

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## La situazione della Regione Basilicata\*

Francesco Fabrizio Tuccari\*\* e Marco Benvenuto\*\*\*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. La riorganizzazione della sanità territoriale. – 3. Profili di *governance*. – 4. Le misure d'intervento e la loro attuazione. – 5. Concludendo (per ripartire).

### 1. Premessa

La riorganizzazione della medicina territoriale procede, nella regione Basilicata, dal recepimento del d.m. n. 77/2022, attraverso il quale sono state definite le componenti strutturali territoriali che andranno a costituire la relativa rete dei servizi, nonché, in rapporto alla popolazione, gli *standard* relativi a personale, modelli organizzativi e funzionali, *governance* e obiettivi strategici.

Più in particolare, è previsto che la riforma del modello organizzativo della rete di assistenza territoriale, così come avvenuto in altre regioni, si concentri prevalentemente sul potenziamento dell'assistenza domiciliare, anche grazie all'impiego della telemedicina, e soprattutto sulla realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari sul territorio al fine di migliorare l'accesso e ampliare la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini.

La Basilicata si caratterizza per essere una regione poco estesa, su cui insistono realtà abitative che, a eccezione delle città capoluogo, sono in prevalenza di piccole dimensioni, disseminate, frammentate e non sempre ben collegate né perciò agevolmente raggiungibili. La popolazione, la cui densità demografica risulta quattro volte inferiore al dato nazionale, fa registrare indici di anzianità e di invecchiamento superiori a quelli della media italiana.

---

\* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto da Francesco Fabrizio Tuccari nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia". Il lavoro, nella sua attuale consistenza, è il frutto di una riflessione comune ai due Autori. Fermo restando l'opportuno coordinamento, a Francesco Fabrizio Tuccari vanno attribuiti i § 1, 2 e 5; a Marco Benvenuto i § 3 e 4.

\*\* Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università del Salento.

\*\*\* Ricercatore universitario di Economia Aziendale, Università del Salento.

Nel territorio regionale si riscontrano sensibili differenze tra le province di Potenza e Matera quanto a estensione, numero, densità ed età media degli abitanti; differenze alle quali si accompagna un tendenziale forte spopolamento delle aree interne.

Le fragilità psico-fisiche sono in aumento ed elevati risultano sia il numero dei pazienti cronici sia la diffusione delle malattie degenerative.

Tutto ciò, per un verso, rappresenta un fattore di spinta verso l'alto del carico epidemiologico, con conseguenti ricadute sulla crescita della domanda di servizi a esse legati e dei relativi oneri assistenziali; per altro verso, stimola spunti di riflessione su come configurare al meglio le varie strutture, a partire dalle Case di Comunità, cogliendo al contempo le opportunità offerte dalle nuove tecnologie per far rete con e tra i cittadini che vivono sparsi sul territorio e, così, creare coesione.

Questo stato di cose, comune a più regioni italiane e acuito dall'emergenza pandemica da Covid-19, costituisce uno dei punti di partenza del d.m. n. 77/2022, che ha portato al centro del dibattito istituzionale la riorganizzazione territoriale, ponendola come caposaldo di crescita, innovazione ed equità dell'assistenza, mettendo in evidenza la necessità di definire una nuova *governance* attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il modello attuativo del d.m. n. 77/2022.

Nel PNRR tutto ciò trova corpo nell'ambito della Missione 6, principalmente nella componente 1 e in parte anche nella componente 2, che mira a uniformare e potenziare sull'intero territorio nazionale l'offerta di servizi sanitari attraverso interventi normativo-amministrativi e strutturali volti a rispondere in maniera pronta ed efficace ai bisogni di salute della comunità.

In quest'ordine di idee può farsi riferimento alla Basilicata come esempio di progettazione di sanità territoriale condivisa, temperando l'"essenziale" con il "necessario", attraverso l'adeguamento dell'assetto strutturale ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (SSR) agli *standard* qualitativi e di sostenibilità dei livelli essenziali di assistenza che oggi sono assicurati dalle due Aziende Sanitarie Locali (ASP di Potenza e ASM di Matera), da un'Azienda Ospedaliera Regionale (AOR "San Carlo") e da un Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico (IRCCS CROB di Rionero in Vulture).

Quanto all'organizzazione sociosanitaria, il SSR è articolato in distretti che corrispondono ai comuni capoluogo di Potenza e Matera, ai quali si aggiungono sette aree territoriali omogenee sub-provinciali, che coincidono con le sette aree di programma così come definite dall'art. 22 L.R. n. 16/2012.

Con la successiva L.R. n. 2/2017 la Regione ha promosso una nuova *governance* del SSR, fondata su reti organizzative, operative e funzionali fra i vari soggetti (aziende ed enti) del sistema, nella prospettiva di riaffermarne il carattere di unitarietà in una logica multifunzionale integrata di adeguatezza delle cure, sostenibilità economica, efficienza ed equità nella produzione ed erogazione dei servizi.

In questo scenario si colloca la delibera di Giunta regionale 30 dicembre 2022, n. 948<sup>1</sup>, da cui ha preso avvio il processo di adeguamento dei livelli di assistenza distrettuale, mediante la redazione del Piano Operativo Territoriale, che è finalizzato a promuovere la qualità delle prestazioni utilizzando lo strumentario del c.d. governo clinico.

## 2. La riorganizzazione della sanità territoriale

Questa delibera, nell'intento di disegnare un quadro evolutivo organico e armonico del sistema socio-sanitario regionale lucano che sia idoneo a garantire un'assistenza efficace, sicura, tempestiva, equa e integrata, ha traghettato i modelli organizzativi, le funzionalità e i servizi esistenti incanalandoli all'interno di un percorso di sviluppo dei servizi territoriali finalizzati alla promozione della prevenzione primaria e al miglioramento dell'accessibilità e individuando al contempo le necessarie professionalità aggiuntive, con particolare attenzione alle Case di Comunità, agli Ospedali di Comunità, alle Centrali Operative Territoriali, all'Infermiere di Famiglia e di Comunità e all'Assistenza Domiciliare Integrata.

La delibera in esame contiene altresì le indicazioni utili per la realizzazione di sei Distretti Sanitari che, per garantire omogeneità amministrativa tra ambiti sociali e Distretto Sociosanitario<sup>2</sup>, costituiscono enti di riferimento territoriale per l'accesso ai servizi dell'ASL, organizzati in base alla popolazione e nel rispetto degli ambiti territoriali.

Questa ripartizione, che tiene conto delle possibili deroghe e dell'autonomia organizzativa praticabile nel rispetto del quadro disegnato dal d.m. n. 77/2022, assicura, attraverso una modifica della geometria interna dei modelli organizzativi esistenti, la presenza di un distretto in più rispetto ai cinque previsti, con positive ricadute sull'efficienza e sull'efficacia della rete dei servizi territoriali.

In questa prospettiva, si prevede il potenziamento dei Distretti attraverso la realizzazione di sei Centrali Operative Territoriali (COT)<sup>3</sup>, destinate a inserirsi nell'ambito delle Case di Comunità, con il principale compito di garantire la presa in carico dei pazienti e di moni-

<sup>1</sup> «D.M. Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 – G.U. n. 144 del 22.6.2022 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale o nel servizio sanitario nazionale – Adozione del provvedimento generale di programmazione ai sensi dell'art. 1, comma 2».

<sup>2</sup> Distretto 1: Vulture Alto Bradano - Sede Melfi - Conservata la sede distrettuale complementare di Venosa, altrimenti denominata ATD; Distretto 2: Val D'Agri – Marmo Platano Melandro - Sede Marsicovetere- Villa d'Agri; Distretto 3: Potenza Alto Basento - Sede Potenza; Distretto 4: Lagonegrese – Pollino - Sede Lauria - conservata la sede distrettuale complementare di Senise, altrimenti denominata ATD; Distretto 5: Matera – Medio Basento - Sede Matera - conservata la sede distrettuale complementare di Tricarico, altrimenti denominata ATD; Distretto 6: Metaponto – Collina Materana - Sede Policoro.

<sup>3</sup> Queste, avranno sede a Venosa, a Marsicovetere, a Potenza, a Lagonegro, a Matera e a Policoro. Dovranno essere realizzate diciannove Case della Comunità, ben due in più rispetto a quanto stabilito in prima battuta dalle indicazioni ministeriali, con sede a Lavello, a Sant'Arcangelo, a Potenza, a Lagonegro, a Irsina, a Montescaglioso, a Montalbano Jonico, a Genzano di Lucania, a San Fele, a Vietri di Potenza, a Corleto Perticara, ad Anzi, ad Avigliano (Lagopesole), a Maratea, a Senise, a Viggianello, a Garaguso, a Ferrandina e a Tursi.

torarne i percorsi di cura mediante lo sviluppo di nuovi sistemi digitali regionali di servizi di telemedicina (tele-visita, telecontrollo e tele-monitoraggio), fruibili anche da remoto presso il domicilio dei pazienti.

È contemplata poi l'attivazione di cinque Ospedali di Comunità<sup>4</sup>, quali luoghi di transizione tra l'ospedale per acuti e il domicilio del paziente; dotati ciascuno di 20 posti letto, per un totale di 100, essi contribuiranno a potenziare l'offerta di servizi, in particolare per i pazienti fragili e cronici, attraverso brevi periodi di ricovero e di osservazione.

Nella riorganizzazione complessiva dell'offerta dei servizi di assistenza territoriale trova conferma, inoltre, la progettazione delle infrastrutture sanitarie di prossimità al cittadino, volte ad assicurare assistenza sull'intero territorio regionale anche attraverso il rafforzamento delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)<sup>5</sup>.

Queste ultime, previste in ragione di una per distretto, sono destinate a rappresentare delle *équipe* mobili volte alla presa in carico e alla gestione di individui o di intere comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali complesse e che, come tali, comportano comprovate difficoltà operative.

Le UCA afferiranno ad un Distretto e opereranno sul territorio di riferimento in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) e con i pediatri di libera scelta (PLS) delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e delle unità complesse di cure primarie (UCCP), nonché con gli specialisti territoriali e ospedalieri, anche avvalendosi degli strumenti di telemedicina.

Riguardo alla continuità assistenziale, stando ai dati forniti dalla stessa regione Basilicata, si registrano circa 1.400 ore per 1.000 abitanti, erogate in 140 punti di guardia, ciascuno con un bacino di utenza di circa 4.000 abitanti.

Questi numeri, notevolmente più alti rispetto alla media nazionale, possono tornare utili ai fini dell'implementazione di una nuova rete territoriale, attraverso una semplice ridestinazione delle risorse professionali, con i conseguenti vantaggi della ridefinizione delle postazioni in Case di Comunità con un più alto numero di utenti serviti e della creazione di posti di lavoro nelle strutture di nuova istituzione (Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali) e quant'altro; a tal fine le Aziende dovranno presentare la proposta di riordino della continuità assistenziale sulla base dei propri fabbisogni e tenendo conto anche della distribuzione delle postazioni del 118.

L'erogazione della maggior parte di tutti questi servizi sociosanitari territoriali presuppone la disponibilità di adeguati strumenti e tecnologie informatiche e digitali che consentano di abilitare e rendere operativo il funzionamento delle varie Case e Ospedali di Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e dell'assistenza domiciliare; il che postula un'ampia

<sup>4</sup> Avranno sede a Venosa, a Muro Lucano, a Maratea, a Stigliano e a Pisticci (Tinchi).

<sup>5</sup> Lo *standard* è rappresentato da un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti.

diffusione di servizi di telemedicina, di cui la regione Basilicata ha già avviato, all'interno di un nuovo Ecosistema Digitale Regionale, dove la progettazione e dove il potenziamento. È infatti in avanzata fase di realizzazione la Piattaforma Regionale di Telemedicina POHE-MA, ossia un sistema di *virtual care* in grado di mettere a disposizione le necessarie tecnologie e le architetture informatiche atte a sostenere lo sviluppo dei servizi minimi di telemedicina (tele-visita, teleassistenza, teleconsulto) e i relativi eventuali servizi verticali di tele-monitoraggio da remoto.

Questa piattaforma rappresenterà lo strumento digitale in grado di abilitare l'erogazione dei servizi in modalità controllata e trasversale rispetto ai soggetti interessati e ai percorsi di diagnosi, cura e assistenza che trovano sviluppo tra ospedale e territorio.

Oltre a ciò, tali strumenti contribuiscono ad avvicinare i cittadini ai servizi sociosanitari del territorio, semplificando l'accesso alle prestazioni e rafforzando la comunicazione tra i professionisti sanitari, anche nell'ottica di una più attiva e proficua collaborazione tra medico e paziente.

### 3. Profili di *governance*

La Basilicata, il cui disavanzo per spese sanitarie di circa 70 milioni di euro la colloca nella "terra di mezzo" tra commissariamento e piano di rientro, ha avviato una progettazione sanitaria territoriale che, in termini di *governance*, si presenta articolata su due livelli: l'uno, individuale, relativo alle singole persone-pazienti, il quale permette di definire un piano territoriale di salute e i relativi interventi; l'altro, generale, afferente alla complessiva popolazione, il quale è utilizzabile a fini programmatori e di verifica dei risultati raggiunti nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Questa duplice dimensione, in uno all'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario, permette di individuare, soprattutto rispetto a situazioni di cronicità, fragilità o disabilità richiedenti continuità di cura, le varie priorità d'intervento tese a scongiurare o comunque a fronteggiare possibili rischi di non autosufficienza.

Al centro di questo sistema di *governance* sta il Piano Operativo Territoriale, che narra la storia della persona e dei suoi bisogni clinici e socioassistenziali, permettendo di seguirne l'evoluzione clinica e, così, di prevenire possibili sviluppi patologici attraverso l'identificazione di fattori di rischio, già a partire dal primo contatto con il SSN, attraverso l'aggiornamento e la consultazione del relativo Fascicolo Sanitario Elettronico.

La definizione del Piano Operativo e delle sue articolazioni funzionali, che si basa sulla costante valutazione dei bisogni di salute della persona, implica la necessità di sistemi gestionali e organizzativi atti a consentire, senza soluzione di continuità, gli interventi clinico assistenziali del caso, i relativi servizi di supporto e la presenza dei vari professionisti sanitari coinvolti, a partire dalla presa in carico e per tutta la durata della prestazione assistenziale.

Così impostato e strutturato, il Piano rappresenta il principale strumento anche di programmazione, verifica e controllo di tutte le possibili dimensioni dell'assistenza (coerenza clinica, socioassistenziale e amministrativa).

La definizione della programmazione locale sanitaria nella regione Basilicata non può prescindere dalla preliminare formale attribuzione delle responsabilità, legate alla conduzione integrata degli interventi, agli attori istituzionali presenti sul territorio, quali in particolare le Aziende sanitarie locali e i Comuni; parimenti, andranno delineati gli impegni che ciascun soggetto sarà chiamato ad assumere e andranno individuate le procedure attraverso cui un realizzare un efficace coordinamento di sistema.

In ambito territoriale-distrettuale gli atti programmatori indicheranno le modalità operative di cui i servizi sanitari e sociali abbisognano per integrare le proprie risorse professionali, organizzative e finanziarie in una rete atta a diffondere e moltiplicare i benefici di ciascun intervento.

Ne consegue che l'integrazione sociosanitaria va realizzata e verificata, salvaguardando la specificità territoriali, attraverso tre livelli attuativi.

Un primo livello, istituzionale, fondato sulla collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie per la definizione delle scelte programmatiche volte a realizzare i comuni obiettivi di salute.

Un secondo livello, gestionale, imperniato sulla definizione e sull'attuazione delle modalità di gestione atte a promuovere e agevolare i percorsi di continuità assistenziale, rispondendo adeguatamente ai bisogni di salute.

Un terzo livello, professionale, alimentato dalla collaborazione tra le diverse culture professionali coinvolte nella gestione del sistema dell'offerta, nonché dalla definizione e adozione di protocolli d'intervento.

In questo sistema rivestono valenza strategica le Case di Comunità, che si collocano al centro della rete dei servizi territoriali, svolgendo, sul versante della domanda, funzioni di sanità d'iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro all'accesso e di indirizzo per i pazienti; e, sul versante dell'offerta, un ruolo di collettore di professionalità, di integrazione dell'offerta di servizi sanitari afferenti a discipline diverse, nonché di coordinamento tra istanze sociali e sanitarie.

Il che si traduce, in termini di *governance*, nella capacità di coinvolgere attivamente l'intera comunità sanitaria, a partire dai pazienti.

### 3. Le misure d'intervento e la loro attuazione

Questa impostazione riflette il contenuto del contratto istituzionale di sviluppo concluso tra il Ministero della Salute e la Regione Basilicata, il quale destina alla sanità territoriale

risorse per oltre 40 milioni di euro<sup>6</sup>, di cui la maggior parte per la realizzazione delle Case di Comunità<sup>7</sup>, previste in numero di 19<sup>8</sup> a fronte delle 17 previste dal d.m. n. 77/2022, con un aumento di 18 strutture rispetto all'unica Casa della Salute esistente nel 2020; il resto, invece, per la realizzazione di 6 Centrali Operative territoriali<sup>9</sup> e di 5 Ospedali di Comunità<sup>10</sup>, le une e gli altri attestantisi sugli *standard* ministeriali, con un incremento di 5 unità rispetto alle strutture similari esistenti al 2020.

L'attuazione del sistema è affidata alle Aziende del SSR, che si avvarranno di procedure di affidamento aggregate, le quali saranno gestite dalla stazione unica appaltante regionale. Degno di nota, in quanto più serrato rispetto a quelli della media delle altre regioni italiane, si presenta il cronoprogramma definito dalla richiamata delibera di Giunta n. 948/2022, la cui *deadline* è stata fissata al 30 settembre del corrente anno 2023<sup>11</sup>.

#### 4. Concludendo (per ripartire)

In sintesi, la traiettoria della sanità territoriale può così ripercorrersi.

Prima del COVID, essa risultava tutta incentrata sul tema delle cronicità, da trattare trattene nel territorio, con lo scopo principale di allentarne la pressione sul sistema ospedaliero, messo a dura prova durante la pandemia; una volta cessata la quale, si è assistito a un progressivo ritorno verso “più assistenza territoriale”, con la conseguente ricerca del soggetto responsabile a cui affidarne l'attuazione e il conseguente cambiamento.

È possibile affermare, allora, che la pandemia abbia indicato la strada per avviare a soluzione le pregresse incertezze, pure già note e analizzate, emerse nell'affrontare il tema problema della sanità territoriale.

Il PNRR ha poi imposto la “riforma territoriale” come preconditione di accesso alle risorse necessarie per gli investimenti finalizzati all'offerta di “prossimità”; donde l'adozione del d.m. n. 77/2002 e il suo séguito su scala regionale che, con riferimento alla realtà della Basilicata, si segnala per la forte integrazione della componente sanitaria con quella sociale

<sup>6</sup> Di cui € 38.200.000,00 a valere sul PNRR ed € 2.400.000,00 provenienti da finanziamento integrativo regionale.

<sup>7</sup> Nella misura di oltre 25 milioni di euro, nell'ambito delle risorse PNRR, e dell'intero finanziamento integrativo regionale.

<sup>8</sup> Di cui 7 *hub* e 12 *spoke*. Tra esse 9 sono da ristrutturare e 10 da costruire *ex novo*.

<sup>9</sup> Per la cui costruzione sono utilizzati spazi già esistenti.

<sup>10</sup> Di cui 4 da riconvertire e 1 da costruire *ex novo*.

<sup>11</sup> Queste le varie scadenze: 31 gennaio 2023, per il recepimento della delibera di Giunta regionale in esame; 28 febbraio 2023, per l'aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni di personale e del piano per l'assistenza territoriale adeguato alla nuova organizzazione; 30 marzo 2023, per l'istituzione dei nuovi ambiti distrettuali e per la comunicazione delle sedi individuate; 16 aprile 2023, per la modifica degli atti aziendali vigenti in conformità al d.m. n. 77/2022; 30 maggio 2023, per l'individuazione dei direttori di distretto, dei dirigenti sanitari e dei dirigenti amministrativi e per l'invio alla direzione generale competente, nonché per l'adozione del piano delle attività territoriali; 30 settembre 2023 per l'adozione e l'invio alla direzione generale competente dei piani attuativi distrettuali.

e per l'opportuno raccordo di tutte le componenti del sistema (soggetti, ambiti territoriali e strumenti di pianificazione territoriale e di zona).

E così non possono sottacersi scelte come quella di far coincidere tendenzialmente l'ambito sociale con il distretto; quella di mantenere i confini amministrativi sia degli ambiti territoriali sia delle aree-programma; quella di far assurgere le farmacie convenzionate con il SSN, anche attraverso la farmaco-vigilanza, a presidi sanitari di prossimità; quella di potenziare l'utilizzo delle risorse umane esistenti, per un verso utilizzando il personale già impiegato nell'assistenza ospedaliera, per altro verso avvalendosi di personale ulteriore e, in entrambi i casi, curandone la formazione professionale.

## Nota bibliografica

Benvenuto, M., Viola, C. and Rosa, A., *Analisi prospettica per il design di un nuovo dominio di pianificazione, programmazione e controllo sociotecnico nel settore della salute. Analisi prospettica per il design di un nuovo dominio di pianificazione, programmazione e controllo sociotecnico nel settore della salute*, 2020, pp. 259-269.

Betti, M., *Il caleidoscopio dei SSR: caratteristiche e mutamento delle politiche sanitarie in quattro regioni del centro-nord*, *Social Policies*, 2022, 9(2), pp. 239-270.

Betti, M., *È tutto oro quel che luccica? Il sistema sanitario toscano alla prova della riforma della sanità territoriale. Autonomie locali e servizi sociali*, 2023, 46(1), pp. 61-78.

Longo, F., Guerra, F. and Zazzera, A., *La trasformazione dell'assistenza territoriale e gli spazi di autonomia locali: le variabili strategiche*, *MECOSAN*, 2023, (2022/123).