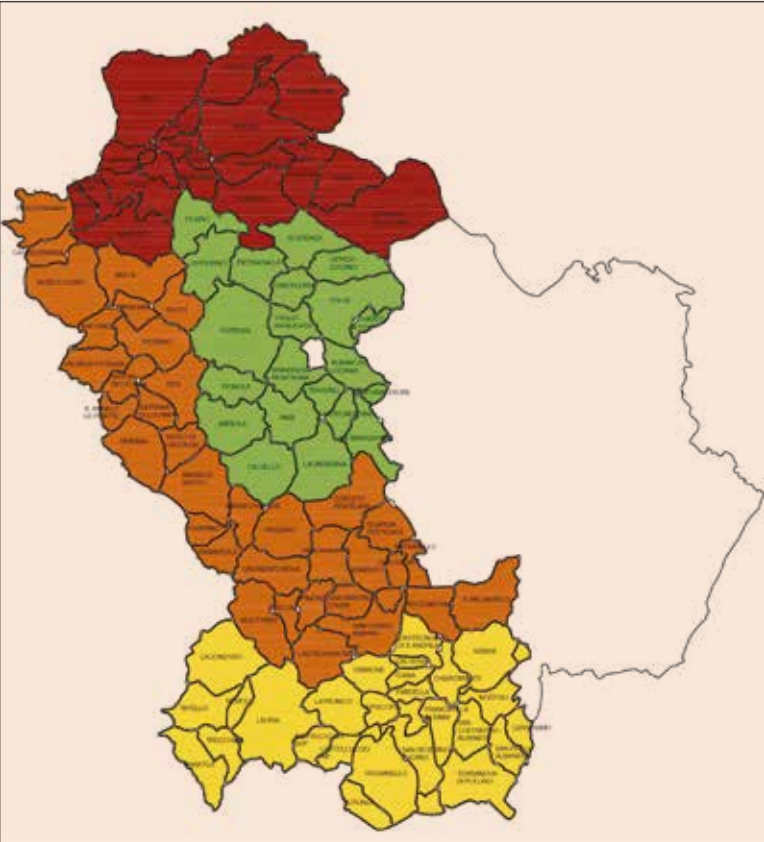


■ **ASP BASILICATA** / Territorio esteso, popolazione sempre più anziana e aumento delle cronicità impongono un modello di assistenza orientato alla prossimità, all'integrazione e alla presa in carico continua

Servizi socio-sanitari, nuova organizzazione per la rete territoriale

Riorganizzare distretti e offerta assistenziale per rispondere alla transizione epidemiologica, rafforzando assistenza domiciliare, strutture intermedie e integrazione con gli ATS

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP), pari a 6.594,44 kmq, coincide con l'intera provincia di Potenza e comprende 100 comuni. È una realtà ampia e complessa, con un'orografia prevalentemente collinare e montuosa, un unico sbocco sul mare a Maratea, collegamenti viari difficili, una forte variabilità socio-economica e una notevole dispersione della popolazione. Vi si aggiunge la presenza di poli industriali e artigianali - tra cui San Nicola di Melfi-Stellantis, Tito Scalo, Viggiano e Corleto Perticara, sedi degli insediamenti estrattivi petroliferi - oltre a distretti produttivi come la Valle di Vitalba, parchi nazionali, riserve regionali e siti di interesse comunitario. La popolazione residente al 1° gennaio 2025 è di 340.799 abitanti, di cui 172.140 donne. Il capoluogo Potenza conta 63.839 residenti, pari al 18,73% del totale, mentre il restante 62% vive nei 94 comuni più piccoli. I centri con oltre 10.000 abitanti sono Melfi, Lavello, Rionero in Vulture, Lauria e Avigliano, che complessivamente accolgono il 20% della popolazione. Gli stranieri sono 13.499 (3,96%). Il saldo naturale 2024 è negativo (-2.225 unità), mentre risulta positivo per la popolazione straniera (+75). Per il 2025 si stimano un indice di dipendenza strutturale pari a 61,4, un indice di vecchiaia di 239,8 e un'età media di 48,1 anni, a fronte dei valori del 2002 (53,3; 125,5; 41 anni). La struttura demografica è di tipo "regressivo", con una marcata prevalenza della popolazione anziana. Il tasso di crescita totale passa da -2,5 nel 2002 a -7,2 nel 2024, mentre il tasso di fecondità scende da 1,21 a 1,06. La speranza di vita è di 82,9 anni e gli over 65 rappresentano il 26,3% della popolazione (erano il 19,3% nel 2002). Le famiglie seguono il trend nazionale: nuclei più piccoli, incremento delle famiglie monocomponente anziane e di quelle monogenitoriali, crescita della comunità ucraina. Spopolamento, denatalità e invecchiamento incideranno in modo significativo sulla domanda socio-sanitaria, con l'aumento delle malattie cronico-degenerative e della non autosufficienza, richiedendo maggiori risorse e una riorganizzazione complessiva del territorio.



Distretti della Salute ridefiniti secondo gli standard del D.M. n.77/2022

I dati di salute mostrano, nel 2024, un incremento sia delle persone con almeno una malattia cronica (41,6%) sia di quelle con due o più patologie (23,8%). Il 41,4% dichiara di aver assunto farmaci nei due giorni precedenti; il trend registra un lieve miglioramento generale, pur in presenza di un aumento dell'uso dei farmaci. L'incrocio tra i fattori demografici e quelli sanitari evidenzia una piena "transizione epidemiologica", segnata dall'invecchiamento della popolazione, dalla crescita delle famiglie monocomponente e dall'aumento dei pazienti con pluripatologie, con conseguente necessità di una presa in carico globale, sanitaria e sociale. Da ciò la necessità di un nuovo paradigma dell'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in termini di maggiore "prossimità" ai luoghi di domicilio. L'ASP, azienda territoriale pura ai sensi della L.R. 2/2017, non eroga assistenza ospedaliera - salvo post-acuzie (cod. 56) e lungodegenza (cod. 60) - e svolge principalmente funzioni di committenza verso l'A-

zienda Ospedaliera San Carlo. Di conseguenza il suo ruolo nel contenimento della mobilità passiva è marginale, mentre è centrale, secondo il D.M. 77/2022, nello sviluppo dell'assistenza territoriale per migliorare equità, uniformità dell'offerta e outcome, oltre che nel rafforzamento del "Sistema della Prevenzione" in un'ottica "One Health". L'ASP si struttura in 4 macro-distretti, con una popolazione media di 87.057 abitanti. La ridefinizione da sei a quattro distretti (DDG 305/2023) recepisce la DGR 948 sul Piano Operativo Territoriale e il Piano Strategico Regionale 2021-2030, propedeutici al PNRR e allo sviluppo delle "reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina": dalla "Casa come primo luogo di cura" alle Case e agli Ospedali di comunità, fino alla rete ospedaliera, con l'obiettivo di raggiungere il 10% di assistenza domiciliare agli over 65. I distretti coincidono con gli Ambiti Territoriali Sociali, adottano progetti di salute e protocolli condivisi e prevedono il coinvolgimento del terzo settore. L'azienda

Oobiettivo: riduzione dei tempi di attesa

L'ASP di Potenza ha dato centralità al problema del "governo dei tempi di attesa" in ossequio alle vigenti normative. Lal riguardo. Tanto pur nell'ineludibile constatazione delle criticità nell'incrementare l'offerta a causa della carenza di specialisti e, quindi, delle difficoltà di reclutamento. Sul versante dell'adeguamento dell'offerta, infatti, l'ASP ha considerato che i fattori che condizionano il governo dei tempi sono essenzialmente riconducibili alla disponibilità di risorse umane. Per le quali si registra una notevole carenza di medici. Da ciò, l'estrema difficoltà, in taluni casi impossibilità, di reclutamento nonostante il ricorso ripetuto ad ogni strumento. Acuisce tale criticità la peculiarità per l'ASP di essere poco attrattiva per i professionisti in quanto azienda territoriale pura collocata in un'area interna. Altresì, l'ASP, che non ha ospedali per acuti, struttura la propria offerta di specialistica ambulatoriale prevalentemente sui medici in regime di convenzione interna, non tutti con impegno orario settimanale a 38 ore come per gli strutturati e per i quali vige, un diverso regime contrattuale (ACN) rispetto al CCNL della Dirigenza Medica del SSN. Su queste premesse l'ASP ha avviato azioni che, sul versante dell'offerta, sono state orientate essenzialmente ad un'ottimizzazione dell'organizzazione e del tempo-lavoro dei professionisti. Quindi a massimizzare la produttività pur in costanza di carenza di risorse umane. Sin dall'aprile 2023, quindi ancora prima dell'adozione della DGR n.329/2023, l'ASP ha strutturato il "Sistema Aziendale" di contenimento dei Tempi di Attesa incentrato sulla gestione centralizzata delle agende con l'istituzione di un ufficio centrale di gestione delle stesse al fine di garantire omogeneità di gestione sull'intero territorio provinciale; applicazione dei tempari pre-Covid per le visite e per le prestazioni; pulizia e riorganizzazione complessiva delle agende di prenotazione; attività di re-call telefonico (generico e specifico), che attestano una percentuale di recupero del 26% circa, finalizzato a colmare i vuoti determinati da mancata presentazione alla visita prenotata utilizzando criteri coerenti al principio di equità/imparzialità rispetto alla possibilità di criteri di discrezionalità. Altresì, si è proceduto a una ricognizione delle disponibilità degli specialisti all'impiego in regime di orario aggiuntivo, ad attività di monitoraggio periodico dei tempi di attesa per branca, per prestazione e per ambito, all'implementazione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico -Assistenziali), giusta DDG n.211 del 24.03.2023 per la "presa in carico" del paziente cronico, al monitoraggio dell'attività libero professionale da contenere o bloccare del tutto ove superi di gran lunga quella istituzionale o ci sia uno sfioramento dei tempi di attesa massimi in regime istituzionale. Centrale è stata l'attivazione dei "percorsi di tutela" al fine di assicurare la prestazione nei tempi previsti. Ad invarianza di risorse le azioni avviate dall'aprile 2023 hanno consentito una riduzione dei giorni medi di attesa per prima disponibilità per prestazioni PNGLA nel 2025 vs 2024 (106,22 vs 125,01), incremento nel 2025 del numero di esami con tempi di attesa inferiori al tempo massimo consentito (60 gg.) (52,22% vs 20,46%) e del numero di visite con tempi di attesa inferiori al tempo massimo consentito (30 gg.) (25,82% vs 7,01%), riduzione nel 2025 del numero di esami con tempi di attesa superiori al tempo massimo consentito (60 gg.) (44,90% vs 61,07%), del numero di visite con tempi di attesa superiori al tempo massimo consentito (30 gg.) (74,17% vs 92,90%) e del numero di prestazioni senza disponibilità di prima data (1,20% vs 10,56%). Altra azione avviata è stata la definizione di accordi di programma con il privato accreditato onde incanalare la capacità produttiva dello stesso nelle branche e per quelle prestazioni dove si superano i tempi massimi di attesa. Tanto sulla base dello specifico "rapporto di servizio" di tipo funzionale tra SSR e centri privati accreditati che si configurano come veri e propri uffici dell'amministrazione sanitaria in forza del quale il privato accreditato assume la veste di agente dell'amministrazione sanitaria (incaricato di pubblico servizio) (art.8-bis D. Lgs.vo n.502/1992) e non di semplice fornitore di servizi, in un ambito puramente contrattualistico, sorretto da principi di massimo profitto e di totale deresponsabilizzazione circa il governo del settore.

opera, inoltre, attraverso 4 Presidi Ospedalieri Distrettuali e 98 presidi non ospedalieri che assicurano attività di post-acuzie, residenzialità, ambulatori, laboratori e altri servizi; garantisce anche le attività di salute mentale, il DEU/118 regionale, due Dipartimenti di Prevenzione (Salute Umana e Salute e Benessere Animale) e interventi dedicati alle fragilità, ponendo attenzione al governo dei tempi di attesa nel rispetto dei principi di economicità e appropriatezza. L'integrazione socio-sanitaria è definita dal DDG 324/2025, che recepisce gli "Accordi di Programma"

PNNA 2022-2024 tra ASP e ATS, indispensabili per l'accesso al FNNA. Gli interventi seguono i LEPS e le previsioni della legge 234/2021, con contributi finalizzati alla domiciliarità e all'autonomia. Gli accordi disciplinano la cooperazione necessaria per l'attuazione del percorso assistenziale integrato per non autosufficienti e disabili (PAI): accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, PAI e monitoraggio. Il percorso si realizza tramite i PUA nelle Case della comunità, con équipe integrate che assicurano le UVM e la definizione dei PAI. È prevista l'integrazione

tra LEP sociali e LEA sanitari attraverso una programmazione congiunta e un Ufficio sociosanitario integrato d'ambito coordinato da Distretto e ATS. L'integrazione può estendersi anche ai Progetti di Vita Individuale (esaminate 184 istanze), al Dopo di Noi, alla Vita Indipendente e alle Dimissioni Protette. Il monitoraggio è affidato a un gruppo tecnico composto da ATS, Distretti e ASP. Nel perimetro dei percorsi di integrazione socio-sanitaria rientrano anche le attività di Riabilitazione, Disabilità e Non Autosufficienza nei territori di Potenza-Val d'Agri e Vulture-Melfese.

Salute digitale, dati e medicina di precisione

L'ASP ha adottato il Piano aziendale riferito alla Missione 6 del PNRR avendo a riferimento le tre piattaforme che convergono nell'assistenza sanitaria (salute digitale, scienza dei dati e medicina di precisione) e considerando che l'aumento della prevalenza delle malattie croniche rappresenta, oggi, la nuova e maggiore sfida per i sistemi sanitari che sono impegnati nella riorganizzazione dei servizi da destinare non solo a persone in condizioni acute o di emergenza ma anche a persone con patologie croniche e, in particolare, con multimorbidità. Quale azienda territoriale pura l'ASP ha elaborato il Piano aziendale quale strumento e opportunità per la reingegnerizzazione dei servizi e dei processi avendo a riferimento l'ottimale utilizzo, in termini di "interoperabilità" e di "interconnessione", della notevole mole di dati di cui oggi si dispone (Big Data). In questa ottica, si è pensato, di necessità, allo sviluppo di metodi standardizzati di aggregazione e analisi dei dati e la traduzione interdisciplinare di tecniche computazionali emergenti, come l'apprendimento automatico, l'elaborazione del linguaggio naturale e l'intelligenza artificiale al fine di definire modelli dinamici della salute applicabili all'assistenza sanitaria territoriale. Il tutto senza trascurare l'importanza e l'obbligo di adeguare i processi di raccolta, analisi e utilizzo dei dati sui pazienti al nuovo Regolamento europeo sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR). Su questa direttrice, in parallelo all'implementazione delle strutture previste dal D.M. n.77/2022 e finalizzate a concretizzare il principio di "prossimità delle cure", l'ASP ha sviluppato, nell'ambito delle azioni della Missione 6 del PNRR, gli strumenti imprescindibili per garantire la programmazione e la sorveglianza sanitaria e, nello specifico, il potenziamento dell'infrastruttura per la raccolta dei dati e lo sviluppo di "strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti" nonché il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), piattaforma che potrebbe contribuire allo sviluppo del modello della Connected Care e potrebbe costituire la base su cui implementare servizi innovativi aggiuntivi. Nell'ambito della Missione 6, C 1 del PNRR l'ASP ha previsto la realizzazione di 13 "Case di Comunità e presa in carico della persona" di cui 4 hub e 9 spoke per un importo complessivo di 16.206.427,00 € interamente finanziato nell'ambito del PNRR fatta eccezione per una CdC spoke a parziale finanziamento PNRR, 3 Ospedali di Comunità per un importo di 6.678.941,00 € e 4 Centrali Operative Territoriali per un importo di 1.363.450,58 €. Sia gli OdC che le COT sono a totale finanziamento PNRR. Delle quattro COT una è attiva h24 sei giorni/7 mentre le altre tre sono attive h12 sei giorni/7. Al netto delle COT che sono già operative dal luglio 2024, il completamento delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, che sono in fase avanzata di realizzazione, è previsto tra marzo e giugno 2026, nel pieno rispetto delle scadenze, delle milestone e dei target programmati a livello nazionale e regionale. Gli OdC, previsti a Muro Lucano, Maratea e Venosa integrano la rete territoriale degli Ospedali Distrettuali (POD) frutto della L.R. n.17 del 2011 e sostanziano un assetto territoriale delle "strutture intermedie" tale da coprire in modo uniforme tutto il territorio aziendale a soddisfare il bisogno di salute che non necessita di trattamenti nelle strutture ospedaliere per acuti e che, al contempo, non può essere soddisfatto a domicilio dell'assistito. L'Azienda ha assicurato un presidio costante su tutti gli interventi PNRR, garantendo un avanzamento tecnico, amministrativo e operativo coerente con i cronoprogrammi assegnati e orientato al raggiungimento dei target nazionali, nonché al rafforzamento complessivo dei servizi sanitari territoriali. Il numero complessivo degli interventi messi in cantiere dall'ASP è pari a 30.

