La mission dell'Area Dipendenze Patologiche è quella di erogare interventi di prevenzione, riduzione del rischio, trattamento e riabilitazione per i pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze anche in comorbidità con disturbi psichiatrici, attraverso interventi di rete a integrazione socio-sanitaria.

Si identificano i seguenti obiettivi:

- Sviluppare interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- Sostenere e promuovere l'integrazione sociosanitaria ivi compresa l'inclusione lavorativa;
- Implementare 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;
- Rafforzare l'assistenza territoriale 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 di salute in carcere;
- Definire un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento sia mediante indicatori di processo sia di esito.

L'erogazione delle prestazioni preventive, di cura e riabilitazione, nel rispetto dei vigenti LEA, avviene per il tramite delle strutture pubbliche ed in via integrativa mediante il privato accreditato. La governance del sistema è comunque sempre garantita dal Dipartimento salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche (DSM-DP).

La rete di trattamento dell'Area dipendenze, oltre alle strutture territoriali, è costituita dalle strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere per il trattamento riabilitativo a ciclo continuo e/o diurno, stratificato per intensità riabilitativa e assistenziale.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, definito dall'equipe curante e a valenza multidisciplinare rappresenta la necessaria personalizzazione degli interventi in funzione dei bisogni dell'utenza ed è alla base degli interventi semi/residenziali che si attuano in strutture a gestione diretta o private accreditate; in questa ultima fattispecie la governance e il monitoraggio permane sempre in capo al Servizio pubblico.

### ***I Servizi di Neuropsichiatria Infantile***

I disturbi dell'età evolutiva possono essere ascritti a tre macroaree:

- A. Disturbi neurologici;
- B. Disturbi psichiatrici;
- C. Disturbi del neuro-sviluppo (disabilità complesse e disturbi specifici).

Dal punto di vista epidemiologico si è assistito nell'ultimo decennio ad un aumento esponenziale della domanda di cura in tutti gli ambiti ma soprattutto negli ultimi anni (pre-post pandemia) nell'area dei disturbi del neuro-sviluppo e nell'area psichiatrica (Documento di sintesi - Tavolo Tecnico Salute Mentale; Ministero della Salute, 2021).

Il modello dipartimentale integrato (salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche) appare ad oggi quello maggiormente atto a contemperare i bisogni di cura nell'area salute mentale per l'intero ciclo di vita. Ciò è maggiormente rilevante per il decorso longitudinale di molti tra i disturbi psichiatrici e del neuro-

sviluppo, in particolare per quelli a maggior carico assistenziale (ad es. disturbi dello spettro schizofrenico, bipolare e autismo).

Linee di indirizzo di attività prioritarie, anche in relazione ai bisogni di salute ed in funzione di un'adeguata erogazione dei LEA, risultano essere:

- Costituzione e/o implementazione di una rete regionale che coinvolga i MMG e PLS, i servizi di NPI e le Agenzie che si occupano di minori (Scuola, Tribunale per i Minorenni), con la presenza di equipe funzionali multidisciplinari dedicate;
- Definizione di una rete di strutture semiresidenziali e residenziali dedicate al trattamento intensivo o sub intensivo extra ospedaliero di disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza ed adolescenza, in sinergia con le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- Perseguire l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, efficienza ed appropriatezza per quanto concerne, tra l'altro, l'area della semiresidenzialità e residenzialità extraospedaliera sia mediante standard amministrativi (Accreditamento) sia attraverso l'utilizzo di interventi EBM e valutazione degli esiti di trattamento; Definizione di percorsi di transizione verso l'età adulta per permettere anche la convergenza di interventi rivolti ad uno stesso nucleo familiare (minori e genitori);
- Definizione di protocolli di collaborazione tra le diverse aree dipartimentali onde garantire la continuità di cura e incrementare la sinergia tra operatori dei diversi servizi;
- Individuazione della Unità di Valutazione Multidimensionale come luogo e momento di rilevazione dei bisogni dell'utente sia per quanto attiene l'aspetto sanitario sia socio-sanitario. L'individuazione della figura del case-manager, facilitatore del percorso di cura dell'utente, è per questo elemento centrale;
- Miglioramento dell'assistenza per i disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale mediante potenziamento delle sinergie in essere con tutti gli attori coinvolti e lo sviluppo di nuove collaborazioni;
- Costituzione di una rete regionale per il trattamento delle patologie a maggior carico assistenziale per l'età infantile/adolescenziale (ad.es autismo e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione) attraverso l'implementazione dell'offerta attualmente attiva e la definizione a livello programmatico dei nodi di rete e dei network funzionali necessari per l'adeguato funzionamento.

## Dipartimenti Prevenzione

La legge regionale n.12/2008 riorganizza i Dipartimenti aziendali di Prevenzione in:

- **Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana**
- **Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale**

Le Aziende sanitarie definiscono attraverso il regolamento di funzionamento dei Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di lavoro interdipartimentale e le procedure mirando alla semplificazione amministrativa e alla facilitazione per l'utenza.

In particolare, in materia di Prevenzione collettiva si individua per entrambi i Dipartimenti come obiettivi generali la

- razionalizzare ed omogeneizzare dei livelli di assistenza della prevenzione in tutte le Aziende sanitarie regionali;
- potenziamento e riqualificazione dei settori critici della prevenzione.

Tali obiettivi vanno perseguiti attraverso:

### **Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale.**

- la razionalizzazione dei livelli di assistenza della prevenzione a livello regionale e la individuazione delle funzioni riconducibili al macrolivello di prevenzione;
- la garanzia dell'uniformità delle prestazioni previste dai LEA della Prevenzione;
- la introduzione di misure di salvaguardia sanitaria che coprano l'intera catena alimentare" e la "garanzia di un sistema di allarme rapido che copra tutte le emergenze in materia di alimenti – bevande e mangimi"(sicurezza alimentare);
- il miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e la riduzione della prevalenza di zoonosi specifiche (sicurezza nei rapporti uomo-animale");
- il miglioramento del sistema di monitoraggio e di notifica delle malattie infettive e parassitarie degli animali;
- la definizione di un modello organizzativo, che tenga presente la necessità del rispetto della singola professionalità nell'ottica del team multidisciplinare ed afferente ai due dipartimenti;
- l'informatizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Salute Umana e Animale;
- l'analisi dell'andamento infortunistico in ambito lavorativo e la individuazione di patologie correlate con l'esposizione a fattori di rischio presenti in ambiente lavorativo nonché le dovute attività di promozione per l'area salute e sicurezza sul lavoro;
- la diffusione dell'uso di metodologie di analisi dei problemi per la progettazione e la valutazione degli interventi";
- lo sviluppo ed il consolidamento della una rete epidemiologica regionale per l'area epidemiologia;

- l'attivazione/il potenziamento delle attività di igiene della nutrizione e la categorizzazione del rischio degli opifici e l'attivazione delle verifiche mediante procedure di audit per l'area prevenzione nutrizionale;
- la costruzione di un sistema informativo basato sui dati attualmente presenti nei vari enti;
- l'individuazione di aree geografiche e tematiche di intervento su cui procedere ad accordi di programma; lo sviluppo di programmi con le singole realtà territoriali dipartimentali per l'area protezione ambientale;
- raggiungimento qualifiche sanitarie degli allevamenti per l'area sanità animale;
- la categorizzazione del rischio degli opifici e l'attivazione delle verifiche mediante procedure di audit per l'area igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- sterilizzazione cani randagi e valorizzazione pet-therapy per l'area igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

## Dipartimento Coordinamento Fragilità

Il Dipartimento Funzionale Cronicità e Fragilità, , nasce dall'integrazione tra strutture che per complessità e numerosità delle prestazioni rese, si rivolgono, prevalentemente, a persone anziane con problemi connessi a patologie croniche o eventi acuti tipicamente connessi a situazioni di fragilità o non autosufficienza.

E necessario prevedere la costruzione di processi e percorsi orizzontali condivisi, di presa in carico delle persone in condizione di cronicità complessa e fragilità, garantire il governo clinico della continuità di cura fra Ospedale e Territorio attraverso un Assessment (sistema valutativo comune e riconosciuto InterRAI) oggettivo del paziente che va preso in carico definendo la tipologia di fabbisogno a cui rispondere e il peso che lo stesso ha nel setting assistenziale individuato.

Il dipartimento deve sviluppare i percorsi e i processi per la presa in carico in maniera strutturata e determinare oltre che governare i fabbisogni formativi per tutto il personale interessato

La sua afferenza alla Direzione Sociosanitaria Aziendale consente una visione integrata e globale delle problematiche emergenti e garantisce un approccio multi dimensionale ed interdisciplinare.

Al Dipartimento vengono attribuite:

- *UOC ADI, Cure Palliative Territoriali e Terapia del dolore. Unica Aziendale*
- *UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale. Unica Aziendale*
- *UOC Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza Distrettuale, Hospice*
- *U.O.S.D. Cronicità e continuità assistenziale –Centrale Dimissioni protette - COT –*
- *U.O.S.D. Cure Palliative e terapia del dolore*

## RISORSE UMANE FABBISOGNI E FORMAZIONE

Negli ultimi anni l'evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi caratterizzati da una sempre maggiore complessità non solo operativa, ma anche organizzativo-gestionale, ha comportato la necessità di sviluppare e potenziare le funzioni di coordinamento delle risorse umane per assicurare al cittadino una risposta sempre più efficace.

A seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 con il quale si dava attuazione alle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro che prevedevano la fine delle deroghe ai riposi giornalieri previste sia normativamente che contrattualmente il Governo e il Ministero della salute si sono impegnati ad ampliare gli organici del personale del Servizio sanitario nazionale (SSN). Tale impegno si è concretizzato con l'emanazione all'interno della legge di stabilità per l'anno 2016 del comma 541 dell'articolo 1 il quale prevede che le Regioni riducano i posti letto ospedalieri accreditati, in attuazione del Regolamento ex DM n. 70/2015, e predispongano un piano per il fabbisogno di personale per garantire le disposizioni della UE in materia di orario di lavoro. Il Governo si è pertanto impegnato a distribuire finanziamenti per 75 mln di euro per l'anno 2017 e 150 mln di euro per l'anno 2018 da assegnare su base regionale per le nuove assunzioni. Le Regioni erano state autorizzate ad indire concorsi straordinari per la stabilizzazione dei precari da concludersi entro il 31/12/2017.

In attuazione della normativa sopra citata il Ministero della Salute ha istituito un gruppo di lavoro tecnico, unitamente alla Conferenza Stato-Regioni ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per l'elaborazione della metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale, applicabile a tutte le Regioni. La stessa è stata approvata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017 e il fabbisogno di personale è stato stimato sulla base di tre fattori: 1) organizzazione della rete di offerta, 2) produzione e 3) tempo lavoro.

In seguito, il Patto per la salute 2019-2021 ha stabilito che “al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute, previa informativa sindacale, propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali”. Tale tema viene ripreso in maniera centrale dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato il 13 luglio 2021



con Decisione di esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea (Fascicolo interistituzionale: 2021/0168 NLE).

Inoltre, nella legge di bilancio del 30 dicembre 2021 n. 234 all'art. 1, comma 269 lett. c) viene esplicitato che: «dall'anno 2022 l'incremento di cui al quarto periodo (ulteriore 5% dell'incremento del fsr) è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale».

La novella, in primo luogo, estende per gli anni 2022 e successivi l'applicazione dei valori percentuali previsti per il triennio 2019-21. In base ad essi, i limiti annui di spesa si calcolano applicando, per ogni regione, un incremento rispetto al valore della spesa sostenuta nel 2018 ovvero, se superiore, rispetto al valore massimo che sarebbe stato consentito nel medesimo 2018 in base alla previgente normativa; tale incremento è pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente (in base alla normativa finora vigente, la suddetta aliquota di incremento, per gli anni 2022 e successivi, si sarebbe invece ridotta al 5 per cento). Inoltre, l'aliquota annua di incremento può essere elevata da 10 a 15 punti in base ad una specifica procedura, la quale (per gli anni 2022 e successivi) viene riformulata dalla norma. La norma in particolare subordina l'ulteriore elevamento da 10 a 15 punti a:

- l'adozione - con decreto ministeriale, secondo il termine e la procedura ivi previsti (tra cui l'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome) ed in coerenza con le disposizioni e gli standard ivi richiamati, di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario;
- la predisposizione, da parte della regione, sulla base della suddetta metodologia, del piano dei fabbisogni triennali per il Servizio sanitario regionale, che, anche al fine di salvaguardare l'invarianza della spesa sanitaria complessiva, è valutato e approvato, congiuntamente, dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il tema del fabbisogno del personale risulta fondamentale, anche alla luce dell'attuale fase pandemica in corso, che ha ulteriormente accentuato l'impellente necessità di potenziare il personale sanitario in tutto il Paese, richiedendo così un quadro comune di riferimenti organizzativi da adattare ai singoli contesti.

**Personale del servizio sanitario regionale (anno riferimento 2020)**

Nella regione Basilicata sono in servizio 478 Medici di Medicina Generale (MMG) (170 ASL di Matera, 308 ASL di Potenza), secondo lo standard di riferimento nazionale che prevede 1 MMG ogni 1.000 abitanti con età superiore ai 14 anni (art. 33, c.9 ACN 2005), il fabbisogno risulta di essere di 489 MMG.

Il numero dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) è di 59 (23 ASL di Matera, 36 ASL di Potenza), lo standard di riferimento nazionale prevede un PLS ogni 600 abitanti di età compresa tra i 0 e i 6 anni (art.32, c.8 ACN 2005) quindi, il fabbisogno risulta essere di 45 PLS.

Risultano attive 139 Postazioni di Continuità Assistenziale (CA), e 533 Medici di Continuità Assistenziale (MCA) (140 ASL di Matera, 393 ASL di Potenza). Secondo l'art. 64, c.2 ACN 2005, che prevede come standard di riferimento 1 MCA ogni 5.000 abitanti, il fabbisogno derivante è di 111 MCA. Risultano esserci 96 medici di continuità assistenziale ogni 100.000 abitanti per un totale di ore remunerate pari a 720.977.

Il numero di specialisti ambulatoriali è di 81 (20 ASL di Matera, 61 ASL di Potenza). I Medici ricompresi Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere sono 1.252.

Nelle strutture pubbliche sono in servizio 3.033 infermieri (2.867 tempo indeterminato, 166 tempo determinato), mentre 62 prestano servizio in strutture ricovero equiparate e case di cura private. Non risultano essere presenti Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC).

Il rapporto di Infermieri/Medici è di 2,50.

Di seguito si riporta un quadro di ricognizione del personale del SSR attualmente presente (riferita anno 2020).

	Attivo/attuato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
MMG	478 (170 ASL di Matera, 308 ASL di Potenza)	489	1 ogni 1.000 ab > 14 anni (art. 33, c.9 ACN 2005)	Rilevazione MdS_Agenas 2021 478 SISAC 2020; Elaborazione Agenas su dati CA (MEF) - anno 2020
PLS	59 (23 ASL di Matera, 36 ASL di Potenza)	45	1 ogni 600 ab. 0-6 anni (art.32, c.8 ACN 2005)	Rilevazione MdS_Agenas 2021 59 SISAC 2020; Elaborazione Agenas su dati CA (MEF) - anno 2020
Postazioni di Continuità Assistenziale (CA)	139		20.041 (media nazionale)	Rilevazione MdS_Agenas 2021 140 Annuario SSN 2018
Medici Continuità Assistenziale (MCA)	533 (140 ASL di Matera, 393 ASL di Potenza)	111	1 ogni 5.000 ab. (art. 64, c.2 ACN 2005)	Rilevazione MdS_Agenas 2021 533 SISAC 2020; Elaborazione Agenas su dati CA (MEF) - anno 2020
MCA/100.000 ab.	96			
Ore MCA remunerate	720.977			SISAC 2020
Ore MCA/1000 ab	1.303			
Specialisti Ambulatoriali	81 (20 ASL di Matera, 61 ASL di Potenza)			Elaborazione Agenas su dati CA (MEF) - anno 2020
Personale INFERMIERISTICO (Strutture pubbliche)	3.033 (2.867 tempo indeterminato, 166 tempo determinato)			elaborazione AGENAS su dati CA (MEF) – anno 2020
Personale INFERMIERISTICO (Strutture ricovero equiparate e case di cura private)	62			elaborazione AGENAS su dati CA (MEF) – anno 2020
Rapporto Infermieri/Medici	2,50			RGS, Conto annuale del personale - anno 2018
Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC) <sup>22</sup>	0	277 max 184 min	DM 71	Indagine Agenas aprile giugno 2021.
	0	88	Legge regionale n.58 del 13.12.21 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti	Indagine Agenas aprile giugno 2021
Medici (Ricompresi AZIENDE SANITARIE LOCALI, AZIENDE OSPEDALIERE)	1.252			Annuario Statistico Sistema Sanitario Nazionale – anno 2019

Nel Servizio Sanitario Regionale (anno 2020), risultano essere presenti 1.252 dirigenti medici e 145 dirigenti non medici. Per quanto riguarda il comparto, nel ruolo sanitario,

troviamo 3.674 professionisti, di cui 3.095 infermieri e 572 professionisti afferenti al ruolo amministrativo.

Sono presenti 21 dirigenti di ruolo professionale, 17 di ruolo tecnico, e 20 di ruolo amministrativo. Si riporta di seguito una sintesi della consistenza del personale SSR (ASL e AO) - anno 2020.

<b>Ruoli</b>	<b>Pers. SSR - val ass.</b>	<b>Pers. SSR - val. x 10.000 ab.</b>
<b>Dirigente medico</b>	<b>1.252</b>	<b>22,63</b>
<b>Dirigente non medico</b>	<b>145</b>	<b>2,62</b>
<b>Comparto ruolo sanitario</b>	<b>3.674</b>	<b>66,41</b>
<i><b>di cui Infermieri</b></i>	<b>3.095</b>	<b>55,94</b>
<b>Dirigente ruolo professionale</b>	<b>21</b>	<b>0,38</b>
<b>Comparto ruolo professionale</b>	<b>3</b>	<b>0,05</b>
<b>Dirigente ruolo tecnico</b>	<b>17</b>	<b>0,31</b>
<b>Comparto ruolo tecnico</b>	<b>1.301</b>	<b>23,52</b>
<b>Dirigente ruolo amministrativo</b>	<b>20</b>	<b>0,36</b>
<b>Comparto ruolo amministrativo</b>	<b>572</b>	<b>10,34</b>

Fonte. Elaborazioni AGENAS da dati CA (MEF) anno 2020.

Si rileva, per la Regione Basilicata, in particolare in proiezione lineare annuale, rispetto al consuntivo 2019:

- una diminuzione del costo del personale del ruolo sanitario di 5,793 mln di euro, di cui 3,880 per la dirigenza sanitaria e 1.913 mln di euro per il comparto;
- una diminuzione del costo del personale del ruolo tecnico di 0,859 mln di euro, quasi integralmente dovuto alla diminuzione del costo del comparto;
- una diminuzione del costo del personale amministrativo di 1,059 mln di euro.

## Fabbisogno del personale rete territoriale (PNRR)

Nell'ambito del PNRR, con i fondi a disposizione della regione si attiveranno: sei centrali operative, diciassette Case della Comunità, cinque Ospedali di Comunità, Infermieri di famiglia o comunità (IFoC) e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

Al fine di attivare taliservizi, la programmazione regionale deve tener conto delle risorse necessarie in termini di personale.

### **Centrale Operativa Territoriale (COT)**

La regione Basilicata dovrà attivare 6 COT. Per ogni COT sono previsti 5-6 infermieri, 1 coordinatore infermieristico e 1-2 figure di supporto (sanitario e amministrativo).

Di seguito, si riporta una stima del personale necessario al funzionamento delle COT previste

TIPOLOGIA DI PERSONALE	STIMA STANDARD OTTIMALE	FABBISOGNO	ASP	ASM
Infermiere	5-6 x COT	34 (Min 30, Max 36)	23	11
Personale di supporto (sanitario e amministrativo)	1-2 x COT	12 (Min 6, Max 12)	8	4
Coordinatore Infermieristico	1	6	4	2

### **Case della Comunità hub**

Dovranno essere realizzate 17 Case della Comunità hub e spoke.

Per ogni casa della comunità hub sono previsti dai 7-11 infermieri, 1 coordinatore infermieristico, 1 assistente sociale e 5-8 figure di supporto (sanitario e amministrativo).

Di seguito, si riporta una stima del personale necessario al funzionamento delle Case della Comunità hub previste.

TIPOLOGIA DI PERSONALE	STIMA STANDARD PERSONALE (min e max)	FABBISOGNO	ASP	ASM
Infermiere	7-11 x CdC	161 (Min 119, Max 187)	107	54
Assistente Sociale	1 x CdC	19	13	6
Personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo)	5-8 x CdC	116 (Min 85, Max 136)	78	38
Coordinatore Infermieristico	1	19	13	6

### ***Ospedale di Comunità***

Saranno realizzati 5 Ospedali di Comunità, per un totale di 100 posti letto.

Per ogni ospedale di comunità di 20 posti letto sono previsti 9 infermieri, 6 figure di ruolo tecnico, 2 figure di personale di supporto (sanitario e amministrativo) e medici 4,5/die sei giorni su sette.

Di seguito, si riporta una stima del personale necessario al funzionamento degli Ospedali di Comunità previsti.

TIPOLOGIA DI PERSONALE	STIMA STANDARD OTTIMALE	FABBISOGNO
Infermiere	9 x OdC (20 p.l.)	50 (min 45)
Personale OSS	6 x OdC (20 p.l.)	30
Personale di supporto (socio-sanitario e amministrativo)	2 x OdC (20 p.l.)	10
Medico	4,5h/die 6/7 x OdC (20 p.l.)	8 M 23,5h/die 6/7 x OdC (20 p.l.)

### ***Infermiere di Famiglia o di Comunità***

Secondo il cosiddetto “DM 71”, si ipotizza uno standard minimo di 1 IFoC ogni 2.000/3000 abitanti. Pertanto, la Regione Basilicata dovrà dotarsi di 277 (massimo) o 184 (minimo) Infermieri di Famiglia o Comunità come indicato nella tabella sottostante e coerentemente con l’attivazione dei servizi (CdC, COT e OdC) in cui questi professionisti saranno impiegati.

Popolazione totale		539.999 ab.				
	STANDARD OTTIMALE	APPLICAZIONE dello STANDARD		Già presente in Regione	Da attivare	
		Max	Min		Std max	Std min
Infermiere di Famiglia o di Comunità	1 x 2.000 -3.000 ab	269	179	0	269	179
ASP					178	120
ASM					89	60

### ***Unità Speciali di Continuità Assistenziale***

Per le Unità speciali di Continuità Assistenziale si ipotizza uno standard ottimale di almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti. Risultano attivate 11 USCA (4 presso ASM e 7 presso ASP), è da valutare quante ne dovranno restare attive una volta

che l'emergenza sarà cessata. Di seguito, si riporta una stima del personale necessario al loro funzionamento.

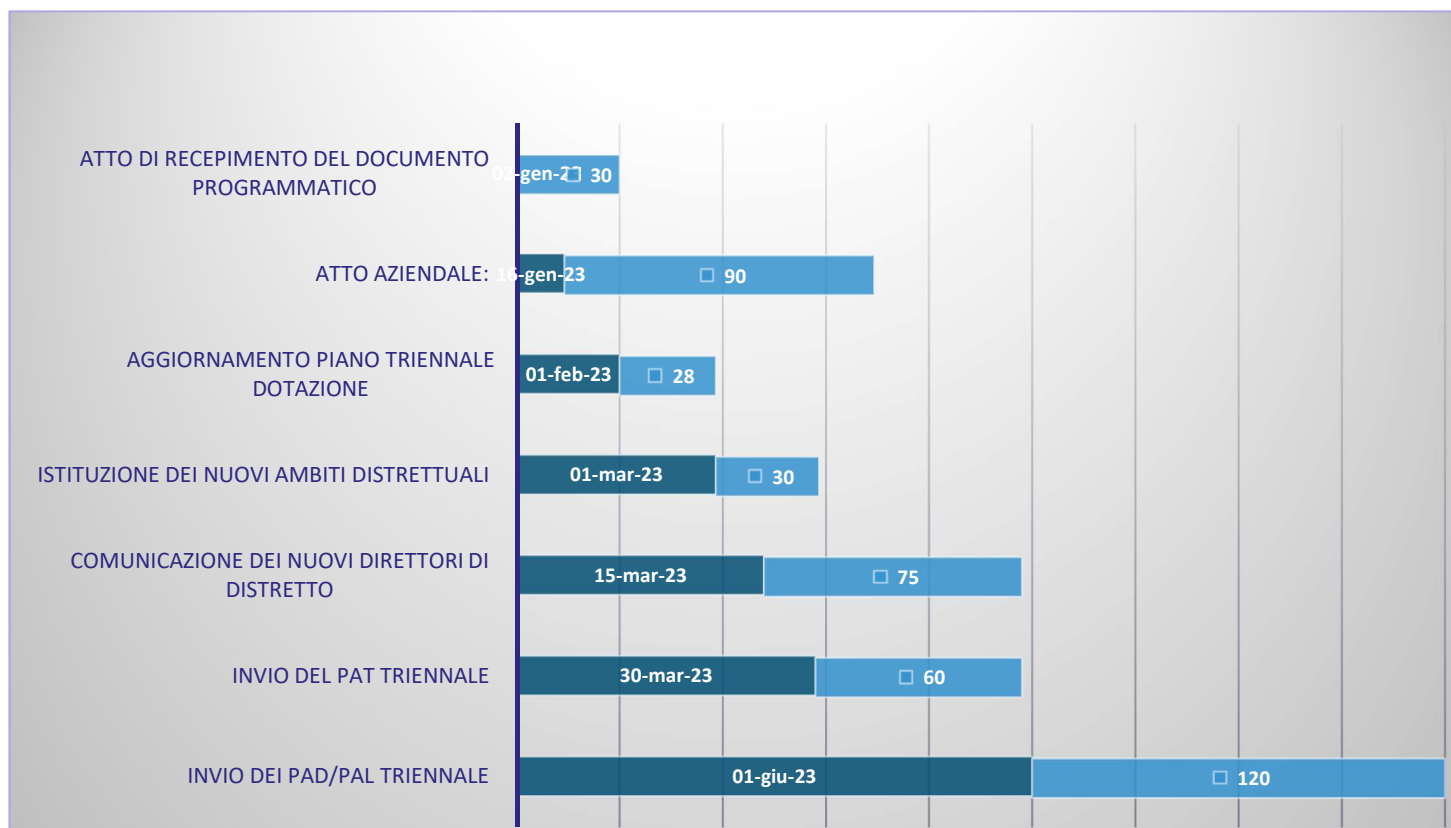
TIPOLOGIA DI PERSONALE	STIMA STANDARD OTTIMALE	Fabbisogno
Infermiere	1 x UCA	6 (+2)
Medico	1 x UCA	6 (+2)



# ATTIVITÀ IN CAPO ALLE AZIENDE SANITARIE

ATTIVITÀ	DATA INIZIO	DURATA	FINE
Atto di recepimento del Documento Programmatico con allegato il documento di programmazione Aziendale coerente con il Deliberato regionale	02-gen-23	30	31-gen-23
Atto aziendale: Con la Legge Regionale n. 12 del 01/07/2008 è stata ridefinita l'organizzazione aziendale del Sistema Sanitario Regionale. Con la Legge Regionale n. 2 del 12/01/2017 la Regione Basilicata ha ridefinito gli assetti strutturali ed organizzativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale, a seguito della quale con DGR n. 779 del 26/7/2017 ha aggiornato l'Accordo Programmatico Interaziendale per la redazione dell'Atto Aziendale, già definito con DGR. n. 624 del 14/5/2015, che costituisce atto di indirizzo uniforme per tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere regionali per la definizione degli assetti organizzativi - operativi interaziendali da recepire nei rispettivi Atti Aziendali, al fine di garantire una più efficiente ed al contempo efficace risposta ai bisogni di salute della popolazione. Successivamente, le Aziende del servizio sanitario regionale, nell'anno 2018, hanno sottoscritto l'Accordo Programmatico Interaziendale per la rimodulazione delle Strutture Complesse Interaziendali, con il quale sono state individuate le SIC da istituire tra le stesse Aziende. Le aziende devono modificare/aggiornare l'atto aziendale per renderlo coerente con le nuove disposizioni contenute nel DM 23 maggio 2022, n. 77 e nel Provvedimento Generale di Programmazione dell'Assistenza Territoriale anno 2022.	16-gen-23	90	16-Apr-23
Aggiornamento Piano triennale Dotazione/Fabbisogni-assunzioni tenuto conto delle necessità come rinvenienti dal riordino dell'organizzazione territoriale per quanto previsto dal DM 23 maggio 2022, n. 77 e dal Provvedimento Generale di Programmazione dell'Assistenza Territoriale anno 2022.	01-feb-2023	28	28-feb-23
Istituzione dei nuovi ambiti Distrettuali e comunicazione formale delle nuove sedi distrettuali	01-mar-23	30	30-mar-23
Comunicazione formale dei nuovi Direttori di Distretto e del Dirigente Sanitario e Dirigente Amministrativo	15-mar-23	75	30-mag-23
Invio del PAT triennale a scorrimento annuale Aziendale alla Direzione Generale Salute e Politiche dalla Persona	30-marzo-23	60	30-mag23
Invio dei PAD/PAL triennale a scorrimento annuale Distrettuali alla Direzione Generale Salute e Politiche dalla Persona	01-giu-23	120	30-sett-23

## Gant adempimenti aziendali obblighi per le Direzioni Generali



## Acronimi

ADI	Assistenza Domiciliare Integreata
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASM	Azienda Sanitaria Materana
ASP	Azienda Sanitaria Potentina
AST	Ambiti Socio Territoriali
CdC	Case della Comunità
COT	Centrale Operativa
CUP	Centro Unico di Prenotazione
D.Lgs.	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
DPI	Dispositivi Protezione Individuale
EMU	Emergenza Urgenza
ICC	Indice di Comorbidità Charlson
ICT	Information Communication Technology
IFeC	Infermiere di Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NEA	Numero Europeo Armonizzato
NUA	Numero Unico Armonizzato
OdC	Ospedale di Comunità
PAD	Piano Attuativo Distrettuale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PASD	Piano Attuativo Sociale Distrettuale
PAT	Piano delle Attività Territoriali
PDTA	Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PdZ	Piano di Zona
PLS	Pediatra di libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenze Sanitaria Assistenziale
RSP	Residenza Sanitaria Protetta
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCAD	Ufficio di Coordinamento Attività Distrettuali
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Opera Semplice
CSM	Centro Salute Mentale