
**Piano regionale della salute: il testo integrale degli emendamenti al disegno di legge
all'esame del Consiglio regionale**

Riportiamo il testo integrale degli emendamenti approvati dalla III Commissione consiliare della Regione Puglia ("Sanità e servizi sociali") relativi al Piano regionale della salute 2008-2010 che il Consiglio regionale ha iniziato ad esaminare il 30 luglio scorso per proseguire nelle sedute del 9 e 10 settembre. Ulteriori emendamenti possono essere presentati all'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale entro le ore 12 dell'8 settembre.

Per consentire una lettura più agevole pubblichiamo i testi integrali degli articoli nell'ambito dei quali gli stessi emendamenti (che sono sottolineati) sono stati inseriti.

DISEGNO DI LEGGE: PIANO REGIONALE DI SALUTE 2008-2010

ARTICOLATO

Art. 3

(Regolamenti attuativi)

Comma 1 La Giunta Regionale approva con successivi atti regolamentari i Piani Attuativi relativi agli obiettivi di salute, ai modelli organizzativi, ai criteri per la allocazione adeguata, appropriata e razionale delle risorse, nonché agli strumenti di valutazione continua della qualità dei servizi erogati, contenuti nell'Allegato 1 della presente Legge.

Comma 2 L'art. 3 comma 4 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25, è così sostituito: "il Direttore Generale della ASL, avvalendosi del Collegio di Direzione, propone alla Giunta Regionale, sulla base degli obiettivi e degli indirizzi del Piano Regionale di Salute, il Piano Attuativo Locale (PAL). Il PAL è lo strumento di pianificazione strategica dell'Azienda e ha lo stesso periodo di vigenza del Piano Regionale di Salute. La Giunta Regionale, acquisito il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-Sanitaria ex art. 3 comma 1 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25, approva il PAL con le procedure di cui all'art. 44 della L.R. 7/2004. Il Direttore Generale adotta il Piano annuale delle Attività, con riferimento al PAL approvato dalla Giunta Regionale, nel rispetto della disponibilità delle risorse assegnate all'Azienda."

Art. 4

(Copertura finanziaria)

La copertura finanziaria connessa all'attuazione della presente legge sarà assicurata nei limiti delle risorse finanziarie derivanti dal riparto del fondo sanitario di parte corrente, determinate annualmente con delibera del CIPE, nonché dalle altre assegnazioni di fondi statali e comunitari specificatamente destinati al servizio sanitario regionale.

ALLEGATO

PREMESSA

- I. I principi fondanti il piano di salute*
- II. Il percorso di programmazione e i suoi strumenti*
- III. Il livello istituzionale nel processo di partecipazione alla costruzione del Piano*
- IV. Il processo di partecipazione dei cittadini alla costruzione del Piano*
- V. La metodologia generale di pianificazione*
- VI. La programmazione integrata: intersettorialità, plurifondo, multidisciplinare*

1. IL SISTEMA DI SALUTE IN PUGLIA: PRIORITA' E FRAGILITA'

- 1.1.** Il contesto.
- 1.2.** La salute delle donne. Il percorso materno-infantile. La dimensione riproduttiva e non.
- 1.3.** Le fragilità
 - 1.3.1. L'abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori.
 - 1.3.2. La tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva
 - 1.3.3. I disturbi del comportamento alimentare
 - 1.3.4. La popolazione immigrata
 - 1.3.5. La popolazione carceraria
 - 1.3.6. Le persone diversamente abili: disabilità fisiche, sensoriali e psichiche
 - 1.3.7. Le persone con patologie psichiatriche
 - 1.3.8. Le dipendenze patologiche
 - 1.3.9. Gli anziani
 - 1.3.10. Il paziente oncologico
 - 1.3.11. Le fragilità collettive: i fattori di rischio occupazionali e ambientali.
Le aree a rischio di crisi ambientale
- 1.4.** La rete della prevenzione
- 1.5.** La rete ospedaliera
 - 1.5.1. Effetti e dati del precedente piano di riordino
 - 1.5.2. Obiettivi dell'intesa Stato-Regioni 23.3.2005 e analisi della rete ospedaliera attiva al 13.06.2007. Individuazione delle criticità.
 - 1.5.3. Analisi dell'attuale rete ospedaliera
- 1.6.** La rete distrettuale
- 1.7.** L'assistenza farmaceutica
- 1.8.** Il modello di organizzazione del sistema sanitario proposto dai cittadini

2. GLI OBIETTIVI DI SISTEMA E LE AZIONI

- 2.1.** Sanità elettronica e sistema informativo sanitario regionale
- 2.2.** La promozione della salute collettiva: strategie di prevenzione
 - 2.2.1. La salute collettiva: modalità di integrazione interfunzionale
 - 2.2.2. Promozione della salute negli ambienti di lavoro
 - 2.2.3. Sicurezza alimentare
 - 2.2.4. Sanità pubblica veterinaria

-
- 2.2.5. Integrazione ambiente e salute: modelli di governance
 - 2.2.6. L'educazione alla salute
 - 2.2.7. I piani di prevenzione
 - 2.2.7.1. *Prevenzione delle malattie cronico-degenerative e promozione degli stili di vita salubri*
 - 2.2.7.2. *Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive*
 - 2.3.** Specializzazione e qualificazione della assistenza ospedaliera: vincoli e modelli della riorganizzazione della rete ospedaliera
 - 2.3.1. Il Dipartimento e nuovi modelli assistenziali
 - 2.3.2. Percorsi e reti assistenziali in ambito ospedaliero
 - 2.3.2.1. *Assistenza al paziente critico*
 - 2.3.2.2. *Assistenza al paziente con stroke*
 - 2.3.2.3. *Percorsi Assistenziali per l'Infarto Acuto del Miocardio*
 - 2.3.2.4. *Rete delle Malattie Rare*
 - 2.3.2.4.1. *L'assistenza ai malati di fibrosi cistica*
 - 2.3.2.5. *Rete della dialisi*
 - 2.3.2.6. *Rete dei Trapianti: piano regionale*
 - 2.3.2.7. *Rete della assistenza neonatale*
 - 2.3.3. La rete dell'emergenza in Puglia
 - 2.3.3.1. *Sistema di emergenza urgenza*
 - 2.4.** Riorganizzazione della assistenza territoriale
 - 2.4.1. La rete dei distretti sociosanitari: articolazione della organizzazione distrettuale
 - 2.4.1.1. *Potenziamento delle reti dei servizi*
 - 2.4.2. Obiettivi di sistema per il miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni
 - 2.4.2.1. *Accessibilità alla rete dei servizi*
 - 2.4.2.2. *Domiciliarità delle prestazioni*
 - 2.4.3. *Ruolo dei medici dell'area delle cure primarie nel processo di riorganizzazione della assistenza territoriale e valorizzazione della risorsa associazionismo*
 - 2.4.4. Integrazione sociosanitaria
 - 2.4.5. La valutazione multidimensionale e accessibilità alla rete dei servizi sociosanitari e distrettuali
 - 2.4.6. Le prestazioni sanitarie per la popolazione anziana
 - 2.4.7. La non autosufficienza: percorsi di assistenza, dalla RSA alla domiciliarità
 - 2.4.8. Le prestazioni sanitarie per la popolazione immigrata
 - 2.4.9. Le prestazioni sanitarie per la popolazione carceraria
 - 2.4.9.1 *La medicina penitenziaria*
 - 2.4.9.2 *Carceri e dipendenze patologiche*
 - 2.4.10. Le prestazioni sanitarie per le persone con patologie psichiatriche
 - 2.4.11. Le prestazioni sanitarie per le persone con dipendenza patologica
 - 2.5 Misure di contenimento della spesa farmaceutica
- 3. NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI**
- 3.1.** Integrazione ospedale-territorio: organizzazione della continuità assistenziale
 - 3.1.1. *La promozione della salute delle donne in tutte le fasi della vita: progetto di riorganizzazione della rete consultoriale.*
 - 3.1.2. *La Rete Oncologica*
 - 3.1.3. *La Rete delle Cure Palliative*
 - 3.1.4. *La Terapia del dolore*
-

-
- 3.1.5. L'Assistenza al paziente cronico
 - 3.1.6. Rete delle malattie neurodegenerative
 - 3.1.7. Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare
 - 3.1.8. La Medicina dello sport
 - 3.2 I percorsi per la riabilitazione
 - 3.2.1. Principi generali
 - 3.2.2. Livelli di assistenza
 - 3.2.3. La riabilitazione domiciliare
 - 4. LA RETE DELLA FORMAZIONE
 - 4.1. Rapporti Regione e Università: il sistema della ricerca e della formazione a supporto del Sistema Sanitario Regionale
 - 4.2. La formazione continua degli operatori della salute
 - 5. IL GOVERNO DEL SISTEMA
 - 5.1 Il Governo clinico
 - 5.1.1. I programma regionale per l'accreditamento e il miglioramento della qualità
 - 5.1.2. Il modello di accreditamento
 - 5.1.3. Qualità e gestione del rischio
 - 5.2. Il contenimento dei tempi di attesa
 - 5.3. Umanizzazione del sistema delle cure
 - 5.3.1. La partecipazione dei cittadini al miglioramento del Servizio Sanitario
 - 5.4. Comunicazione, management e politiche del personale
 - 6. LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA
 - 6.1. Le risorse di sistema
 - 6.2. Quadro di compatibilità del PRS
 - 6.3. Gli investimenti
 - 7. PRIORITA' DEL PIANO
 - 8. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLE AZIONI DI PIANO

II. Il percorso di programmazione e i suoi strumenti

Il Piano Regionale di Salute fornisce gli indirizzi e le regole di governo del Sistema Sanitario Regionale, cui devono riferirsi i compiti di programmazione sanitaria e socio sanitaria territoriale delle Aziende Sanitarie Locali, svolgendo a tutti i livelli l'esercizio della razionalizzazione e valorizzazione strategica delle risorse disponibili attraverso un modello concreto e partecipato di *governance*, ai fini del consolidamento e sviluppo di un reale sistema integrato di servizi sanitari e socio sanitari, conforme ai principi comunitari di sussidiarietà, solidarietà e partenariato tra i diversi attori/soggetti pubblici e privati, profit e no profit facenti parte del sistema locale di *welfare*.

Il percorso di programmazione delle scelte strategiche della sanità regionale deve trovare nel Piano Regionale di Salute le indicazioni di politica sanitaria e le indicazioni metodologiche che devono guidare la messa a punto dei Piani Attuativi Locali.

I Piani di Attività Territoriali (PAT) e gli accordi di programma a livello distrettuale o aziendale con gli Ambiti territoriali sociali e i Comuni, così come individuati dalla l.r. 10 luglio 2006, n. 19, per l'attuazione dei Piani sociali di Zona, devono svilupparsi in coerenza con gli obiettivi che questo Piano Regionale di Salute individuerà per la articolazione e il potenziamento della rete della sanità territoriale e dei servizi sociosanitari.

Tutti i documenti di programmazione devono avere in sé gli strumenti per la valutazione e il controllo della rispettiva attuazione e dei risultati conseguiti, sia in termini di *outcome* che in termini di efficienza tecnico-organizzativa ed economica, al fine di alimentare un ciclo di programmazione che sia anche ciclo di miglioramento dell'efficacia, di ottimizzazione delle risorse, di cambiamento organizzativo, di crescita culturale complessiva del sistema.

La valutazione dei Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere non può che svilupparsi in coerenza con il ciclo programmatico, perché si enfatizzi, nell'assegnazione degli obiettivi, la loro responsabilità nella puntuale proposizione al Governo regionale e nella realizzazione dei Piani Attuativi Locali, in coerenza con gli obiettivi di piano.

Il Piano Regionale di Salute assume il SSR come un sistema unico al cui centro colloca gli interessi del cittadino a vedere tutelata la propria salute ed in cui il governo della Sanità si realizza tramite una serie di interventi finalizzati prioritariamente a rafforzare le sinergie interistituzionali, superando nella chiarezza logiche settoriali e visioni di breve periodo e puntando ad una maggiore coesione delle politiche nei territori.

Un obiettivo fondamentale del Piano, infatti, è quello di ottenere un più deciso contributo da parte delle realtà locali alla promozione e tutela della salute in modo da avere maggiore attenzione operativa su tutti i determinanti di salute, integrazione socio-sanitaria compresa.

Stante la necessità di rafforzare l'interazione tra Comuni e ASL, le norme regionali vigenti già individuano i luoghi e gli strumenti della integrazione a tutti i livelli di governo del sistema sociosanitario pugliese, capaci di presidiare tutte le fasi del ciclo di programmazione e di attuazione del presente Piano:

a) la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, istituita dalla l.r n. 25/2006 ai sensi di quanto previsto dall' art. 2, comma 2bis, del D.L.gs n. 502/92 e s.m.i., che "verifica il rispetto delle priorità e la conformità al Piano di Salute degli obiettivi e dell'allocazione delle risorse nel rispetto della compatibilità finanziaria e propone alla Regione l'approvazione del PAL presentato da ciascuna Azienda e IRCCS del Servizio Sanitario regionale e ne propone l'approvazione alla Giunta Regionale; inoltre la Conferenza esamina il documento annuale contenente lo stato di salute della popolazione";

b) il Comitato Tecnico che affianca nello svolgimento dei suoi compiti la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria e che, in continuità con il lavoro svolto per elaborazione del presente Piano Regionale di Salute, concorre alla elaborazione degli strumenti di regolamentazione per l'organizzazione e la determinazione degli obiettivi, nonché per la elaborazione degli indicatori di monitoraggio e di valutazione dei risultati e degli impatti delle politiche sanitarie regionali;

c) la Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria, istituita dalla l.r. n. 19/2006 e richiamata dalla l.r.n. 25/2006, per la elaborazione degli atti di indirizzo regionali in materia di integrazione sociosanitaria per gli Enti Locali e per le ASL, quale luogo di coordinamento intersettoriale tra le strutture regionali che hanno le competenze per la elaborazione degli stessi atti di indirizzo regionali in materia di politiche sociosanitarie, per le iniziative volte alla diffusione e alla promozione dei principi e degli obiettivi della integrazione sociosanitaria, per il monitoraggio dei processi di integrazione in atto in tutti i distretti/ambiti e per il sostegno allo scambio delle buone pratiche implementate;

d) gli accordi di programma a livello di distretto/ASL così come previsti dalla normativa vigente (dall'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 e dalle ll.rr. n. 19/2006 e n. 25/2006);

e) il coinvolgimento dei Comuni, associati in ambito territoriale, *nei patti per la salute* e nei conseguenti programmi attuativi, per il tramite delle Conferenze dei Sindaci a livello aziendale;

f) la valorizzazione del distretto come ambito territoriale in cui convergono e si integrano interventi e politiche per la promozione della salute e nell'interazione socio sanitaria, anche sperimentando forme innovative di governo e di gestione dei sistemi sociosanitari di offerta di prestazioni (forme consortili ASL-Comuni, ecc..).

Appare sempre più evidente, anche a valle del processo di riforma costituzionale attuato negli anni appena trascorsi, che il ruolo della Regione sta evolvendo, in modo più o meno esplicito, verso logiche di regia di un sistema regionale, mediante:

1) il governo dei rapporti con le aziende sanitarie, che richiede una revisione del ruolo regionale e di quello delle aziende. In particolare il governo regionale delle aziende richiede la puntuale definizione dei loro obiettivi assistenziali e del rispetto dell'equilibrio economico (o del rispetto del piano di rientro dal disavanzo), complessivo e per macroarticolazioni organizzative, passando dalla logica delle regole, dei vincoli e delle autorizzazioni (*government*) a quella della costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche scelte (*governance*);

2) il governo dei rapporti con i soggetti che operano nel SSR: le organizzazioni sindacali, le associazioni rappresentative dei soggetti erogatori privati, nonché le associazioni rappresentative dei fornitori di beni e servizi;

3) il governo dei rapporti con le istituzioni che hanno un ruolo nel SSR:

- gli enti locali, nella funzione di espressione collettiva dei bisogni sanitari e di responsabili di aree affini e complementari nelle politiche per la salute;
- le università, attraverso il contributo offerto allo sviluppo della ricerca e delle funzioni assistenziali;

4) il rapporto privilegiato con le associazioni degli utenti, gli organismi del volontariato, della promozione sociale e del privato sociale, che possono attivamente concorrere al ruolo di governo e all'offerta di servizi.

Il modello di federalismo fiscale introdotto con l'accordo dell'8 agosto 2001 sancisce la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario: quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Ciò impone una revisione dei sistemi di controllo esistenti, più spesso fino ad oggi incentrati sul monitoraggio della spesa, dal momento che è assegnato lo stesso livello di priorità al controllo degli effettivi livelli di erogazione dell'assistenza e del rispetto dei vincoli di bilancio.

Tale modello di controllo è identificato in maniera esplicita dal Decreto Legislativo n. 56 nel «sistema di garanzia», che è composto di un set di indicatori (di attività, costo, risultato e gradimento), dai criteri di costruzione degli stessi e dalle regole di penalizzazione a cui sono sottoposte le Regioni nei casi di scostamento dagli obiettivi fissati.

Il Piano propone tale modello di controllo come un elemento dello scenario operativo del triennio, rideclinandolo all'interno della scelta strategica per un approccio basato sulla *governance* dei processi assistenziali e sulle dimensioni e la metodologia per il miglioramento della qualità.

IV. Il processo partecipativo dei cittadini alla costruzione del Piano

All'interno del modello sociale di salute è rilevante considerare le specificità dei contesti reali e dei bisogni di benessere espressi dai singoli tenendo conto delle differenze di età, ceto sociale, genere, ambiente di vita, status culturale e professionale.

Si può capire perché quindi, nella definizione degli obiettivi e delle strategie di intervento del Piano regionale di Salute si è ritenuto imprescindibile coinvolgere i cittadini quali principali interlocutori delle politiche della salute. E' cambiata quindi la metodologia per la costruzione del Piano che, per scelta dell'Amministrazione Regionale, non recepisce solo il contributo di funzionari ed esperti, ma accoglie le esigenze e le aspettative dei cittadini sin dalla fase di impostazione iniziale.

Perché tale processo fosse effettivamente inclusivo, e per facilitare la partecipazione in un confronto qualificato e aperto a tutti, sono state evinte, dalla bozza di Piano iniziale, le aree tematiche di maggiore impatto sui singoli cittadini. Per ognuna è stata redatta apposita sintesi e predisposta una serie di domande specifiche per agevolare l'espressione delle diverse opinioni. E' stata così elaborata e diffusa una guida alla partecipazione sulle seguenti aree prioritarie:

sanità e differenza di genere

la specificità di genere non si limita alla sfera riproduttiva, ma riguarda la diffusione di fattori di rischio, l'incidenza di malattie e disabilità, la diversità nelle modalità di accesso ai servizi per la salute. Di tutto questo è necessario tener conto nella organizzazione della assistenza sanitaria;

tutela dei soggetti deboli

è noto che alle fragilità e all'ampiezza di tale fenomeno, si aggiungono ogni giorno altre categorie e nuovi bisogni che non è più possibile ignorare o affrontare solo in termini di medicalizzazione se si intende promuovere una società realmente inclusiva;

funzionalità dei servizi

ai fini della qualificazione del sistema sanitario, vanno considerati la domanda di cura, i servizi territoriali, la porta unica d'accesso, la valutazione delle politiche sanitarie, la prevenzione.

L'appropriatezza delle analisi di tali settori può imprimere una svolta decisiva rispetto ai cambiamenti auspicati;

rapporto tra pazienti e operatori sanitari

ai problemi di chi ha bisogno di servizi sanitari, talvolta, si aggiunge il disagio vissuto nel rapporto con le strutture e con gli operatori, in particolare durante l'ospedalizzazione, per cause di carattere strutturale, organizzativo e relazionale. Si tratta di un ambito di intervento rilevante e normalmente trascurato.

L'intero processo partecipativo si è sviluppato su più percorsi differenziati per classi di interlocutori:

1. il coinvolgimento degli URP e dei Comitati Consultivi Misti attraverso
 - la consultazione preliminare sul metodo di partecipazione
 - l'organizzazione di incontri di lavoro con i Comitati Consultivi Misti
 - la conduzione di interviste, rivolte ai primari, sulle relazioni tra operatori e pazienti
2. il confronto con gli operatori sanitari
 - predisposizione e pubblicizzazione di un depliant informativo che comunica le opportunità fornite dal processo partecipativo
 - incontri con i direttori (generale, sanitario e amministrativo) i commissari ed i subcommissari delle ASL
 - incontri con gli operatori all'interno dei presidi ospedalieri
 - incontri di lavoro con i rappresentanti degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
 - organizzazione di Focus Group con i medici primari su "Qualità delle relazioni tra operatori e utenti"
3. la sensibilizzazione delle associazioni e della cittadinanza attiva
 - attuazione di una campagna di comunicazione attraverso i media (spot TV, quotidiani), il web e l'affissione;
 - invio di materiale informativo e invito alla partecipazione (lettere alle famiglie, guida alla partecipazione) anche attraverso gli URP comunali;
 - organizzazione di incontri pubblici con associazioni e cittadini
 - organizzazione del Forum su "Salute delle Donne e Politiche di Genere"
 - attivazione di forum telematici per favorire la comunicazione e il confronto a distanza
 - creazione delle condizioni per ricevere i contributi mediante call center, e-mail, posta o fax;
 - predisposizione dei *feed back*;
 - individuazione delle associazioni, articolate in rete su tutto il territorio regionale, e loro coinvolgimento nella promozione dell'iniziativa.

I numeri della partecipazione

Il processo partecipativo, che ha avuto luogo prevalentemente tra giugno e novembre 2007, si è sviluppato attraverso:

70	incontri pubblici su tutto il territorio regionale
2061	partecipanti agli incontri
10	focus group
100	partecipanti ai focus group
210	ore dedicate ai dibattiti
116	associazioni e organismi collettivi
803	contributi pervenuti
15.881	accessi al web
22.021	pagine visualizzate

I contributi pervenuti dalla cittadinanza attiva sono molto diversificati tra loro per forma e contenuto e vanno dall'analisi di specifiche criticità fino alla elaborazione di proposte progettuali integrate e innovative di cui si è tenuto conto all'interno del Piano. Da tutte si evince la disponibilità a collaborare e un ampio e condiviso bisogno di cambiamento al fine di elevare la qualità e l'affidabilità dei servizi per la salute, soprattutto a tutela dei più deboli.

V. La metodologia generale di pianificazione

Obiettivo generale del presente Piano è fornire la possibilità ai Direttori Generali e alle Direzioni Strategiche delle aziende di disporre di elementi sufficienti a programmare l'assistenza sanitaria nei loro territori secondo parametri e modelli condivisi. Comuni e ASL, queste ultime nelle loro articolazioni distrettuali e subdistrettuali, sono la interfaccia politico-amministrativa con il cittadino che esprime un bisogno socio-sanitario. La Porta Unica di Accesso è lo strumento attraverso il quale la risposta viene garantita.

La localizzazione in dettaglio delle strutture che garantiscano la erogazione dei servizi di base ai cittadini è oggetto specifico della programmazione delle direzioni delle ASL, di concerto con i Comuni. Le direzioni strategiche delle ASL definiscono pertanto, previa verifica della compatibilità economico-finanziaria, il Piano dettagliato della distribuzione dei poliambulatori distrettuali, dei consultori familiari e degli altri servizi, della relativa dotazione organica e strumentale e delle interconnessioni organizzative e logistiche con la medicina di base associata, secondo i modelli riportati nella sezione dedicata ai distretti socio-sanitari.

La distribuzione dei posti letto ospedalieri di tutte le discipline, secondo quanto meglio specificato nella parte del piano dedicata alla programmazione ospedaliera contenente i tabulati relativi, è effettuata dalla Regione su proposta delle ASL. Allo scopo il PRS fornisce indicatori e standard più sotto dettagliati.

Per le principali specialità che saranno meglio individuate, ma tra le quali si possono già collocare quelle di cardiocirurgia, alta specialità riabilitativa, unità spinale, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, grandi ustionati, la programmazione deve articolarsi con riferimento alle seguenti macroaree:

- area del Salento, corrispondente alle province di Lecce, Brindisi e Taranto
- area di Bari, corrispondente alla provincia di Bari
- area Puglia Nord, corrispondente alle province di Foggia e **BAT**.

E' riservata alla diretta attività di pianificazione regionale quella relativa ai Centri per le Malattie Rare, Trapianti di organo, nonché alle Aziende Ospedaliere Universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Enti Ecclesiastici.

1.3.6 Le persone diversamente abili: disabilità fisiche, sensoriali e psichiche

Le persone con disabilità in Italia sono 2 milioni 600 mila. Sebbene in Italia aumenti l'invecchiamento della popolazione e siano 2 milioni gli anziani con disabilità, analizzando il tasso standardizzato per età, la disabilità risulta significativamente in declino (4,7%) rispetto a 10 anni fa (5,7%) anche tra la popolazione anziana (18,8% contro 21,7%). La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini).

In Puglia, sempre secondo le stime ISTAT (Disabilità in Cifre) al 2005 risultavano 212.000 le persone con disabilità, tra le persone di età superiore a 6 anni, pari a circa il 6,2% della popolazione residente, un tasso superiore a quello medio nazionale (4,8%)

La famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. **Oltre un terzo (35,4%)** di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili, il 58,3% da famiglie in cui c'è almeno una persona non disabile che si fa carico della persona disabile. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed

oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento soprattutto nel Sud. Il Sud e le Isole presentano tassi più elevati per le patologie croniche “gravi” e la disabilità.

Sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di morbosità cronica o di disabilità.

Sono 165.000 in Puglia i diversamente abili che hanno più di 65 anni e 47.000 le persone disabili con età compresa tra i 6 e i 64 anni.

Le disabilità sensoriali (non vedenti e ipovedenti, sordi, dislessie gravi e mutismo) coinvolgono circa 577 mila persone di 6 anni e più (1,1%). Il 52,7% delle persone disabili presenta più tipi di disabilità.

La rete delle prestazioni territoriali per le persone diversamente abili, in particolare quelle socio-sanitarie integrate e quelle ad elevato contenuto specialistico, si presenta del tutto carente, tanto da indurre le famiglie pugliesi (soprattutto quelle con minori diversamente abili) a ricorrere ai “viaggi della speranza” verso altre Regioni italiane alla ricerca di:

- diagnosi e progetti individualizzati da parte di specialisti per alcune patologie in particolare (sindrome di Down, autismo, ecc..)
- cure specifiche per disabili non erogabili in strutture ambulatoriali ordinarie (tra tutte spiccano le cure odontoiatriche)
- specifiche terapie di riabilitazione
- consulenze di centri-ausili specializzati.

Sul territorio pugliese sono presenti solo alcuni centri di eccellenza, che rappresentano oggi un punto di riferimento per molte famiglie provenienti da tutta la Puglia, ma che sono largamente insufficienti rispetto alla domanda già manifestata e rispetto alla domanda potenziale:

- Centro “Nostra Famiglia” di Ostuni unico centro-ausili attivo in Puglia, che eroga percorsi di riabilitazione di elevata complessità, in particolare per minori, con la più recente attivazione di una equipe multiprofessionale per l’assistenza specifica per l’autismo;
- presso l’Ospedale di Gallipoli vengono erogate prestazioni odontoiatriche complesse per persone diversamente abili per le quali tali interventi possono richiedere ricovero ospedaliero e anestesia totale;
- le strutture di riabilitazione (ex art. 26 l. n. 833/1978) in regime semiresidenziale sono fortemente carenti se si considera che, pur in presenza di una maggiore prevalenza di persone disabili rispetto al totale della popolazione, le giornate di assistenza riabilitativa erogate (per 1000 ab.) in Puglia sono 75,8 in regime residenziale e 14,3 in regime semiresidenziale contro le 88,1 e le 41,4 giornate per 1000 ab, erogate in media a livello nazionale (dati Ministero della Salute, Rapporto Riabilitazione 2003);
- sono quattro le strutture extra-ospedaliere a carattere residenziale ex art. 26 l. n. 833/1978 che erogano prestazioni di riabilitazione neuro-psichica dell’età evolutiva e dell’adulto in Puglia (il Centro Nostra Famiglia di Ostuni, il Centro di Riabilitazione Padre Pio di S.Giovanni Rotondo, l’Osmairm di Laterza, l’Istituto Centro di Riabilitazione dei Padri Trinitari di Gagliano del Capo), mentre le altre 48 strutture presenti erogano solo prestazioni in regime semiresidenziale e ambulatoriale;
- sono solo cinque su 46 le strutture extra-ospedaliere a carattere residenziale ex art. 26 l. n. 833/1978 che erogano prestazioni di riabilitazione motoria in Puglia, e solo una (il Centro Nostra Famiglia di Ostuni) eroga prestazioni in regime semiresidenziale, mentre tutte le altre erogano prestazioni in regime ambulatoriale.
- *Il processo di riconversione, attualmente in corso, delle strutture ex manicomiali gestite dalla Congregazione delle “Ancelle delle Divina Provvidenza” insistenti in Bisceglie e Foggia, potrà, nel breve periodo, dare una concreta risposta ai bisogni collegati alle disabilità che necessitano di livelli differenziati di setting assistenziale.*

Le principali carenze riguardano tuttavia la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socio-educativo e riabilitativo per disabili gravi e per disabili gravi senza il supporto familiare: “dopo di noi”.

1.3.10 Il paziente oncologico

L’inserimento della problematica del paziente oncologico all’interno di questa sezione del PRS nasce dalla consapevolezza che l’universo dei bisogni che si esprime a questo riguardo è così complesso da

richiedere un approccio innovativo che consenta al paziente oncologico di non muoversi da solo nel percorso accidentato della sua malattia.

La definizione del quadro epidemiologico della patologia neoplastica rende conto da un lato del carico assistenziale esistente, dall'altro aiuta a identificare le priorità di intervento, anche su base territoriale, in tema di prevenzione primaria e secondaria, diagnostica e terapia. In attesa della prossima istituzione di un registro tumori regionale, la descrizione dell'andamento delle malattie tumorali si avvale dei dati di ospedalizzazione e di mortalità.

Nel quinquennio 2001/2005 si registrano in Puglia 313.718 ricoveri per tumore; il numero di ricoveri per anno aumenta nel periodo considerato, passando da 62.404 nel 2001 a 67.832 nel 2005.

I tumori rappresentano la seconda causa di morte in Puglia, dopo le patologie cardiocircolatorie. Il numero di decessi legati a tumore nel periodo 1998/2004 è pari a 62.205 con un aumento del tasso di mortalità annuo, che passa da 21,6x10.000 nel 1998 a 23,2x10.000 nel 2004.

I tumori più diffusi sono quelli del polmone, del colon retto e della mammella nella donna.

Valutando la distribuzione geografica dei decessi si evince, nei maschi, l'elevata mortalità per tumori nei residenti nella provincia di Lecce, in alcuni Comuni a nord di Brindisi, nel Comune di Taranto, di Bari, nell'area del nord barese, nel Comune di Foggia e, a macchia di leopardo, in tutta l'area di Capitanata. Nelle femmine, l'eccesso di mortalità per tumori, rispetto alla media regionale, interessa i Comuni di Bari e del nord barese, di Foggia, Lecce e Taranto.

Restringendo l'analisi alle patologie neoplastiche a più elevato impatto socio-sanitario (tumori maligni di colon, retto e ano, tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, tumori maligni della mammella della donna, tumori maligni del collo dell'utero), si evidenziano situazioni differenti sul territorio regionale. I rapporti standardizzati di mortalità per tumori maligni del colon, retto e ano mostrano, nei maschi, che la mortalità per questa neoplasia è più elevata a Foggia e in gran parte della provincia, a Bari, in alcuni Comuni del nord barese e del basso Salento. Nelle donne, la mortalità risulta elevata a Foggia, nei Comuni del Subappennino Dauno, a Bari e in alcuni Comuni della provincia, a Lecce e in parte del basso Salento.

Una elevata mortalità per tumori della trachea, dei bronchi e polmoni nel sesso maschile si osserva in alcuni Comuni del Gargano; specifiche criticità si rilevano nelle aree a rischio di Taranto, Brindisi (confermati anche dai dati di incidenza riportati in altra sezione di questo capitolo) e in alcuni Comuni dei rispettivi territori provinciali ed in tutta la provincia di Lecce, caratterizzata ormai da diversi anni da tassi di mortalità che superano perfino il dato nazionale.

Nelle donne, l'eccesso di mortalità per questo tipo di tumore, rispetto alla media regionale, interessa Bari, Taranto, Brindisi, Lecce e alcuni Comuni limitrofi ai capoluoghi. I tumori maligni della mammella della donna presentano un andamento a macchia di leopardo che interessa Bari e provincia, Taranto, Brindisi, Lecce e alcuni Comuni del basso Salento, in cui si osserva anche una concentrazione di mortalità per i tumori del collo dell'utero.

Per la ricostruzione del quadro dell'offerta assistenziale, la tabella sottoriportata, che illustra per ASL e presidio ospedaliero le unità operative che erogano trattamenti chemioterapici, descrive il quadro generale delle prestazioni in campo oncologico, anche se va considerato che altri trattamenti chemioterapici sono effettuati sicuramente in regime di ricovero ordinario e di conseguenza sfuggono ai dati forniti in quanto la diagnosi principale di dimissione è quella della patologia neoplastica con conseguente attribuzione di DRG diverso da quelli della chemioterapia.

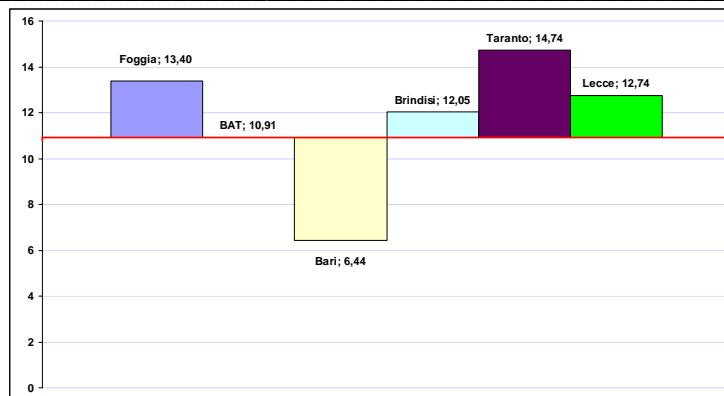
Tab. 1 Unità operative che producono i DRG 410 e 492 (chemioterapia)

ASL	Presidio	UO	ASL	Presidio	UO
ASL FG	AO Ospedali Riunti	Chirurgia Toracica	ASL BR/1	Brindisi	Oncologia
		Ematologia			Ematologia
		Oncologia			Urologia
		Urologia		Chirurgia Generale	
	Lucera	Medicina Interna		Ostuni	Urologia
	San Severo	Medicina Interna		Fasano	Medicina Interna/ Oncologia
San Marco in Lamis	Medicina Interna				

	Manfredonia	Medicina Interna		Francavilla Fontana	Medicina Interna	
				San Pietro Vernotico	Pneumologia	
	San Giovanni Rotondo	Ematologia	ASL TA/1	Taranto	Oncologia	
		Medicina Interna				Ematologia
		Oncologia		Manduria	Medicina Interna	
		ORL		Martina Franca	Medicina Interna	
		Pediatria		Castellaneta	Medicina Interna	
		Urologia		Taranto	Villa Verde	
	Foggia	<i>Casa di Cura Brodetti – Villa Igea</i>	ASL LE	Lecce	Ematologia	
ASL BAT	Canosa	Medicina Interna			Oncologia	
	Barletta	Medicina Interna			OncoEmatologia pediatrica	
	Riseglie	Medicina Interna		Nardò	Medicina Interna	
ASL BA	Molfetta	Chirurgia Generale		Campi Salentina	Medicina Interna	
	Bari - San Paolo	Chirurgia Toracica		Galatina	Medicina Interna	
	Bari - Di Venere	Medicina Interna		Tricase	Medicina Interna	
		Dermatologia			Oncologia	
	Bari – AO Policlinico	Oncologia			Pediatria	
		Ematologia (2 UO)			Urologia	
		Medicina Interna (DIMO)				
		Pediatria 2		Poggiardo	Medicina Interna	
	Bari - IRCCS Oncologico	Oncologia (2 UO)		Gallipoli	Oncologia	
	Altamura	Medicina Interna		Casarano		
	Castellana - IRCCS De Bellis	Gastroenterologia		Gagliano	Medicina Interna	
	Acquaviva – Miulli	Medicina Interna				
Oncologia						
Ematologia						
BARI	<i>Casa di Cura CBH</i>					

A fronte di questo quadro, la patologia tumorale rappresenta la prima causa di ricovero in strutture ospedaliere extraregionali, con un andamento della mobilità passiva in ascesa dal 2001 al 2005, sia per i ricoveri ordinari che per quelli in regime di Day Hospital. Particolarmente elevata risulta la percentuale di ricoveri fuori regione, sul totale dei ricoveri oncologici nella ASL di Taranto, seguita dalla ASL di Foggia (Fig. A).

Fig.1 % ricoveri oncologici fuori regione per provincia rispetto al valore regionale (10,92%, linea rossa) 2005



La descrizione dell'assetto epidemiologico e del bilancio domanda/offerta di salute in campo oncologico suggerisce l'opportunità di ridefinire il modello organizzativo del sistema, che deve tener conto dello specifico del paziente oncologico anche per quanto attiene la tematica della terminalità.

Nel 2006 è stata costituita la **Consulta Oncologica Regionale permanente** (che a sua volta si avvale di un **Comitato Operativo Ristretto**) quale strumento operativo ai fini della "...*elaborazione di un modello di organizzazione oncologica sul quale poggiare una sistematica e generale riorganizzazione dei servizi regionali capace di dare concreto impulso alla prevenzione e di inserire la nostra regione negli alti circuiti scientifici della diagnosi, della cura e della riabilitazione*".

Gli elementi raccolti e le iniziative finora avviate consentono di programmare la realizzazione di una efficace ed efficiente integrazione attraverso la **Rete Oncologica Regionale**, intesa come aggregazione funzionale ed integrata di unità operative e servizi ospedalieri e territoriali che operi nel rispetto dell'autonomia clinico-assistenziale delle singole componenti.

La Rete Oncologica Regionale deve consentire:

- Il miglioramento dell'accesso alle unità operative e servizi della rete;
- *l'integrazione con gli Enti pubblici su base associativa senza fini di lucro aventi come compito istituzionale primario la prevenzione oncologica;*
- La gestione coordinata delle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di oncologia, nelle forme più efficaci possibili;
- La presa in carico globale del paziente oncologico e del suo nucleo familiare, anche sotto il profilo del sostegno psicologico;
- Lo sviluppo delle attività di audit clinico tra tutti gli operatori;
- La realizzazione di progetti comuni di ricerca e di formazione.

Il modello di funzionamento della rete richiede la attivazione di un Centro di Orientamento Oncologico inteso come funzione deputata al coordinamento e alla gestione dei percorsi del paziente oncologico, secondo la metodologia del *disease and care management*, quale approccio globale alla gestione della condizione morbosa, che consente di ottimizzare i risultati clinici ed economici attraverso piani integrati e personalizzati.

1.5.3 Analisi della attuale rete ospedaliera

La seguente analisi è necessaria in quanto lo studio delle tabelle con i dati relativi ai posti letto presenti nei vari territori provinciali non rende assolutamente l'idea della complessità della situazione della rete esistente.

La complessità deriva in parte dalla applicazione del precedente piano di riordino che da un lato non ha riconvertito e di conseguenza disattivato nessun ospedale, dall'altro ha di fatto reso non inquadrabile in una precisa tipologia di ospedale (ospedale di base o intermedio) quasi la metà degli ospedali pubblici di ASL.

Una notazione a parte va fatta per la presenza delle strutture di Bisceglie e Foggia appartenenti alla "Congregazione delle Ancelle della Divina Provvidenza di Bisceglie" dove è in via di completamento il processo di riconversione che rappresenta una esperienza innovativa di integrazione tra attività

ospedaliere e territoriali. Le strutture sono dotate complessivamente posti letto ospedalieri che garantiscono anche assistenza in fase acuta e riabilitativa per pazienti cardiopatici, pneumologici e neuromotori. Il completamento del percorso è assicurato dalla coesistenza di strutture residenziali extraospedaliere.

L'analisi della rete ospedaliera esistente (Fonte dei dati modelli HSP12 e HSP13 aggiornati al 13.06.2007) porta alle seguenti considerazioni:

- Elevato numero di stabilimenti ospedalieri: sono al momento attivi 68 stabilimenti che in realtà sono almeno 70 in quanto la AO di Bari e quella di Foggia, l'Ospedale di Taranto e anche il Vito Fazzi di Lecce sono articolati su 2 stabilimenti.
- Elevato numero di ospedali (23) che sfugge all'inquadramento in una precisa tipologia di ospedale (di base o intermedio) in quanto nel presidio non sono attive due o più discipline di base. Questi ospedali sono difficilmente accomunabili fra di loro in quanto si passa da ospedali che hanno una decina di posti letto di degenza ordinaria per acuti ad altri con anche più di 100 p.l., a volte dotati anche di U.O. di Terapia Intensiva o di disciplina a medio e largo bacino di utenza, ma ugualmente carenti di alcune specialità di base. Per semplificazione si propone di classificarli in due gruppi: con più o con meno di 70 p.l.
- Presenza di 4 ospedali, stabilimenti di un ospedale distrettuale, con meno di 50 p.l. per pazienti non acuti (Lungo Degenza Post Acuzie e/o Riabilitazione).
- Presenza di un consistente numero di ospedali di base spesso dotati anche di posti letto di cardiologia UTIC e di 2-3 discipline intermedie.
- Presenza di 4 ospedali di livello intermedio (specialità di base, UTIC, rianimazione, almeno altre 4 discipline intermedie o a più largo bacino di utenza).
- Presenza di 9 ospedali da definire di riferimento (a vario livello: provinciali, regionale ed anche extra regionale).
- E' opportuno segnalare la situazione anomala di due discipline nelle quali i posti letto delle strutture private accreditate sono superiori a quelli delle strutture pubbliche: cardiocirurgia (95 p.l. privati/54 pubblici) e riabilitazione (556 p.l. privati/461 pubblici).

Criticità

Dall'esame dei dati sui posti letto emerge una sovradotazione nelle province di Bari e Foggia. Ciò è dovuto alla presenza, nelle suddette due province, di strutture a valenza regionale ed extraregionale:

- nella provincia di Foggia insiste l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti e l'IRCCS – Ente Ecclesiastico – Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo. Dette strutture, insieme, impegnano la propria attività nella misura del 13% per cittadini di altre province e dell'11% per cittadini di altre regioni. A dette percentuali corrisponde l'utilizzo di circa 500 posti letto;
- nella provincia di Bari insistono l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva, la Fondazione Maugeri di Cassano, il Policlinico di Bari, l'IRCCS Oncologico di Bari e l'IRCCS De Bellis di Castellana. Dette strutture, insieme, impegnano la loro attività nella misura del 23% per cittadini di altre province e del 6% per cittadini di altre regioni impegnando complessivamente oltre 700 posti letto per tali attività.

Sul piano, infine, della localizzazione e delle condizioni strutturali degli ospedali, va considerato che all'interno del sistema ospedaliero sono presenti un notevole numero di strutture inadeguate, non conformi ai requisiti per l'accreditamento istituzionale, difficilmente ristrutturabili. Parte di esse sono, inoltre, localizzate all'interno dei centri storici o in aree a questi confinanti, con pesanti ripercussioni in termini di accessibilità.

2.2.1 La salute collettiva: Modalità di integrazione interfunzionale

L'attuazione operativa dei principi espressi come obiettivi di sistema deve prevedere un insieme di azioni misurabili e verificabili finalizzate all'integrazione funzionale dei diversi settori del Dipartimento di Prevenzione, e mirate a garantire agli utenti interventi coordinati e efficaci.

1. Integrazione intra-servizi.

I Direttori di Servizio sono tenuti alla identificazione delle aree di sovrapposizione dei diversi settori dei rispettivi servizi e a costituire dei gruppi di lavoro permanenti o temporanei per la messa a punto di protocolli di intervento integrati.

Il Direttore del Servizio è tenuto alla valutazione della corretta applicazione dei protocolli individuati.

2. Integrazione interservizi

Tramite gruppi di lavoro permanenti o temporanei, istituiti dal Direttore del Dipartimento, dovranno essere messe a punto delle procedure di intervento su aree critiche dello specifico territorio di competenza, identificate sulla base di valutazioni epidemiologiche e di un processo partecipativo cui devono contribuire gli operatori interessati e i cittadini/utenti dei servizi

I Direttori dei Servizi interessati sono tenuti alla valutazione della corretta applicazione dei protocolli individuati. Il Direttore del Dipartimento è tenuto alla verifica delle valutazioni effettuate dai Direttori di Servizio.

3. Integrazione tra Dipartimento di Prevenzione e altri Servizi ASL

Nell'ottica di una prevenzione condivisa con la comunità e da essa partecipata e nel contesto di una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia focalizzata sui reali obiettivi di salute andranno perseguiti con programmi di attività che coniughino la prevenzione con la promozione della salute e con l'equità sociale, intesa come "uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti". In questo ampliamento di prospettiva i Dipartimenti di Prevenzione riconoscono nei **Distretti** il luogo dell'integrazione e della condivisione dei programmi, proprio in quanto il Distretto – espressione dell'assistenza sanitaria primaria - costituisce lo snodo dell'integrazione sociosanitaria, come è opportuno che accada ad esempio, nell'organizzazione delle campagne di screening con l'obiettivo di garantire l'accesso ai servizi di diagnosi precoce a tutti i soggetti delle fasce di età a rischio.

Ferma restando l'autonomia negli aspetti inerenti alla responsabilità tecnico-professionale e alla gestione delle risorse umane assegnate, questo processo comporta la revisione ed il miglioramento degli assetti organizzativi del sistema di erogazione delle prestazioni dei Dipartimenti di Prevenzione, con particolare riferimento a quelle alla persona, con la finalità – in un'ottica di razionalizzazione delle risorse – di rendere effettivamente capillari, nonché facilmente ed ugualmente accessibili per tutti, le prestazioni che sono garantite nell'ambito dello specifico livello di assistenza.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL, su proposta dei Direttori di Dipartimento e dei Distretti, definirà, entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente Piano, apposito protocollo che preveda:

- utilizzo comune di risorse strutturali, strumentali e di personale;
- l'attivazione di uno **sportello territoriale unico**, almeno per le informazioni di carattere generale ed altre prestazioni finalizzate alla semplificazione dell'accesso degli utenti;
- integrazione degli operatori delle due macrostrutture (Distretto e Dipartimento di prevenzione) nei programmi coordinati di promozione della salute, di informazione ed educazione sanitaria;
- collaborazione con gli operatori della medicina di base (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta).

4. Integrazione tra Dipartimento di Prevenzione ed altre strutture regionali

Le modalità di integrazione tra i Dipartimenti di Prevenzione e le altre strutture deputate ad operare nel settore (ARPA Puglia, Istituto Zooprofilattico) sono definite in seguito. A tali fini, l'attività annuale delle ASL deve essere preventivamente programmata su specifici piani predisposti.

2.2.2 Promozione della salute negli ambienti di lavoro

La ridefinizione della *mission* dei servizi di prevenzione delle Aziende USL deve prevedere i seguenti passaggi essenziali:

- Integrazione della prevenzione "imposta" con la prevenzione "partecipata", ovvero azioni atte a non esaurire la funzione di prevenzione nell'attività di vigilanza "imposta" agli interlocutori aziendali, ma dare ampio spazio anche al coinvolgimento ed alla conquista di adesioni al percorso preventivo;
- Integrazione della prevenzione basata sul controllo degli oggetti con la prevenzione basata sul controllo dei processi, in quanto è nell'analisi dei processi organizzativi aziendali che si possono individuare i reali determinanti delle situazioni di rischio;

-
- Integrazione, quindi, della prevenzione basata sull'applicazione delle norme con la **prevenzione basata sull'evidenza**, che privilegia anzitutto gli obiettivi (dimostrabili e documentabili) di efficacia degli interventi che si propongono;
 - Costruzione della rete regionale degli organismi pubblici come sistema integrato per la prevenzione e rafforzamento dello strumento del Comitato di Coordinamento Regionale previsto dall'art. 7 dal D.Lgs 81/08 e di recente reso operativo anche in Puglia.

Al fine di raggiungere gli obiettivi del Piano gli SPESAL esercitano gli interventi preventivi attraverso lo strumento del "Piano Mirato". Il "Piano Mirato" costituisce uno strumento che garantisce anche la qualità delle prestazioni, avendo come presupposto un'azione progettuale e di verifica intermedia e finale dei risultati. Il "Piano Mirato" favorisce un nuovo sistema di relazioni tra sistema pubblico di controllo e sistemi aziendali della sicurezza con il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali e delle Associazioni di Categoria e contribuisce all'analisi delle cause degli infortuni, alla ricerca delle soluzioni e delle misure più idonee (tecniche, procedurali e organizzative).

Gli SPESAL nel triennio del Piano dovranno avviare "Piani mirati" nei settori economici delle:

- Costruzioni
- Manifatturiero (con orientamento ai prevalenti settori presenti sul territorio con maggiori indici di incidenza degli infortuni e delle malattie professionali utilizzando il sistema dei Nuovi Flussi)
- Agricoltura

Dovranno, inoltre, essere oggetto di piani mirati le nuove tipologie di rischio emergenti tra cui quelli di tipo psico-sociali, quelle di tipo ergonomico a carico dell'apparato osteoarticolare e le categorie deboli dei lavoratori atipici e dei lavoratori stranieri. In particolare su questi ultimi filoni di intervento in una prospettiva di integrazione sociosanitaria dovranno essere ricercate le più ampie collaborazioni con le parti sociali e enti locali.

I "Piani Mirati" dovranno prevedere iniziative di comunicazione, informazione, formazione, compresa quella degli operatori degli SPESAL, dei medici competenti ed a tutte le altre categorie di medici (sia nell'ambito della medicina del territorio che in contesti ospedalieri), anche al fine di rendere effettivamente operativo l'obbligo della denuncia di malattia da lavoro alle Aziende Sanitarie Locali, all'INAIL e agli altri soggetti individuati dalle leggi, come sottolineato dal PSN 2006-2008: *"Relativamente alle malattie professionali, in coerenza con quanto indicato dalla raccomandazione della Commissione 2003/670/CE, le strategie da adottare per facilitare l'emersione delle "malattie professionali perdute" e migliorare le conoscenze ai fini di una più efficace prevenzione devono essere basate sull'impegno e la qualificazione professionale dei sanitari coinvolti."*

Per quanto attiene le malattie professionali, o comunque correlate all'attività lavorativa, risulta opportuno prevedere interventi articolati su due piani paralleli: da un lato, è imperativo fronteggiare le conseguenze delle pregresse incontrollate esposizioni a fattori di rischio professionali, in particolare cancerogeni, che si manifestano oggi – non del tutto quantificate - con il loro carico di sofferenza; dall'altro è indispensabile attivare meccanismi di prevenzione – che vanno dalla formazione dei lavoratori e degli operatori al monitoraggio dei fattori di rischio – per limitare le attuali esposizioni e le loro ricadute, a partire dal corretto censimento delle aziende in cui si concretizza il rischio.

In merito al primo aspetto, va ricordato che la regione Puglia sta scontando pesanti effetti per le esposizioni del passato, in particolare nelle aree a rischio, ma non solo. E' noto che le esposizioni a cancerogeni determinano i loro effetti negativi anche molti anni dopo la cessazione del lavoro, che coincide con la fine della sorveglianza sanitaria dei rischi lavorativi prevista dal D.Lgs 81/08. Lo stesso decreto però all'art. 242 afferma: *"Il medico competente fornisce ai lavoratori (esposti a cancerogeni) adeguate informazioni sulla sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti, con particolare riguardo all'opportunità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa"*.

Con l'obiettivo di sperimentare modelli di monitoraggio clinico-diagnostico post esposizione e di valutarne la fattibilità e l'efficacia, è prevista una sperimentazione di attività di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto, che ha le caratteristiche di un progetto della durata di tre anni, da svolgersi su un numero definito di soggetti presso l'A.O. Policlinico di Bari: si tratta un'iniziativa di grande rilevanza che, seppure con i vincoli imposti dalle limitate risorse, rappresenta l'avvio di una nuova politica in materia di tutela della salute dei lavoratori che necessita peraltro, come descritto in altra parte del Piano, di strutture ospedaliere dedicate per la assistenza e la diagnostica di II livello.

Per quanto riguarda le attività di vigilanza e controllo, queste dovranno essere supportate da apposite linee guida regionali atte a favorire interventi omogenei e di qualità su tutto il territorio. Appare

indispensabile potenziare il sistema dei controlli dei fattori di rischio lavorativi garantendo agli SPESAL, quando necessario, la possibilità di condurre indagini di monitoraggio ambientale e biologico. Queste attività sono fondamentali per esercitare compiutamente le funzioni di vigilanza e comprendere l'eventuale successivo impatto sulla salute non solo dei lavoratori ma anche della popolazione generale. Laddove non disponibili all'interno degli stessi servizi, è opportuno ricorrere alla logica delle sinergie istituzionali che informa il Piano di Salute, avvalendosi della collaborazione di strutture pubbliche operanti sul territorio come i laboratori di igiene ambientale e industriale di ARPA Puglia, che d'altro canto già fornisce il proprio supporto per le azioni di verifica degli impianti.

Il bisogno di salute che proviene dal mondo del lavoro impone infatti un impegno nell'implementazione di sinergie positive tra le strutture istituzionalmente preposte alla prevenzione e alla tutela dell'ambiente e della salute, con l'ottimizzazione delle risorse esistenti, in termini di strutture e di competenze professionali.

A livello regionale si deve prevedere, oltre al rafforzamento/creazione degli uffici regionali competenti sulla materia, la costituzione all'interno dell'OER di un **Centro di osservazione e monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali** che svolga funzioni di sostegno alle strutture centrali e periferiche del servizio sanitario regionale sui nuovi flussi informativi di cui al protocollo d'intesa tra INAIL, ISPESL e Regioni sottoscritto nel 2002 e sul sistema di Sorveglianza degli Infortuni Mortali sottoscritto dalle regioni e riavviato nell'ambito dei Piani della Prevenzione dell'Intesa Stato-Regioni del 2005.

La Regione Puglia ha preso atto del DPCM 17 dicembre 2007 "Esecuzione dell'accordo del 1° agosto 2007, recante Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" ratificando l'accordo Stato Regioni, sottoscritto in data 1 agosto 2007, facendo propri gli obiettivi del Patto tra cui quello di effettuare:

- 250.000 interventi ispettivi all'anno, proporzionati, per ciascuna Regione e Provincia autonoma, alla consistenza numerica delle unità locali delle imprese attive nei rispettivi territori;
- verifiche ispettive annuali in almeno il 5% delle unità locali.

2.2.3 Sicurezza alimentare

Nel quadro della prevenzione sanitaria a tutela della salute umana trova una collocazione di primo piano la necessità di garantire la sicurezza alimentare, quale processo che si articola nella valutazione e comunicazione del rischio alimentare, oltre che consulenza in merito alla sicurezza dei cibi.

Al fine di assicurare il raggiungimento di tale obiettivo occorre adattare il sistema alle nuove esigenze derivanti dalla identificazione di nuovi rischi sanitari e al mutamento del quadro istituzionale, economico e normativo.

A tale proposito è necessario tenere conto anche dell'entrata in vigore dei nuovi regolamenti con i quali la Unione Europea, in risposta alle crisi degli ultimi anni, ha modificato il contesto operativo introducendo una nuova regolamentazione in materia di sicurezza alimentare.

Ai sensi dei precitati regolamenti gli operatori del settore alimentare hanno la responsabilità per la sicurezza degli alimenti dovendo garantire che gli alimenti soddisfino le disposizioni della legislazione alimentare inerenti alle loro attività. Gli organi di controllo hanno il compito di verificare il rispetto delle disposizioni di legge da parte degli operatori del settore alimentare. La nuova normativa comunitaria ha rivisto, tra l'altro, la disciplina dei controlli ufficiali e le Regioni, ai sensi del Reg. CE 882/2004, devono garantire che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente in base ad una valutazione dei rischi e con una frequenza appropriata in funzione dei rischi identificati.

I principali obiettivi di carattere generale che si intendono perseguire nel prossimo triennio sono la tutela della salute della popolazione con consumo di alimenti sicuri e la garanzia della qualità igienico sanitaria dei prodotti, in modo da permettere la commercializzazione a livello globale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi è necessario:

- ridurre gli episodi di intossicazione e tossinfezione alimentare
- ridurre il livello di autoreferenzialità del settore, garantendo un'effettiva collaborazione tra le imprese, le ASL e la Regione ai fini della qualità ed affidabilità dei prodotti alimentari

-
- garantire lo stato sanitario degli allevamenti di animali destinati alla produzione di alimenti
 - garantire un'adeguata attività di vigilanza e controllo sulle imprese alimentari , sui prodotti, sui laboratori privati che effettuano esami in regime di autocontrollo aziendale, promuovendo un maggior numero di controlli mirati ed a campione da parte delle ASL
 - coordinare mediante emanazione di linee guida le attività inerenti la applicazione della normativa comunitaria relativa alla sicurezza alimentare e sanità e benessere animale, incentivando la formazione continua del personale dei Dipartimenti di Prevenzione e le attività di controllo ufficiale presso le imprese del settore mediante audit ed ispezioni
 - coordinare le attività di vigilanza e controllo sulle industrie alimentari basandosi sulla realizzazione dei piani annuali regionali di controllo che prevedano:
 1. l'individuazione degli obiettivi sanitari di carattere generale e di carattere specifico per quanto riguarda il territorio regionale
 2. la programmazione degli interventi in base alla valutazione del rischio e della individuazione delle priorità di intervento
 3. l'adozione di procedure operative corrette e uniformi, anche sotto il profilo del comportamento del personale
 4. l'adozione di procedure idonee per i casi di non conformità o che richiedono l'attivazione del sistema di allerta.
 - coordinare all'interno della programmazione regionale tutti i piani e programmi di controllo già in atto
 - estendere ed implementare il sistema anagrafico a tutti i settori degli animali da reddito al fine della verifica delle produzioni animali negli allevamenti regionali
 - Implementare le attività di raccordo con gli altri attori interessati alla sicurezza alimentare per individuare modalità comuni per la valutazione, la gestione e la comunicazione del rischio.

Il "Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione" ed il "Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati", deputati a verificare che sia garantita la sicurezza alimentare, dovranno operare in stretta collaborazione, nel rispetto delle specifiche competenze, ai fini di una valutazione del possibile rischio per la salute umana associato al consumo di alimenti.

Per entrambi i Servizi, per quanto attiene le verifiche ispettive, dovranno essere privilegiati gli audit quali strumenti di prevenzione efficace.

Gli audit presentano evidenze di comprovata efficacia, coinvolgendo i produttori, nonché assicurando uniformità di verifica nello svolgimento delle attività, avendo criteri di verifica prefissati.

In attuazione del regolamento CE 852/2004 le attività che attualmente necessitano di idoneità specifiche preventive saranno assoggettate alla procedura della denuncia di inizio attività (DIA) e pertanto occorrerà fare uno sforzo organizzativo al fine di verificarne la conformità in tempi rapidi.

Occorrerà inoltre concentrare le attenzioni verso quelle attività che per complessità e per volume di produzione rappresentano sicuramente un rischio alimentare maggiore rispetto alla produzione primaria con distribuzione diretta al consumatore finale.

Relativamente al Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione, lo stesso dovrà privilegiare la verifica della sicurezza alimentare relativa agli stabilimenti di produzione di paste alimentari, di produzione di prodotti di panetteria e pasticceria, di produzione di oli e vini, trasformazione e confezionamento di prodotti ortofrutticoli, ivi compresi i prodotti di IV gamma.

Per quanto riguarda il **Servizio Igiene della nutrizione**, per assicurare la piena realizzazione delle funzioni di sorveglianza nutrizionale, attraverso la raccolta mirata di dati epidemiologici (mortalità, morbosità), consumi ed abitudini alimentari, rilievi dello stato nutrizionale e degli stili di vita per gruppi di popolazione, è necessaria la creazione di un flusso di informazioni sulle abitudini alimentari, sullo stato nutrizionale, sulla prevalenza dei problemi legati all'alimentazione, sulla loro distribuzione sul territorio e sulla loro evoluzione nel tempo.

Le attività di educazione alimentare e nutrizionale e di prevenzione nutrizionale saranno attuate con gli strumenti classici e nuovi (es. il *counseling* nutrizionale) dell'educazione sanitaria e la promozione di stili alimentari corretti, sia attraverso attività di informazione (ad esempio «Numeri Verdi» per la diffusione delle linee guida per la prevenzione nutrizionale) sia mediante interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva: predisposizione, verifica e controllo di tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti, consulenza sui capitolati per i servizi ristorazione;

Saranno inoltre garantite le seguenti attività:

- assistenza dietetico-nutrizionale (prevenzione, trattamento Interventi nei settori produttivi e commerciali di competenza, in collaborazione con i Servizi Veterinari, per la promozione della qualità nutrizionale (etichettatura nutrizionale, dieta equilibrata, prodotti dietetici e per l'infanzia, rapporti favorevoli qualità nutrizionale/trattamenti di conservazione e produzione, ecc.);
- assistenza ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio);
- assistenza in collaborazione con strutture specialistiche e Medici di Medicina Generale.
- effettuazione di programmi regionali relativi all'Igiene della Nutrizione;
- elaborazione di proposte per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, tecnico ed amministrativo afferente all'area funzionale.

2.2.4 Sanità pubblica veterinaria

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Il Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, rappresentando la “branca” più giovane della Sanità Pubblica Veterinaria, necessita di adeguate risorse riferite ai crescenti compiti istituzionali attribuiti per le funzioni di controllo delle seguenti branche:

- alimentazione animale
- farmacovigilanza
- controllo delle produzioni zootecniche primarie
- benessere animale

Alimentazione animale

Tale attività rientra nell'applicazione del cosiddetto “pacchetto igiene” ed in analogia di quanto previsto per i prodotti destinati all'alimentazione umana, prevede la registrazione ed il riconoscimento per gli operatori del settore dei mangimi

Ad oggi risultano registrati nella Regione Puglia, circa n° 13.300 operatori e risulta prioritario il completamento dell'elenco regionale con l'acquisizione dei dati ancora mancanti.

I Servizi Veterinari delle ASL inizieranno i controlli di verifica degli operatori già in attività e dovranno effettuare la scelta in primis sulla base di una valutazione del rischio potenziale legato all'attività da questi svolta. Obiettivo auspicabile è il controllo annuale del 10-15 % degli operatori registrati.

Inoltre l'Assessorato sulla scorta dei dati dell'attività di controllo effettuata nel biennio precedente, verificando le criticità, disporrà un nuovo programma di farmacovigilanza. L'obiettivo è il controllo, almeno una volta l'anno, di tutti gli operatori del settore farmaco veterinario.

Controllo produzioni primarie e Farmacovigilanza

Di concerto con il Servizio di Igiene degli Alimenti di origine animale, nell'ambito dell'applicazione dei PRR (Piano Regionale Residui) e PRAA (Piano Regionale Alimentazione Animale). al fine di monitorare le matrici animali e gli alimenti per animali, si valuterà l'igiene delle produzioni primarie, l'uso illecito di sostanze vietate, la presenza di contaminanti ambientali ed il corretto utilizzo dei farmaci veterinari.

Benessere animale

L'intervento della Sanità Pubblica Veterinaria nel campo del benessere animale rappresenta una attività di grande rilievo perché da una parte garantisce che le modalità di allevamento siano rispettose dei

principi di correttezza e di protezione degli animali e dall'altra perché il benessere animale è da annoverare tra i fattori che concorrono alla sicurezza alimentare.

L'attenzione verrà posta quindi alla corretta e completa applicazione delle norme comunitarie in materia di protezione degli animali durante le fasi di allevamento e trasporto mediante realizzazione di piani di controllo mirati, accanto alla prosecuzione ed al potenziamento della normale attività di vigilanza, anche in connessione con altri organismi di vigilanza e controllo, e all'istituzione di percorsi formativi, in collaborazione con le associazioni di categoria, diretti agli operatori del settore zootecnico e di quelli connessi.

Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

Il Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati dovrà dedicare particolari attenzioni agli stabilimenti di:

- macellazione e trasformazione delle carni
- produzione e trasformazione di prodotti ittici;
- trasformazione del latte.

In tali stabilimenti la presenza medico veterinario deve essere costante e programmata, tenendo conto del volume di produzione di ogni singolo stabilimento. Per quanto attiene le verifiche ispettive, dovranno essere privilegiati gli audit quali strumenti oltre che ispettivi, di prevenzione efficace. Gli audit presentano evidenze di comprovata efficacia, coinvolgendo i produttori, nonché assicurando uniformità di verifica nello svolgimento delle attività, avendo criteri di verifica prefissati.

Anche in questo caso l'ottimizzazione delle risorse diventa indispensabile, coinvolgendo i servizi medici nelle verifiche di tutte quelle attività che trattano alimenti di origine vegetale, ed i Servizi Veterinari per le verifiche delle attività che trattano alimenti di origine animale ed entrambi i servizi per le verifiche delle attività che trattano alimenti di origine mista.

2.2.6 L'Educazione alla salute

I rischi per la salute derivanti da errati stili di vita, quali l'abuso di alcol, il fumo di tabacco, l'alimentazione eccessiva e squilibrata, la sedentarietà, possono essere evitati soprattutto con il corretto comportamento delle singole persone; in questi casi l'educazione alla salute è lo strumento principale di promozione della salute dei singoli e delle comunità.

Il processo educativo deve essere finalizzato sia a fare emergere ed a fare esprimere i bisogni di salute sia a responsabilizzare i cittadini alla promozione della salute propria ed altrui.

Gli attori del processo educativo

Ciascun professionista della sanità deve svolgere opera quotidiana di educazione alla salute nei confronti degli utenti, adottandola come mentalità e come prassi, collaborando – di volta in volta – con insegnanti, genitori, leader di comunità. Non è, quindi, un compito da riservare operativamente a professionisti specifici ma una attività diffusa e quotidiana svolta nell'ambito dei compiti assistenziali ed educativi più generalmente intesi.

Nel processo di educazione alla salute va opportunamente valorizzato il ruolo che può svolgere la scuola, sede naturale dell'educazione socialmente organizzata. Ad essa, infatti, oltre che alla famiglia, spetta il compito educativo primario nell'età evolutiva e sono gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado che devono integrare il proprio insegnamento con la "categoria" della promozione della salute. Gli insegnanti devono svolgere la loro opera, oltre che di concerto con le famiglie, in collaborazione attiva con i medici di sanità pubblica, con gli psicologi e con gli operatori socio-sanitari. L'educazione alla salute, soprattutto nel corso dell'infanzia - quando avviene la presa di coscienza del proprio corpo e delle sue esigenze fisiche e psichiche - deve integrarsi con tutti gli altri aspetti dell'educazione, per contribuire alla formazione armonica della personalità del cittadino cosciente dei propri diritti e dei propri doveri anche riguardo alla salute.

In analogia con l'esperienza di altre regioni, le responsabilità relative alla pianificazione e al coordinamento delle attività di educazione alla salute, in sinergia con tutti gli attori del sistema, sono attribuite alla Unità Operativa di *Staff* alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione "Promozione della Salute".

2.2.7.1 Prevenzione delle malattie cronico degenerative e promozione degli stili di vita salubri

Le malattie croniche sono la principale causa di invalidità permanente e morte in quasi tutto il mondo. In generale, si tratta di malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo offrono diverse opportunità per la prevenzione, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause.

In questo ambito il ruolo del Dipartimento di Prevenzione diviene cruciale per la elaborazione di strategie di intervento coordinate e continuative nel tempo, che possano vedere coinvolti a vari livelli Medici di Medicina Generali, specialisti ospedalieri e dei Distretti Socio Sanitari, enti locali, istituzioni culturali e associazioni.

Le funzioni di coordinamento delle attività di prevenzione delle malattie cronico-degenerative nelle ASL restano a carico delle Unità Aziendali di Progetto (UAP), composte da un medico del Dipartimento di Prevenzione, un medico indicato dalla Direzione sanitaria in rappresentanza dei distretti, un medico delle strutture cliniche e di diagnostica e uno psicologo.

Le UAP hanno il compito di assicurare le attività previste nei progetti attuativi, sulla scorta delle indicazioni regionali.

Prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare

La metodologia di prevenzione dell'obesità e dei disturbi del comportamento alimentare nella nostra Regione prevede:

- la istituzione di Unità Interdipartimentali di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare in ciascuna ASL, che operino per la prevenzione ed informazione sui DCA mediante un lavoro di rete in raccordo con i MMG e con l'integrazione di competenze e strutture differenti
- attivare un sistema di sorveglianza dello stato nutrizionale della popolazione in generale, in particolare sui soggetti in età infantile, e negli adulti (18 – 65 anni), individuando le modalità operative (elaborazione del questionario, campionamento, organizzazione della raccolta ed elaborazione dati), e verificando l'eventuale necessità di risorse
- promuovere tra le gestanti iniziative per favorire l'allattamento al seno dei bambini almeno fino al sesto mese di vita
- favorire nelle scuole la scelta di una dieta nutrizionalmente corretta attraverso un tavolo di confronto e collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale con particolare riferimento ai servizi di ristorazione scolastica; lo sviluppo nelle scuole di attività educative sulle corrette abitudini alimentari; l'implementazione di programmi di attività motoria all'interno delle strutture scolastiche
- sviluppare programmi di educazione alle corrette abitudini alimentari concordati con PLS e MMG
- promuovere, in accordo con l'Istituzione Scolastica, programmi sulla corretta alimentazione, sull'educazione al gusto, per migliorare le capacità di scelta nelle giovani generazioni
- sviluppare la pratica di attività sportive tra i bambini e i ragazzi in età scolare
- attivare programmi di educazione alla corretta alimentazione ed alla pratica sportiva rivolta alla popolazione, con particolare attenzione alle donne in età fertile
- implementare i programmi di formazione per supportare l'attività di counseling dei MMG e PLS.
- valutare i dati del sistema di sorveglianza elaborati dall'OER
- attivare il confronto con Società Scientifiche di Settore (PLS, MMG, Nutrizionisti, SIS.DCA, ecc.) e con Associazioni Sportive (CONI)
- coordinare i piani attuativi territoriali.

Tali attività vengono realizzate con il coordinamento dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione.

Diabete mellito

Gli obiettivi più importanti da perseguire per la prevenzione e il controllo del diabete mellito nella nostra regione sono:

- Definizione di strategie di prevenzione primaria della malattia attraverso la individuazione dei soggetti a rischio;

- Gestione integrata dei pazienti diabetici tra MMG e la rete dei Servizi specialistici di diabetologia e malattie del metabolismo e le UU.OO. di Endocrinologia presenti in Puglia;

- Individuazione di compiti differenziati che dovranno essere svolti dai vari presidi sanitari in ragione della loro collocazione territoriale e capacità di gestire casi progressivamente più complessi della malattia;

- Formulazione di linee guida condivise e codificate;

- Identificazione di indicatori di processo e di esito;

- Sistema di raccolta comune dei dati clinici;

- Valutazione delle criticità della gestione integrata del paziente diabetico;

- Istituzione di un Centro di Riferimento regionale per il diabete mellito e le malattie metaboliche, allocato presso la Unità Operativa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, che assicurerà il collegamento funzionale tra i vari presidi diabetologici e svolgerà le seguenti attività: elaborazione e disseminazione di protocolli di screening, diagnosi e cura, diagnosi del diabete monogenico, valutazione dell'impiego di nuovi farmaci, coordinamento della rete territoriale, screening e follow up dei soggetti candidati al trapianto di pancreas, definizione di protocolli di gestione di pazienti particolarmente complicati.

Negli ultimi anni si sono realizzati importanti progressi per il trattamento del diabete e la prevenzione delle sue complicanze.

Sul piano dell'organizzazione dell'offerta sanitaria, la gestione integrata e territoriale della malattia (disease management) è una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete.

La modalità organizzativa più efficace per la gestione del singolo paziente è il case management, che prevede l'elaborazione, ad opera di un team multidisciplinare, di un piano di cure individualizzato, la cui realizzazione è affidata alla responsabilità di un professionista non direttamente coinvolto nelle cure (case manager), che coordina i servizi e monitora i risultati degli interventi.

2.3 Specializzazione e qualificazione della assistenza ospedaliera: vincoli e modelli della riorganizzazione della rete ospedaliera.

La riprogrammazione della rete ospedaliera non può prescindere da una visione innovativa, di ampio respiro, di prospettiva a medio-lungo termine concertata e condivisa.

Il modello sarà strutturato in modo funzionale ai principi generali ispiratori del Presente Piano della Salute.

Pertanto, la nuova impostazione del rete ospedaliera dovrà garantire, ai cittadini pugliesi:

- facilità di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia della erogazione delle prestazioni nell'ambito regionale;
- gestione efficace ed efficiente dell'ospedale attraverso una adeguata ridistribuzione degli ospedali sul territorio sulla base di criteri quali: intensità di cure e gradiente da garantire per area territoriale; difficoltà territoriali nelle aree disagiate; appropriatezza dei ricoveri e comunque dell'uso dell'ospedale;
- collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi sul territorio necessario all'implementazione dei percorsi assistenziali sia nella fase di accesso che di dimissione dall'ospedale mettendo in atto una reale integrazione fra ospedale e territorio;
- gestione nelle nuove fragilità così come definite nel primo capitolo del presente documento.

Considerato che lo standard di posti letto è fissato in 4,5 per mille abitanti i posti letto fra acuti, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie sono ripartiti come segue:

Acuti 3,73 per mille abitanti pari a **15.198**

Riabilitazione	0,42	per mille abitanti pari a	1.712
Lungodegenza post-acuzie	0,18	per mille abitanti pari a	727
TOTALE			<u>17.637</u>

I posti letto degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS privati e della Casa della Divina Provvidenza di Foggia e Bisceglie sono ricompresi nei posti letto pubblici.

Dei suddetti posti letto 2.395 risultano già attribuiti, con le pre-intese approvate dalla Giunta Regionale, al sistema delle Case di Cura private, quale fabbisogno per disciplina ai fini dell'accreditamento.

Tale fabbisogno, se necessario sarà oggetto di revisione anche in relazione a provvedimenti nazionali di indirizzo. Esso, comunque, è comprensivo del 15% di accreditamento in eccesso ex art. 8 quater comma 3 lett.b del D.Lgs 502/92 e s.m.

Inoltre, data la loro valenza a carattere regionale e interregionale, la dotazione delle strutture sovraaziendali, per esse intese Aziende Ospedaliere, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici e Casa della Divina Provvidenza, è determinata direttamente dalla Regione sia attraverso le Commissioni paritetiche università-regione per le aziende ospedaliere universitarie, sia mediante concertazione con i legali rappresentanti da parte del comitato tecnico di cui al comma 3 dell'art.3 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25.

Riorganizzazione della rete

La rete attualmente esistente presenta una frammentazione in piccoli stabilimenti che da un lato non garantiscono assistenza adeguata e dall'altro assorbono preziose risorse soprattutto in termini di personale.

Si impongono, pertanto, una serie di interventi radicali finalizzati all'accorpamento dei piccoli ospedali e alla eventuale delocalizzazione degli ospedali situati all'interno dei centri storici, con la realizzazione di nuove strutture ospedaliere di tipo intermedio o di riferimento collocate in sedi facilmente accessibili a più comunità locali.

Tale iniziativa, oltre che a realizzare strutture moderne, efficienti e conformi ai requisiti strutturali impiantistici e tecnologici previsti in materia di accreditamento, in sostituzione di più strutture piccole e inadeguate, libererebbe risorse da utilizzare per le nuove realizzazioni.

Come anticipato nelle dichiarazioni programmatiche del governo regionale, il sistema va rimodulato con l'obiettivo di realizzare una rete ospedaliera tecnologicamente avanzata, costituita da una serie di ospedali classificati in relazione ai livelli di complessità e alle funzioni assistenziali. Inoltre, nella definizione dei posti letti e delle unità operative per i singoli presidi devono essere presi in considerazione i nuovi ambiti territoriali che possono essere così individuati:

- Comprensorio (livello sub aziendale)
- Provincia (livello aziendale)
- Macro area

Sono stati individuate 3 macroaree:

Foggia	640.047
BAT	388.330
	<hr/>
	1.028.377

Bari **1.249.533**

Brindisi	402.831
Lecce	808.939
Taranto	580.189
	<hr/>
	1.791.959

Fonte: Popolazione ISTAT 1/1/2007

Si individuano, quindi, le seguenti tipologie assistenziali:

➤ **Ospedali di primo livello (di base)** dotati delle discipline di base:

A) *Senza posti letto*

- Direzione medica
- Direzione amministrativa
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza (con letti tecnici di osservazione breve intensiva)
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera
- Psicologia
- Cardiologia (se assente unità operativa di cardiologia o cardiologia UTIC)

B) *Con posti letto*

- Medicina Interna
 - Chirurgia generale
 - Ortopedia e traumatologia
 - Ginecologia e ostetricia
 - Neonatologia
 - Cardiologia con UTIC
1. *Note: In assenza di posti letto di Neonatologia devono essere presenti letti tecnici (culle) per garantire l'assistenza neonatale*
 2. *Note: In assenza dei posti letto di Cardiologia deve essere obbligatoriamente attivo un servizio*

Ospedale di livello intermedio

Devono essere presenti le specialità di base con e senza posti letto precedentemente elencate e almeno 4 unità operative complesse con posti letto delle seguenti discipline intermedie per acuti nonché le unità operative complesse di cardiologia-UTIC e rianimazione e i servizi di medicina trasfusionale ed emodialisi. I servizi di Anatomia Patologica saranno attivi negli ospedali di riferimento e in più ospedali intermedi da individuare nei Piani Attuativi Locali.

Specialità di livello intermedio –con posti letto:

Oltre le specialità di base:

- Rianimazione
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia

-
- Lungodegenza post-acuzie (LDPA)*
 - Riabilitazione
 - Neonatologia
 - Malattie Infettive
 - Ematologia

Specialità di livello intermedio - senza posti letto:

Oltre le specialità di base:

- Anatomia Patologica

Note: Delle discipline elencate possono essere previste più unità operative per il territorio corrispondente a ciascuna provincia, altri erogatori di assistenza ospedaliera compresi (ma non necessariamente in tutti i presidi di livello intermedio). Unità operative delle discipline individuate nell'elenco degli ospedali di riferimento provinciale e/o regionale, già attive al momento dell'entrata in vigore del presente Piano, possono essere confermate nei PAL, verificati i parametri di funzionalità e nel rispetto del numero complessivo di posti letto e delle risorse disponibili.

Ospedale di riferimento provinciale e/o regionale

Delle discipline di seguito elencate possono essere presenti più unità operative (altri erogatori di assistenza ospedaliera compresi) nell'ambito provinciale; per alcune a larghissimo bacino di utenza si deve programmare una unità operativa di riferimento per macroarea.

A) Senza posti letto

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Neuroradiologia
- Allergologia e Immunologia Clinica
- Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Neurofisiopatologia
- Medicina Legale
- Microbiologia e Virologia
- Radioterapia
- Fisica sanitaria
- Scienze dell'alimentazione dietetica
- Angiologia
- Genetica medica
- Medicina del lavoro
- Medicina Nucleare
- Psicologia

B) Con posti letto

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Cardiocirurgia
- Chirurgia maxillofacciale
- Odontoiatria
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e Centro per grandi ustionati

-
- Chirurgia toracica
 - Chirurgia vascolare
 - Dermatologia
 - Ematologia
 - Endocrinologia
 - Malattie infettive
 - Neonatologia con UTIN
 - Neurochirurgia
 - Neuropsichiatria infantile
 - Oncologia
 - Reumatologia
 - Unità spinale

Ospedali del territorio

In particolari aree geografiche, *come ad esempio il Gargano, il Subappennino Dauno e la Murgia*, per garantire alle comunità locali una assistenza ospedaliera minima vengono individuati presidi nei quali devono essere presenti funzioni sanitarie distrettuali, punto di primo intervento/118, un numero minimo di posti letto di area medica per pazienti acuti ed eventualmente post-acuti.

Strutture Sanitarie Territoriali

Gli stabilimenti, che in sede di applicazione del Piano avranno una dotazione inferiore a 70 posti letto, dovranno essere riconvertiti, nel triennio, in più utili strutture sanitarie territoriali: ospedale di comunità, RSA, distretti, poliambulatori, casa della salute, UTAP.

Nella determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline, le valutazioni sono effettuate in considerazione dei seguenti criteri:

1. analisi comparata per disciplina dello standard dei posti letto attivi in ambito nazionale e in ambito regionale;
2. dotazione di posti letto per mille abitanti, da considerare standard per l'intera regione e per singola azienda, provincia o macroarea con i dovuti adeguamenti motivati anche dalle realtà esistenti;
3. potenziamento nelle discipline dove maggiore è il saldo di mobilità extra regionale, verificati preliminarmente gli indicatori qualitativi e quantitativi dell'attività già erogata, in quanto alcune situazioni di mobilità extraregionale non sono assolutamente legate a sottodotazione di posti letto della disciplina;
4. riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate;
5. indicatori demografici ed epidemiologici disponibili.

Il numero dei posti letto proposto è di 17.637 (4,33 p.l. per mille abitanti) così suddivisi:

posti letto per acuti	15.198
posti letto riabilitazione	1.712
posti letto Lungodegenza post-acuzie	727

La determinazione dei posti letto è stata concordata con le ASL, le A.O. e gli E.E., gli IRCCS pubblici e privati, rispettando anche le preintese 2006 con il privato accreditato.

La presente proposta di riorganizzazione consente di

- attivare posti letto nelle discipline carenti, in particolare nell'area della Terapia Intensiva, in quella della Riabilitazione e in alcune discipline specialistiche (Oncologia ed Ematologia)
- realizzare alcuni riferimenti di macroarea nelle realtà provinciali carenti. (Cardiochirurgia in provincia di Foggia, Neuropsichiatria infantile a Lecce, Centro per grandi ustionati a Foggia, Unità spinale a Bari, Foggia e Brindisi, Chirurgia Maxillo-facciale a Lecce e Foggia).

Nella elaborazione della proposta si è tenuto conto e della realtà ospedaliera esistente e della attivazione di nuovi ospedali a breve e medio termine.

Infine, rispetto allo standard di 4,5 p.l. per mille, risultano al momento non ancora assegnati circa 700 p.l. *I criteri di assegnazione di tali p.l. sono definiti dal Consiglio regionale.*

ASSISTENZA OSPEDALIERA: PROPOSTA REGIONALE DI POSTI LETTO				
		P.L. ATTIVI 2006	PIANO 2008	STANDARD
Cod.	Area Medica			
8	Cardiologia	595	632	0,16
18	Ematologia	162	214	0,05
19	Malattie Endocrine	153	165	0,04
21	Geriatrics	507	492	0,12
24	Malattie Infettive	237	248	0,06
26	Medicina Interna	2308	2285	0,56
29	Nefrologia	348	322	0,08
32	Neurologia	512	491	0,12
52	Dermatologia	167	114	0,03
58	Gastroenterologia	295	320	0,08
64	Oncologia	248	320	0,08
68	Pneumologia	506	514	0,13
71	Reumatologia	39	53	0,01
totale area medica		6077	6170	1,52
Area Chirurgica				
7	Cardiochirurgia	159	192	0,05
9	Chirurgia Generale	1929	1780	0,44
12	Chirurgia Plastica	93	120	0,03
13	Chirurgia Toracica	90	128	0,03
14	Chirurgia Vascolare	142	200	0,05
30	Neurochirurgia	249	282	0,07
34	Oftalmologia	322	302	0,07
10	Chirurgia Maxillofac.	0	44	0,01
35	Odontoiatria	24	48	0,01
36	Ortopedia	1424	1442	0,35
38	Otorinolaringoiatria	313	319	0,08
43	Urologia	426	486	0,12
totale area chirurgica		5171	5343	1,31
Area Materno Infantile				
6	Cardiochirurgia	8	14	0,00
11	Chirurgia Pediatrica	81	120	0,03
33	Neuropsichiatria inf.	33	52	0,01
37	Ostetricia -Ginecologia	1559	1470	0,36
39	Pediatria	757	670	0,16
62	Neonatologia	146	202	0,05
77	Nefrologia Pediatrica	9	10	0,00
78	Urologia Pediatrica	9	20	0,00
totale area materno-inf.		2602	2558	0,63
Area Terapia Intensiva				
47	Grandi Ustionati	19	30	0,01
49	Rianimazione	199	278	0,07

	Rianimazione Ped.	0	18	0,00
	TIPO (post-operatoria)	0	82	0,02
50	Unità Coronarica	222	280	0,07
73	UTIN	75	105	0,03
totale area terapie int.		515	793	0,19
40	Psichiatria	250	332	0,08
Riabilitazione				
28	Unità Spinale	8	50	0,01
56	Riabilitazione	1027	1500	0,37
75	Neuroriabilitazione	141	164	0,04
totale area riabilitazione		1176	1714	0,42
60	LDPA	727	727	0,18
TOTALE REGIONALE		16518	17637	4,33

**ASSISTENZA OSPEDALIERA: PROPOSTA DI POSTI LETTO PER LE PROV. FOGGIA -
BAT - BARI**

Cod	FOGGIA		BAT		BARI	
	PUBBLIC	PRIVAT	PUBBLIC	PRIVAT	PUBBLIC	PRIVAT
. Area Medica	0	0	0	0	0	0
8 Cardiologia	86	24	50	0	152	64
18 Ematologia	64	0	14	0	42	0
19 Malattie Endocrine	32	0	10	0	64	20
21 Geriatria	95	0	20	0	140	22
24 Malattie Infettive	38	0	40	0	78	0
26 Medicina Interna	370	68	183	0	552	97
29 Nefrologia	66	0	20	0	103	10
32 Neurologia	98	10	45	0	160	10
52 Dermatologia	32	0	0	0	58	0
58 Gastroenterologia	78	20	16	0	118	10
64 Oncologia	68	10	16	0	88	20
68 Pneumologia	100	15	28	0	153	0
71 Reumatologia	14	0	0	0	25	0
totale area medica	1141	147	442	0	1733	253
Area Chirurgica						
7 Cardiochirurgia	22	0	0	0	25	73
9 Chirurgia Generale	298	41	104	0	552	101
12 Chirurgia Plastica	12	0	10	0	52	0
13 Chirurgia Toracica	28	0	10	0	40	10
14 Chirurgia Vascolare	12	0	10	0	60	20
30 Neurochirurgia	62	0	16	0	71	20
34 Oftalmologia	44	0	22	0	126	11
10 Chirurgia Maxillofac.	16	0	0	0	20	0
35 Odontoiatria	4	0	0	0	20	0
36 Ortopedia	208	30	96	0	384	94
38 Otorinolaringoiatria	70	10	24	0	103	5
43 Urologia	100	0	30	0	150	18
totale area chirurgica	876	81	322	0	1603	352
Area Materno Infantile						
6 Cardiochirurgia	0	0	0	0	14	0

11 Chirurgia Pediatrica	28	0	0	0	54	0
33 Neuropsichiatria inf.	16	0	0	0	20	0
Ostetricia -						
37 Ginecologia	230	16	88	0	410	86
39 Pediatria	151	0	62	0	197	0
62 Neonatologia	36	0	12	0	82	0
77 Nefrologia Pediatrica	0	0	0	0	10	0
78 Urologia Pediatrica	0	0	0	0	20	0
totale area materno-inf.	461	16	162	0	807	86
Area Terapia Intensiva						
47 Grandi Ustionati	6	0	0	0	8	0
49 Terapia Intensiva	60	0	22	0	78	0
Rianimazione Ped.	6	0	0	0	8	0
TIPO	4	0	4	0	22	30
50 Unità Coronarica	42	0	24	0	80	18
73 UTIN	32	0	8	0	32	0
totale area terapie int.	150	0	58	0	228	48
40 Psichiatria	45	0	30	0	70	44
Riabilitazione						
28 Unità Spinale	16	0	0	0	30	0
56 Riabilitazione	138	124	106	0	318	199
75 Neuroriabilitazione	25	0	20	0	28	0
totale area riabilitazione	179	124	126	0	376	199
60 LDPA	126	0	81	0	180	0
	2978	368	1221	0	4997	982

**ASSISTENZA OSPEDALIERA: PROPOSTA DI POSTI LETTO PER LE PROV. BRINDISI -
LECCE - TARANTO**

Cod	BRINDISI		LECCE		TARANTO	
	PUBBLIC	PRIVAT	PUBBLIC	PRIVAT	PUBBLIC	PRIVAT
. Area Medica	0	0	0	0	0	0
8 Cardiologia	48	0	110	16	52	30
18 Ematologia	20	0	46	0	28	0
19 Malattie Endocrine	15	0	10	0	14	0
21 Geriatria	57	0	80	0	36	42
24 Malattie Infettive	27	0	40	0	25	0
26 Medicina Interna	230	16	420	15	252	82
29 Nefrologia	33	0	50	0	40	0
32 Neurologia	44	0	84	8	32	0
52 Dermatologia	14	0	10	0	0	0
58 Gastroenterologia	18	0	45	0	15	0
64 Oncologia	20	0	68	0	20	10
68 Pneumologia	40	0	130	0	28	20
71 Reumatologia	4	0	10	0	0	0
totale area medica	570	16	1103	39	542	184
Area Chirurgica						
7 Cardiochirurgia	10	0	20	30	0	12
9 Chirurgia Generale	154	16	274	27	165	48
12 Chirurgia Plastica	20	0	16	0	10	0

13 Chirurgia Toracica	10	0	20	0	10	0
14 Chirurgia Vascolare	14	10	26	8	20	20
30 Neurochirurgia	22	0	41	10	30	10
34 Oftalmologia	26	0	36	8	24	5
10 Chirurgia Maxillofac.	0	0	8	0	0	0
35 Odontoiatria	10	0	4	10	0	0
36 Ortopedia	140	0	232	48	140	70
38 Otorinolaringoiatria	32	0	45	10	20	0
43 Urologia	34	0	90	8	50	6
totale area chirurgica	472	26	812	159	469	171
Area Materno Infantile						
6 Cardiochirurgia	0	0	0	0	0	0
11 Chirurgia Pediatrica	0	0	20	8	10	0
33 Neuropsichiatria inf.	0	0	16	0	0	0
Ostetricia -						
37 Ginecologia	168	16	222	28	132	74
39 Pediatria	80	0	110	8	62	0
62 Neonatologia	18	0	36	0	18	0
77 Nefrologia Pediatrica	0	0	0	0	0	0
78 Urologia Pediatrica	0	0	0	0	0	0
totale area materno-inf.	266	16	404	44	222	74
Area Terapia Intensiva						
47 Grandi Ustionati	16	0	0	0	0	0
49 Terapia Intensiva	22	0	58	0	38	0
Rianimazione Ped.	4	0	0	0	0	0
TIPO	4	0	6	8	4	0
50 Unità Coronarica	22	0	48	8	26	12
73 UTIN	9	0	14	0	10	0
totale area terapie int.	77	0	126	16	78	12
40 Psichiatria	30	0	60	23	30	0
Riabilitazione						
28 Unità Spinale	4	0	0	0	0	0
56 Riabilitazione	84	10	146	110	48	217
75 Neuroriabilitazione	30	25	15	5	16	0
totale area riabilitazione	118	35	161	115	64	217
60 LDPA	100	0	140	0	100	0
	1633	93	2806	396	1505	658

STANDARD DI POSTI LETTO PER UNITA' OPERATIVA

Nella definizione degli standard è opportuno non fare più riferimento a quanto disposto dal D.M. 13.09.1988 e individuare modelli organizzativi più flessibili.

Dotazione ordinaria di posti letto

- 6 - 8 p.l. unità operative di terapia intensiva
- 24 - 40 p.l. unità operative di medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ginecologia e ostetricia, *fatta eccezione* per la pediatria in quanto caratterizzata da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero: ambulatorio, day hospital ecc.
- 15 p.l. psichiatria;
- 15 - 20 p.l. per le discipline a bacino di utenza intermedio *fatta eccezione*:
 1. per la *Oftalmologia* e la riabilitazione in quanto caratterizzate da attività che possono essere gestite attraverso forme di assistenza alternative al ricovero;
 2. per la neonatologia in quanto i posti letto devono essere modulati in ragione della attività della U.O. di ostetricia e ginecologia.
- 10 - 20 p.l. per le discipline a largo bacino di utenza;
- 12 p.l. cardiologia - UTIC: lo standard proposto è motivato dalle attuali dotazioni delle strutture attive nel territorio regionale e sarà rivisto a seguito della realizzazione del processo di accorpamento degli ospedali come successivamente indicato.

La presenza di più Unità Operative della stessa disciplina nel medesimo ospedale dovrà essere giustificata dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del numero minimo di posti letto definiti nella seguente tabella.

Numero di posti letto minimi dei moduli / UU.OO delle singole specialità

Disciplina	Publicci	Valenza Specialità
Area Medica	min	
MEDICINA INTERNA	24	BASE
GERIATRIA	15	INTERMEDIO
CARDIOLOGIA - UTIC	12	INTERMEDIO
NEUROLOGIA	15	INTERMEDIO
PSICHIATRIA	15	INTERMEDIO
ONCOLOGIA	15	INTERMEDIO
PNEUMOLOGIA	15	INTERMEDIO
NEFROLOGIA	10	INTERMEDIO
EMATOLOGIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
GASTROENTEROLOGIA	15	INTERMEDIO
DERMATOLOGIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
ENDOCRINOLOGIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
MALATTIE INFETTIVE	20	INTERMEDIO
REUMATOLOGIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
Area Chirurgica	min	
CHIRURGIA GENERALE	24	BASE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	24	BASE
CHIRURGIA VASCOLARE	10	RIFERIMENTO PROV/REG
OTORINOLARINGOIATRIA	10	INTERMEDIO
OFTALMOLOGIA	10	INTERMEDIO
UROLOGIA	15	INTERMEDIO
CARDIOCHIRURGIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
ODONTOIATRIA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	10	RIFERIMENTO PROV/REG
CHIRURGIA PLASTICA	10	RIFERIMENTO PROV/REG

CHIRURGIA TORACICA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
NEUROCHIRURGIA	15	RIFERIMENTO PROV/REG
Terapie Intensive	min	
RIANIMAZIONE - TERAPIA INTENSIVA POST CHIRURGICA	6	INTERMEDIO
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6	RIFERIMENTO PROV/REG
GRANDI USTIONATI	6	RIFERIMENTO PROV/REG
Area Materno Infantile	min	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	24	BASE
PEDIATRIA	10	BASE
NEONATOLOGIA	6	INTERMEDIO
CHIRURGIA PEDIATRICA	10	RIFERIMENTO PROV/REG
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	10	RIFERIMENTO PROV/REG
Riabilitazione	min	
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	14	INTERMEDIO
NEURORIABILITAZIONE	10	RIFERIMENTO PROV/REG
UNITA' SPINALE	10	RIFERIMENTO PROV/REG
Lungodegenza	min	
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE	12	BASE

ASSETTI ORGANIZZATIVI

In ciascuna provincia va garantita la presenza di un ospedale di riferimento provinciale e/o regionale.

Nei distretti in cui è presente un solo ospedale, lo stesso viene classificato di base anche se una delle quattro discipline è strutturata come Unità Operativa semplice.

Gli ospedali che al momento della emanazione del piano della salute non rientrano per carenza di più discipline di base nella tipologia proposta devono essere temporaneamente “distrettualizzati” con l’ospedale di base o intermedio più vicino nelle more della attuazione della rete ospedaliera programmata a medio-lungo termine.

Nei Piani Attuativi Locali (PAL) devono essere individuate le strutture da riconvertire in sanitarie e socio sanitarie territoriali, nell’arco di valenza temporale del presente Piano.

Entro il medesimo periodo le aziende ASL devono provvedere a ricostituire l’unità operativa complessa della disciplina di base carente negli ospedali di primo livello precedentemente indicati.

I servizi di Radioterapia, Radiologia interventistica, Radioterapia Metabolica, Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza (per i letti di Astanteria e osservazione breve), Dialisi (per i posti rene), Nido (per le culle) devono intendersi quali posti letto tecnici non rientranti negli standard.

Il servizio di cardiologia è obbligatorio negli stabilimenti dove non sono previsti posti letto della relativa disciplina.

Le unità di terapia intensiva con posti letto (rianimazione) e i servizi di Anestesia e Rianimazione costituiscono una unica struttura complessa negli ospedali intermedi. Negli ospedali di riferimento l’atto aziendale potrà configurare la presenza di più unità operative complesse.

Tutte le strutture di Medicina e Chirurgia d’accettazione e d’urgenza sono dotate di posti letto di osservazione e astanteria (OBI).

Le consulenze specialistiche delle discipline assenti nel presidio devono essere assicurate dagli specialisti del poliambulatorio del territorio di riferimento, qualora presenti.

Negli ospedali delle città sedi di strutture carcerarie sono previsti posti letto destinati al ricovero dei detenuti.

Nei presidi dove non è previsto l’unità di neonatologia l’assistenza ai neonati sani e la gestione delle culle è assicurata dalle Unità Operative di pediatria anche se previste come Unità Semplici di Day Hospital, articolazioni di struttura complessa di altro stabilimento.

All’interno delle U.O. complesse di Medicina Interna e Chirurgia Generale possono essere destinati posti letto ad attività specialistiche compatibili con le stesse discipline di base non presenti nel presidio, rientranti nell’attività propria della disciplina quali unità operative semplici, la cui responsabilità deve essere affidato a personale medico in possesso dei requisiti specifici. Inoltre negli ospedali di base e di livello intermedio devono essere attivati posti letto per pazienti critici (area critica)

a disposizione delle unità operative afferenti al dipartimento; i pazienti che occupano i posti letto indistinti sono a carico delle unità operative che hanno disposto il ricovero.

I servizi di endoscopia digestiva devono essere attivi nei soli ospedali per acuti; in ogni territorio provinciale deve essere attivato almeno un servizio di endoscopia d'urgenza attivo nelle 24 ore, di norma nell'ambito delle attività delle UO di Gastroenterologia.

In ogni area provinciale deve essere attivato almeno un servizio di medicina del lavoro dotato di posti letto di Day Hospital afferente alla Unità Operativa di Medicina Interna. (In questo contesto è opportuno sviluppare linee guida e protocolli sanitari per la sorveglianza degli ex esposti a sostanze cancerogene, con particolare riferimento all'amianto.)

In ogni territorio provinciale deve essere attivata almeno una unità di terapia intensiva /sub intensiva respiratoria nell'ambito dei posti letto dell'unità operativa di pneumologia presente in ospedale di riferimento in possesso dei requisiti specifici (vedi paragrafo successivo: azioni programmate).

In ogni territorio provinciale deve essere attivata almeno una stroke-unit nell'ambito dei posti letto dell'unità operativa di neurologia presente in ospedale di riferimento in possesso dei requisiti specifici (vedi paragrafo successivo: azioni programmate).

I servizi di immunoematologia (medicina trasfusionale) sono già stati programmati con legge regionale e successive modifiche (istituzioni di sezioni trasfusionali negli ospedali di Lucera e Manfredonia); una sezione trasfusionale, in sostituzione della URF, deve essere attivata presso l'ospedale di Altamura in considerazione della funzione e della collocazione geografica del nuovo nosocomio.

Deve essere presente un centro di procreazione medicalmente assistita su base provinciale da attivarsi nel rispetto dei requisiti e delle procedure previste.

Il numero dei posti rene laddove è previsto il servizio dialisi è individuato nel piano dialisi della Regione Puglia.

Il documento attuativo del presente PRS, relativo al riordino della rete ospedaliera, individuerà i centri di riferimento regionali per le patologie ad elevata complessità, ovvero ad alta prevalenza nel territorio regionale.

OSPEDALI DA INSERIRE NEI NUOVI PROGRAMMI DI EDILIZIA OSPEDALIERA (2008-2013)

A medio-lungo termine, con i fondi del nuovo programma di edilizia ospedaliera, dovrebbero essere realizzate nuove strutture ospedaliere nelle quali far confluire ospedali già attivi da *dismettere*, in una logica di garanzia *della qualità delle prestazioni* e nel contempo di ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche con conseguente riduzione dei costi di gestione.

Nel periodo di riferimento 2008-2013 è proponibile il seguente programma di edilizia ospedaliera (*cfr. paragrafo 6.3: Investimenti*):

Ospedale di Andria-Canosa-Minervino

Ospedale di Bisceglie-Trani

Ospedale del Comprensorio nord ASL/BA: Giovinazzo-Molfetta-Ruvo-Terlizzi

Ospedale del Comprensorio sud ASL/BA: Conversano-Gioia del Colle-Monopoli-Noci-Putignano

Ospedale di Cisternino-Fasano-Ostuni

Ospedale di Maglie-Poggiardo-Scorrano

Ospedale di Copertino-Galatina-Nardò

Ospedale nuovo di Taranto

Ospedale nuovo di Martina Franca

Ospedale di Grottaglie-Manduria

Dette nuove strutture saranno classificate quali ospedali di livello intermedio o di riferimento provinciale e/o regionale. Analoga classificazione sarà assegnata agli ospedali da dismettere, tra loro funzionalmente accorpati, per tutto il periodo transitorio fino alla realizzazione di nuovi plessi.

N.B. Nel nuovo ospedale della Murgia in fase di realizzazione confluiranno gli ospedali di Altamura/Gravina-Grumo-Santeramo.

Modelli funzionali

Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC) - modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale che permette al paziente di accedere a pacchetti di prestazioni così da ottenere la formulazione della diagnosi e della terapia nel più breve tempo possibile. Le prestazioni erogate, sulla base dei criteri della medicina basata sull'evidenza secondo Linee Guida e protocolli diagnostico-terapeutici definiti, devono essere finalizzate alla gestione di uno specifico problema clinico. Di norma le prestazioni devono essere erogate entro trenta giorni.

Day Service - modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale programmabile, funzionale alla gestione di patologie complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono la gestione assistenziale nell'arco della giornata o in tempi necessariamente brevi

Care Service Pathways (Servizio di presa in carico) - modello organizzativo per la presa in carico da parte del Care Manager del paziente per la gestione del processo assistenziale correlato a situazioni cliniche complesse che richiedono la definizione del programma per la gestione del percorso assistenziale riferito a tutte le fasi evolutive della patologia, dalla diagnosi precoce alla terapia ed al recupero funzionale.

2.3.2 Percorsi e reti assistenziali in ambito ospedaliero

Gli elementi innovativi relativi ai modelli organizzativi descritti di seguito richiedono, dopo l'approvazione del PRS, la creazione a livello regionale di gruppi di lavoro dedicati, con il concorso degli operatori dei settori interessati, per l'elaborazione di strumenti quali Linee Guida e protocolli operativi, per garantire l'uniforme applicazione delle previsioni del Piano su tutto il territorio regionale.

Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO)

Negli Ospedali di Riferimento e in quelli Specializzati, nei quali è presente un'attività di chirurgia maggiore di particolare rilevanza qualitativa e quantitativa, devono essere attivati moduli specifici di 4-8 posti letto di Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) affidati alla responsabilità dell'anestesista. La TIPO è destinata a pazienti complessi sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore per il monitoraggio delle funzioni vitali ed il supporto assistenziale necessario, finalizzato anche alla prevenzione delle complicanze.

Tali posti letto di TIPO, ferma restando la comune codifica di dimissione, devono essere distinti *nei futuri Piani Attuativi Locali* dai posti letto di Rianimazione.

L'attivazione di tali servizi e delle terapie sub-intensive dedicate a specifiche tipologie di pazienti (UTIR, Stroke Unit) e delle aree critiche dipartimentali di Medicina Interna e Chirurgia Generale, è destinata a produrre nel tempo, tramite la selezione dei pazienti e la maggiore appropriatezza dei ricoveri, una riduzione del carico assistenziale delle UUOO di Rianimazione.

Unità di Terapia Intensiva o Intensiva-Intermedia Respiratoria (UTIR)

Devono essere attivate aree critiche di terapia intensiva pneumologica in unità operative di pneumologia o in ambito dipartimentale medico, dedicate al trattamento di pazienti con insufficienza respiratoria acuta o cronica riacutizzata; in tali aree possono essere assistiti anche pazienti trasferiti dalla terapia intensiva (rianimazione).

La responsabilità della UTIR, che si configura come unità operativa semplice, è affidata a specialisti pneumologi esperti in ventilazione invasiva e non invasiva.

La dotazione media è di 6 posti letto (minimo 4 e massimo 8) con i seguenti requisiti:

- ambiente dedicato con letti monitorizzati
- guardia pneumologica attiva
- infermieri dedicati
- disponibilità di broncoscopio ed emogasometro.

Tali aree assistenziali devono essere attivate in numero di due per ogni macroarea, in ospedali per acuti nei quali sia già attiva l'unità operativa di terapia intensiva (rianimazione).

L'allocazione e i requisiti per l'accreditamento delle UTIR saranno definiti nei *Piani Attuativi Locali*.

2.3.2.2 Assistenza al paziente con Stroke

L'incidenza dell'ictus in Italia, in base ai principali studi epidemiologici disponibili, è di 1,65-2,75 nuovi casi di primo ictus per mille abitanti/anno.

Dalla letteratura emerge in modo evidente il valore dato da un'assistenza "organizzata" (*managed care*) al paziente con *Stroke* rispetto all'assistenza cosiddetta "convenzionale".

È stato necessario attendere i risultati di una revisione sistematica dei 23 studi randomizzati controllati disponibili (per un totale di 4.911 pazienti) per evidenziare in modo convincente che i pazienti trattati in centri che offrivano un'assistenza dedicata avevano una prognosi migliore (in termini di sopravvivenza e disabilità) rispetto a quelli ricoverati in reparti di medicina, neurologia e geriatria sprovvisti di modalità assistenziali "ad hoc".

Dal punto di vista quantitativo la superiorità dell'assistenza fornita in un contesto dedicato si concretizza nella prevenzione di un decesso ogni 33 pazienti trattati e nel rientro a domicilio, una volta completato il percorso assistenziale, di un caso in più ogni 20 trattati, in condizioni di autonomia

funzionale. I benefici si manifestano in tutti i pazienti senza differenze di sesso, età, tipo e gravità del deficit (*Stroke Unit Trialist's Collaboration 2004, Cochrane Review*).

Per lo stroke c'è consenso unanime sulla validità del modello *Hub and Spoke*. L'attivazione della rete assistenziale dedicata alla gestione dello *stroke* non può non tenere conto della rete ospedaliera esistente e/o programmata a breve termine, in quanto l'intervento è di tipo multidisciplinare ed integrato. Pertanto, ogni contesto locale, in ragione della propria storia e delle proprie imminenti potenzialità, dovrà entrare nella rete al livello più idoneo ed appropriato.

Il percorso assistenziale deve iniziare già con la presa in carico del paziente con sospetto ictus da parte del 118 e con il conseguente trasporto assistito in un ospedale dotato dei requisiti minimi per l'assistenza ai pazienti con stroke.

Al centro della rete devono essere attivate, in numero di almeno due per ogni macroarea (una per ogni provincia), specifiche **Unità di Terapia Subintensiva** di 6 posti letto (minimo 4 - massimo 8), Unità operative Semplici nell'ambito delle Unità Operative di Neurologia, dedicate all'assistenza a pazienti con ictus complicato, ictus emorragico o che necessitano di specifici interventi chirurgici o di radiologia interventistica o eleggibili per la terapia trombolitica.

Tali aree assistenziali devono essere allocate in Ospedali di riferimento da individuare nei Piani Attuativi Locali, in presenza dei requisiti già individuati dalla normativa nazionale e recepiti in precedenti atti deliberativi della regione.

In periferia devono essere attivati dei **percorsi assistenziali** negli Ospedali dotati di requisiti minimi, anche in aree specifiche dedicate (tipo Stroke Care) o in aree generali per pazienti critici, nell'ambito delle UUOO di Geriatria o di Medicina Interna o di Neurologia per l'erogazione di specifici interventi basati sull'approccio multidisciplinare diagnostico-terapeutico e sull'assistenza globale al paziente erogati da personale dedicato ed esperto.

Particolare attenzione deve essere posta al momento del passaggio dal reparto per acuti alla post-acute o riabilitazione sia ospedaliera che territoriale al fine di garantire la continuità assistenziale.

2.3.3 La rete dell'emergenza in Puglia

L'attivazione nella nostra regione del servizio di Emergenza Territoriale "118" ha costituito un punto di svolta nella organizzazione del sistema dell'emergenza sanitaria regionale. Ciononostante, a fronte di alcuni evidenti risultati conseguiti tra i quali:

- la uniforme distribuzione nel territorio dei mezzi di soccorso
- il rispetto dei tempi di percorrenza previsti dalla normativa,

si rende necessaria una rimodulazione dell'intero sistema regionale dell'emergenza-urgenza alla luce di alcune criticità che si sono manifestate:

- problemi di coordinamento tra Centrale Operativa e postazioni di soccorso periferiche con le Unità Operative di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza a causa della mancata integrazione delle rispettive reti informatiche;
- difficoltà di individuare in tempo reale l'ospedale in grado di garantire la gestione appropriata del paziente in funzione del livello di complessità della condizione di emergenza-urgenza riscontrata e della disponibilità effettiva delle dotazioni necessarie;
- mancata applicazione dello schema di convenzione per la stipula dei protocolli d'intesa con le associazioni di volontariato per il soccorso di base;
- ritardo nella attivazione dei DEA di I e II livello;
- mancata integrazione del sistema con il piano integrato per le maxi-emergenze e la medicina delle catastrofi, come previsto da: "Criteri di massima sugli interventi da attuare nelle catastrofi (G.U. n. 200 del 26.8.2006);
- incompleta attivazione delle Osservazioni Brevi;
- scarsa conoscenza ed applicazione di protocolli per l'emergenza in sede intra ed extra ospedaliera;

- sottoutilizzazione di alcune postazioni di 118;
- esclusione della funzione di trasporto secondario da parte del 118 nei casi di particolare gravità.

Alla luce di tali criticità e tenendo conto delle indicazioni contenute nella normativa nazionale, occorre procedere alla ridefinizione del sistema regionale della emergenza sanitaria.

Obiettivo principale del processo di riorganizzazione è assicurare una risposta globale ed uniforme sull'intero territorio della regione, in linea con le attese dei cittadini. Si rende pertanto necessario che le strutture deputate alla emergenza-urgenza operino in rete e siano in grado di garantire in modo omogeneo e costante risposte (di livello progressivamente crescente) adeguate alle reali necessità in una ottica di integrazione operativa con le strutture di ricovero e attraverso la attivazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi.

2.4.1.1. Potenziamento delle reti dei servizi

Rete dei poliambulatori

La rete dovrà essere organizzata su più livelli:

- 1) il **Poliambulatorio di Base**, nella misura di uno ogni 30mila abitanti, dovrà assicurare la presenza nella stessa struttura di prestazioni afferenti alle seguenti discipline: Cardiologia, Oftalmologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Endocrinologia, Pneumologia, Centro Prelievi;
- 2) il **Poliambulatorio Specialistico**, nella misura di uno ogni 60mila abitanti, dovrà assicurare la presenza nella stessa struttura di prestazioni afferenti alle seguenti discipline (oltre quelle di base): Radiodiagnostica (RX ed Ecografia), Gastroenterologia, Ortopedia, Medicina Interna, Geriatria, Reumatologia, Urologia, Neurologia, Allergologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Ostetricia e Ginecologia, Odontoiatria, Neuropsichiatria infantile, Oncologia, Diabetologia e Chirurgia Generale
- 3) il **Poliambulatorio di Terzo Livello**, nella misura di uno ogni 400.000 abitanti: in ogni Azienda Sanitaria Locale deve essere previsto un poliambulatorio che ospiti il laboratorio di analisi territoriale e un Servizio di Radiodiagnostica, con TAC, Risonanza Magnetica ed eventuale Diagnostica Senologica.

Poliambulatori regionali: Standard minimi

ASL	Popolazione per ASL	Distretti	Poliambulatori Attuali	Poliambulatori previsti		
				Discipline base*	Specialistiche**	III Livello***
Bari	1.249.533	14	40	42	21	3
BAT	388.330	6	10	13	6	1
Brindisi	402.831	4	20	13	7	1
Foggia	640.047	8	24	21	11	2
Lecce	808.939	10	12	27	13	2
Taranto	580.189	7	15	19	10	1
Puglia	4.069.869	49	121	136	68	10

Discipline previste per tipologia di poliambulatorio:

*Cardiologia, Oftalmologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Endocrinologia, Pneumologia, Centro Prelievi

** Oltre discipline di base: Radiodiagnostica (RX ed Ecografia), Gastroenterologia, Ortopedia, Medicina Interna, Geriatria, Reumatologia, Urologia, Neurologia, Allergologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Ostetricia e Ginecologia, Odontoiatria, Neuropsichiatria infantile, Oncologia, Diabetologia e Chirurgia Generale

*** Oltre discipline di base e specialistiche: Laboratorio di analisi territoriale, Servizio di Radiodiagnostica con TAC, Risonanza Magnetica ed eventuale Diagnostica Senologica

La Direzione della ASL, sulla base delle esigenze assistenziali della popolazione di riferimento e del territorio di competenza, stabilisce gli orari di apertura dei poliambulatori e l'impegno orario necessario per assicurare le prestazioni di ciascuna specialità, nel rispetto dei tempi di attesa, del principio della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro con estensione della offerta anche nella fascia oraria pomeridiana (secondo modulazioni programmate).

La Direzione può, inoltre, prevedere specialità e poliambulatori aggiuntivi o subarticolazioni degli stessi, per esigenze documentabili, tra cui la particolare dispersione territoriale dei Comuni e le specifiche caratteristiche orografiche e della rete dei trasporti locali.

Deve essere garantita, infine, una rete informatica per il collegamento tra le diverse strutture ai fini del raccordo funzionale, e tra queste e le strutture aziendali di elaborazione dati per il monitoraggio delle prestazioni e delle liste di attesa.

2.4.2.2. Domiciliarità delle prestazioni

1. sviluppare adeguati modelli organizzativi e dotare ciascun distretto delle risorse umane necessarie al potenziamento della **assistenza domiciliare**, sia per le prestazioni domiciliari **sanitarie ed infermieristiche** (post-ricovero ospedaliero), sia per le prestazioni domiciliari **sociosanitarie integrate (ADI)**
 2. attivare circuiti virtuosi di risparmio sulla spesa per prestazioni sanitarie ospedaliere e residenziali per implementare il budget destinato alla rete dell'assistenza domiciliare;
 3. adottare i percorsi e i protocolli operativi per le dimissioni protette e per la presa in carico all'interno del contesto domestico-familiare al fine di rendere effettivamente esigibile il diritto alle prestazioni domiciliari in modo coerente con le situazioni di bisogno di assistenza e di cura
 4. occorre per l'**ADI**, al fine di consentire alla Puglia di conseguire gli stessi livelli medi di prestazioni domiciliari assicurati a livello nazionale (dato Italia 2005: 2,9% anziani in ADI ogni 100 abitanti; dato Puglia 2005: 2% anziani in ADI ogni 100 abitanti; valore target dell'indicatore di premialità¹ per l'obiettivo al 2013: **3,5%**):
 - dare piena attuazione ai Piani Sociali di Zona per la parte relativa all'allestimento della rete delle prestazioni domiciliari
- ¹ PO FESR 2007-2013 – Asse III
- accrescere il numero di casi di anziani non autosufficienti, di disabili gravi e gravissimi e di persone con altre patologie invalidanti assistibili a domicilio, anche mediante l'aumento del numero di ore di prestazioni erogate.
5. attivare in ogni ASL il Centro di coordinamento aziendale per le Cure Domiciliari (CCA) che svolge funzione di riferimento:
 - per l'attivazione dell'assistenza domiciliare nel caso di dimissioni protette dai reparti di ricovero;
 - per la erogazione delle prestazioni previste dal piano di cure, in particolare nei casi di attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti affetti da SLA e in fase terminale

2.4.1 Ruolo dei medici dell'area delle cure primarie nel processo di riorganizzazione della assistenza territoriale e valorizzazione della risorsa associazionismo

Nella nostra regione, come già illustrato in altre sezioni del documento, il sistema sanitario fa riferimento ad una rete, estremamente diffusa, di ospedali non gerarchicamente strutturati, una rete distrettuale che, sebbene dimensionata su standard nazionali, presenta gradi di sviluppo non omogenei, alle quali va aggiunta una rete di studi di medicina generale per sua natura capillare, ma per buona parte ancorata ad un modello organizzativo che privilegia l'attività svolta in forma singola. Di contro, l'assetto socio-politico del territorio propone un quadro di aree a matrice rurale di estrema

frammentarietà e zone di desertificazione sociale, in particolare nel Subappennino Dauno, accanto ad aree metropolitane e submetropolitane. In questo scenario l'intervento di ristrutturazione del sistema sanitario non può che essere orientato alla costruzione di una rete integrata ospedale territorio che sia caratterizzata da maglie di grandezza variabile e aderenti, quanto più possibile, alla realtà sanitaria locale ed alle caratteristiche socio-politiche ed orografiche del territorio di riferimento. Le strutture di una rete territoriale moderna ed efficiente devono fare riferimento ad un modello organizzativo di distretto in grado di assicurare l'integrazione ospedale territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria partendo dal suo nucleo fondamentale, il medico di medicina generale. Le strutture di una rete territoriale moderna ed efficiente devono fare riferimento ad un modello organizzativo di distretto in grado di assicurare l'integrazione ospedale territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria partendo dal suo nucleo fondamentale, il medico di medicina generale. Le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, attività territoriali e programmate, emergenza territoriale, così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D.Lvo 502/92 e s.m., svolte esclusivamente dai MMG, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di salute, assicurando ai cittadini pugliesi i livelli essenziali di assistenza (LEA), con i modelli organizzativi e gli strumenti operativi previsti dai relativi accordi di lavoro.

Tali modelli consentono la creazione nei Distretti di una rete di articolazioni per la erogazione dell'assistenza primaria, partendo dallo studio del singolo medico di medicina generale e arrivando alle forme più complesse di associazionismo (super rete, super gruppo e CPT), senza tuttavia tralasciare la valorizzazione della medicina associata in rete e gruppo.

L'obiettivo è quello di sviluppare una rete i cui nodi siano costituiti dalle forme associative della medicina generale, secondo una logica di stretta aderenza alle caratteristiche e necessità del territorio e avendo chiara la finalità: costruire forti relazioni funzionali tra le responsabilità professionali ed organizzative per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Si possono identificare tutte le articolazioni che parteciperanno al programma di sviluppo dell'assistenza territoriale, secondo il seguente schema a complessità crescente:

- a. studio del medico di medicina generale e pediatra di famiglia;
- b. nucleo di medici associati in rete, sia nella forma semplice che in quella complessa (super rete);
- c. nucleo di medici associati in gruppo, sia nella forma semplice che in quella complessa (super gruppo);
- d. centro polifunzionale territoriale direttamente organizzato e gestito da medici associati, che opera in strutture messe a disposizione da medici o utilizzando sede e personale dell'azienda territoriale;
- e. Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) che garantisce la integrazione di tutti gli operatori impegnati nella erogazione dell'assistenza primaria, in particolare tra la medicina di famiglia, la continuità assistenziale e la medicina specialistica.

Definire gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del SSR, impone un coinvolgimento diretto degli operatori sanitari nei momenti di programmazione, coerentemente con quanto previsto dalle leggi regionali n.25 e n.26 del 2006 e dal Contratto Regionale recepito con D.G.R. n. 2289/07. Lo stesso Accordo Regionale per la Medicina Generale è strumento di programmazione in quanto garantisce un'assunzione condivisa di responsabilità nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico attraverso il processo di partecipazione alla programmazione regionale, aziendale e distrettuale da parte dei MMG.

Tutti i soggetti che fanno parte della rete territoriale partecipano al programma di attività distrettuale che si sviluppa rispetto al requisito fondamentale di guidare ed orientare il cittadino nella complessità dei servizi, in particolare assicurando la facilità dell'accesso e la presa in carico nell'ambito di specifici percorsi diagnostico-terapeutici.

A tale proposito, tra le funzioni che il distretto deve garantire secondo un piano che preveda anche la gradualità degli interventi attuativi, quelle a valenza strategica, da realizzare di concerto con i medici e pediatri di famiglia, sono:

- la continuità dell'assistenza h24;
- il miglioramento dell'accesso allo studio del medico di famiglia secondo piani distrettuali concordati nell'ambito degli accordi aziendali;
- l'attività ordinaria di medicina generale e quella di medicina preventiva secondo piani di attività programmata, per facilitare l'accesso;
- la presa in carico con riferimento a specifiche patologie e relativi percorsi di cura;

• il supporto amministrativo, infermieristico e il supporto sociale anche per sostenere le attività di presa in carico:

• l'attività di prenotazione diretta, per la gestione ottimale delle liste di attesa;
• l'integrazione tra la continuità assistenziale e la medicina di famiglia per il potenziamento della assistenza domiciliare attraverso l'istituzione in ogni distretto delle Unità di Assistenza Domiciliare (UAD)

Un importante strumento attraverso il quale realizzare la integrazione delle diverse forme strutturali presenti nella rete è l'equipe territoriale. Questa forma organizzativa, che assicura la integrazione professionale degli operatori dell'assistenza primaria, può avere un ruolo determinante sia all'interno dei modelli autogestiti dai medici e pediatri di famiglia che nell'ambito dell'organizzazione distrettuale.

In questa ottica, assume quindi una importanza strategica l'organizzazione del percorso di accesso alle prestazioni sociosanitarie, secondo modelli gestionali di tipo integrato.”

2.4.8. Le prestazioni sanitarie per la popolazione immigrata

Il quadro normativo nazionale, ancorché abbastanza estensivo delle tutele in favore dei cittadini stranieri immigrati, presenta nella realtà pugliese una condizione applicativa ancora fortemente disomogenea, frammentata e tale da non assicurare concretamente il diritto alla salute dei cittadini stranieri immigrati.

Anche le circolari applicative che dal 2004 l'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia ha emanato non hanno trovato immediata e puntuale applicazione nelle diverse ASL e nelle articolazioni distrettuali. Criticità principali riguardano l'iscrizione degli immigrati al SSR, e il mantenimento della stessa durante le fasi di rinnovo del permesso di soggiorno, ove vi siano le condizioni, e la presenza di una rete di strutture e di competenze tecniche adeguate per l'accoglienza della popolazione immigrata.

Il Ministero per la Salute, ha previsto nella Legge Finanziaria 2007 che le Regioni Lazio, Sicilia e Puglia siano individuate quali Regioni costituenti il Centro di Riferimento e di Ricerca per le patologie dei Migranti e della Povertà, in relazione a cui si prevede di:

- emanare linee guida per rendere facilmente applicabili le norme vigenti in materia di assistenza sanitaria (T.U. d.lgs.286/98 così come modificato dalla legge n° 189/2002 , i relativi decreti di attuazione e la Circolare n° 5/2000 del Ministero della Sanità.), allo scopo anche di promuovere tutte le misure di tipo organizzativo, operativo, amministrativo finalizzate a rendere realmente fruibili in ogni ente del servizio sanitario regionale e degli ambiti socio-assistenziali, tutte le prestazioni previste per i cittadini stranieri presenti sul territorio;
- attuare l'art. 43, Co. 8 del Regolamento Attuativo del T.U. tuttora disatteso dalla Regione: “Le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative previste dall'art. 35, Co.3 del T.U. d.lgs.286/98” (medico di base e pediatra di libera scelta);
- chiarire le procedure relative alle condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie erogabili ai sensi dell'art. 36 del T.U. (motivi di cure mediche);
- iscrivere obbligatoriamente (e quindi con il pediatra di libera scelta) al Servizio Sanitario Nazionale tutti i minori presenti sul territorio (con o senza permesso di soggiorno) in applicazione delle norme internazionali (Convenzione dei diritti del Fanciullo, 1990).

Il sistema sanitario regionale è chiamato ad investire in questo triennio per assicurare in tutte le ASL e nei rispettivi distretti sociosanitari i seguenti livelli essenziali di copertura delle prestazioni sanitarie in favore delle persone immigrate:

- per tutti i cittadini stranieri immigrati regolarmente soggiornanti, garantire l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del medico di base e del pediatra di libera scelta per garantire le cure essenziali e continuative di cui all'art. 34 del T.U.; su questo aspetto, ancorché già disciplinata a livello nazionale, si deve rilevare l'esigenza di una effettiva attivazione delle procedure applicative e di una semplificazione delle stesse, perché l'iscrizione al SSR possa essere assicurata con una certa continuità, anche nei periodi tra la scadenza e il rinnovo del permesso di soggiorno, nonché con una certa omogeneità in tutte le ASL pugliesi, nelle quali allo stato attuale si registrano ancora prassi assai diverse, anche tra distretti di una stessa azienda;
- per tutti i minori presenti a qualsiasi titolo sul territorio regionale, anche senza regolare permesso di soggiorno, assicurare la iscrizione al SSR e l'assegnazione al pediatra di libera scelta;
- assicurare la presenza della figura del mediatore linguistico e culturale in tutti i punti di accesso alla rete sanitaria, con priorità per le Porte Uniche di Accesso e per le strutture consultoriali materno infantili, nonché per le forme di associazionismo dei MMG e per le UTAP, nonché per le Case della Salute, assicurando la figura del mediatore anche nelle strutture ambulatoriali e nei presidi di pronto soccorso, nelle aree a maggiore concentrazione di presenza di immigrati;
- garantire la presa in carico da parte del MMG dei cittadini stranieri temporaneamente presenti (STP) senza regolare permesso di soggiorno, secondo i modelli organizzativi definiti nell'ambito del Comitato Regionale per la Medicina Generale”;
- promuovere in seno all'Osservatorio Epidemiologico Regionale, e in raccordo con l'Osservatorio Regionale sui Movimenti Migratori, il monitoraggio e lo studio della salute della popolazione immigrata, l'evoluzione delle principali tipologie e delle prestazioni offerte con il livello di copertura assicurato;
- promuovere idonee azioni di formazione e di aggiornamento professionale per le figure mediche e infermieristiche impegnate nelle strutture ospedaliere e territoriali sanitarie, nonché per i medici di base ed i pediatri di libera scelta, sulle principali problematiche connesse alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini immigrati.

Ai sensi dell'articolo 36 del decreto legislativo 286/1998, e del DPR 31 agosto 1999 n. 394, la Regione resta impegnata nel finanziamento e coordinamento degli enti del servizio sanitario regionale autorizzati all'erogazione di prestazioni di alta specializzazione a favore di cittadini stranieri, con particolare riguardo ai minori, provenienti da Paesi nei quali non esistono o non sono accessibili competenze medico- specialistiche per il trattamento di specifiche patologie, in assenza di accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria.

Infine con il D.M. 3 AGOSTO 2007, il Ministro della Salute, d'intesa con i Presidenti delle Regioni Lazio, Puglia e Sicilia, ha istituito l'INMP - ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI ED IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTÀ, già previsto dalla legge finanziaria per il 2007 n. 296 del 27.12.2006 art. 1 co. 827.

I compiti dell'Istituto Nazionale sono quelli di svolgere, in conformità alle programmazioni nazionale e regionali, attività di ricerca per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà; di elaborare e attuare, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria; di supportare, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con altre Organizzazioni internazionali, l'organizzazione del trattamento delle malattie della povertà nei Paesi in via di sviluppo attraverso la ricerca clinica ed altri strumenti; di elaborare piani di ricerca clinica e modelli di gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà, anche in collaborazione con l'Unione Europea e organismi dedicati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; di istituire una rete delle Organizzazioni italiane, europee e internazionali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato che si occupano della promozione della salute delle popolazioni migranti e del contrasto delle malattie della povertà. Accanto alla sede nazionale nell'INMP sono previsti Centri Regionali in Puglia ed in Sicilia.

La Regione Puglia ha individuato, quale sede di riferimento regionale per l'INMP, ove ospitare le attività di formazione, di ricerca scientifica e di assistenza sanitaria l'ospedale di Cerignola, anche a causa della significativa presenza del fenomeno migrazione/povertà in quel territorio provinciale. Inoltre

tale localizzazione rende possibile che le informazioni, i servizi e le attività assistenziali e di ricerca, svolte dal Centro Regionale INMP presso l'ospedale di Cerignola, vengano inserite nella Porta Unica di Accesso (PUA), prevista nei Piani Sociali di Zona dell'intero territorio provinciale di FG, e che accanto alla PUA sia possibile far operare, nella stessa sede ed in sinergia con l'INMP, il gruppo dell'Osservatorio Regionale sull'Immigrazione, istituito con delibera regionale.

2.4.9 Le prestazioni sanitarie per la popolazione carceraria

E' stato approvato un protocollo di intesa tra Regione Puglia e Amministrazione Penitenziaria, che prevede iniziative finalizzate alla prevenzione delle malattie e interventi a garanzia della continuità assistenziale, in ossequio al principio per cui il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo e della collettività e come tale va garantito anche a coloro che vivono in condizioni di restrizione o limitazione della libertà personale.

La Regione Puglia ed il Ministero della Giustizia hanno riconosciuto che la salute va intesa come benessere psico-fisico strettamente legata alle qualità delle condizioni di vita quotidiana all'interno degli Istituti penitenziari per adulti e per minorenni, dei Centri di Prima Accoglienza e delle Comunità Ministeriali e all'assistenza sanitaria ivi prestata.

Tenendo conto degli orientamenti di organizzazione del sistema sanitario penitenziario in relazione ai quali, a decorrere dal 1.1.2000, sono transitate al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni relative alla tossicodipendenza ed alla prevenzione ed è stata riconosciuta ai detenuti ed agli internati adulti e minorenni la persistenza dell'iscrizione al S.S.N. per ogni forma di assistenza e l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Il Protocollo d'intesa per l'attuazione della medicina penitenziaria, sottoscritto in data 13 giugno 2006 tra la Regione Puglia, tra il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia ed il Centro della Giustizia Minorile, definisce le azioni per realizzare un'assistenza sanitaria integrata fra le strutture delle due amministrazioni in ordine alle attività di prevenzione sanitaria, all'assistenza specialistica, farmaceutica, ospedaliera ed alla cura delle dipendenze patologiche.

Tra gli obiettivi prioritari da perseguire per le A.U.S.L. e le Aziende Ospedaliere Regionali il presente Piano pone i seguenti:

1. verificare, di concerto con il servizio di Vigilanza sull'Igiene e Sicurezza dell'Amministrazione della Giustizia (V.I.S.A.G.), il rispetto delle norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori di cui all' art.13 del D.Lgs 81/08, nonché delle norme relative alle più complesse esperienze di tutela igienico – sanitaria sia nei confronti degli operatori e dei terzi prestanti servizio all'interno degli Istituti, sia nei confronti dei detenuti e degli ammessi alle misure alternative;
2. controllare le condizioni igieniche degli ambienti detentivi;
3. assicurare l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e l'educazione alla salute;
4. garantire negli istituti penitenziari per adulti e minorenni gli interventi in urgenza tramite le strutture all'uopo deputate soprattutto nelle fasce orarie non coperte dai Medici dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile;
5. intervenire ai sensi della normativa citata nel dispensare alla popolazione detenuta i farmaci in fascia A, in fascia H e quelli comunque inclusi nel PTO, nonché i presidi sanitari concedibili, gli accertamenti specialistici ambulatoriali, individuando meccanismi atti a limitare od eliminare liste di attesa, ed i ricoveri ospedalieri sia in regime ordinario che di day hospital e day surgery;
6. agevolare l'attività professionale a convenzione con l'Amministrazione Penitenziaria dei propri dipendenti, medici, infermieri e tecnici sanitari, nel rispetto della vigente normativa sull'attività libero professionale dei dipendenti dal servizio sanitario nazionale, comunque secondo le previsioni della l. 740/70, della l. 296/93 e successive modificazioni ed integrazioni;
7. assicurare l'accesso dei detenuti alle prestazioni ospedaliere ampliando la disponibilità di posti letto riservati ai detenuti ex art. 7 D.L. 14 giugno 1993 n. 187 L. 296/93, nel rispetto delle

esigenze di sicurezza, al fine di garantire la riduzione al minimo dell'attesa e della durata dei ricoveri all'esterno, nonché i tempi di accesso ai servizi sanitari esterni;

Le ASL, a seguito del passaggio funzionale delle competenze in merito al trattamento della tossico ed alcooldipendenza dal Ministero della Giustizia ai propri Dipartimenti ASL delle Dipendenze, come da D. Lgs. 230/99 e dalla legge regionale n. 26 del 9.8.2006, sono impegnate a inserire nei programmi di assistenza sanitaria, riabilitazione e reinserimento sociale, previsti per i tossicodipendenti e alcooldipendenti a pieno titolo i soggetti predetti presenti negli Istituti Penitenziari per adulti e per minorenni, nei Centri di Prima Accoglienza e nelle Comunità Ministeriali, compresi i soggetti affetti da H.I.V. e A.I.D.S., detenuti o sottoposti a misure alternative e limitative della libertà personale, o altre misure previste dal Codice di Procedura Penale a carico di imputati minorenni.

Nel corso della presa in carico anche per i soggetti sottoposti a misure restrittive delle libertà personali è necessario adottare una diagnosi multidisciplinare dei bisogni, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici anche di mantenimento, in relazione alla predisposizione di un programma che assicuri la continuità terapeutica nel caso in cui il detenuto proveniente dalla libertà fosse già in programma terapeutico e prosegua comunque dopo l'uscita dal carcere, dal CPA e dalle Comunità ministeriali per minorenni.

A tal fine i SERT competenti per istituti per adulti e per minorenni, e per i CPA, si coordineranno con quelli competenti per residenza, per assicurare una continuità di trattamento terapeutico.

Le ASL, in collaborazione con gli istituti per adulti e per minorenni devono inoltre orientare le proprie strutture alla presa in carico di detenuti portatori di cosiddetta "doppia diagnosi", che investa la contemporanea competenza del Ser.T e del Dipartimento di Salute Mentale.

Per la promozione e la tutela della salute delle persone sottoposte a misure restrittive delle libertà personali vi sono le seguenti altre priorità strategiche di intervento:

- potenziamento dei meccanismi di rilevamento delle patologie infettive, approntando specifiche intese ed accordi tra il Servizio Sanitario Regionale, con ciascuna ASL interessata per competenza, e gli Istituti Penitenziari per adulti e per minorenni, i Centri di Prima Accoglienza e le Comunità Ministeriali;
- presidio della situazione sanitaria ed assistenziale dei condannati affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286bis c. 2 del codice di procedura penale, per rendere fruibili i programmi di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS;
- specifica attenzione ai problemi *sociologici* e psicopatologici dei soggetti in esecuzione penale, nonché dei minori sottoposti a provvedimento giudiziario penale in vista di interventi mirati che coinvolgano segnatamente il contesto familiare, il gruppo di appartenenza, il contesto sociale di provenienza, consentano la registrazione dell'evoluzione dei processi allo scopo di un tempestivo adeguamento degli interventi, nonché promuovano la realizzazione di progetti per l'emersione ed il trattamento socio-sanitario del disagio psichico di condannati in misura alternativa, anche non ancora diagnosticato, attraverso la costruzione di progetti personalizzati di accesso alle cure ed alle strutture di integrazione sociale (anche a ciclo residenziale o semiresidenziale) esistenti sul territorio regionale.

2.4.10 Le prestazioni sanitarie per persone con patologie psichiatriche

Come sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Comunità Europea e dal Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 in salute mentale l'attenzione ai diritti delle persone è centrale: diritto alla cura, ma anche a vivere la propria diversità senza essere discriminati ed esclusi; diritto alla salute mentale, ma anche critica dei nuovi dispositivi che, in nome della salute e della sicurezza, riducono gli spazi di autonomia delle persone, trasformate in astratti fattori di rischio, calcolati statisticamente e da gestire attraverso interventi massificati.

In particolare, combattere l'esclusione sociale significa garantire l'effettivo diritto dei pazienti ad accedere a ciò che è fondamentale nella vita di ogni persona: avere relazioni sociali ed affettive, abitare, lavorare. Compito delle istituzioni, allora, è garantire servizi di salute mentale capaci di rispondere alla domanda di aiuto e di offrire un ventaglio di opportunità per la realizzazione di una piena cittadinanza dei pazienti. Impegno che diventa oggi tanto più urgente e necessario, quanto più si ripropone drammaticamente il nesso tra povertà (economica, sociale, culturale) e malattia. Rimanere

disoccupati, avere un lavoro precario, non avere accesso al mondo del lavoro – esperienze che purtroppo colpiscono un numero crescente di persone – significa perdere un ruolo sociale o non poterne avere uno. Non è dunque possibile lavorare per la salute mentale dimenticando le condizioni di vita reale delle persone.

È invece fondamentale sviluppare una salute mentale di comunità che miri a esplorare e a valorizzare le reti naturali (amici, parenti, vicini di casa); che stimoli il protagonismo dei pazienti e dei familiari; che punti sulla risorsa umana dei volontari e dei non professionisti; che sviluppi una reale integrazione con i servizi socio-sanitari, attraverso pratiche di collaborazione e di coinvolgimento di altre figure professionali, anche esterne alla psichiatria.

In particolare, per quanto riguarda l'ambito relativo alla salute neuropsichica in età evolutiva alcune problematiche stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

- a) Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.
- b) Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.
- c) La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.
- d) La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto. Tali interventi devono considerare prioritaria, per la età evolutiva, l'area della integrazione scolastica dei minori con disabilità neuropsichiatriche che rappresenta, come è noto, nella maggioranza dei casi, l'unico ambito che coadiuva le famiglie nella difficile gestione dei minori con turbe neuropsichiatriche. In età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive).

A fronte dell'incremento di richieste di intervento e dell'aumento epidemiologico del disagio psichico, si rende pertanto necessario per il prossimo triennio:

- a) assicurare una costante azione di verifica sulla situazione epidemiologica e sulla congruità dell'assetto dei servizi rispetto ai bisogni rilevati;
- b) proseguire il processo di cambiamento solo timidamente avviato in questi anni ribadendo i principi che devono orientare l'assetto dei servizi per la salute mentale:
 - non solo servizi psichiatrici, bensì concorso di più professionalità per un'azione complessiva multiprofessionale e multidimensionale di tutela della salute mentale, dalla prevenzione alla cura, sia per gli adulti che per l'età infantile e adolescenziale;
 - sistema di servizi in "rete", quale strumento di percorsi assistenziali fortemente orientati ad assicurare la continuità dell'assistenza e le finalità riabilitative;
 - rifiuto di logiche "istituzionalizzanti" e di segregazione (devono essere definiti i tempi di permanenza nelle strutture riabilitative residenziali ed i criteri di inclusione) prevedendo programmi riabilitativi individualizzati che si applicano nel territorio nei contesti di vita delle persone ridimensionando la residenzialità, a vantaggio delle territorialità e della domiciliarietà, definendo una diversa distribuzione di un budget economicamente insufficiente, per due terzi mediamente rappresentato dal costo delle strutture residenziali gestite dal privato sociale e imprenditoriale;
 - scelta di "servizi di comunità" a forte interazione con la comunità locale, per la costruzione di percorsi di condivisione e di sostegno e di azioni di recupero e di reinserimento sociale; servizi di comunità, intesi come servizi comprensivi e dipartimentali, unitari per tutte le fasce di età e per tutte le patologie secondo le indicazioni dell'OMS;
 - ampia attenzione ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza perché si produca un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita sintetizzabili in:

-
- a) necessità di tener conto della reciproca interazione delle varie aree di sviluppo: motoria, cognitiva, psico-affettiva e relazionale;
- b) necessità di specifica attenzione alle diverse fasce d'età;
- c) necessità di considerare gli altissimi indici di comorbidità tra i vari disturbi, in diverse e successive fasce d'età;
- d) necessità di collaborare ad un intervento complessivo che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, in considerazione della stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale, che richiede un intervento allargato alla famiglia e all'ambiente educativo-scolastico e sociale;
- e) sviluppare in ogni ASL una efficiente/efficace "rete" dei servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali, in grado di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione.

2.4.11 Le prestazioni sanitarie per persone con dipendenze patologiche

Fumo di Tabacco

L'esposizione, specie nei luoghi di lavoro e in ambiente domestico, al fumo passivo oltre ad essere corresponsabile di patologie respiratorie dell'infanzia (ad es. asma bronchiale) è causa di aumentato rischio di tumore polmonare e di infarto del miocardio. Sarà necessario, pertanto, adottare appositi programmi per prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare; per favorire la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei Medici di Medicina Generale opportunamente formati, dei Centri Antifumo; per favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore (consultori) ed, infine, per proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Consumo problematico e/o dannoso di bevande alcoliche

Già nel Piano sanitario nazionale 2003-2005, la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dal consumo di bevande alcoliche è stata riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica. Anche in ambito regionale appare evidente la maturazione di una nuova cultura istituzionale in campo alcolico, che ha indotto alcune Regioni a rafforzare il sistema di misure programmatiche e organizzative, con particolare attenzione al mondo giovanile e scolastico. Le attività di monitoraggio del Ministero della Salute consentono di affermare che in tutte le Regioni, si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali preposti al trattamento e alla riabilitazione della dipendenza da alcol, all'interno. Sempre più capillare appare la capacità di collaborazione tra servizio pubblico ed enti e associazioni del privato sociale accreditato e di auto-mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi e Club degli Alcolisti in Trattamento), dei quali si sta affermando uno specifico ruolo sia nella promozione della salute che nella riabilitazione. Ma, nonostante i progressi rilevabili, sono in incremento i danni alcol-correlati (vedi stragi del sabato sera, associazione di alcol con altre sostanze psicoattive), nonché difficoltà e carenze, in relazione alle quali appare importante intervenire con programmi di promozione della salute tramite un approccio di comunità, in sintonia con le linee di indirizzo dell'Ufficio Europeo dell'OMS fatte proprie dall'ISS, soprattutto in confronto ai comportamenti di consumo a rischio della comunità pugliese. Appare importante, inoltre, al fine di contenere i danni già in essere, mettere in azione una rete di trattamento, in collaborazione tra strutture pubbliche e associazioni del privato sociale accreditato, che garantisca una continuità assistenziale, tra i ricoveri in acuto e l'inserimento nei gruppi di auto mutuo aiuto, attivando una Unità Operativa di Riabilitazione Alcolica da 10 posti letto in ciascuna macroarea.

Obiettivi , criteri di valutazione, indicatori

Obiettivo 1 - Ottimale distribuzione sul territorio

- **Riduzione dei costi**

I Consultori familiari devono essere distribuiti sul territorio della ASL secondo un rapporto di 1 ogni 20.000 abitanti (criterio non vincolante), allocati in strutture preferibilmente di proprietà delle ASL e/o della Regione e/o nel Comune ma con almeno un accesso riservato laddove coesistano con altri servizi territoriali (DSS, Ospedale, uffici).

- **Accessibilità ai cittadini**

Devono essere ubicati in luoghi facilmente raggiungibili dai mezzi pubblici e facilmente individuabili (obbligatorietà nelle segnaletiche stradali)

Orari di apertura flessibili in base alle esigenze territoriali, alla tipologia del contesto urbano, ai ritmi di vita delle donne, anche attraverso la specifica previsione dell'armonizzazione orari di apertura all'interno dei Piani dei Tempi e degli Spazi a cura degli Ambiti Territoriali.

Coordinamento tra Consultori dello stesso territorio (anche di Distretti diversi) per garantire l'apertura di almeno una struttura tutti i pomeriggi dal lunedì al venerdì e l'apertura a turno il sabato mattina, allo scopo di evitare chiusure che si prolunghino oltre 48 ore, nonché nei periodi di ferie

Devono disporre di locali ampi e "decorosi", in modo da poter consentire lo svolgimento contemporaneo di attività differenti.

- **Accessibilità a operatori e amministratori**

Devono disporre di collegamenti telefonici e telematici per ottemperare alle esigenze di espansione di Porta Unica di Accesso (PUA) dedicata alla salute di genere.

Creazione di un sistema informativo della rete dei consultori, integrato nel N-SISR, al fine di garantire la pianificazione, il coordinamento e la valutazione degli interventi.

Obiettivo 2 – Multidisciplinarietà e completezza delle prestazioni

- Definito in base alla tipologia degli interventi da realizzare sul territorio con la modalità dell'offerta attiva e gli obiettivi previsti dal POMI e dalle normative vigenti
- Equipe consultoriale permanente: Ginecologo, Ostetrica, Psicologo, Pediatra, Assistente sociale, Assistente sanitaria e Infermiera professionale.
- Eventuale affiancamento di Mediatori culturali e di Professionisti già presenti nella ASL nel caso di specifici interventi: Sociologo, Avvocato, Genetista, Andrologo ecc.
- Revisione dei criteri di reclutamento del Personale: progressiva eliminazione del convenzionamento; progressivo riposizionamento del Personale sanitario che solleva obiezione di coscienza (art. 9 della Legge 194) con agevolazione della mobilità verso altri servizi del Distretto.
- Formazione del Personale: continua, programmata, mirata ai progetti di Piano con piena attuazione dell'art. 15 della Legge 194 ed alla tutela dei soggetti deboli (minori, anziani, immigrati, ecc.)
- Tirocini pratici nei CF (per Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Specialisti in formazione in ginecologia-ostetricia e Pediatria; per Studenti dei Corsi di Laurea in Psicologia oltre che degli Specializzandi) e Stage formativi (per altre figure mediche e paramediche) su specifici progetti.
- Programmazione di attività esterne alla struttura da parte delle equipe dei CF di uno o più Distretti (o dell'intera ASL), da realizzare nei luoghi di maggiore aggregazione delle possibili fruitrici dei servizi consultoriali (scuole, fabbriche a prevalente mano d'opera femminile, ecc.), anche promuovendo la costruzione di un sistema di relazioni con le altre strutture e servizi preposte (Centri famiglie, ecc.).

GRAVIDANZA VOLUTA

Percorso Nascita

L'ambito della nascita vede la donna esprimersi in una delle sue maggiori potenzialità espressive e creative. Non c'è momento più appropriato per investire nella promozione della salute: la donna ha la massima disponibilità a riflettere sul proprio stato di salute, al fine di assicurare le migliori condizioni al nascituro.

Appare indispensabile per la attuazione di un modello sociale di salute basato sull'*empowerment*, cioè sulla valorizzazione delle competenze della donna nell'affrontare la gravidanza e il parto, sviluppare in tutti i Consultori familiari della Regione un'offerta attiva di "Percorso Nascita" che possa essere seguito dalla coppia dall'epoca preconcezionale alla fase successiva al parto, secondo le più accreditate linee guida internazionali.

I consultori sia per le competenze e per l'approccio multidisciplinare dell'equipe, sono, fra i servizi socio-sanitari, quelli meglio posizionati per assolvere a questo delicato e importante compito.

Aspetti qualificanti di un percorso "virtuoso" relativo alla nascita sono:

Sul piano del modello organizzativo:

- avvio del Percorso Nascita già in epoca preconcezionale (anamnesi malattie genetiche con eventuali screening, esami preconcezionali, somministrazione di acido folico ecc.)
- interscambio culturale e formativo tra i Reparti di Ostetricia e i servizi territoriali, in particolare i CF, finalizzato alla condivisione del progetto da parte di tutti gli operatori
- monitoraggio della gravidanza: il CF (inserito nel Piano per la Sanità elettronica) provvede alla prenotazione degli esami di genetica prenatale, degli esami ematochimici e delle ecografie e/o altre indagini diagnostiche necessarie consigliate dalle linee guida ministeriali, secondo la cronologia prevista
- offerta di tutte le metodiche previste per la partoanalgesia da parte dei Dipartimenti Materno-infantili
- attivazione di almeno un "Ospedale Amico del Bambino" per ASL e della realizzazione del "Territorio amico del bambino" come previsto dal progetto dell'Unicef.

Sul piano della promozione della salute della donna e del nascituro:

- offerta attiva alle gestanti da parte dei CF di Corsi di accompagnamento alla nascita che comprendono la preparazione al parto, l'assistenza post-parto a domicilio e la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno (nell'ambito di un progetto sperimentale già deliberato dalla Regione Puglia)
- obbligo per tutti i Punti nascita di garantire il roomin-ing (ancora non esteso su tutto il territorio regionale) e il rispetto della "buona prassi" (raccomandata dall'OMS) di attaccare il neonato al seno entro 2 ore dalla nascita, in un'ottica di umanizzazione del parto
- riconoscimento del lavoro insalubre (movimentazione carichi, sostanze chimiche, ecc.) come uno dei rischi per la salute della donna e del nascituro e attiva vigilanza da parte degli SPESAL sulla corretta applicazione del D. Lgs. 151/01
- offerta attiva di corsi di Riabilitazione del pavimento pelvico per prevenire l'incontinenza urinaria in fase puerperale
- prevenzione della depressione post-partum e assistenza psicologica.

Sul piano della diffusione delle informazioni:

- comportamenti normo-amministrativi uniformi nell'applicazione delle disposizioni in tema di esenzione e/o partecipazione alla spesa da parte della gestante
- informazione alle donne gravide sulle più recenti acquisizioni in tema di donazione del cordone ombelicale e di conservazione delle cellule staminali
- estensione della offerta attiva alle donne immigrate, con ricorso ai mediatori culturali, al fine di avvicinarle ai servizi di promozione della salute
- azioni di sensibilizzazione per la favorire la presenza del padre o di un familiare che accompagni la donna al momento del parto
- collegamento dei CF con le Centrali informative nazionali che si occupano di teratogenicità e con le associazioni che si occupano della prevenzione e assistenza nei casi di malattie congenite

3.1.7 Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare

Nel 2001 sono state pubblicate le **Linee Guida Ministeriali per affrontare in termini di prevenzione, cura e riabilitazione i DCA** a livello nazionale.

Esse prevedevano una rete di assistenza per i DCA dotata dei tre livelli assistenziali necessari da allocarsi nel territorio:

Livelli Essenziali Organizzativi per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Servizio Assistenziale I° Livello	Servizio Assistenziale II° Livello	Servizio Assistenziale III° Livello
Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio
	Day-Hospital	Day-Hospital
		Residenza

Nota: Il ricovero ospedaliero può essere attuato presso un reparto di medicina interna, psichiatria, pediatria, per specifici criteri clinici e sempre inserito in un unico programma terapeutico-riabilitativo.

Nell'ambito di tale organizzazione, gli ospedali dovrebbero, lavorando in rete, offrire la disponibilità di posti letto nei reparti di medicina interna e psichiatria riservati alle emergenze di natura organica e/o psicopatologica specificamente associate ai DCA. Le degenze, tendenzialmente di breve durata, dovrebbero comunque preludere all'attivazione di un percorso terapeutico-riabilitativo presso una struttura specializzata (DH e/o residenziale).

Le suddette Linee Guida auspicano, inoltre, ai fini di migliorare l'assistenza a livello regionale, l'opportunità di istituire un coordinamento specifico tramite un **Centro regionale Interaziendale ed interdipartimentale**, a valenza regionale, che dovrebbe fungere da punto di riferimento organizzativo ed assistenziale della rete.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2004 tra gli Obiettivi Generali aveva previsto la costituzione di **“Unità Interdipartimentali di assistenza per l'Obesità e i Disturbi del Comportamento Alimentare, con sede all'interno di strutture ASL.**

Il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**, con riferimento agli obiettivi da raggiungere assegnati specificatamente per i Dipartimenti di Salute Mentale, prevede di *“migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i Disturbi del Comportamento Alimentare con particolare riferimento all'anoressia”.*

*Questo Piano Regionale di Salute definisce tra gli obiettivi operativi di cura e di promozione di salute, nell'ambito specifico dei Disturbi del Comportamento Alimentare, e la creazione di **Centri dedicati per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione composti da equipe multidisciplinari con professionalità di ordine internistico, nutrizionale, psichiatrico, psicologico, con:***

Nell'ambito di ciascuna ASL:

- almeno due strutture di 1° livello (ambulatoriale) ai sensi delle Linee Guida Ministeriali per i DCA da collocarsi all'interno del Poliambulatorio dei distretti socio-sanitari, integrato con il CSM;

- una struttura di 2° livello con 15 posti letto di day hospital all'interno di Centri Specializzati per i DCA a valenza dipartimentale collocati nell'Ospedale di riferimento della ASL, la cui direzione è affidata ad uno specialista psichiatra, per la diagnosi, la terapia e riabilitazione integrata e multidisciplinare;

Nell'ambito di ciascuna delle tre macroaree:

- una struttura di 3° livello residenziale e semiresidenziale all'interno di una struttura dedicata, dotata di ambulatorio, day hospital e residenza terapeutica/riabilitativa che deve prevedere la presenza di un'equipe multidisciplinare composta almeno dalle seguenti professionalità: psichiatra, psicologo, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, endocrinologo, dietista, infermiere.

A livello regionale:

- la creazione di un Centro di coordinamento a valenza regionale quale punto di riferimento delle reti aziendali, con funzioni di:

• *coordinamento di tutti i progetti ed azioni di prevenzione dei DCA, in particolare di quelli promossi dalle Unità Interdipartimentali di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare di cui al paragrafo 2.2.7.1 del presente Piano;*

• *supporto all'osservatorio epidemiologico regionale in materia di DCA;*

• *formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori;*

• *ricerche cliniche e di base in collaborazione con tutti i servizi disponibili (Università, Ospedali, servizi residenziali, Ospedali diurni, Ambulatori).”*

3.2.2. Livelli di assistenza.

Assistenza intensiva in Unità Operative per acuti

Per pazienti in fase acuta, clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche che richiedono il ricovero in discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa, che collabora alla gestione del caso per la riabilitazione in fase precoce.

Gli interventi riabilitativi hanno l'obiettivo di contribuire alla prevenzione dei danni e delle menomazioni secondarie nelle patologie disabilitanti o a rischio di disabilità.

È compito delle Unità Operative riabilitative competenti attivare le procedure e prendere i contatti necessari per garantire la continuità assistenziale attraverso la presa in carico del paziente da parte delle strutture riabilitative della rete assistenziale regionale, in modo adeguato al soddisfacimento dei bisogni assistenziali del paziente stesso.

Assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera

Per pazienti in regime di ricovero ordinario, che hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono in una condizione di rischio potenziale di instabilità clinica, tale da rendere necessari un'assistenza medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing specificatamente dedicati nell'arco delle 24 ore, nonché di un supporto multispecialistico e tecnologico di livello ospedaliero.

Assistenza intensiva post acuzie-ospedaliera in regime di Day- Hospital

In regime di ricovero, per pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo ed un supporto multidisciplinare distribuito nell'arco delle ore diurne.

Assistenza intensiva post-acuzie ad alta complessità

(Erogata in Unità operative ospedaliere)

Dedicate a pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.

Assistenza intensiva post acuzie extra-ospedaliera

(Strutture extra-ospedaliere)

Per pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprendivo ed un supporto multidisciplinare distribuito nell'arco delle 24 ore.

Assistenza estensiva post-acuzie ad alta complessità

(Strutture residenziali territoriali)

Per pazienti che richiedono un moderato impegno clinico e terapeutico, per il trattamento di disabilità in fase post-acuzie, a basso rischio potenziale di instabilità clinica oppure per pazienti con disabilità croniche in condizione di non autosufficienza, abbisognevoli nell'arco delle 24 ore di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi.

Assistenza estensiva a media complessità

(Strutture residenziali territoriali – RSA)

Per pazienti non autosufficienti, a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo dalla durata limitata e predefinita finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo- relazionali.

Assistenza estensiva a ciclo diurno a media complessità

(Strutture semiresidenziali territoriali – centri di riabilitazione)

Per pazienti non autosufficienti, a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo- relazionali erogabile, nell'ambito del progetto riabilitativo, nell'arco delle 12 ore.

Assistenza estensiva a bassa complessità

(Strutture residenziali territoriali – RSSA)

Per pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con disabilità stabilizzate, che richiedono un programma di interventi riabilitativi per il mantenimento delle abilità funzionali con carattere di continuità.

Assistenza a ciclo diurno estensiva a bassa complessità

(Strutture semiresidenziali territoriali – centro socioeducativo e riabilitativo)

Per pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con disabilità stabilizzate, che richiedono un programma di interventi riabilitativi per il mantenimento delle abilità funzionali erogabile, nell'ambito del progetto riabilitativo, nell'arco delle 12 ore.

Assistenza ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali *(Strutture residenziali territoriali dedicate)*

Per soggetti in età evolutiva, affetti da patologie congenite o acquisite, che necessitano di un programma riabilitativo che preveda interventi multidisciplinari, orientati al recupero di abilità fisiche, psichiche e relazionali e la cui presa in carico, anche prolungata nei casi di maggiore complessità clinica, preveda la definizione di un progetto riabilitativo centrato sulla globalità dell'intervento, sull'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia.

Assistenza diurna ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

(Strutture semiresidenziali territoriali dedicate - centro socioeducativo e riabilitativo)

Per soggetti in età evolutiva affetti da patologie congenite o acquisite che necessitano di un programma riabilitativo, che preveda interventi multidisciplinari, orientati al recupero di abilità fisiche, psichiche e relazionali erogabili, nell'ambito del progetto riabilitativo, nell'arco delle 12 ore.

Il programma deve prevedere in ogni caso la presa in carico del paziente e deve garantire continuità dei percorsi riabilitativi erogati nelle ore diurne. L'intervento deve

garantire, altresì, la globalità dell'approccio terapeutico riabilitativo e mirare all'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia.

Assistenza a disabili privi di sostegno familiare

(Strutture residenziali territoriali - Istituti Ortofrenici ad esaurimento; strutture socioassistenziali e socio-sanitarie per "dopo di noi" di cui al Reg. R. n. 4/2007).

Per soggetti affetti da patologie congenite o acquisite in fase di stabilizzazione, compresi i comi vegetativi persistenti, privi di un riferimento familiare ovvero non gestibili da parte dei familiari, che necessitano di prestazioni di mantenimento di diversa intensità, anche per periodi prolungati, in un programma di assistenza socio-sanitaria a bassa integrazione.

4. LA RETE DELLA FORMAZIONE

4.1 RAPPORTI REGIONE e UNIVERSITÀ': il sistema della ricerca e della formazione a supporto del Sistema Sanitario Regionale

L'applicazione di un piano che ha l'intendimento di proporre ai cittadini pugliesi e agli operatori della sanità un percorso che produca salute e non si limiti a cercare di affrontare le sfide poste dal cambiamento della patologia (si pensi al problema della cronicità) nei puri termini di aumento dell'offerta prestazionale, diventa velleitaria se non coinvolge il luogo istituzionalmente dedicato alla formazione di base e specialistica dell'intera platea degli operatori sanitari.

Nel rispetto delle reciproche competenze, infatti, non si può ritenere che il ruolo delle facoltà mediche e, in definitiva delle Università Pugliesi, possa essere limitato a quello fin qui svolto attraverso il pur delicato apporto che le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Bari e di Foggia offrono all'erogazione dei servizi di diagnosi e cura della Regione, rapporto pesantemente normato e che vede in atti diversi dal piano (protocolli d'intesa) la pratica soluzione delle problematiche presenti, nel rispetto della gradualità del percorso clinico-assistenziale e del ruolo dei policlinici come centri di terzo livello. In questo senso, il disegno strutturale della rete formativo-assistenziale deve orientare le modalità di presenza delle Università all'interno della rete periferica, allo scopo di ottimizzare i corsi di professione sanitaria e alleggerire il peso assistenziale dei Policlinici, ampliando al contempo l'offerta didattica nei confronti dei medici e degli specialisti in formazione (per questi ultimi la recente introduzione dei contratti di formazione-lavoro in sostituzione delle borse di studio apre scenari nuovi di rapporto condiviso).

Identificare nuovi paradigmi di riferimento, nell'ottica da un lato (quella degli operatori) delle equità, efficienza ed efficacia (nell'ambito delle quali rientra la appropriatezza, che di esse è un prodotto derivato, privo di valenza ontologica) e dall'altro (quello della utenza) di una maggiore consapevolezza del valore generale e specifico del Piano, significa ragionare sul contributo culturale più che tecnico che il Sistema della Formazione è in grado di innestare.

La stessa integrazione socio-sanitaria che tiene conto della centralità della persona (e delle sue fragilità) non può che vedere, per gli aspetti di interazione fra azioni che riguardano l'intero Governo Regionale, la valorizzazione delle conoscenze presenti nel Sistema Universitario pugliese. In pratica, un percorso che includa la promozione della salute in tutte le politiche, come ampliamento del ragionamento sulle politiche della salute, ha bisogno di un coinvolgimento ampio di tutte le risorse intellettuali disponibili.

Occorre quindi stabilire insieme il percorso attraverso cui il piano, già nella fase dell'articolazione in azioni programmatiche, possa avvalersi di contributi organizzati sia per quanto attiene la contestualizzazione degli interventi, sia per quel che riguarda monitoraggio e valutazione, senza trascurare l'apporto possibile in termini di reingegnerizzazione delle funzioni del management, così come chiarito nella sezione dedicata alla formazione.

Essendo le realtà locali differenziate per caratteristiche strutturali, logistiche ed epidemiologiche, il modello metodologico (formativo e/o assistenziale) deve avere non soltanto valore di committenza forte, ma contemporaneamente piegarsi alla contestualizzazione che solo gli strumenti affinati della conoscenza accademica consentono. La costruzione di una nuova attività di formazione e ricerca della Regione, da condursi con una condivisione piena con le Università, individua come luoghi privilegiati:

- la istituzione di un Osservatorio regionale – con la partecipazione anche di componenti designati dalle università pugliesi - deputato al coordinamento delle iniziative regionali in materia di progetti nazionali ed internazionali nonché al monitoraggio dei prodotti della ricerca scientifica biomedica
- l'implementazione del Gruppo Operativo per l'Educazione Continua in Sanità recentemente avviato con progetto finanziato con componenti designati dalle Università pugliesi
- i protocolli di intesa Regione-Università disciplinano i rapporti tra i due Enti in materia di assistenza, formazione medica specialistica e delle professioni sanitarie, anche in deroga a quanto previsto nel presente Piano.

5.2 Il contenimento dei tempi d'attesa

Una notevole rilevanza, anche per la promozione del governo clinico, assumono le iniziative della Regione Puglia in materia di contenimento del fenomeno relativo alle "Liste e tempi d'attesa" e di promozione del rispetto degli impegni assunti, a seguito degli accordi, intese e atti di pianificazione definiti a livello nazionale (di cui si citano l'Accordo Stato-Regioni del 11.7.2002, l'Intesa del 23.03.2005 e l'Intesa del 28.3.2006), relativamente ai tempi massimi d'attesa da garantire ai cittadini. Tali iniziative riguardano tutte le fasi del processo "Liste d'attesa", di seguito analizzate secondo un ordine logico in relazione alle criticità osservate nel sistema regionale. Esse possono, in linea generale, essere ricondotte alla "richiesta" di prestazioni (domanda) ed alla "attività di erogazione" dell'assistenza (offerta). Nell'ambito delle fasi descritte, pertanto, a livello Regionale, le principali criticità, confermate anche nel corso delle rilevazioni dei tempi d'attesa in adempimento dell'Accordo dell'11.07.2002 (sia in fase di sperimentazione del disciplinare tecnico, a cui ha partecipato la Puglia, che nelle rilevazioni nazionali del triennio 2004-06), sono emerse, ma non solo in Puglia, in relazione ai seguenti elementi:

LATO DOMANDA

- l'assenza, quasi assoluta, di stratificazione della domanda secondo criteri di priorità e di appropriatezza della richiesta;
- la grande difficoltà ad attivare processi di governo clinico rispetto all'adozione di strumenti di valutazione della domanda sulla base di criteri condivisi di appropriatezza prescrittiva (Linee guida e Protocolli di assistenza);
- il grado di diffusione, assolutamente insufficiente, di modelli assistenziali basati su percorsi diagnostico-assistenziali e di presa in carico della cronicità e dei fenomeni di fragilità, che consentirebbero, al contempo, di gestire i bisogni in modo ed in tempi appropriati; a tal proposito, tuttavia, va citata la sperimentazione, nell'ambito del Progetto Leonardo nella Asi

di Lecce, di un modello d'assistenza delle medicine di gruppo dei MMG all'interno del quale è stata inserita una figura di infermiere Care manager, facilitatore del processo di adozione e adesione alle Linee guida e protocolli di assistenza di patologie rilevanti per frequenza, gravità e costi (Diabete, Scompenso cardiaco e Rischio cardiovascolare) e tutore per un ruolo consapevole del cittadino nella gestione di un progetto di salute (*empowerment*);

- la comunicazione ed informazione, attraverso le Carte dei Servizi ed altri mezzi, come strumento di orientamento per l'accesso alle prestazioni e distribuzione della domanda in maniera adeguata.

LATO OFFERTA

- il controllo solo parziale delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali da parte dei C.U.P.;
- la presenza di agende degli erogatori (sia pubblici che privati) direttamente gestite dai fornitori di prestazioni, con registrazione manuale dei dati, talvolta incompleti per l'identificazione degli elementi necessari alla valutazione della prestazione;
- la presenza di "agende chiuse", fenomeno, tuttavia, in fase d'esaurimento per l'esplicito divieto stabilito dalle norme di riferimento;
- la forte disparità, o talvolta assenza, di procedure per la tenuta dei registri di prenotazione, in particolare per le attività di ricovero, presso i gestori delle prenotazioni con accesso diretto; l'impossibilità, negli attuali sistemi di registrazione, di differenziare la prima visita (che rappresenta l'elemento significativo per la valutazione dei tempi d'attesa) dai controlli programmati, dalle urgenze-emergenze, dagli screening e dai controlli di secondo e terzo livello;
- l'impossibilità attuale di monitorare la prima visita nell'ambito di un percorso oncologico, in quanto una codifica specifica è prevista solo per la prestazione di "visita nella branca oncologica", quando è noto che in gran parte dei casi la prima diagnosi di patologia oncologica è formulata in occasione di prestazioni differenti (ad esempio nel corso di esami endoscopici richiesti dal medico di medicina generale, ecc.);
- lo scarso controllo del fenomeno libera-professione, per la quale non sono attivate in nessun modo modalità di definizione dei volumi e di registrazione delle richieste;
- l'adeguamento dei carichi di lavoro in rapporto al volume della domanda.

Rinviando alla DGR 1200/2006, ed alla successiva integrazione, per una più dettagliata definizione delle problematiche correlate al contenimento dei tempi d'attesa, la pianificazione può essere schematicamente indicata nelle seguenti linee d'intervento:

Appropriatezza e Diffusione di Linee guida. Sviluppare il rapporto con le Società Scientifiche per l'individuazione, l'adozione e la diffusione di Linee guida e Protocolli diagnostico-terapeutici, in relazione alle prestazioni più rilevanti per gravità, frequenza e costi ed in considerazione della necessità di proporre al sistema ed ai professionisti strumenti di "*Clinical governance*" per garantire appropriatezza nella scelta dei percorsi di diagnosi e cura, anche finalizzati ad un attento uso delle risorse del sistema sanitario.

Criteri di priorità negli accessi. Definire apposite Linee guida per la differenziazione degli accessi alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica, anche in coerenza con quanto sarà proposto dalla Commissione nazionale per l'appropriatezza.

Formazione. Individuare, nei Piani Aziendali di Formazione (PAF) delle AA.SS.LL, AA.OO., II.RR.CC.CC.SS., EE.EE. della regione, progetti ed eventi formativi in sintonia con lo sviluppo di competenze per la gestione dei processi assistenziali secondo il modello dei percorsi diagnostico terapeutici e per l'uso dei criteri di appropriatezza prescrittiva basata su evidenze di efficienza ed efficacia delle prestazioni rese.

Potenziamento dei CUP. Tendere verso il controllo completo della offerta di servizi, tale da consentire una redistribuzione della domanda tra tutti gli erogatori ed evitare il fenomeno diffuso delle multi-prenotazioni per la medesima prestazione e del drop-out di utenti prenotati.

Gestione delle liste d'attesa. Garantire la trasparenza nell'accesso alle prestazioni e presupposto per la raccolta di dati ed informazioni per il monitoraggio e per la valutazione del fenomeno "tempi d'attesa".

Modalità di Accesso alle prestazioni e Distribuzione dell'offerta di prestazioni. Rendere uniformi le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, attraverso le apposite Linee guida già emanate dalla regione.

Informazioni sulla disponibilità di servizi. Garantire l'orientamento ed il diritto di scelta e favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti di erogazioni presenti sul territorio, attraverso una informazione puntuale agli utenti sull'offerta di servizi.

Coinvolgimento dei cittadini La partecipazione consente di esercitare non solo una funzione di valutazione e controllo del fenomeno "tempi d'attesa", ma anche di fidelizzazione dei cittadini alle strutture sul territorio individuate quali luoghi di garanzia del diritto a tempi massimi d'attesa.

Comunicazione ai cittadini inerente l'offerta dei servizi ed i tempi di attesa: Nell'ottica dell'implementazione del CUP regionale, tutte le strutture (ASL, IRCCS, AO, EE, Privati Accreditati, ecc.) che erogano prestazioni a carico del SSR provvedono, entro il termine di sei mesi dall'adozione del presente atto, ad aggiornare le carte dei servizi ed a rendere le stesse disponibili via web, con indicazione delle tipologie di prestazioni erogate, delle sedi di erogazione, degli orari di apertura al pubblico, delle modalità di prenotazione e di pagamento, dei tempi minimi, medi e massimi di attesa per ogni tipologia di prestazione.

Monitoraggio dei tempi d'attesa Sviluppare un sistema di valutazione e sorveglianza circa la tutela dei diritti dei cittadini e l'uso appropriato delle risorse.

E' solo il caso di sottolineare la rilevanza che assumono, rispetto alle politiche di contenimento dei tempi d'attesa, le problematiche attinenti alla razionalizzazione organizzativa dei servizi e dell'offerta delle prestazioni, compresa quella privata in regime di accordo contrattuale e quella libero-professionale, ed al processo di accreditamento istituzionale, all'interno del quale è possibile definire un approccio sistemico di gestione di tutti gli elementi precedentemente rappresentati.

Obiettivi strumentali per il contenimento dei tempi di attesa sono:

1. garantire la piena attuazione a livello aziendale degli indirizzi contenuti nella DGR 1200/2006 e s. m. i;
2. supportare le attività ed i gruppi di lavoro aziendali a cura degli organismi regionali di indirizzo e valutazione (Settore competente dell'Assessorato alle politiche della salute, AReS, Gruppo di lavoro tempi d'attesa e Commissione appropriatezza)
3. *rimodulare il flusso informativo verso il SISR nel senso del soddisfacimento delle nuove esigenze di monitoraggio poste dal Piano Nazionale di Contenimento dei tempi d'attesa e dal Progetto Mattoni "Tempi d'attesa".*

5.3 Umanizzazione del sistema delle cure

Il bisogno di salute lungo l'arco dell'intera vita, espresso con sempre maggiore consapevolezza dai cittadini, presenta una dimensione di complessità in cui la tradizionale concezione di salute e malattia, riferita prevalentemente alla considerazione di fattori patologici individuali, viene completamente rivisitata in favore di una visione più ampia che include la valutazione di fattori umani, ambientali, sociali, culturali ed economici.

Il Piano regionale di Salute, recepisce in pieno tale mutata concezione ed assume come guida il principio olistico della salute dando spazio e riconoscimento ai valori dell'umanizzazione. Umanizzare significa appunto superare il modello biomedico di cura, oggi prevalente, per sostenere un diverso approccio *biopsicosociale* in cui è la persona, nel suo complesso, ad essere centrale e non la sua malattia.

Considerare gli uomini e le donne, nella loro interezza, come persone dotate di intelligenza, sentimenti e storie da rispettare, richiede cambiamenti sostanziali nello stile di relazione tra operatori e pazienti e nella programmazione/gestione dei servizi per la salute; questi vanno quindi ridisegnati tenendo conto della domanda di benessere psicofisico posta dai cittadini.

Una nuova e diversa attenzione ai bisogni impliciti dell'utente dà vita inoltre ad un processo di riconoscimento reciproco tra i soggetti componenti il sistema: l'utente, l'operatore sanitario, la comunità all'interno della quale sono collocati i servizi.

E' infatti opinione condivisa che la qualità delle relazioni influisca in maniera incisiva sul percorso di cura dei degenti e sulle condizioni di lavoro del personale ospedaliero. Il bisogno di umanizzazione è quindi sentito da entrambe le parti.

L'attenzione al processo di umanizzazione obbliga anche a considerare parametri nuovi che garantiscano percorsi di cura integrati e quindi una più efficace funzionalità del sistema, caratterizzato oggi da percorsi assistenziali farraginosi e frammentati.

L'*umanizzazione*, nel PRS, travalica quindi la semplice affermazione di principio per assumere un valore operativo che si traduce nella promozione di una nuova cultura e nell'individuazione di innovazioni organizzative: azioni e procedure che inneschino un processo di miglioramento continuo del clima e delle modalità di erogazione dei servizi, fondato sulla considerazione delle esigenze del cittadino/utente.

E' necessario il superamento di criticità importanti, sentite dai cittadini, che vanno dalla possibilità di orientarsi in una struttura sanitaria a quella di sentirsi accolti, informati e resi consapevoli del percorso terapeutico da seguire. L'impostazione delle relazioni interpersonali deve puntare ad un rapporto empatico con gli utenti e a conquistarne la fiducia, attraverso l'uso di un linguaggio comprensibile e non strettamente professionale, l'attenzione al rispetto di sensibilità, dignità e privacy, la pratica di stili di interazione ispirati al sostegno e all'incoraggiamento dei pazienti.

All'interno del processo di umanizzazione, è altrettanto rilevante considerare le problematiche poste dagli operatori: la specificità del lavoro in ambito sanitario impone spesso ritmi incalzanti, richiede sempre un'elevata attenzione e produce, in molte occasioni, varie forme di stress. Per produrre un incisivo cambiamento quindi, l'apporto degli operatori sanitari va valorizzato attraverso forme di riconoscimento, anche individuale, e sostenuto concretamente attraverso ottimizzazione complessiva dei contesti di lavoro.

Il Piano regionale di Salute, prevede, a tale scopo, procedure e azioni che coinvolgono più attori e più funzioni in momenti diversi:

1. nell'accoglienza, istituendo un servizio di *tutoring* che consenta ai soggetti che si rivolgono alle strutture sanitarie di orientarsi rispetto alle procedure di accesso alle prestazioni ed alle strutture di cura;
2. nel sostegno alla cronicità, attraverso l'individuazione di case manager nei diversi livelli di assistenza, per prendersi carico, guidare e accompagnare i pazienti nei percorsi di diagnosi e cura programmati per la gestione dei profili di cura più appropriati, salvaguardando per ognuno e promuovendo il diritto di essere soggetto attivo nella gestione della propria salute;
3. nell'informazione qualificata attraverso la corretta applicazione della normativa relativa all'istituzione della "carta dei servizi", disponibile anche in versione telematica, che riporti la tipologia e la quantità delle prestazioni erogate dalle singole unità operative e consenta la scelta appropriata dei servizi;
4. nella formazione permanente degli operatori a tutti i livelli, prevedendo curriculum che contemplino percorsi specialistici, attività di personal *empowerment* e di miglioramento delle capacità relazionali – emozionali, attraverso l'attivazione di moderni "laboratori di comunicazione", anche per un'adeguata attuazione del consenso informato;
5. nel supporto agli operatori sanitari attraverso servizi di counseling e sostegno psicologico;
6. nel modello di interazione tra i cittadini, le associazioni e gli altri protagonisti del sistema salute attraverso la rilevazione ed il controllo degli standard di
7. miglioramento dell'umanizzazione dei servizi assicurando l'ascolto e il relativo *feed back* sulle criticità rilevate;
8. nella pianificazione dei servizi, con il coinvolgimento e l'ascolto degli operatori, per promuoverne l'integrazione e la facilità di fruizione;
9. nella *customer satisfaction* adottata come strategico strumento di valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista dei cittadini;
10. nella cura degli ambienti dal punto di vista ricettivo (architettura, arredi, finiture, colori, segnaletica) tenendo conto che elementi come suoni, odori, temperatura, umidità, ventilazione, luminosità, estetica, pulizia e igiene influiscono sul benessere degli ospiti;

-
11. nella adozione di un Codice Etico Aziendale per aumentare la consapevolezza del sistema di valori a cui devono riferirsi le professioni di aiuto;
 12. nella definizione di Convenzioni con le associazioni del volontariato per la realizzazione di azioni orientate alla promozione del benessere dei pazienti durante l'esperienza di ricovero e di malattia.

5.3.1. La partecipazione dei cittadini al miglioramento del servizio sanitario

La Regione ha avviato una serie di iniziative tese a garantire la piena attuazione dell'articolo 14 del D.Lgs 502/92 e s.m., in particolare in relazione agli aspetti di partecipazione dei cittadini al miglioramento del servizio sanitario.

La Legge Regionale n022 del 19.4.1995 "Norme di tutela dei diritti del malato", stabilisce all'art 3, comma 1, che "Gli Enti pubblici per i servizi sanitari istituiscono, al fine del rispetto dei principi di cui alla presente legge, Comitati di partecipazione degli utenti, dei loro familiari e degli operatori sanitari alla vita dei presidi e delle strutture del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionati." , ed al comma 2 dello stesso articolo statuisce che "Gli Enti pubblici per i servizi sanitari locali determinano con regolamento la composizione dei Comitati di partecipazione, le modalita' di funzionamento e di convocazione, anche su istanza degli utenti o degli operatori o delle associazioni locali di tutela dei diritti degli utenti."

Con la Legge Regionale n° 25 del 3 agosto 2006 "Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", all' art 6 sono definiti gli strumenti della partecipazione democratica dei cittadini ed, in particolare, viene espressamente fatto riferimento alla istituzionalizzazione dei Comitati Consultivi Misti in ogni AUSL, nonché alle modalità di organizzazione e di funzionamento degli stessi, quale requisito obbligatorio per attivare processi strutturati e continuativi di coinvolgimento dei cittadini nell'attività di programmazione sanitaria.

Già nel PSR 2002-2004, la Regione Puglia aveva previsto, tra le azioni strumentali di tale documento programmatico, una sezione dedicata alla "partecipazione dei cittadini", intesa come strategia di condivisione di obiettivi rivolti all'attivazione di processi di umanizzazione e miglioramento della qualità dei servizi e dell' assistenza.

Nel corso degli anni 2004 e 2005 tutte le Aziende Sanitarie operanti sul territorio regionale hanno provveduto a deliberare la costituzione del Comitato Misto Consultivo Aziendale e a disciplinarne il funzionamento, sulla base del modello di Regolamento allegato all'atto di indirizzo e coordinamento "Strumenti operativi e modelli organizzativi per implementare l'attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico".(nota n° 3907 del 9 settembre 2003 a firma congiunta ARES - Assessorato).

Al fine di dare un senso concreto al ruolo dei cittadini nell'organizzazione sanitaria nell' ottica del miglioramento ed umanizzazione dell'assistenza, in considerazione della valenza strategica e strumentale dell'organismo "Comitato Misto Consultivo" per la piena attuazione di una politica partecipata, è stato realizzato un corso di formazione con l'obiettivo di trasferire competenze in ordine alla utilizzazione degli strumenti e tecniche di partecipazione all'interno dell'organismo di consultazione aziendale.

Il corso ha avuto il merito di fare chiarezza sugli effettivi strumenti istituzionali e di sollevare il livello di attenzione, sia con riferimento alla cittadinanza che alle istituzioni, sul tema della partecipazione all'attività di programmazione e miglioramento del servizio.

L'attività formativa ha portato, quale risultato concreto di confronto e condivisione, l'approvazione delle Linee Guida per la redazione della Carta dei Servizi e per l'Organizzazione della Conferenza dei Servizi.

In tale quadro strutturato del ruolo dei cittadini, la Regione definisce di carattere prioritario le azioni rivolte a fortificare l'impianto organizzativo fin qui definito ed a sviluppare un politica di stabilizzazione dei processi di partecipazione in tutte la Aziende Sanitarie.

Attività e Strumenti

a. Ruolo di valutazione

Ogni Azienda Sanitaria, attraverso il coinvolgimento dei Comitati Misti Consultivi, deve attivare al proprio interno metodiche strutturate di valutazione dei servizi erogati.

In particolare deve garantire la rilevazione periodica dei Reclami pervenuti agli Uffici Relazione con il Pubblico, la rilevazione della soddisfazione dei cittadini attraverso il coinvolgimento di questi ultimi, utilizzando metodiche partecipate, la effettuazione dell' Audit civico nei tempi e nei modi definiti dal Governo Regionale e recepiti Delibera di Giunta n.1965 del 28.12.2005

I risultati delle indagini dovranno essere elaborati e discussi con i Comitati Misti Consultivi. In sede di Riunione di Comitato dovrà essere effettuata una programmazione partecipata e condivisa degli interventi da effettuare seguendo una logica di priorità degli interventi, sia in ottica di rimozione di eventuali non conformità sia in ottica propositi va di miglioramento dei servizi monitorati.

La Regione fornirà un supporto metodologico e promuoverà il potenziamento funzionale degli Uffici Relazione con il Pubblico e delle strutture per la qualità al fine di consentire l'implementazione sistematica dei metodi di valutazione nonché l'adeguato coordinamento a garanzia dell'omogeneità dei processi, così come definiti, per la raccolta e la valutazione degli indicatori in ogni azienda.

b. Ruolo propositivo

Ogni Azienda sanitaria dovrà garantire la realizzazione della Carta dei Servizi secondo il modello definito e condiviso con i cittadini nelle Linee Guida che l'Agenzia Regionale Sanitaria ha adottato con delibera n°122 del 30 novembre 2006.

Le Aziende dovranno sostenere i Comitati Consultivi Misti nell'espletamento della loro funzione propositiva in relazione alla promozione di politiche di umanizzazione dell'assistenza e dovranno farsi parte attiva nel sostenere i Comitati nel loro ruolo di "advocacy" affinché in una logica di sussidiarietà circolare delle funzioni si renda effettiva l'integrazione dei ruoli ed il raggiungimento degli obiettivi di risultato a vantaggio degli utenti e degli stessi operatori.

In sede di Comitato Misto Consultivo, dovrà essere definito un sistema di indicatori a garanzia della qualità dell'assistenza e del rispetto degli impegni che l'Azienda ha preso nei confronti degli utenti nella Carta dei Servizi.

Le Aziende, concorderanno con i Comitati Misti Consultivi, modi e tempi di realizzazione della Conferenza dei servizi che dovrà essere strutturata secondo le modalità definite e condivise con i cittadini nelle Linee Guida che l'Agenzia Regionale Sanitaria ha adottato con delibera n° 121 del 30 novembre 2006.”

6. LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

6.1 Le risorse di sistema

Il contesto demografico ed epidemiologico che caratterizza i paesi occidentali e l'Italia in particolare, legato all'invecchiamento ed alla sempre maggiore prevalenza delle patologie cronico degenerative, solleva in maniera sempre più forte il problema della sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario nazionale e regionale.

Il trend di incremento della spesa sanitaria, legato alla evoluzione dei bisogni così come oggi si esprimono, e quello del PIL, molto più contenuto, porteranno ad un allargamento della forbice fra capacità di reperimento delle risorse e risorse necessarie. Proiettando le situazioni a lungo termine è legittimo prevedere una incapacità della collettività a far fronte alle esigenze finanziarie necessarie per garantire la tutela della salute in condizioni di universalità ed equità.

Ma la salute è un bene costituzionalmente garantito (forse il primo), è interesse dell'intera collettività, è al vertice dell'interesse dei singoli e quindi la capacità di tutela è il primo segno della civiltà di un paese.

Vanno pertanto individuate le strade che devono portare all'equilibrio del sistema.

A tal fine vanno considerate alcune variabili.

- a) La disponibilità effettiva e potenziale di risorse.
- b) La considerazione del problema emergente della non autosufficienza a cavallo tra la competenza sanitaria e sociale .
- c) La responsabilizzazione sull'uso delle risorse a tutti i livelli, di governo dei prescrittori, degli erogatori, dei cittadini. Questi ultimi in particolare devono acquisire la consapevolezza di essere fruitori di un servizio autofinanziato con il sistema della tassazione nel quale gli sprechi ricadono su chi li produce.
- d) Il perseguimento della appropriatezza delle prestazioni.
- e) La corretta allocazione di risorse tra i livelli e i sottolivelli assistenziali con particolare riferimento all'investimento in prevenzione.

Tanto chiarito, va rilevato che la forbice fra risorse destinate alla sanità e fabbisogno tendenziale è un aspetto acquisito ed evidenziato nel DPEF. Di contro l'anno 2007 è l'anno in cui il governo nazionale ha prodotto il maggiore sforzo a favore del sistema sanitario nella allocazione delle risorse.

Le disponibilità di risorse a livello nazionale sono state incrementate di due miliardi di euro ad integrazione del fabbisogno 2006, portandolo da 89,960 a 91,960 milioni di euro ed elevandolo a 96,040 milioni il finanziamento del fabbisogno 2007.

Nonostante tali risorse aggiuntive la gestione del Sistema Sanitario Regionale ha evidenziato nei suddetti due esercizi disavanzi per circa 211 e 229 milioni di euro rispettivamente.

Le perdite registrate nel 2006 sono state fronteggiate con interventi straordinari non ripetibili.

Quelle relative all'anno 2007 verranno coperte con l'incremento della pressione fiscale e per la quota residua con intervento del bilancio regionale.

La constatazione dell'esistenza di un disavanzo strutturale più o meno costante a partire dal 2004 parallelamente al mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006, comporta la necessità di sottoscrivere con i competenti livelli ministeriali un Piano di rientro triennale del disavanzo riferito agli anni 2008 - 2009 - 2010.

L'esigenza di stipulare il suddetto Piano di rientro triennale del disavanzo ha fortemente influenzato il processo di definizione degli obiettivi (general, specifici ed operativi) e delle priorità di intervento indicate nel PRS. Infatti, le azioni che il PRS intende promuovere e tra queste in particolare:

- il contenimento della spesa farmaceutica
- la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante la attivazione dei nuovi modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e del conseguente allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali
- la riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti,

costituiscono i presupposti sui quali sarà sviluppato il Piano di rientro triennale del disavanzo riferito agli anni 2008 - 2010.

E', comunque, da rimarcare in questa sede che, al di là delle possibili aree di interventi di razionalizzazione ed economia della spesa, il disavanzo strutturale è prevalentemente connesso ad una considerevole sottostima del fabbisogno di risorse determinato dai criteri di riparto nazionale che vede la Puglia tra gli ultimi posti nella graduazione del fabbisogno riconosciuto per quota capitarla.

Per l'anno 2008 alla Regione Puglia è stato riconosciuto un fabbisogno di 6,581 milioni di euro riducendo addirittura la quota di accesso al fondo nazionale da 6,77 a 6,73 per cento.

L'importo di 6,581 milioni di euro è calcolato al lordo della mobilità passiva, del conguaglio negativo di mobilità del 2006 e delle entrate proprie, determinando un finanziamento per cassa di euro 6,246 milioni.

Gli esborsi alle altre regioni per prestazioni sanitarie ai cittadini pugliesi costituiscono elemento di disequilibrio del sistema avendo raggiunto nel 2006 la misura di oltre 190 milioni di euro, ma allo stesso tempo possono risultare uno strumento di riequilibrio puntando, con l'attuazione del presente Piano alla consistente riduzione di tale criticità.

Date le esposte considerazioni sulla disponibilità di risorse va considerato che l'allocazione delle stesse per livelli di assistenza, come previsto nel PSN è così individuata:

- 5% Prevenzione
- 44% Assistenza ospedaliera
- 51% Assistenza distrettuale territoriale

Detta ripartizione segue la logica dell'evoluzione demografico-epidemiologica e dei conseguenti mutamenti dei bisogni sanitari con riduzione del tasso di ospedalizzazione in un contesto di auspicata sempre maggiore appropriatezza dell'assistenza ospedaliera in strutture dedicate al trattamento delle vere acuzie, con spostamento delle risorse verso le attività di prevenzione, da considerare un reale

investimento, e verso l'assistenza distrettuale territoriale, ambito delle cure primarie e intermedie, capace di soddisfare i bisogni nella loro evoluzione.

Il piano sanitario regionale della Regione Puglia 2002/2004 ereditava una situazione riferita all'inizio degli anni 2000 in cui le risorse destinate alla prevenzione si aggiravano intorno al 3% del totale, l'assistenza territoriale assorbiva solo il 43,1% delle risorse e l'assistenza ospedaliera la quota del 53,8% a fronte di un valore nazionale del 49,8.

A fronte di tale situazione il piano si prefissò di pervenire nel triennio 2002/2004 ad una ripartizione di 4%, 48% e 48% rispettivamente.

L'assenza di indicatori prefissati per la valutazione di impatto assistenziale e socio-sanitario del piano stesso consente una analisi esclusivamente di carattere economico-finanziario di quanto avvenuto: per l'assistenza ospedaliera nel triennio si è verificato un contenimento relativo della spesa ospedaliera, realizzato attraverso una politica di contenimento della spesa per il personale e di soppressione di strutture. A questo contenimento da un lato ha fatto riscontro un rapido aumento della mobilità passiva dall'altro non ha fatto riscontro un percepibile miglioramento degli altri due livelli di assistenza.

Una maggiore sensibilizzazione alla tutela della salute collettiva attraverso iniziative di educazione sanitaria e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro è rilevabile dal raggiungimento di una quota intorno al 3,7% di risorse destinate a tale livello. Contemporaneamente macro-indicatori di salute (come ad es. prolungamento vita media) sono risultati in linea con i dati nazionali.

Nel livello dell'assistenza territoriale negli ultimi anni è stato quasi raggiunto l'obiettivo della allocazione del 48% delle risorse, ma a tale obiettivo non ha fatto seguito un sensibile miglioramento della qualità e dello sviluppo organizzativo dei servizi territoriali, a riguardo dei quali è totalmente mancata innovazione e modernizzazione, con particolare riferimento alla persistenza di forme arretrate di lavoro dei Medici di Medicina Generale.

La maggiore quantità di risorse investite è stata assorbita dall'incremento non sempre giustificato della spesa farmaceutica, dall'aumento di prestazioni diagnostiche con livelli di inappropriata probabilmente elevati e dai consistenti incrementi previsti dai rinnovi contrattuali per dipendenti e categorie convenzionate. Alcune di queste tendenze sono ancora in atto e la politica di piano deve tener conto della necessità di correggerle per evitare che nuove allocazioni di risorse nel settore non producano risultati di qualità. L'intera teorizzazione sul ruolo strategico dei distretti scaturita dalla nuova normativa regionale deve pertanto dispiegare i suoi effetti, all'interno di una cornice nazionale nuova che comincia a delinearsi.

Dal punto di vista economico il **patto per la salute** sottoscritto il 28.9.06 tra governo e regioni e le leggi finanziarie 2007/2008 hanno individuato le risorse a copertura del fabbisogno del SSN per un triennio. Non è la prima volta che si verifica una programmazione triennale sul piano finanziario. Già con l'accordo dell'8.8.2001 fu previsto il fabbisogno relativo al 2002 e gli incrementi relativi al biennio successivo. All'apparente soddisfazione delle regioni espressa all'epoca, fece seguito la delusione derivante dalla constatazione, sul piano nazionale, della insufficienza delle risorse che ha reso necessarie tre integrazioni da 2 miliardi di euro (2001/2003, 2002/2004 e 2006). Ciò a dimostrazione della crescita della spesa sanitaria ben oltre le previsioni e la capacità di prelievo fiscale.

Una situazione analoga si sta verificando per il prossimo triennio.

Non si può negare che l'incremento di risorse previsto per il 2007 è stato consistente e ciononostante le relative risorse sono state insufficienti. Al 2007 fanno seguito due anni nel corso dei quali l'incremento di risorse è piuttosto contenuto.

Tale situazione non può non acuire la conflittualità sui criteri di riparto tra le regioni che ritengono la vecchiaia unico o massimo determinante del bisogno e della spesa sanitaria e quelle, come la Puglia, che evidenziano i bisogni connessi alle condizioni socio economiche caratterizzate da deprivazione, intesa quale sintesi di povertà, basso livello di istruzione, disabilità ecc.

In sede di accordo per il riparto del 2007 le regioni avevano raggiunto una mediazione procedendosi per la prima volta alla valorizzazione delle condizioni socio economiche sebbene senza utilizzo di una metodologia scientifica peraltro difficile da realizzare.

Il riparto del 2008 ha ulteriormente penalizzato la regione Puglia a causa della riduzione dell'incidenza percentuale della sua popolazione (leggermente ridotta), sulla popolazione nazionale (aumentata di quasi 400.000 mila abitanti).

A ciò si aggiunge l'iniquità costituita da ulteriori elementi quali:

- il non aggiornamento delle classi di età, ai fini della standardizzazione della popolazione per il calcolo della quota di accesso al fondo, che penalizza la Puglia, con demografia caratterizzata da progressivo invecchiamento;
- la valutazione a quota capitaria secca della “nuova” popolazione, in incremento nelle regioni del Nord (incremento determinato prevalentemente da extracomunitari appartenenti a classi di età giovani), che non essendo valutata in funzione del suo peso effettivo sul sistema sanitario (inferiore alla media) costituisce di fatto un ulteriore elemento di penalizzazione per le regioni del Sud.

Le osservazioni della Puglia all'interno della Conferenza delle Regioni hanno ottenuto l'impegno a costituire un organismo per la revisione dei criteri.

Alla luce delle suddette considerazioni il quadro economico-finanziario che si prospetta per il SSR per il prossimo futuro può rappresentarsi come segue:

Anno	Risorse Euro/1000	Fonte	Quota regione Puglia
2007	96.040	Reparto fabbisogno indistinto	6.370
	1.000	Quote regioni in difficoltà	-
	511	D.M. finanziamento sostitutivo ticket	34
	97.551		6404
2008			
			6581
		Differenza	+ 177

Le differenza di 177 milioni si incrementa di euro 13 milioni per minori congruagli di mobilità nel 2008 rispetto al 2007 per raggiungere un incremento di circa 190 milioni di euro.

Tali dati evidenziano la circostanza per la quale se la spesa sanitaria nel 2008 non subisse alcun incremento rispetto al 2007, comunque, si verificherebbe un disavanzo di 40 milioni.

Ne consegue la necessità di attenta valutazione degli aspetti del presente piano e di governo della gestione del sistema

A tal fine la Legge Regionale n. 40/07 e il Documento di Indirizzo Economico Funzionale hanno già avviato il percorso di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria che si propone di realizzare:

- Nel 2008 un disavanzo non superiore a 2/3 di quello del 2007.
- Nel 2009 un disavanzo non superiore a 1/3 di quello del 2007.

-
- Nel 2010 rientro dal disavanzo strutturale.

Come si è detto, la regione Puglia si appresta a chiudere l'esercizio 2007 con un disavanzo di circa 230 milioni di euro.

Nel 2008 e 2009 l'incremento di risorse per il finanziamento dell'intero sistema sanitario nazionale è previsto nell'ordine del 2,47% per il primo anno e poco più del 3% per l'anno successivo. Definite già le risorse per il 2007, si può ipotizzare un incremento nel 2009 di ulteriori 200 milioni.

Le suddette valutazioni e proiezioni saranno rivisitate all'esito della conversione in legge del DL. 25 giugno 2008 n. 112.

Se si tiene conto dell'andamento dei consumi e dei relativi costi, sono evidenti le difficoltà che interverranno.

Per valutare in modo più approfondito la situazione occorre prendere in considerazione:

- I criteri di riparto tra le regioni che hanno sempre rappresentato la prima criticità per la regione Puglia. La Puglia, in quanto regione "giovane" figura tra le ultime regioni nella graduazione del finanziamento per quota capitaria. Una distribuzione per quota capitaria pura produrrebbe circa 150 milioni di euro annui in più.
- La necessità di consistenti interventi in materia di risorse umane di cui la Puglia è assolutamente carente sia nel settore ospedaliero che territoriale.
- Il considerevole assorbimento di risorse da parte della assistenza farmaceutica all'interno della quale si stanno tuttavia realizzando consistenti economie grazie ai provvedimenti assunti di recente.
- Il trend in aumento del saldo della mobilità sanitaria che si è incrementato negli ultimi 4 anni di circa 60 milioni di euro per pervenire ad un livello passivo di oltre 190 milioni di euro annui nel 2006e la difficoltà di porvi rimedio in tempi brevi (logistica ed edilizia sanitaria)
- L'esigenza di investire risorse nella prevenzione

Il presente PRS intende porre le condizioni perché le suddette criticità siano affrontate e, per quanto possibile, risolte in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio e di equilibrio sul piano della sostenibilità economica del sistema

Tali obiettivi passano anche attraverso una diversa allocazione delle risorse che si può programmare nei termini che seguono, nonché attraverso la definizione di chiari obiettivi di risparmio, univocamente finalizzati su tutto il territorio regionale. A tal fine il presente Piano intende pervenire alla seguente allocazione delle risorse:

A) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro .

L'incidenza percentuale dei costi di tale livello assistenziale su quelli totali nel 2004, in Italia, è stata del 4% mentre in Puglia del 3,70%. La tendenza nazionale è in incremento. L'assicurazione a regime del piano triennale della prevenzione consentirà di raggiungere nel 2008 il traguardo del 4%, anche se è obiettivo della regione pervenire alla fine del triennio ad investire in prevenzione il 4,5%, ritenuto congruo dal Comitato di Verifica di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23.3.05. Ciò significherà stornare dal livello di assistenza ospedaliera circa 0,7 punti percentuali in un triennio per un valore di circa 45 milioni di euro. Tale obiettivo, difficoltoso specie a causa dei vincoli normativi ed economici posti alle dotazioni organiche, è raggiungibile soltanto attraverso forti investimenti nel settore della edilizia ospedaliera, con conseguente razionalizzazione del sistema.

B) Assistenza territoriale

La regione Puglia destina una percentuale inferiore al 48% delle risorse all'assistenza distrettuale, non molto distante dalla media nazionale, di poco superiore al 49%, quest'ultima comunque inferiore alla percentuale di riferimento del 51%. Al di là del possibile incremento di tale percentuale è fondamentale un riequilibrio tra i sottolivelli (attività – beni e servizi) all'interno del livello assistenziale.

E' assolutamente carente, infatti, in Puglia, l'assistenza domiciliare, l'assistenza ai malati terminali e in genere le forme alternative alla ospedalizzazione tradizionale mentre, come si è detto, assorbe un

eccessivo livello di risorse l'assistenza ospedaliera. L'obiettivo per il triennio è quello di destinare all'assistenza territoriale, anche qui mediante rafforzamento e qualificazione delle risorse umane, secondo quanto indicato dalla L.R. 25/2006, una percentuale compresa tra il 49 e il 50%.

B) Assistenza ospedaliera

I costi di una rete ospedaliera invecchiata, con spese manutentive elevatissime, fortissima dispersione del personale addetto e scarso grado di attrazione sono difficili da modificare nel breve periodo. L'abbassamento del loro livello percentuale deve passare necessariamente attraverso una nuova razionalizzazione e riqualificazione della rete che impedisca la fuga dei cittadini pugliesi verso altre regioni. La Regione ha definito un programma di edilizia ospedaliera tendente a risolvere le criticità, del quale è già in itinere uno stralcio consistente che prevede investimenti per 459 milioni di euro.

La mobilità sanitaria evitabile, i cui costi per prestazioni rese all'interno della regione sarebbero solo marginali essendo già sostenuti i costi strutturali, potrebbe far abbassare la spesa fino ad un punto percentuale. La razionalizzazione programmata che eviti duplicazioni inutili e il perseguimento dell'appropriatezza dovrebbero, poi, consentire di abbassare la percentuale al di sotto del 47% a fronte di una percentuale superiore al 48% attuale e di una media nazionale che nel 2004 è già scesa leggermente sotto il 47%.

Come appare evidente le risorse finanziarie e umane rappresentano il principale vincolo della programmazione sanitaria. Attualmente le principali criticità sono rappresentate dalla mobilità passiva extra regionale, dai livelli della spesa farmaceutica complessiva (territoriale e ospedaliera), dalla spesa per strutture private accreditate nonché da alcuni incrementi ingiustificati di spesa per beni e servizi.

La pianificazione regionale in senso lato deve tener conto di tali criticità.

- 1) L'analisi degli indici di attrazione e di fuga relativi ai ricoveri ospedalieri ha indicato la necessità urgente di riduzione della fuga nell'area foggiana ed una necessità di individuare strategie di attrazione per tutto il sistema regionale (Centri di Eccellenza, trasferimento e innovazione).
- 2) I provvedimenti a breve termine individuati nelle leggi di bilancio 2007/2008.

7. PRIORITÀ DEL PIANO

Ai fini della traduzione in termini operativi dei principi e degli indirizzi del presente Piano la Giunta regionale persegue prioritariamente:

a) l'attuazione e l'implementazione delle attività di prevenzione descritte nel testo, sulla base delle evidenze epidemiologiche e delle specifiche criticità territoriali;

b) il contenimento della spesa farmaceutica, già in atto attraverso l'applicazione di specifiche leggi regionali;

c) il potenziamento della organizzazione sanitaria territoriale anche attraverso la razionalizzazione dell'impiego delle risorse umane e finanziarie derivanti da quanto previsto al punto successivo;

d) la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera che comporterà, anche mediante l'attivazione dei nuovi modelli alternativi di assistenza - strumenti di garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni - l'allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali e la riduzione delle spese connesse;

f) l'attuazione dei previsti modelli di integrazione socio-sanitaria e tra assistenza ospedaliera e territoriale;

g) il miglioramento dei percorsi di accesso al sistema attraverso il contenimento dei tempi di attesa e l'umanizzazione del sistema di cure;

h) l'introduzione di appropriati strumenti di valutazione dello stato di attuazione del presente piano e dei conseguenti Piani Attuativi Locali.
