

Parte la sfida dei “distretti della salute”

È una riforma innanzitutto “organizzativa” quella varata dal Consiglio regionale con la legge n. 12/2008, che riduce le Asl da 5 a 2. Ma la vera sfida è quella dei “distretti della salute”, immaginati come lo strumento per garantire servizi più efficienti ai cittadini. Il nodo della riorganizzazione della rete ospedaliera



Angela Pino

Con il minor numero di interlocutori si semplifica il dialogo, ma allo stesso tempo non si esclude la possibilità di perseguire progetti comuni con maggiore dinamicità. È una delle prospettive in cui gli attori della nuova sanità lucana hanno recepito la legge n. 12 del 2008 sul “Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio sanitario regionale (Ssr)”, che ha accorpato le Asl preesistenti nelle due nuove Aziende Sanitarie provinciali di Potenza (Asp) e di Matera (Asm).

Certo, trascorrerà molto tempo prima che gli effetti del provvedimento si possano misurare con precisione. E probabilmente ci vorranno anni per comprendere se la riforma avrà dato i risultati sperati in termini di miglioramento dell’assistenza. Se, insomma, gioverà alla performance del sistema sanitario regionale.

Sta di fatto che oggi la struttura organizzativa del Ssr comprende, accanto alle due Aziende sanitarie locali di Potenza e Matera, quella ospedaliera regionale (Aor) “San Carlo” del capoluogo e l’Irccs - Crob Ospedale oncologico di Rionero in Vulture.

È un motto il titolo dell’Atto aziendale dell’Asm di Matera, nata dalla sintesi delle Asl n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico. “Dalla sanità alla salute”, per esprimere la consapevolezza di un limite e, al tempo stesso, l’ambizione di superarlo. “Un limite – spiega Vito Gaudiano, direttore generale dell’Asm – che consiste nel fatto che la sanità è solo uno degli elementi determinanti della salute, ed include anzi la caratteristica di avere in sé il rischio di potenziale danno per la stessa”. Rischio che si manifesta se non vengono affermati i principi di appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità, attraverso cui l’Asm di Matera



Sopra:
il reparto di cardiologia
dell'ospedale San Carlo di Potenza
(foto Studio Immaginando)

Nella pagina accanto:
il Centro di riabilitazione di Tricarico
(foto di Michele Morelli)

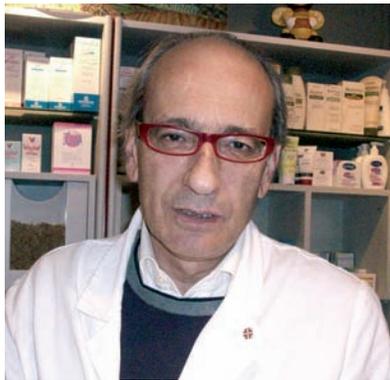
si propone di erogare le prestazioni ai propri pazienti, favorendone il ruolo di protagonisti consapevoli e responsabili.

Ma, più in generale, sono due gli aspetti da cui non può prescindere il riassetto organizzativo del Sistema sanitario regionale: quello territoriale, "vera scommessa per il conseguimento di risultati soddisfacenti per un'assistenza sanitaria qualificata - afferma ancora Gaudiano - e la costruzione di una rete ospedaliera che non è quella di oggi, con 17 strutture da riconvertire nelle loro funzioni".

Riconvertire gli ospedali, chiariscono i sostenitori di questo passaggio inevitabile, non vuol dire chiuderli, piuttosto diversificarli. Perché "in Basilicata tante strutture che fanno la stessa cosa non servono", interviene Mario Russo, segretario regionale della Anaa Assomed. "E quelli in più - precisa - non sono inutili ma pericolosi".

Il messaggio che viene trasmesso è che non tutto si può fare in tutte le aziende sanitarie, perché l'assistenza va prestata in base all'ospedale qualificato per quella determinata patologia. Diversamente sarebbe il cittadino stesso a risentirne. Si delinea così una logica, presente negli atti di programmazione regionale già da diversi anni, che viene riaffermata anche nella recente riforma: eliminare duplicazioni, creare sinergie territoriali, restituire influenza ai diversi portatori di interessi della regione.

Un aspetto che in qualche modo torna anche in un altro passaggio della legge regionale 12/2008: la rimodulazione dell'assetto organizzativo del Sistema di emergenza - urgenza. Spetta, infatti, alle Aziende sanitarie territoriali la responsabilità del 118 provinciale, uno per l'Asp di Potenza, l'altro per l'Asm di Matera: "Un sistema, questo, che consente di prendere il paziente e portarlo nell'ospedale più idoneo, non necessariamente più vicino, cosicché ogni cittadino possa rice-



In alto, da sinistra a destra:
Vito Gaudiano, Giovanni De Costanzo,
Pasquale Francesco Amendola

Sopra:
Maria Antonietta Tarsia, Francesco Caiazza,
Rocco Maglietta

vere l'assistenza in virtù del proprio bisogno", osserva ancora Gaudiano. Favorevole anche alla soluzione dell'assistenza domiciliare, a casa del paziente, purché si agisca a tutela del cittadino, dal momento che quest'ultimo è il destinatario delle attività assistenziali.

La persona al centro dell'attività del Servizio sanitario è anche il leit motiv della filosofia che regola l'Atto aziendale dell'Asp di Potenza guidata da Pasquale Francesco Amendola, che succede alle "vecchie" Asl n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza, e n. 3 di Lagonegro. Anche il dg dell'azienda potentina individua ed evidenzia, nel sistema sanitario regionale, "una limitatezza dei servizi territoriali e una eccessiva presenza di strutture ospedaliere, quasi tutte di modeste dimensioni e con specializzazioni non sempre bene articolate in rapporto ai bisogni del territorio". Di qui - dice Amendola - si fa strada l'esigenza "di costruire un modello in cui i servizi territoriali rappresentino il 55 per cento della spesa e la funzione ospedaliera venga razionalizzata e concentrata".

Osservazioni che suggeriscono come non solo l'integrazione ma anche la sinergia sia chiamata a regolare il rapporto ospedale - territorio. E, nello specifico, si tratta di una sinergia di azioni da parte di tutti i soggetti, che presuppone la definizione di compiti e responsabilità, a loro volta supportate da una migliore organizzazione di servizi.

Un passo l'Azienda sanitaria della provincia di Potenza lo muove in direzione di un cambiamento di schema: "dal modello organizzativo funzionale a quello processuale, ponendo attenzione, appunto, alla gestione dei processi erogativi sanitari per problemi di salute piuttosto che delle strutture".

Un'azienda sempre "più nodo di reti - è il modello pensato da Amendola - di cui talvolta è regista, talvolta nodo paritetico, altre volte ancora nodo subordinato".



Il centro radiologico dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera (foto di Michele Morelli)

C'è anche chi non vede luci nell'applicazione della legge regionale 12 del 2008, definendo questo provvedimento, piuttosto, espressione "dell'abbandono da parte della sanità regionale nei confronti del cittadino". Maria Antonietta Tarsia, segretario regionale del Tribunale dei diritti del malato e di Cittadinanza Attiva, non usa giri di parole per dichiarare di aver sempre considerato l'accorpamento delle Asl "un'esperienza fallimentare". Ma quel che la spinge a rimarcare le ombre di questa scelta è il fatto che "al tempo delle cinque Asl la collaborazione tra il Tribunale per i diritti del malato e i direttori generali era diretta, e più diretto e produttivo era il contatto umano. Se esistono disservizi è nostro dovere segnalarli al fine di migliorarli".

Grande attesa e grande partecipazione, in questa fase di assestamento, sono legate ai "Distretti della Salute", che secondo l'articolo 4 della legge regionale l'Asp di Potenza e l'Asm di Matera stanno organizzando sul territorio per garantire maggiore vicinanza delle strutture ai cittadini, prestando loro assistenza e demandando agli ospedali il compito di accogliere solo chi ne ha davvero bisogno. Se si considera che i distretti sono in fase di costruzione, e "bisognerà aspettare il prossimo anno per poterne parlare concretamente", pronostica Russo. Fino ad allora, fino alla piena operatività dei distretti, "la riforma non potrà dirsi avviata del tutto", osserva Francesco Caiazza, presidente di Federfarma Basilicata.

L'importanza di queste strutture va vista, in qualche modo, nella logica del "sempre più territorio e sempre meno ospedale", promuovendo, in altre parole, un uso proprio dello stesso. È il segretario regionale dell'Anaa ad affermare questo concetto: "In Basilicata, come in tante altre regioni del Mezzogiorno, l'ospedale svolge una funzione vicariale del territorio, con aggravi di spese, impegni per il personale, mentre la sua responsabilità deve essere rivolta solo agli acuti".

A pazienti, cioè, che ne hanno necessità. "I distretti di base svolgeranno tutte le altre funzioni", assicura Russo.

Non perdono il ruolo storico conquistato sul territorio lucano l'Azienda ospedaliera regionale "San Carlo" di Potenza e l'Irccs-Crob di Rionero. "La nostra azienda è stata toccata in maniera indiretta dalla riforma - dice Giovanni De Costanzo, direttore generale del San Carlo - che rafforza il ruolo territoriale alle aziende sanitarie a carattere provinciale, e spinge quindi l'azienda ospedaliera in una direzione ancora più specialistica". Questo per il dg significa che, se prima l'azienda regionale "doveva sopperire alle mancanze delle cinque Asl, ora che esse hanno assunto una struttura provinciale al loro interno sono molto più autonome e i problemi in precedenza risolti al San Carlo possono essere affrontati nell'azienda stessa".

Che la riforma non intervenga significativamente, in termini organizzativi, sull'azienda ospedaliera regionale potentina e sull'Irccs lo conferma anche Rocco Maglietta, direttore generale dell'Ospedale oncologico di Rionero. "Il provvedimento ha dato centralità alle Asl - puntualizza il direttore generale - ma anche all'azienda ospedaliera regionale, senza perdere di vista la serie di attività importanti della sua storia, e al nostro Istituto, cui ha conferito la visibilità e la specificità necessarie per potersi candidare ad essere punto di riferimento dell'oncologia nel centrosud".

In un certo senso la Basilicata è già un esempio da seguire nel panorama della sanità nazionale. Si colloca tra le prime regioni del Paese, insieme a Toscana, Marche, Lombardia e Veneto, per il conseguimento dell'approvazione, da parte del Ministero della Salute, del programma di investimenti predisposto dalla regione in materia di sanità secondo la nuova metodologia "Mexa", recepita dalla Basilicata con delibera della Giunta regionale n. 1190 del 2008. Il programma mette a disposizione 26,8 milioni di euro, includendo anche il riassetto del Ssr conseguente alla legge regionale n. 12 del 2008. Tra gli altri interventi, è prevista "la realizzazione di un nuovo padiglione" presso l'ospedale San Carlo di Potenza e "la concentrazione dei servizi del blocco operatorio e delle attività connesse" nel presidio ospedaliero di Melfi.

Partecipazione e condivisione, integrazione, ma anche capacità di scelta, sono i tasselli adatti a comporre un puzzle al termine del quale potrà essere visibile una sanità nuova e dalla parte del cittadino. Ma perché ciascuna di queste prospettive possa realizzarsi deve essere costante e continua l'interfaccia tra Regione e Asl. Per dirla con Franco Caiazza, presidente di Federfarma Basilicata, "è necessario che le due Asl provinciali non legiferino autonomamente e che ad esse siano inviati input precisi da parte del governo regionale". "In questo modo - osserva Caiazza - potremmo dire di avere una sanità migliore, ma soprattutto risposte più adeguate".

Diversamente, nel caso in cui cioè la comunicazione tra le diverse istituzioni della sanità pubblica dovesse interrompersi, "avremmo una sanità provinciale non più regionale, e questo non prometterebbe bene".



Scheda

Legge Regionale del 1 luglio 2008, n. 12 Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale

• Oggetto e finalità della legge

Le disposizioni della legge si prefiggono di riaffermare i caratteri del Servizio Sanitario Regionale come un sistema unitario e integrato che persegue obiettivi di organicità, appropriatezza, equità, efficienza, efficacia ed economicità nella predisposizione ed erogazione dei servizi.

• Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Il Servizio Sanitario Regionale ha una struttura organizzativa di tipo aziendale costituita dall'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e dall'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), che sono istituite dalla questa legge, dall'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) e dall'IRCCS - Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

Il 31 dicembre 2008, con decreto del Presidente della Giunta Regionale, le Aziende UU.SS.LL. sono state soppresse e a loro sono succedute, dal 1° gennaio 2009, l'Azienda Sanitaria locale di Potenza e quella di Matera.

Le Aziende Sanitarie locali di Potenza e Matera hanno dimensioni corrispondenti ai rispettivi territori provinciali. Esse adottano il modello funzionale dipartimentale, si articolano in distretti socio-sanitari corrispondenti ad aree territoriali omogenee che

coincidono con le Comunità Locali.

L'Azienda Sanitaria della provincia di Potenza succede all'Azienda Sanitaria USL n. 1 di Venosa, all'Azienda Sanitaria USL n. 2 di Potenza e all'Azienda Sanitaria USL n. 3 di Lagonegro.

L'Azienda Sanitaria di Matera succede all'Azienda Sanitaria USL n. 4 di Matera ed all' Azienda Sanitaria USL n. 5 di Montalbano Jonico.

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale S. Carlo" di Potenza assume la denominazione di Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" ed esercita funzioni di riferimento per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri. Ad essa appartengono l'Ospedale "S. Carlo" di Potenza e il Presidio Ospedaliero di Pescopagano.

L'Istituto "Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata" (CROB), con sede a Rionero in Vulture, diventa Istituto di Ricovero e Cura di Carattere Scientifico (IRCCS) a rilevanza nazionale, riconosciuto con decreto del Ministro della Salute del 10.03.2008.

• Reti del Servizio Sanitario Regionale

Il Servizio Sanitario Regionale è ordinato secondo un modello a rete che comprende e integra la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali. L'intero sistema persegue l'obiettivo della continuità dell'assi-

stenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio e punta a implementare il modello Dipartimentale come strumento di armonizzazione e razionalizzazione dei servizi e delle risorse. La programmazione regionale definisce la differenziazione funzionale ed il coordinamento dei servizi ospedalieri, nonché l'identificazione e la regolazione delle reti per i percorsi specialistici clinico-terapeutici ad alta specialità, per le politiche della prevenzione e per i servizi di emergenza.

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale aggregano il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarietà delle unità operative, comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

I Dipartimenti aziendali di Prevenzione sono riorganizzati in Dipartimenti di Prevenzione Collettiva della Salute Umana e Dipartimenti di Prevenzione della Sanità e benessere animale.

Il Dipartimento regionale competente in materia di Sanità e Politiche sociali è preposto al coordinamento delle iniziative e dei progetti di interesse regionale ed interregionale, avvalendosi anche di strutture ed unità operative incardinate presso le Aziende Sanita-

rie regionali.

La rete regionale dell'emergenza-urgenza, denominata "Basilicata Soccorso", viene organizzata e gestita dal Dipartimento Interaziendale Regionale di Emergenza Sanitaria (DIRES), che è struttura operativa unitaria a carattere interaziendale istituita presso l'Azienda Sanitaria locale di Potenza.

• **Articolazione distrettuale delle Aziende Sanitarie**

Le Aziende Sanitarie locali di Potenza e Matera si articolano in distretti territoriali, denominati Distretti della Salute, e in Unità per i Servizi Integrati di Base (USIB).

I Distretti della Salute corrispondono ad aree omogenee che coincidono sia con gli ambiti socio-territoriali della rete regionale integrata dei servizi alla persona che con quelli delle Comunità Locali.

Sono intesi come strumento di governo partecipato delle politiche integrate della salute e la loro azione va svolta in collaborazione con le Amministrazioni comunali. Inoltre, i Distretti esercitano compiti di pianificazione e gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sul territorio di riferimento e formulano le conseguenti proposte per la programmazione aziendale.

In relazione alle sue funzioni di pro-

duzione di servizi, il Distretto della Salute organizza sul territorio Unità operative per:

- l'assistenza primaria, socio sanitaria e infermieristica e la continuità assistenziale;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitativa e protesica;
- l'assistenza domiciliare nelle sue varie forme e intensità in risposta al fabbisogno delle persone;
- l'assistenza alle dipendenze patologiche;
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale;
- l'assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica.

• **Entrata in funzione delle nuove Aziende Sanitarie**

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. restano in carica fino alla data di entrata in funzione dell'Azienda Sanitaria locale di Potenza e dell'Azienda Sanitaria locale di Matera.

Il presidente della Giunta regionale nomina con propri decreti i Direttori generali delle due Aziende.

Entro trenta giorni dall'insediamento, i Direttori generali avviano le procedure per la nomina dei direttori amministrativi e sanitari e per la designazione dei componenti dei Collegi sindacali delle rispettive Aziende. Fino all'entrata in funzione delle nuove

Aziende, le due figure predispongono e propongono alla Giunta regionale un piano per la progressiva unificazione di tutte le procedure ed istituti.

• **Liquidazione delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL.**

Contestualmente alla nomina dei Direttori generali delle nuove Aziende, il presidente della Giunta regionale nomina i Commissari liquidatori di ciascuna Azienda Sanitaria USL preesistente nelle persone dei rispettivi Direttori Generali o Commissari in carica, stabilendone i relativi compensi.

I Commissari Liquidatori adottano, non oltre 60 giorni dalla nomina, gli atti ordinari e straordinari necessari per il trasferimento alle nuove Aziende della titolarità dei beni mobili ed immobili, dei rapporti di lavoro, dei contratti e delle convenzioni e curano l'estinzione dei rapporti di credito e debito relativi alla gestione delle preesistenti Aziende fino alla data di entrata in funzione delle nuove Aziende.

Va. Col.

Scheda

Legge Regionale del 14 febbraio 2007, n. 4 Rete Regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale

• Finalità della legge

La legge delinea e regola la rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale per affermare l'uguale dignità sociale delle persone e garantire l'effettiva tutela dei diritti di cittadinanza, perseguire l'eliminazione o la riduzione progressiva delle condizioni di svantaggio, assicurare unitarietà e continuità di risposta ai bisogni di assistenza e di salute dei cittadini, esaltare il valore degli investimenti sociali ai fini della qualificazione e dell'espansione dell'economia regionale.

Gli interventi saranno realizzati dagli Enti locali e dalle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con altre istituzioni e con i soggetti sociali.

• Interventi organici di assistenza per la non autosufficienza

Funzione preminente e qualificante della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale è la realizzazione di interventi di assistenza per l'autonomia possibile e per le cure a lungo termine a favore delle persone non autosufficienti.

Per questo motivo, viene istituito un Fondo speciale per la non autosufficienza diretto a sostenere la personalizzazione e la domiciliarità degli interventi.

• Diritti dei cittadini utenti

Il Difensore Civico della Regione Basilicata esercita la funzione di Garante dei diritti di accesso e dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, anche attraverso un rapporto permanente di consultazione e collaborazione con le associazioni dei consumatori e degli utenti.

• Carta della qualità dei servizi sociali

A tutela della trasparenza dell'offerta dei servizi, i soggetti erogatori delle prestazioni sociali e socio-sanitarie adotteranno la Carta della qualità dei servizi di cittadinanza sociale, redatta in conformità agli indirizzi emanati dalla Regione.

• Relazioni sindacali e tutela degli operatori

La Regione, gli Enti locali e gli altri soggetti che operano nella rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, devono garantire l'attuazione della legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale, vigilando sulla corretta applicazione dei contratti di lavoro e assicurando il confronto con le organizzazioni sindacali in merito agli atti di natura programmatica e regolamentare previsti dalla legge.

ASSETTO ISTITUZIONALE ED ORGANIZZATIVO

• Funzioni dei Comuni

I Comuni sono titolari della programmazione, dell'attuazione e della valutazione a livello locale degli interventi sociali e, di concerto con le Aziende Sanitarie Locali, degli interventi socio-sanitari, nonché delle funzioni amministrative inerenti l'erogazione dei servizi e delle prestazioni della rete regionale integrata.

• Funzioni delle Province

Le Province partecipano attivamente alla costruzione ed al potenziamento della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale. In concordanza con i Comuni, istituiscono sedi permanenti di concertazione, controllo e vigilanza con le formazioni del terzo settore, con le organizzazioni sindacali e con gli altri soggetti pubblici impegnati a livello locale.

• Funzioni della Regione

La Regione esercita, con il concorso degli Enti locali e delle formazioni sociali e del terzo settore, le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento della rete, avendo cura di coordinarle con gli strumenti programmatici afferenti alle politiche dello sviluppo locale, della formazio-

ne, del lavoro, della casa, dei trasporti, dell'ambiente, della cultura e del tempo libero. In quest'ottica il territorio regionale viene suddiviso in Ambiti Socio-Territoriali omogenei per la gestione integrata dei servizi che coincidono con i Distretti Socio-Sanitari. Inoltre, la Giunta regionale attiva un tavolo permanente di coordinamento interdipartimentale delle strutture deputate all'attuazione delle politiche della salute e del benessere, dell'ambiente, della formazione e della scuola, della casa, del lavoro, della cultura e del tempo libero, e ne disciplina le modalità operative.

• **Compiti delle Aziende Sanitarie Locali**

Le Aziende Sanitarie Locali adottano le azioni e le misure necessarie per affrontare in un'ottica organica ed unitaria i bisogni sanitari, socio-sanitari e sociali dei cittadini. Stabiliscono, in aggiunta, rapporti di collaborazione con i Comuni ed assicurano le attività sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria. Per fare questo, adottano le misure necessarie al rafforzamento delle funzioni proprie dei Distretti socio-sanitari e istituiscono articolazioni organizzative di tipo dipartimentale per l'area dei soggetti fragili in modo da assicurarne la presa in carico e l'attivazione di percorsi terapeutico-assistenziali.

• **Governo dell'Ambito Socio-Territoriale**

È istituita la Conferenza Istituzionale dell'Ambito Socio-Territoriale per la gestione associata dei servizi e delle funzioni di indirizzo, di coordinamento e di controllo per la realizzazione degli interventi e dei servizi della rete regionale integrata sull'intero territorio dell'Ambito.

La Conferenza Istituzionale è composta dai Sindaci dei Comuni associati e partecipano, a titolo consultivo, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio e un amministratore della Provincia.

• **Gestione integrata dei servizi**

La Regione sostiene il processo di integrazione dei servizi sociali e sanitari anche attraverso l'emanazione di linee guida e di indirizzi di gestione relativi alle modalità tecnico - organizzative dell'erogazione delle prestazioni integrate e incentivando la realizzazione, anche a titolo sperimentale, di modelli di innovazione amministrativa, organizzativa e gestionale.

• **Ruolo e attività degli attori sociali**

Gli attori sociali che concorrono alla realizzazione delle finalità della legge sono:

- le organizzazioni sindacali e gli enti

di loro emanazione;

- le associazioni dei consumatori e degli utenti iscritte all'albo regionale;
- le associazioni e gli organismi di rappresentanza delle famiglie;
- le organizzazioni di volontariato;
- le associazioni e gli enti di promozione sociale;
- le cooperative e le imprese sociali;
- le fondazioni, gli enti morali, gli enti riconosciuti dalle confessioni religiose, gli istituti di patronato e di assistenza sociale, nonché gli altri soggetti privati con finalità non lucrative.

STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

• **Programmazione locale**

Strumento di attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata è il Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, che è adottato per ciascun Ambito Socio-Territoriale dai Comuni associati.

• **Consulta regionale permanente per la programmazione sociale e sanitaria**

La Consulta viene istituita come organo di consultazione della Giunta Regionale per la predisposizione delle linee e delle scelte di programmazione attinenti alla organizzazione degli interventi e dei servizi di tutela e promozione della salute e salvaguardia e

sviluppo dei diritti sociali.

- **Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali**

L'Osservatorio cura la raccolta sistematica dei dati e l'analisi delle dinamiche afferenti alle aree di intervento; monitora le dinamiche professionali ed occupazionali nel comparto sociale regionale; elabora gli indicatori e i sistemi di valutazione delle esperienze di implementazione delle prestazioni sociali; svolge iniziative di studio e ricerca, anche in collaborazione con Enti pubblici, Università, Istituti di ricerca, soggetti di promozione sociale.

- **Sistema Informativo Sociale**

La Regione istituisce il Sistema Informativo Sociale regionale per l'organizzazione dei flussi informativi dei soggetti che operano nella rete regionale integrata e ne definisce il modello organizzativo in modo da consentire il massimo grado di raccordo, coordinamento e integrazione con i sistemi informativi nazionali e locali.

- **Clausola valutativa**

La Giunta Regionale trasmette al Consiglio Regionale, con cadenza triennale, un rapporto di valutazione che illustra lo stato di attuazione del programma, il quadro del finanzia-

mento del sistema integrato e l'andamento della spesa e degli investimenti in campo sociale; il grado di soddisfacimento dei bisogni sociali, l'ampiezza e qualità delle prestazioni assicurate e il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore; le dinamiche evolutive del quadro delle risorse professionali operanti nella rete regionale integrata e l'impatto di genere delle politiche sociali integrate.

FUNZIONI DI REGOLAZIONE AMMINISTRATIVA

- **Autorizzazione, accreditamento, vigilanza**

Le tipologie, i requisiti e i vincoli per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie a ciclo residenziale, nonché le modalità di esercizio della vigilanza su di essi, sono individuati e disciplinati dalla Giunta Regionale, sentita la competente commissione consiliare.

- **Violazioni e sanzioni**

L'apertura, l'ampliamento, la trasformazione e la gestione di strutture socio-sanitarie o l'erogazione di servizi senza l'autorizzazione costituisce illecito amministrativo e comporta l'immediata chiusura dell'attività disposta dal Comune nel cui territorio è ubica-

ta la struttura o erogato il servizio.

RISORSE UMANE E FINANZIARIE

- **Formazione e qualificazione degli operatori**

La formazione degli operatori costituisce uno strumento per la promozione della qualità ed efficacia degli interventi e dei servizi della rete integrata, per lo sviluppo dell'approccio multidisciplinare, nonché per il sostegno alla innovazione organizzativa e gestionale.

La Regione programma, d'intesa con le Province, la formazione degli operatori sociali e degli operatori dell'area sociosanitaria, promuovendo attività di formazione continua e di alta formazione, curando il raccordo e l'integrazione dei percorsi formativi ed assicurando l'accesso alla formazione universitaria e post-universitaria.

- **Repertorio regionale delle professioni sociali**

Come strumento di identificazione e di certificazione dei profili professionali richiesti dalla programmazione regionale, viene istituito il Repertorio regionale delle professioni sociali. Il documento individua le funzioni e le qualifiche delle diverse categorie di operatori dei servizi sociali, le suddivide per area di attività e definisce per ciascuna di esse compiti e attribu-

zioni, titoli di studio, curricula e percorsi di formazione, riqualificazione e aggiornamento professionale.

- **Fonti di finanziamento**

L'operatività della rete regionale integrata è assicurata cumulativamente da fondi statali, regionali, locali e comunitari. Per il raggiungimento degli obiettivi e delle finalità della legge, la Regione istituisce il Fondo regionale per i servizi integrati di cittadinanza sociale.

ISTITUZIONI PUBBLICHE DI ASSISTENZA E BENEFICIENZA

- **Trasformazione delle IPAB**

Le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) che forniscono fornire servizi alla persona e che hanno sede legale in Basilicata, sono trasformate in aziende pubbliche di servizi assistenziali.

Va. Col.

