L.R. 19 settembre 2008, n. 23 [(1)].

Piano regionale di salute 2008-2010.

---

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 26 settembre 2008, n. 150.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

promulga la seguente legge:

Art. 1
Principi.

1. Ai sensi dell'*articolo 2 della legge regionale 3 agosto 2006, n. 25* (Principi e organizzazione del servizio sanitario regionale), la programmazione sanitaria e sociosanitaria della Regione Puglia si esplica nel documento di indirizzo del Piano regionale di salute.

2. Il Piano regionale di salute, con riferimento ai livelli essenziali di assistenza (LEA), individua gli obiettivi di salute, le strategie con relative azioni prioritarie di intervento da raggiungere nel triennio di riferimento, garantendo la centralità del cittadino quale protagonista e fruitore dei percorsi assistenziali e la completa integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale.

Art. 2
Piano regionale di salute.

1. Il Piano regionale di salute 2008-2010, di cui all'allegato 1, approvato con la presente legge, ai sensi dell'*articolo 22, comma 2, della legge regionale 12 maggio 2004, n. 7* (Statuto della Regione Puglia), individua quali azioni del processo le seguenti aree di intervento:

a) fragilità;

b) prevenzione;

c) assistenza ospedaliera;

d) assistenza territoriale;

e) governo del sistema;

f) semplificazione del procedimento,

g) partecipazione attiva dei cittadini.

Art. 3
Regolamenti attuativi.

1. La Giunta regionale approva con successivi atti regolamentari i piani attuativi relativi agli obiettivi di salute, ai modelli organizzativi, ai criteri per l'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, secondo le procedure previste dallo Statuto della Regione Puglia (2).

2. Il comma 4 dell'*articolo 3 della L.R. n. 25/2006* è sostituito dal seguente:

"4. 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 *articolo 3, comma 1, della L.R. n. 25/2006*, approva il PAL con le procedure di cui all'*articolo 44 della L.R. n. 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 certificata dal direttore generale, dai direttori sanitario e amministrativo e dal collegio dei revisori dei conti.".

---

(2) In attuazione del presente comma, relativamente al regolamento di organizzazione del Distretto socio sanitario (D.S.S.), vedi il *Reg. reg. 18 aprile 2011, n. 6*.

Art. 4
Disposizioni per i PAL.

1. I direttori generali delle aziende sanitarie, entro e non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono tenuti ad adottare i PAL.

2. In caso di inosservanza di cui al comma 1 la Giunta regionale provvede alla nomina di un commissario ad acta per l'adozione, nel termine di trenta giorni dalla nomina, del PAL.

3. I PAL delle aziende sanitarie devono essere approvati dalla Giunta regionale con provvedimenti simultanei.

Art. 5
Copertura finanziaria.

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

La presente legge sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53, comma 1 della L.R. 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia". È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Allegato 1

Piano regionale di salute 2008-2010

Premessa

Il Piano Regionale della Salute (PRS) descrive le scelte programmatiche e il processo dinamico di allocazione delle risorse in relazione ai servizi richiesti per raggiungere gli obiettivi di:

• miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla protezione e alla cura dei soggetti deboli;

• soddisfazione dei cittadini e loro partecipazione attiva al miglioramento della qualità dei servizi;

• efficienza e sostenibilità tecnica, economica ed etica del sistema,

secondo un ordine di priorità stabilito, che permetta di scegliere la soluzione ottimale fra diverse alternative possibili.

Queste scelte prendono in considerazione il contesto di vincoli, interni ed esterni alle organizzazioni sanitarie, conosciuti attualmente o prevedibili per il futuro.

L'obiettivo del PRS e del sotteso processo di pianificazione sanitaria è quello di soddisfare i bisogni di salute della popolazione pugliese nella compatibilità delle risorse disponibili unitamente ad obiettivi di innovazione del sistema.

La salute, intesa come condizione di benessere psico-fisico complessivo e non come mera assenza di malattia, è la risultante dell'azione di diversi fattori, detti determinanti della salute, alcuni dei quali non modificabili, quali l'età e il sesso, altri suscettibili di intervento.

Tali fattori modificabili, molteplici e spesso reciprocamente interagenti in un sistema dinamico, sono classificabili in:

■ socio-economici: condizione economica, condizione occupazionale, condizione sociale;

■ ambientali: qualità dell'aria, delle acque, degli alimenti, dell'abitato, contesto socio culturale;

■ stili di vita: alimentazione, attività fisica, dipendenze, attività sessuale, uso/abuso di farmaci; tempo libero;

■ accesso ai servizi: istruzione, assistenza sanitaria, servizi sociali, trasporti.

Il quadro concettuale di riferimento del PRS è pertanto quello della formulazione di "politiche per la salute" che, attraverso la promozione della partecipazione della Comunità intesa anche come valore, siano in grado di condurre ad azioni efficaci e sostenibili rispetto alle quali orientare le programmazioni territoriali, di livello aziendale e distrettuale, perseguendo un principio non marginale che è quello della omogeneità di livelli essenziali di assistenza rivolti ad assicurare la esigibilità del diritto alla salute dei cittadini, in un contesto di equità e di pari opportunità di accesso alle cure su tutto il territorio regionale.

Nella formulazione dei contenuti di PRS, da intendersi all'interno di un più complessivo processo di pianificazione, si è proceduto attraverso la implementazione delle seguenti fasi:

• identificazione dei problemi di salute della popolazione e delle caratteristiche strutturali del sistema di offerta in essere

• definizione degli obiettivi di sistema e di salute

• definizione delle attività o azioni prioritarie per il perseguimento degli obiettivi

• specificazione degli obiettivi operativi

• definizione delle risorse necessarie

• strumenti di monitoraggio e valutazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie poste in essere (definizione del sistema di indicatori).

I. I principi fondanti

I principi che devono informare la programmazione e l'intero sistema sanitario sono esplicitati nella *L.R. 3 agosto 2006, n. 25*, nella quale in particolare, si afferma che la salute è **un diritto dei cittadini** e la promozione della salute è il fine del sistema sanitario regionale.

La Regione interpreta tale diritto in forma estensiva riconoscendo ai cittadini l'opportunità di influire sul futuro modello di tutela della salute attraverso la partecipazione attiva alla redazione del piano. É volontà della Regione perseguire lo sviluppo di un sistema sanitario che assuma, come riferimento, la centralità del cittadino e si ridisegni in funzione del rispetto della dignità dei singoli.

I valori costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Puglia sono:

• universalità ed equità, intese come possibilità per tutti di accedere con pari opportunità al sistema delle cure;

• libertà di scelta dei luoghi e partecipazione alla scelta delle modalità di cura;

• responsabilità, che implica una sapiente gestione del sistema sanitario e una lotta agli sprechi attraverso una migliore organizzazione;

• corresponsabilizzazione del cittadino nella fruizione dei servizi sanitari;

• sussidiarietà quale riconoscimento di una pratica decisionale che ha luogo il più vicino possibile al cittadino-utente;

• unicità del sistema e sua appropriatezza;

• accoglienza, intesa quale modalità diffusa di ascolto, di attenzione, riconoscimento della dignità e dei diritti del cittadino/utente;

• attenzione ai più deboli tenendo conto delle fragilità di carattere psicofisico, economico, culturale, sociale, ambientale;

• centralità del territorio;

• approccio integrato per una personalizzazione dell'intervento;

• sostenibilità;

• partecipazione della cittadinanza attiva al monitoraggio, alla valutazione e al miglioramento della qualità dei servizi per la salute.

Uno degli intenti del PRS, in analogia al PSN, è quello di perseguire il modello "sociale" di salute promuovendo un sistema di welfare partecipativo.

Il sistema di valori espresso nella legge regionale, lungi dall'esaurirsi nella sua dimensione formale di semplice comunicazione di affermazioni di principio, propone una serie di indicazioni per la elaborazione di politiche di piano, che si focalizzino non tanto sulla malattia e sugli strumenti tecnici dedicati ad affrontarla, ma sulla persona e sui percorsi di cura, individuandone precise priorità.

Per questo motivo il presente documento, ancor prima di affrontare problemi metodologici generali e specifici, segnala problematiche di interesse prioritario e protocolli operativi o modalità di intervento capaci di declinare sul singolo caso o su una data tipologia di casi i principi fondanti del sistema sanitario regionale.

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 parternariato 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 gii 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 l'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 2-bis, 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 socio-sanitarie, 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 D.P.C.M. 14 febbraio 2001* e dalla *L.R. n. 19/2006* e dalla *L.R. 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.

III. Il livello istituzionale nel processo di partecipazione alla costruzione del Piano

Operare a qualunque livello di intervento in campo sanitario, dalla gestione del singolo atto di cura alla organizzazione dei percorsi assistenziali all'interno di un sistema sanitario, significa confrontarsi costantemente con il paradigma della complessità.

Gli ecosistemi, i sistemi economici e sociali, i sistemi sanitari e gli organismi viventi sono, infatti, sistemi complessi caratterizzati da:

• elevata capacità di auto organizzazione e adattamento agli stimoli esterni,

• coesistenza di condizioni di semplicità e determinismo ad uno specifico livello di organizzazione e di caos e imprevedibilità ad un altro,

• impossibilità di una reale comprensione delle modalità di funzionamento del servizio attraverso la semplice scomposizione dei suoi elementi costitutivi.

La gestione dei servizi sanitari e sociosanitari richiede, pertanto, metodologie di approccio basate su una visione integrata e sistemica dei processi, nei rispetto delle regole della complessità. Lo scenario dei bisogni è caratterizzato, infatti, da multiformità ed evolutività, da attese e speranze fortemente personalizzate del singolo cittadino, da una pluralità di attori delle cura, dalla mancanza di regole universalmente accettate, da sperimentazioni non conclusive rispetto ai risultati. In questa prospettiva, oltre ad assegnare un valore strategico all'ascolto della pluralità dei linguaggi e delle esperienze, la finalità di ogni azione di programmazione risiede nella volontà e capacità di predisporre le condizioni migliori perché gli attori del sistema possano lavorare e interagire tra loro e con i livelli sovraordinati, ispirandosi a valori forti che permettano di affrontare le mille diverse condizioni della assistenza:

• rispetto della persona fragile e della sua famiglia attraverso l'identificazione dei suoi valori e delle sue aspettative;

• costruzione di sistemi a rete aperti, di facile accesso, con elevata capacità di riconoscere e misurare il bisogno, anche allo scopo di prevenire ed evitare situazioni di scompenso;

• scambio continuo e multidirezionale di informazioni tra tutti gli attori operanti all'interno di una area e tra aree diverse di intervento;

• criteri di controllo dei risultati che possano influenzare con facilità la qualità e quantità dei servizi prestati.

Per questa ragione la metodologia di lavoro seguita nella "costruzione" del presente Piano della Salute ne ha determinato la trasformazione in una occasione di ascolto e di interazione tra tutti gli attori del sistema.

Il processo, infatti, si è articolato in fasi successive di analisi critica **e** di approfondimento degli elementi strategici del documento.

Sulla base della bozza di Piano, della quale la Giunta Regionale ha preso atto nella seduta del 9 maggio 2007 con provvedimento n. 553, il Comitato Tecnico, istituito ai sensi dell'*art. 3 comma 3 della L.R. n. 25/2006*, ha avviato le consultazioni con le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliero Universitarie, degli IRCCS pubblici e privati, degli Istituti Ecclesiastici.

Nel corso del primo ciclo di audizioni, in particolare, è stato chiesto al management aziendale, sulla base di un questionario predisposto ad hoc ed inviato preventivamente, di focalizzare le riflessioni interne e il confronto con gli interlocutori istituzionali (Sindaci, Organizzazioni Sindacali di categoria, Comitati Consultivi Misti, Terzo Settore) in vista degli incontri con il Comitato Tecnico, sui seguenti punti:

• analisi dell'esistente: attuale modello organizzativo, dotazione e deficit di risorse strutturali e strumentali,

• governo delle risorse umane, strumentali e finanziarie,

• rilievo di buone pratiche e suggerimenti di implementazione,

• proposte di integrazione e/o modifiche della bozza di Piano,

allo scopo di selezionare i contributi (in termini di analisi e di proposte) al percorso di elaborazione del Piano di Salute e pervenire alla definizione di una strategia condivisa di raccordo efficace tra livello di pianificazione aziendale e livello di pianificazione di sistema.

Nel corso dei successivi incontri, ai quali (su precisa richiesta del Comitato Tecnico) hanno partecipato, oltre ai componenti delle Direzioni Strategiche, anche i Direttori dei Distretti ed i responsabili dei Dipartimenti, sono stati analizzati aspetti specifici relativi alle modalità di riorganizzazione della rete di servizi ospedalieri e territoriali (per quest'ultima, in particolare, l'analisi è stata condotta sulla base di un secondo questionario appositamente predisposto).

Al termine dei vari cicli di audizioni, il Comitato Tecnico ha proceduto ad una rielaborazione della bozza sulla base dei rilievi e delle proposte formulate nel corso degli incontri, nonché dei contributi pervenuti da parte di numerose Società Scientifiche o di alcuni professionisti a titolo individuale e delle osservazioni emerse nel corso del processo partecipativo dei cittadini, sviluppatosi parallelamente.

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. **É 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. É 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 contente 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 cardiochirurgia, 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.**

É 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.

VI. La programmazione integrata: intersettoriale, pluri fondo, multidisciplinare

Maggiori livelli di integrazione vanno pianificati, gestiti e raggiunti con la programmazione regionale al fine di ottimizzare e raggiungere i migliori livelli possibili di integrazione in materia di politiche per la salute.

In questo senso si tratta di sviluppare i rapporti tra Piano Regionale di Salute ed i principali documenti di programmazione, tra i quali vanno citati in questa sede il Programma Operativo FESR 2007-2013, il Programma Operativo FSE 2007-2013 e il Piano Regionale delle Politiche Sociali, nei cui confronti è necessario attivare una dinamica più ricca, al fine di integrare gli obiettivi di cura e di benessere, le reti di servizi e prestazioni, i livelli istituzionali di responsabilità, le risorse umane professionali, le risorse finanziarie, guardando insieme alle risorse comunitarie e nazionali per gli investimenti strutturali, alle risorse nazionali e regionali per la gestione e il consolidamento delle reti dei servizi sanitari e sociosanitari regionali. D'altra parte i principali obiettivi di cambiamento e di consolidamento del SSR declinati in questo Piano regionale di Salute non sarebbero perseguibili se si prescindesse dalla integrazione di politiche settoriali quali le politiche di inclusione sociale, le politiche di formazione professionale, le politiche di innovazione tecnologica e ricerca scientifica, le politiche di prevenzione e tutela ambientale.

La cornice della programmazione integrata regionale è oggi ben definita, sia nei documenti nazionali riferiti alla individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sia nei documenti regionali di sviluppo, primo tra tutti il nuovo Programma Operativo 2007-2013 della Puglia; questo Piano è quindi chiamato a declinare gli obiettivi di integrazione e a definire i percorsi operativi in cui tale integrazione deve concretizzarsi per essere percepita dai cittadini.

Con specifico riferimento alla integrazione sociosanitaria, sfida ancora tutta da raccogliere in Puglia, la programmazione degli interventi integrati trova la sua disciplina e la sua regolamentazione nel D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, nella *L. n. 328/2000*, nei *D.P.C.M. 14 febbraio 2001* e 29 novembre 2001 e, sul piano regionale, nella *L.R. n. 19/2006*, nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Ai sensi dell' *art. 3-quater D.Lgs. n. 229/99*, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** e in esso sono assicurati, secondo quanto disciplinato a livello regionale dalla *L.R. n. 25/2006*, i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali. In particolare il comma 3 del suddetto articolo precisa che il PAT:

- prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta

- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'*art 3-septies del D.Lgs. n. 229/99* e le quote rispettivamente a carico dell'ASL e dei Comuni;

- è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore di distretto, ed è approvato dal Direttore Generale sentito il parere del Comitato dei Sindaci per la parte sanitaria e "di intesa" con tale Comitato per la parte socio-sanitaria.

Ai sensi della *L.R. n. 19/2006* l'Ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali, ivi comprese quelle ad integrazione socio-sanitarie. Esso è coincidente con il distretto sanitario, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e gestione integrata dei servizi e degli interventi. **I Piani Sociali di Zona** sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati tra loro, definiscono il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, con l'indicazione degli obiettivi strategici, delle priorità d'intervento, degli strumenti, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le ASL ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatoria, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), in modo da assumere con decisione contestuale gli impegni finanziari, ma anche di risorse umane, necessari per sostenere il costo delle prestazioni integrate, avendo condiviso anche quel sistema di regole necessario a disciplinare in dettaglio l'erogazione delle prestazioni.

Questo Piano Regionale di Salute è chiamato, pertanto, a fornire indirizzi di programmazione territoriale integrata alle ASL, ma anche ai Comuni, e a fornire contestualmente linee guida operative per la costruzione di percorsi integrati di presa in carico delle persone, delle loro condizioni di salute, ma anche delle rispettive condizioni familiari e di vita.

È pertanto necessario che i due strumenti, PAT e PdZ, siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

1. *Il sistema di salute in Puglia: priorità e fragilità*

1.1 Il contesto

Quadro demografico

La Puglia conta 4.071.518 residenti (rilevazione ISTAT, al 1° gennaio 2006), circa 3.000 in più rispetto all'anno precedente. Nel grafico 1 è evidente un netto incremento demografico della popolazione residente nell'ultimo quinquennio, speculare all'andamento nazionale.

L'analisi comparata della struttura della popolazione pugliese e nazionale per fasce di età fa emergere le seguenti differenze:

- nella popolazione pugliese le fasce di età 0-30 anni rappresentano una proporzione più consistente;

- le strutture delle popolazioni nazionale e regionale sono speculari nelle prime fasce (0-1 anni) a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra regione;

- la quota di ultrasessantacinquenni è maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile, mentre le ultime fasce di età (ultraottantenni) sono praticamente sovrapponibili.

L'attuale quadro demografico della Regione Puglia descrive una popolazione che, nei prossimi anni, probabilmente presenterà le problematiche di salute che attualmente si trovano ad affrontare le regioni del Centro-Nord: aumento della proporzione di anziani accompagnato da una riduzione della forza lavoro attiva.

I dati che seguono sono tratti dalla Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese 2006 redatto, per conto dell'Assessorato regionale Politiche della Salute, dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.

Mortalità: dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM), anni 1998-2004

L'analisi dei dati di mortalità nel periodo 1998-2004 evidenzia come il tasso grezzo di mortalità mostri un trend in lieve diminuzione (con l'eccezione dell'anno 2003 che presenta il tasso più elevato).

L'analisi dei tassi specifici di mortalità per causa evidenzia che le malattie del sistema cardiocircolatorio sono in Puglia la prima causa di morte, seguite dai tumori e dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Fra i decessi causati dalle malattie dell'apparato cardiovascolare va sottolineato che circa un quarto sono da ascrivere a disturbi circolatori dell'encefalo.

I tassi di mortalità per tumori e malattie dell'apparato respiratorio sono costantemente doppi nel sesso maschile rispetto a quello femminile; anche i decessi per malattie del sistema cardiocircolatorio sono più elevati nel sesso maschile.

Risultano in crescita i decessi per tumori, per diabete, per malattie del sistema nervoso (queste ultime comprendenti le diverse forme di demenza) nella fascia di età superiore a 75 anni. In particolare risultano in aumento le morti per tumori maligni della mammella nella donna e le morti per tumori della prostata e del tessuto linfatico ed emopoietico negli ultrasettantacinquenni.

Diminuiscono invece, nella fascia di età 60-74 anni, i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio -con particolare riferimento ai disturbi di circolo celebrale- e per malattie dell'apparato respiratorio e digerente.

Infine l'analisi della distribuzione della mortalità per comune evidenzia aggregazioni territoriali a mortalità più elevata. Nei maschi il fenomeno riguarda, in particolar

modo, gran parte della provincia di Foggia, alcuni comuni del nord barese, l'area della BAT, alcuni comuni del nord di Brindisi ed il basso Salente. Nelle donne, la mortalità più elevata si concentra in alcuni comuni a nord di Foggia, nell'area della BAT e in alcuni comuni a nord di Bari.

Ospedalizzazione: dati dell'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera anni 2001-2005

I dati di ospedalizzazione evidenziano una progressiva riduzione del numero di ricoveri annuali. Il numero di ricoveri nelle strutture ospedaliere della Regione Puglia dal 2001 al 2005 è progressivamente diminuito del 12,5%.

Le più importanti cause di ospedalizzazione sono rappresentate dalle malattie dell'apparato cardiovascolare, dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio.

Il tasso di incidenza dell'infarto acuto del miocardio presenta un aumento del 17% nel periodo 2001/2005 passando da 11,7x10.000 residenti a 13,8x10.000 residenti.

Il tasso di ospedalizzazione per accidenti cerebrovascolari presenta una lieve diminuzione, passando da 45,5x10.000 nel 2001 a 42,9x10.000 nel 2005.

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO registra una riduzione nel quinquennio, passando da 10,8x10.000 residenti nel 2001 a 7,1x10.000 nel 2005, mentre sostanzialmente stabile risulta il tasso di ospedalizzazione per asma.

l ricoveri per tumore si riducono invece proporzionalmente all'ospedalizzazione generale. Sostanzialmente stabile nel quinquennio risulta il numero di ricoveri per tumore al polmone, la cui incidenza si attesta intorno al valore di 15,2x10.000 residenti; evidenziano invece un trend di diminuzione i ricoveri per tumore della mammella, della cervice uterina, del colon e del retto.

Si osserva infine una significativa riduzione dei ricoveri per cause accidentali e violente.

Tale trend decrescente si inverte negli 2006-2007, con un sia pur modesto incremento sia dei ricoveri ordinari che in quelli in day-hospital.

1.2 La salute delle donne

La salute delle donne è stata definita come l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute e per rimuovere tutte le condizioni di disuguaglianza, economiche, sociali, ma anche di genere, in quanto coinvolge non soltanto la qualità dei servizi, ma anche la qualità del modello sociale complessivo di riferimento.

Il tema della salute della donna presenta una serie di peculiarità (differenti a seconda delle diverse fasi della vita) di cui si deve tenere conto nella organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria.

In particolare, la salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva, che riguardano sia la diffusione di fattori di rischio che la incidenza di malattie e di disabilità e la frequenza di utilizzazione dei servizi sanitari.

Un esempio eloquente di quanto sopra affermato e della necessità di una riflessione specifica in fase di programmazione dell'assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari è rappresentato dalla sproporzione evidente tra tasso di ricettazione (più elevato rispetto al sesso maschile) e tasso di ospedalizzazione (decisamente più basso che nel sesso maschile), a dimostrazione di una richiesta di prestazioni sanitarie tendenzialmente più elevata nelle donne, che però ricorrono meno alla ospedalizzazione come setting di cura.

Questo dato rimanda ad una problematica molto più ampia, che investe direttamente il ruolo della donna nella nostra società e la sua centralità all'interno del sistema-famiglia, riconducibile sicuramente a fattori di ordine culturale, ma sulla quale influiscono soprattutto le gravi carenze nella rete assistenziale e di tutele presenti nel nostro paese e particolarmente evidenti nella nostra regione. L'iniqua ripartizione del carico di cura tra donne e uomini all'interno del nucleo familiare è una delle motivazioni principali per le quali le donne tendono a ricoverarsi meno, a rifiutare addirittura il ricovero (in favore di altre modalità di cura) o ad abbreviarne la durata.

Risulta quindi giustificato rivolgere una attenzione selettiva, all'interno del piano regionale della salute, alla dimensione di genere intesa come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute nei diversi livelli e luoghi di attività dei servizi sanitari e parallelamente dei servizi sociali.

Il concetto di salute sessuale e riproduttiva fa riferimento [1] allo stato di benessere fisico, psichico e sociale della persona correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Implica, inoltre, che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente, sicura e devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto farlo.

La sessualità e la riproduzione vengono quindi incluse all'interno della prospettiva dei diritti umani.

Allontanandosi dalla naturale dimensione di evento fisiologico, **il percorso riproduttivo** è andato progressivamente incontro ad un processo di medicalizzazione, ulteriormente accelerato negli ultimi anni dallo sviluppo delle biotecnologie che stanno generando un'espansione di pratiche diagnostiche fortemente remunerative, tanto più se abusate o inappropriate ed una inevitabile esplosione dei relativi costi economici.

Molti riferimenti legislativi, nazionali e regionali, vedono nei **Consultori Familiari (C.F.),** inseriti all'interno dei distretti socio-sanitari, gli unici servizi che possano ottemperare alle molteplici richieste in ordine alla salute di genere, attuando la metodologia operativa della **offerta attiva,** cardine operativo delle strategie di prevenzione e promozione della salute.

Nella nostra Regione il C.F. non ha inciso nella promozione della salute di genere perché

- poco conosciuto dalla popolazione
- con dotazioni organiche insufficienti o mal distribuiti
- con sedi inadeguate e di difficile individuazione
- con risorse strumentali carenti
- privo di strategie di intervento
- scollegato dalle altre strutture territoriali e ospedaliere.

Con il risultato di una progressiva riduzione delle potenzialità di questo servizio di primo livello, ormai relegato in una condizione di marginalità che penalizza sia gli operatori che i potenziali fruitori del servizio.

Le conseguenze di questa inefficace azione più che trentennale sono riportate nei dati che seguono:

IVG e contraccezione

Il Rapporto di abortività in Puglia (cioè il numero di IVG per 1.000 nati vivi) è di 318,0 contro i 241,8 della media nazionale, il tasso di abortività (cioè il numero di IVG per 1.000 donne in età fertile) è l'11,8% contro il 9,6% della media nazionale.

Escluse Sicilia, Sardegna, Liguria e Trento, la Puglia è la regione in cui abortiscono più donne di età inferiore ai 18 anni.

Caratteristica delle regioni meridionali è che le coniugate rappresentano sempre la percentuale maggiore delle ricorrenti alle IVG (il 56,5% in Puglia contro il 46,7% di media nazionale).

Il titolo di studio e lo stato occupazionale sono discriminanti: il 61,4% delle donne che abortiscono ha al massimo la licenza media inferiore.

Le nullipare sono il 32,7%, le donne con 1 o più figli sono il 68,3% (in aumento rispetto al 67,6% del 2004).

Il 35,7% ha già fatto 1 o più IVG in precedenza (in aumento rispetto al 34,9% del 2004).

Solo il 11,5% delle donne si rivolge al Consultorio per la certificazione (media nazionale 35,7%) in aumento rispetto al 10,6% del 2004; mentre il 54,7% si rivolge al Medico di fiducia (media nazionale 31,0) in diminuzione rispetto al 56,2% del 2004.

Rispetto ai tempi di intervento, il 63,7% delle IVG è eseguito prima delle 8 settimane di gestazione (media nazionale 37,0%).

Le donne più giovani arrivano all'IVG più tardi (il 19-21% a 11-12 sett. di gestazione) probabilmente per mancanza di informazioni e ritardo diagnostico.

Il 49,9% delle IVG viene eseguito in Casa di cura convenzionata (contro la media nazionale dell'9,8%). A livello nazionale si sono eseguite 117.878 IVG in Struttura pubblica e 11.528 in Clinica privata convenzionata delle quali 5.968 (52%) in Puglia.

I dati che seguono sono tratti dai risultati di un'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità condotta su 60.000 famiglie, con 50.000 donne intervistate, dall'OER Puglia e dall'ISTAT.

Gravidanza e parto

Nel 2005 sono nati in media 1,33 figli per ogni donna in età feconda (15-49 anni) ed è uno dei livelli di fecondità più bassi dei paesi sviluppati.

I Tassi di fecondità si attestano nel 2005 al 39,4% nell'Italia del sud (contro il 39,8% di media nazionale), comunque in diminuzione rispetto al 2003 e al 2004.

In Puglia il tasso di fecondità è nel 2005 fra il 35,3% (CEDAP) e il 36,1 (ISTAT) in diminuzione di 2-3 punti percentuali rispetto al 2003 e al 2004.

L'età media della madre alla nascita del primo figlio, per molto tempo stabile intorno ai 25 anni, raggiunge oggi i 29 anni con un contributo crescente anche di donne ultraquarantenni (4,6% di nati nel 2005).

Il numero medio di figli "atteso" è intomo a 2,18 in tutte le fasce d'età con un lieve incremento nelle donne sopra i 35 anni; solo il 12% delle madri dichiarano, nell'indagine citata, di volere 1 solo figlio.

Le motivazioni più frequenti per non volere altri figli sono, in ordine decrescente: la soddisfazione per aver raggiunto la dimensione familiare desiderata, motivi economici, motivi di età e di lavoro.

Le donne con un diploma di scuola media superiore sono il 54% nel 2003 (contro il 30% del 1990) e parallelamente c'è un incremento delle donne lavoratrici, circa il 63,3% nel 2003 al momento del parto.

All'età di 25 anni solo il 14,3% delle madri occupate ha avuto il primo figlio (contro il 35,1% delle non occupate) e a 30 anni il 51,8% delle occupate ha un figlio (contro il 72,5% delle non occupate).

Complessivamente il 18,4% di tutte le madri occupate all'inizio della gravidanza non lavora più con rilevanti differenze tra il Nord (15%) e il Sud (25%).

Le principali strategie di conciliazione adottate sono: il part-time (più utilizzato al Nord: 45% delle madri, che al Sud: 35%), l'astensione facoltativa e i congedi parentali (anche questi più utilizzati al Nord: 80%, che al Sud: 62,7%).

La tendenza ad anticipare il rientro al lavoro è tipica delle madri del Mezzogiorno: circa il 60% di queste donne riprende a lavorare entro i 6 mesi di vita del bambino (contro il 32% delle madri del

Nord Italia). La motivazione prevalente a riprendere anticipatamente il lavoro è l'esigenza economica (49,5%).

Nell'utilizzo dei congedi parentali sono fortemente disattesi i principi paritari che hanno ispirato le normative vigenti in quanto solo l'8% dei padri ha usufruito di congedi parentali nei primi 2 anni di vita del bambino.

Continua inoltre ad essere intenso il ricorso alla rete di aiuti informale e intergenerazionale (circa il 52,3% dei bambini sotto i 2 anni sono affidati ai nonni quando la madre lavora e solo il 25,8% frequenta l'asilo nido con forti differenze fra il nord e il centro - 15,3% e 16,7% - e il sud - 7,5%).

Confrontando i principali indicatori di assistenza in gravidanza individuati dall'ISTAT (donne informate sulla possibilità di diagnosi prenatale, donne sottoposte a diagnosi prenatale, donne che hanno eseguito la prima ecografia entro il 3° mese) si vede che il livello di istruzione è direttamente proporzionale al maggior ricorso ad indagini prenatali.

Le donne che hanno effettuato amniocentesi nel 2003 sono in Puglia il 9% (contro un 18% di media nazionale).

Dai dati relativi al numero dei controlli eseguiti, sembra emergere un ulteriore incremento del fenomeno di medicalizzazione della gravidanza e di sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche, già osservato nel biennio 1999-2000.

Il 98% delle donne è stato seguito in gravidanza da un medico ginecologo e N1% anche da un'ostetrica; nel 70% dei casi il ginecologo di fiducia è uno specialista che lavora in Ospedale o in Casa di cura e solo l'8% è seguito in Consultorio familiare.

Mentre il protocollo nazionale raccomanda al massimo tre ecografie in caso di gravidanze fisiologiche, ben il 78,8% delle donne ha fatto oltre 3 ecografie, con un ulteriore incremento rispetto al dato già elevato del 1999-2000 (75,3%). La percentuale di donne che si è sottoposta a 7 o più ecografie è del 29,0% nel 2004-2005 (il 23,8% nel 1999-2000).

Sono soprattutto le donne seguite da ginecologi privati, inclusi quelli che lavorano anche in ospedale, a ricorrere a più di 3 ecografie nel corso della gravidanza (rispettivamente 81,7% e 81,0%); molto elevato è il numero di donne che si sottopone a più di 6 ecografie nel Sud e nelle Isole (rispettivamente 32,4% e 34,4%).

L'Italia è il paese con il più alto numero di parti con taglio cesareo (TC) dell'Unione Europea: la percentuale è pari al 36,9% nel 2003 (oltre il doppio della quota massima del 15% raccomandata nel 1985 dall'OMS), di gran lunga più elevata di quella raccomandata dal PSN (inferiore al 20%) e di quella dei paesi dell'Unione Europea il cui tasso medio di cesarei è pari al 23,7%.

In Puglia nel 2005 la media di TC è del 47,2% in un trend progressivo di aumento (43,6% nel 2003 - 46,0% nel 2004); al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare le percentuali sono maggiori per le donne che partoriscono nei Presidi ospedalieri delle ASL (50,7%) e nelle Aziende ospedaliere (44,3%) e minori negli IRCCS (34,2%) e nelle Case di cura private (38,8%) con una inversione di tendenza rispetto al 2003.

Tutto questo accade nonostante le donne preferiscano nettamente partorire in modo spontaneo (87,7%); tra quante hanno avuto un parto spontaneo con o senza anestesia solo il 5% avrebbe preferito fare un cesareo se avesse potuto scegliere.

I corsi di preparazione al parto rappresentano uno dei fattori di protezione rispetto alla possibilità di avere un taglio cesareo, in parte perché le donne che li seguono sono già un gruppo selezionato caratterizzato da un maggiore orientamento alla demedicalizzazione, e in parte perché accrescono la capacità delle donne di partecipare alle decisioni da prendere al momento del parto. Infatti, ha avuto un parto cesareo solo il 27,6% delle donne che hanno frequentato un corso di preparazione al parto contro il 41,5% di quante non hanno partecipato ad alcun corso di preparazione.

A livello nazionale hanno frequentato un corso di preparazione al parto il 30,9% delle donne, dato stabile rispetto al 1999-2000 (29,7%): nell'Italia meridionale solo il 12,7% (contro il nord e centro con il 40%).

I corsi sono più frequentati dal 65,6% delle donne laureate e/o diplomate, meno (34,2%) dalle donne che hanno conseguito la licenza media e ancor meno (20,2%) da quelle con più basso titolo di studio.

Tra coloro che non hanno mai partecipato a corsi di preparazione al parto (54,5%), il 16,8% non ha potuto usufruire di questa opportunità perché non esisteva una struttura disponibile o vicina all'abitazione, ma la quota è molto più alta nel Sud (23,4%) di quanto non sia nelle altre aree territoriali ed in particolare nel Nord-ovest (5,9%).

Il sostegno e la presenza di familiari o amici al momento del parto sono raccomandati sia nelle linee guida dell'OMS che in quelle nazionali:

circa il 50% è la quota di donne del Sud che non hanno avuto vicino nessuno al momento del parto (contro il 10% nel Nord e il 20% nel Centro Italia); il 31,1% ha avuto vicino il padre del concepito, nel restante dei casi un familiare o persona amica, (media nazionale 66,1% - Nord-Ovest 87,8% nel Nord-Est 83,9%).

Le condizioni strutturali ospedaliere generalmente non consentono alle madri del Sud e delle Isole di avere vicino il partner o un'altra persona: ulteriore conferma dell'incapacità di accogliere una richiesta sempre più diffusa da parte delie donne che è diventata "normalità" in altre parti del Paese.

L'importanza dell'allattamento al seno per la salute del bambino e della mamma è ampiamente evidenziata in numerose ricerche epidemiologiche. Le donne che hanno allattato al seno il proprio bambino sono l'81,1% del campione intervistato nell'indagine.

La durata media del periodo di allattamento è di 7,3 mesi (6,2 mesi nel 1999-2000) quindi è in crescita; l'Italia insulare, soprattutto per effetto della Sicilia si distingue per la più bassa percentuale di donne che allattano (74,2%) e solo il 26,6% di queste allatta per più di sei mesi (contro le donne del Nord-est che allattano al seno i loro bambini nell'86,1% e lo fanno per sette mesi o più nel 36,8%).

Salute non riproduttiva

Le donne vivono più a lungo degli uomini ma vivono un maggior numero di anni in cattiva salute per malattie che hanno una maggiore o esclusiva incidenza tra le donne - osteoporosi +736% - tireopatie +500% - depressione e ansia +138% -cefalea ed emicrania +123% - Alzheimer +100%.

Dai dati ISTAT del 2006 emerge che l'8,3% delle donne denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini; la disabilità è più diffusa tra le donne (6,1%) che tra gli uomini (3,3%).

In tutte le statistiche internazionali la malattia cardiovascolare è la principale causa di morte per le donne superando di gran lunga tutte altre.

Le patologie psichiche sono prevalenti e in crescita nel sesso femminile.

Rispetto alle condizioni di lavoro non ci sono studi complessivi: si considera questo aspetto solo in relazione alla gravidanza e in rapporto esclusivamente ai rischi per il nascituro. Manca completamente l'attenzione agli eventi patologici connessi con il lavoro domestico, in particolare gli infortuni.

Salute nelle donne immigrate

Nel 2005 le donne immigrate erano 1.344.000 (dossier Caritas).

Le straniere regolari sono il 55% al Nord, il 30% al Centro e il 20% nel sud e nelle isole.

Le donne immigrate con permesso di soggiorno in Italia al 31 dicembre 2005 erano pari a 1.132.845, rappresentando il 49,9% della popolazione immigrata (Ministero dell'interno).

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano:

- Maggior tasso di nati-mortalità e mortalità neonatale
- Maggior numero di parti pretermine
- Maggior numero di bambini con basso peso alla nascita.

Delle donne immigrate che in Italia entrano in Ospedale, il 59,6% lo fa per interrompere la gravidanza.

In termini assoluti dal 1995, con il 7,1% di IVG in donne straniere sul totale, si passa al 27,2% del 2004, al 29,6% del 2005; in Puglia la percentuale delle IVG nelle donne straniere è molto più bassa: 6% nel 2005.

L'analisi dei dati regionali, che rivelano un quadro complessivamente peggiore di quello nazionale (sia pure non in termini assoluti), anziché fungere da stimolo al cambiamento delle strategie di intervento, ha prodotto nel corso del tempo una situazione che ha visto da un lato la progressiva sostituzione del "pubblico" con il "privato" e dall'altro la crescente difficoltà di operare una inversione di rotta.

[1] (Definizione dell'ICPD Programmo of Action - riportata nel Rapporto Defining sexual health - Report of a Technical Consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. World Health

Organization, Geneva 2006. http://www.who.int/reproductive-health/publication5/sexualhealt/index.html).

1.3 Le fragilità

1.3.1 L'abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori.

I diritti umani delle donne e delle/dei bambine/i sono inalienabili e parte integrale e indivisibile dei diritti umani universali. La violenza di genere e tutte le forme di molestie e di sfruttamento sessuale, incluse quelle che risultino dal pregiudizio culturale e dal traffico internazionale, sono incompatibili con la dignità e il valore della persona umana, e perciò devono essere eliminate (ONU 1993 - Conferenza di Pechino).

La violenza sulle donne è un problema sociale, e come tale va affrontato.

I dati ISTAT relativi alla indagine sulla violenza e i maltrattamenti contro le donne condotta nel 2006, su un campione di 25.000 donne (in Puglia 1.104) comprese tra i 16 e 70 anni, confermano che a fronte di un aumento della percentuale di donne che subiscono una violenza o tentata violenza, il sommerso rimane elevatissimo: la mancata denuncia si verifica in circa il 96% dei casi di violenza subiti da un non partner e nel 93% di quelli subiti dal partner; un terzo delle intervistate non ne aveva mai parlato con nessuno prima della intervista.

Solo il 18,2% delle donne che hanno subito violenza fisica o sessuale in famiglia considera la violenza subita un reato.

La violenza contro le donne è un problema - anche - di sanità pubblica, e deve coinvolgere gli operatori sanitari nella prevenzione del fenomeno e nel trattamento delle conseguenze in termini di danni alla salute fisica e psichica.

Il fenomeno della violenza sulle donne è abitualmente sottovalutato in ambito sanitario. I fattori che contribuiscono alla non visibilità del fenomeno sono, tra l'altro, la mancanza di capacità di ascolto dei problemi delle donne, la mancanza di un modello medico capace di mettere a fuoco le specifiche condizioni di vita femminile e che invece tende a riferire costantemente i malesseri e i disagi delle donne a problemi di tipo biologico, che poco hanno a che vedere con i gli eventi di vita e le relazioni violente.

La violenza sulle donne non può essere più solo un problema privato, ma va affrontato nella sua dimensione pubblica perché "la promozione e la tutela dei diritti delle donne sono requisiti fondamentali per costruire una vera democrazia", ed "occorre utilizzare tutti i mezzi possibili per prevenire qualsiasi violazione dei diritti umani delle donne": questo è un impegno che riguarda tutta la comunità, ma in primo luogo rappresenta un obbligo per le istituzioni dello Stato.

Pertanto il problema della violenza alle donne richiede un impegno congiunto delle istituzioni pubbliche e del mondo associativo, tanto sul piano politico quanto su quello operativo.

In questa prospettiva è auspicabile avviare un articolato processo di contrasto al fenomeno della violenza, che abbia come finalità:

• il raccordo e la messa in rete delle iniziative già avviate sia in ambito pubblico che privato

• la promozione della assunzione di responsabilità da parte di tutti i settori coinvolti, soprattutto in ambito pubblico (servizi sociali e sanitari, mondo giudiziario, forze dell'ordine, ecc.)

• la realizzazione di interventi in ognuna delle aree tematiche individuate a livello internazionale come necessarie per un approccio significativo al tema.

Tali tematiche si possono sintetizzare in:

1. Supporto e protezione delle vittime

2. Attività e interventi di rieducazione con gli aggressori, ove possibile

3. Formazione

4. Ricerca

5. Informazione e sensibilizzazione.

La situazione in Puglia, purtroppo, è notevolmente deficitaria da questo punto di vista. I pochi Centri Antiviolenza e Case Rifugio attivi sul territorio, per lo più gestiti da Associazioni di donne, devono affrontare grandi difficoltà, anche di carattere economico.

Tra le iniziative di rilievo avviate nella prospettiva della promozione di un impegno congiunto delle istituzioni pubbliche e del mondo associativo, va segnalata la costituzione del Coordinamento regionale dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio.

Tra le carenze strutturali nella rete dei servizi socioassistenziali e sociosanitari va annoverata anche la debolezza dei servizi offerti in questo ambito dalla rete consultoriale pugliese: mediamente solo 1 consultorio su 5 in Puglia è in grado di sostenere il funzionamento di una equipe multiprofessionale per l'abuso e il maltrattamento, che già nel 2004 con le linee guida per l'integrazione sociosanitaria approvate con *Delib.G.R. n. 1104/2004* insieme al primo Piano Regionale delle Politiche Sociali era individuato come obiettivo irrinunciabile della rete di welfare regionale.

Va evidenziata, infine, la presenza assai ridotta, ma di riferimento a livello regionale, di due sole strutture a carattere ospedaliero che prendono in carico i casi di abuso e maltrattamento a danno di bambini e minori con gravi complicanze di rilievo sanitario: il Centro Nostra Famiglia di Ostuni, che riceve casi provenienti da tutta la regione, ed in particolare dalle ASL Bari e Lecce, e l'ospedale Giovanni XXIII (progetto GIADA, finanziato dal DIEF 2007).

1.3.2 La tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva

La mortalità neonatale, pur in costante riduzione, non è ancora allineata con la media nazionale. Per quanto una analisi dettagliata del fenomeno non sia disponibile, è credibile che ciò sia effetto di numerosi fattori sui quali si può intervenire adottando i modelli previsti nel documento relativo alla

prevenzione della interruzione di gravidanza ed attivando le procedure previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) nazionale, cogliendo anche l'occasione della promozione del parto indolore. Tali fattori sono: l'insufficiente standardizzazione delle fasi del percorso di gravidanza; la insufficiente centralizzazione delle gravidanze a rischio; la distribuzione a macchia di leopardo delle unità di assistenza neonatologica, accompagnata dalla eccessiva diffusione dei punti nascita.

Lo scostamento più significativo è tuttavia relativo alla mortalità infantile che è superiore alla media nazionale di poco più di un punto.

In Puglia, nel periodo compreso tra il 2001 e il 2005 sono stati registrati mediamente 119.000 ricoveri all'anno nei soggetti di età pediatrica.

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la prima causa di ricovero tra 0 e 14 anni (tasso medio regionale anni 2001-2005=25,8x1000 residenti), cui seguono le condizioni morbose di origine perinatale (tasso medio regionale anni 2001-2005= 8,9x1000 residenti), le malattie dell'apparato digerente e i traumatismi e avvelenamenti (tasso medio regionale anni 2001/2005=11x1000 residenti). Il tasso di ospedalizzazione per le patologie infettive e parassitarie risulta mediamente pari a 9,1x1000 residenti (il 50% dei ricoveri è legato a infezioni intestinali), mentre quello per tumori è pari a 2,7x1000 residenti.

È a tutti nota la grave carenza nella regione di servizi avanzati di diagnosi e cura: a fronte di una crisi strutturale dell'Ospedale Pediatrico Regionale, di recente accorpato alla AOU Policlinico di Bari, non sono state ancora messe in atto politiche concrete volte a risolvere il problema. Pertanto la Regione ha interamente rivisitato la problematica costruendo un piano specifico per la realizzazione del quale l'AOU Policlinico ha formalizzato lo studio di fattibilità sugli interventi edilizi indispensabili che dovranno essere oggetto di finanziamenti dedicati.

L'obiettivo è quello della realizzazione di una struttura ospedaliera di alta complessità dotata di circa 350 posti letto che costituisca punto di riferimento regionale e interregionale per l'assistenza materno infantile.

1.3.3 I disturbi del comportamento alimentare

L'Italia è ai livelli più bassi in Europa **per l'obesità** degli adulti, ma la quota di obesi è in crescita: **sono 4 milioni e 700 mila le persone adulte obese in Italia,** con un incremento di circa il 9% rispetto a cinque anni fa. Le stime riferite al 2005 evidenziano che il 52,6% della popolazione di 18 anni e più è in condizione di normopeso, il 34,2% è in sovrappeso, il 9,8% è obeso ed il restante 3,4% è sottopeso. Sono di più le persone obese nel Sud e negli strati di popolazione con basso status sociale. Netta è la relazione tra basso livello di istruzione ed eccesso ponderale.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono patologie psichiatriche con importanti ripercussioni di carattere organico a causa delle molteplici espressioni fenomenologiche tra cui restrizioni dietetiche esasperate, abbuffate compulsive, vomito autoindotto, abuso di lassativi/diuretici/farmaci anoressizzanti, attività fisica eccessiva.

Essi comprendono, secondo il sistema di Classificazione internazionale delle Malattie Psichiatriche DSM IV e ICD 10:

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- DCA NAS (Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato)
- BED o Binge Eating Disorders (Disturbi da Alimentazione incontrollata).

Tali disturbi hanno importanti risvolti sui piano sociale sia per la fascia di età della popolazione a rischio (prevalentemente 12-25 anni, donne, con incremento importante del numero dei casi di sesso maschile), sia per la compromissione del funzionamento sociale, scolastico, lavorativo e familiare del soggetto e dei suoi familiari, sia per l'incompleta informazione e conoscenza circa la complessità e gravità della patologia che favorisce un accesso posticipato alle cure.

Il rapporto disfunzionale con il cibo nel soggetto affetto da un DCA è il sintomo, l'iceberg di un disagio psichico alla cui base ci sono numerosi fattori predisponenti e scatenanti significativi in particolar modo nel periodo della preadolescenza ed adolescenza.

I dati epidemiologici derivati da studi condotti sia a livello internazionale che in Italia (così come nella nostra Regione) sulla prevalenza dei disturbi dell'alimentazione, sulla popolazione di età compresa tra i 12 e i 25 anni, riportano i seguenti dati:

- 0,5-1% per l'anoressia nervosa, sembra essere tuttavia molto più diffuso un disturbo sub-clinico di tipo anoressico (diagnosticato come disturbo dell'alimentazione NAS);

-1-3% per la bulimia nervosa,

- 0,7-4% per i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati -15-30% per DCA NAS e BED.

Per quanto riguarda l'incidenza è valutata nei termini di:

- 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per l'anoressia nervosa

- 9-12 nuovi casi annui per 100.000 abitanti per la bulimia nervosa.

- il Binge Eating Disorder affliggerebbe il 30% della popolazione di soggetti obesi che si rivolge ai servizi.

Va sottolineato che i disturbi del comportamento alimentare sono, inoltre, in notevole aumento anche nella popolazione maschile (10-15% del totale).

I disturbi del comportamento alimentare sono, dunque, patologie altamente diffuse nella popolazione a rischio.

Inoltre, a causa dello stigma sociale, di una informazione errata e di una non adeguata organizzazione del sistema sanitario nello specifico, facilmente tendono a cronicizzate, comportando notevoli costi sociali e sanitari. Per le inevitabili conseguenze sul metabolismo glicidico, lipidico e proteico e su vari sistemi ormonali (vedi sviluppo di amenorrea, osteoporosi, ecc.), la gestione di questi soggetti andrà attuata con il coinvolgimento della rete territoriale degli specialisti endocrinologi e delle unità operative di endocrinologia.

Da alcune ricerche si evince come solo il 40% dei soggetti affetti da anoressia nervosa viene riconosciuto dai medici di base e il 79% di questi arriva alla cura; solo l'11% dei soggetti affetti da bulimia viene riconosciuto dai medici di base e la metà di questi arriva alla cura. Si consideri che nonostante un adeguato trattamento, solo un terzo dei soggetti affetti da anoressia nervosa guarisce, un terzo continua a presentare una sindrome parziale, un terzo cronicizza; la metà dei soggetti bulimici guarisce, un'altra metà continua a presentare una sindrome completa o parziale.

Molto pochi sono, poi, i soggetti affetti da disturbo da abbuffate compulsive che ricevono un trattamento adeguato e riescono a mantenere nel tempo un peso corporeo più basso. Quest'ultima tipologia di DCA oggi è sempre più preoccupante sul piano epidemiologico.

Queste malattie possono portare a morte nel 15-18% dei casi: sono patologie che necessitano pertanto di essere curate in Unità Operative specializzate specifiche in cui èquipes multidisciplinari possano occuparsi degli aspetti psichiatrici, psicologici, organici, e nello stesso tempo - essendo le variabili socio-culturali estremamente rilevanti nella loro eziopatogenesi - anche degli aspetti familiari, sociali e culturali.

Con **Delib.G.R. n. 277/2002,** pubblicata sul BURP n. 40/2002 la Regione Puglia aveva definito un proprio protocollo per la regolamentazione delle prestazioni sanitarie rese in regime di day hospital per i disturbi del comportamento alimentare nell'ambito della Psichiatria.

Nell'ambito della campagna informativa trasversale promossa dal Ministero della Salute, il **Progetto Interministeriale "Guadagnare salute",** relativamente alla problematica dei Disturbi dei Comportamento Alimentare, indica di "promuovere corrette informazioni e consapevolezza sociale rispetto ai disturbi psichiatrici dei comportamento alimentare al fine di contrastare le informazioni fuorvianti provenienti dai mass media e da fonti non accreditate".

A questo proposito occorre sottolineare che in Puglia da anni sono attivi sin dalla fine degli anni Novanta, due Centri dedicati ai disturbi del comportamento alimentare, uno allocato sul territorio nella ASL di Lecce all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e uno allocato nell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari presso la Clinica Psichiatrica.

Dal 2004 un altro Centro DCA dedicato è stato istituito con apposito atto deliberativo, nel Dipartimento di Salute Mentale di Altamura della ex ASL Bari 3 allocato presso l'Ospedale della Murgia, con sede distaccata nell'ospedale di Gravina.

Tutti e tre i centri si configurano come strutture di 2° livello, così come previsto dalle linee guida ministeriali predisposte da un'apposita Commissione Ministeriale istituita nel 1997 e diffuse nel 2001.

Inoltre il "Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA" della ASL di Lecce, su proposta di progetto per il ricovero residenziale terapeutico-riabilitativo al Ministero della Salute, ha ricevuto il finanziamento per la ristrutturazione dello spazio fisico destinato al Centro suddetto, che si verrebbe in tal modo a configurare quale struttura di 3° livello, e ha programmato l'integrazione delle risorse umane necessarie all'organico.

Con recente atto deliberativo la nuova ASL BA ha previsto per il Centro DCA di Altamura/ Gravina, oltre al day hospital, anche il terzo livello assistenziale di tipo terapeutico-riabilitativo, in linea con il RR4/07.

1.3.4 La popolazione immigrata

La Puglia, che negli ultimi decenni del secolo scorso si era caratterizzata soprattutto come terra di transito dei flussi migratori provenienti dai Balcani e dal Medio Oriente, nel corso degli ultimi anni si è sensibilmente trasformata in terra di accoglienza e residenza dei migranti, sia pure con caratteristiche quantitative più attenuate rispetto ad altre regioni italiane, passando dagli 8.482 residenti stranieri del 1981 agli oltre cinquantamila immigrati attualmente residenti.

Nella nostra Regione, secondo i dati ISTAT relativi ai residenti, la popolazione straniera al 31 dicembre 2006 ammonta a 51.242 unità (26.151 maschi e 25.091 femmine), ovvero l'1,26% del totale della popolazione residente, mostrando un incremento di 16.150 presenze (+ 46%) rispetto al 2002 (35.092). Negli ultimi cinque anni, inoltre, sembra essersi manifestata una marcata tendenza alla "femminilizzazione" dei flussi migratori, leggendo i dati che evidenziano la popolazione straniera femminile cresciuta del 52,2% (da 16.483 a 25.091 unità), mentre la popolazione maschile è cresciuta nello stesso periodo solo del 40,5% (da 18.609 a 26.151).

La distribuzione territoriale degli immigrati evidenzia una maggiore presenza nelle province di Bari (23.041) e Foggia (9.860), dove raggiungono l'1,4% del totale della popolazione residente, e una minore nella provincia di Lecce (9.917: 1,2%), di Brindisi (4.180: 1,0%), ed infine di Taranto (4.244: 0,7%).

L'intensità dei flussi migratori in entrata nella nostra Regione pone la grande questione della integrazione sociale e culturale, dell'inserimento lavorativo e dell'accesso alle opportunità di sviluppo economico, ma pone anche una grande questione sanitaria per una regione che è terra di "confine", ma non più e non solo terra di passaggio, e che è consapevole di quanto i diritti di cittadinanza si sostanziano anche nel diritto alla salute.

L'obiettivo della salute dei "migranti" va esaminato ed affrontato nella duplice prospettiva:

- della attuazione di interventi volti a garantire la estensione del diritto della tutela della salute a tutti i cittadini stranieri immigrati

- della attività di prevenzione necessaria a limitare la diffusione di patologie provenienti dai paesi di provenienza.

Il primo punto riguarda l'impegno da parte della Regione a fornire servizi per la prevenzione, diagnosi e cura rivolti a cittadini stranieri residenti e con regolare permesso di soggiorno e più in generale a realizzare azioni di informazione, educazione alla salute e formazione degli operatori sulle problematiche connesse.

Va segnalato a questo riguardo, un dato di carattere nazionale, che rivela come il ricorso di questi cittadini al sistema sanitario sia limitato ad alcune categorie diagnostiche:

- il 55% dei ricoveri di cittadini stranieri, inclusi gli irregolari con codice STP e con dichiarazione di indigenza, a totale carico del SSN riguarda l'area "gravidanza, parto, puerperio", cui si aggiunge un 7% di ricoveri per "malattie e disturbi nel periodo neonatale";

- il 4,4% dei ricoveri di cittadini stranieri, inclusi gli irregolari con codice STP e con dichiarazione di indigenza, a totale carico del SSN riguarda l'area "malattie dell'apparato respiratorio" e il 4% l'area "malattie dell'apparato digerente".

I dati provenienti dai sei centri di Volontariato sanitario per immigrati presenti in Italia, tracciano un elenco delle patologie più ricorrenti per le quali gli stranieri immigrati ricorrono alle cure sanitarie che è strettamente collegato alle condizioni di vita e di lavoro delle stesse persone ancora lontane da standard di vita dignitosi e di lavoro sicuro e in ambienti salubri: malattie dell'apparato respiratorio (16,5%), malattie gastro-intestinali (13,7%), interventi ortopedico-traumatologici (12,3%), malattie genito-urinarie (8,7%), malattie infettive (8,1%) e solo per il 5% interventi ostetrico-ginecologici.

In Puglia, in particolare, va segnalato che per effetto dei flussi migratori si è registrato negli ultimi anni un aumento di incidenza di patologie il cui trend era da tempo stabilmente in discesa nel nostro territorio, come ad es. la tubercolosi. Questo fenomeno viene sicuramente aggravato sia dalle scadenti condizioni igieniche e dalla elevata promiscuità che si osserva nei luoghi di vita e di lavoro di queste persone, sia dalla difficoltà, se non addirittura dalla impossibilità per gli immigrati clandestini, di rivolgersi alle strutture sanitarie presenti nel nostro territorio. A questo deve aggiungersi l'elevata incidenza della IVG nella popolazione femminile immigrata, di cui si è già trattato.

Dunque ancora una volta va evidenziato come l'obiettivo della salute dei cittadini stranieri immigrati è strettamente connesso alla esigibilità di diritti imprescindibili quali quello dell'accesso all'alloggio e della piena integrazione sociale, ma in una regione come la Puglia richiede di essere declinato in termini di livelli essenziali di cura che oggi non sono omogeneamente assicurati sul territorio regionale e spesso non vedono correttamente applicate neanche le norme vigenti, che pure si mostrano attente ai fabbisogni di tutela sanitaria delle popolazioni immigrate.

Le criticità nel SSR riguardano in particolare:

* questioni organizzative, che non consentono quella flessibilità nella organizzazione della rete distrettuale dei servizi sanitari tale da assicurare una copertura adeguata nelle aree di maggiore concentrazione di migranti, come le aree del lavoro stagionale in agricoltura;

* la carenza di figure di mediazione in tutta la rete dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, che spesso impedisce ai cittadini stranieri la conoscenza dei propri diritti, una corretta interazione con il personale medico e paramedico, una efficace trasmissione di messaggi di prevenzione e di educazione sanitaria;

* la carenza di presidi territoriali, di tipo ambulatoriale, dedicati alla tutela, alla prevenzione e alla cura della salute dei cittadini stranieri immigrati, quando presenti con una grande concentrazione, e per patologie per le quali non può rimanere il canale dell'urgenza l'unico canale di accesso alla cura, perché spesso intempestivo, rischioso per la salute e la vita delle persone, e talvolta inappropriato rispetto alla patologia presentata, e quindi tale da impegnare in modo inefficiente le risorse del SSR.

Il regime giuridico dell'assistenza sanitaria degli stranieri in Italia è attualmente definito dal T.U. sull'immigrazione approvato con *D.Lgs. n. 286/1998*, dal relativo Regolamento attuativo emanato con *D.P.R. n. 394/1999* e s.m.i. Queste norme prevedono in particolare:

* la piena equiparazione ai cittadini italiani per l'assistenza degli stranieri residenti o soggiornanti con contratto di lavoro, degli stranieri con regolare permesso di soggiorno, ma anche per le altre tipologie di permessi indicati dall'art. 34 TU (famiglia, asilo politico, richiesta asilo, motivi umanitari, ecc.);

* l'obbligo di assicurarsi a proprie spese, oppure di iscriversi volontariamente al SSN alle particolari condizioni previste dal *D.M. 8 ottobre 1986* per quegli stranieri immigrati e regolarmente soggiornanti che non siano obbligatoriamente iscritti al SSN;

* le prestazioni delle cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per tutti gli stranieri immigrati non in regola con le norme relative all'ingresso o al soggiorno;

* le prestazioni agli stranieri senza oneri a loro carico se privi di risorse economiche, fatte salve le quote di compartecipazione alla spesa a parità dei cittadini italiani.

La multiculturalità della domanda di cure e di prestazioni sanitarie da parte delle persone immigrate richiede, inoltre, la presenza di mediatori linguistici e culturali nelle principali strutture della sanità territoriale (ambulatori e consultori), ancora quasi del tutto assenti nella rete delle strutture territoriali in Puglia.

Le mutilazioni genitali femminili (MGF)

Gli organismi internazionali OMS, Unicef, Unfpa, gli Stati siano essi occidentali che africani o medio-orientali sono tutti concordi nel ritenere che le MGF rappresentano una grave violazione dell'integrità fisica, psichica e morale delle donne e una grave violazione di uno dei diritti umani fondamentali: quello della salute.

I flussi migratori che hanno interessato l'Italia negli ultimi trenta anni hanno introdotto nel nostro Paese comportamenti, tradizioni e costumi precedentemente sconosciuti. La consapevolezza della presenza di donne che hanno subito MGF sul nostro territorio nazionale si è avuta nei primi anni novanta quando, con il rinsaldarsi dei processi di integrazione, le donne immigrate hanno avuto accesso ai servizi sanitari per avere assistenza nel periodo di gravidanza, al momento del parto o per curare specifiche patologie derivanti dalle MGF.

La dimensione del problema in Puglia è nella media nazionale e, in linea con quanto è stato possibile verificare anche dopo le più recenti attivazioni di centri ginecologici specialistici in altre Regioni italiane, e, per la Puglia, presso l'Ospedale "Di Venere" nella ASL BA, la risposta più efficace si ritiene stia nel potenziamento della multiprofessionalità delle strutture territoriali impegnate nelle prestazioni connesse ai percorsi materno-infantili (in primis i consultori materno-infantili e gli ambulatori specialistici) e nei potenziamento delle azioni di prevenzione e di educazione rivolte prioritariamente alle comunità di persone immigrate.

I percorsi di partecipazione che sono stati promossi nell'ambito del processo di stesura del presente Piano Regionale di Salute, con riferimento sia al tavolo delle politiche per l'immigrazione e l'inclusione sociale dei cittadini stranieri immigrati, sia nel forum sulla "salute delle donne", è emerso chiaramente il bisogno di potenziare con le figure di mediazione sociale e linguistico-culturale le strutture consultoriali, nonché le strutture ospedaliere ostetrico-ginecologiche e i punti di pronto intervento, con la contestuale esigenza di formare il personale medico e paramedico sul tema della infibulazione e degli effetti fisici e psicologici delle mutilazioni genitali, nonché dei necessari protocolli per l'intervento in occasione della gravidanza di una donna infibulata. La conoscenza da parte di questi operatori della problematica dell'MGF, degli aspetti sanitari, antropologici e sociologi ad essi connessi crea condizioni per un approccio consapevole privo di ogni pregiudizio e disponibile all'ascolto finalizzato soprattutto alla osservazione del fenomeno ed alla prevenzione.

Queste azioni vengono concordemente individuate come azioni sostenibili in presenza della attuale struttura della rete dei servizi territoriali, senza la necessità di attivare un ulteriore centro specialistico, la cui utenza - l'esperienza ci indica -sarebbe in ogni caso assai limitata ed i cui obiettivi difficilmente perseguibili se si rinuncia a presidiare i punti della rete in cui si erogano le principali prestazioni di cura per il percorso materno-infantile delle donne immigrate.

1.3.5 La popolazione carceraria

Il 13% dei detenuti ha uno stato di salute compromesso, contro il 7% della popolazione libera. La tossicodipendenza è il problema più diffuso (riguarda il 21,54% dei carcerati, contro il 2,1% dei cittadini liberi). Circa il 20% soffre disagi psichici: il 10,25% di depressione e lo 0,8% di deterioramento psicologico. Il 3% risulta affetto da malattie neurologiche.

Le malattie epatobiliari e del pancreas affliggono il 10,9% dei detenuti (contro il 4,2% dei cittadini liberi), quelle dell'apparato digerente il 9,1% (contro il 10,1% della popolazione). Oltre il 20% delle detenute soffre di tumori dell'apparato genitale femminile e della mammella.

Particolarmente elevata risulta inoltre la percentuale di detenuti affetti da infezioni virali a trasmissione parenterale o sessuale: HIV, HBV, HCV e da Mycobacterium tuberculosis, con evidenti rischi di una ulteriore diffusione degli agenti patogeni, date le condizioni di vita all'interno degli ambienti penitenziari.

Non verificata, invece, la circolazione del virus dell'epatite A, neanche come segnalazione di singoli cluster epidemici.

La Regione ispira la sua azione in questo campo della assistenza sanitaria al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute. Infatti la riforma del sistema sanitario penitenziario, voluta dal *D.Lgs. 230/1999*, ha avviato un serio processo di riordino della medicina penitenziaria, chiamando gli enti focali, le ASL e gli istituti penitenziari a concorrere alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

I principali problemi inerenti la gestione della salute nelle carceri, in particolare nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano oltre che dal sovraffollamento (nonostante il recente provvedimento sull'indulto), dalla gravità dei problemi infettivologici e di salute mentale, che richiedono interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete dei servizi sociosanitari territoriali, nonché dalle carenze di personale.

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 disabilita 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) ai 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-ausilii 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-ausilii 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 socioeducativo e riabilitativo per disabili gravi e per disabili gravi senza il supporto familiare: "dopo di noi".

1.3.7 Le persone con patologie psichiatriche

La programmazione delle azioni di contrasto alla malattia mentale deve partire dalle seguenti valutazioni epidemiologiche:

• Il 20-25% della popolazione adulta (fonte OMS) è affetta da disturbi psichici di varia natura, quali depressione, abuso di alcol o di sostanze, turbe psicosomatiche, disturbi di personalità.

• L'1.5 -2% è affetta da disturbi psicotici, mentre circa il 6% della popolazione anziana presenta sintomi di decadimento mentale di tipo degenerativo.

• Il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile.

• Oltre un quinto dei detenuti soffre di disturbo psichico ed è alto il consumo degli psicofarmaci nelle carceri.

• Persiste, inoltre, l'invio negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, soprattutto della Campania ed appare problematica la dimissione degli internati che hanno scontato la misura di sicurezza, per la mancanza di strutture alternative.

A fronte di tali constatazioni il sistema presenta evidenti criticità quali:

• I servizi di salute mentale sono aperti solo 6 ore al giorno e 12 ore solo in rari casi;

• la carenza di personale è grave: è presente mediamente un operatore dei servizi pubblici ogni 3000-3500 abitanti, mentre il Progetto Obiettivo Nazionale 1998/2000 "Tutela della Salute Mentale" prevede almeno un operatore ogni 1500 abitanti;

• il censimento effettuato nel 2007 evidenzia che è attivo, sul territorio regionale, un numero di Centri di Salute Mentale equivalente e territorialmente coincidente con i Distretti socio-sanitari; il personale assegnato ammonta complessivamente a 810 unità;

Figure Professionali	**Personale assegnato**
Medici	192
Psicologi	91
Infermieri	325
Assistenti Sociali	106
Educatori Professionali	5
Terapisti Riabil. Psich.	
Operatori Sociosanitari	55
Amministrativi	21
Operatori Tecnici	6
Sociologi	9
Totale	**810**

• il numero di strutture residenziali psichiatriche è eccessivo. Sono 113 con un totale di 1.505 p.l. di cui 1.258 p.l. aperti sulle 24 ore, 187 sulle 12 ore e solo 60 sono i posti letto in gruppi appartamento, con un tasso di 3,59 su 10.000 abitanti, mentre il P.O. nazionale prevede 1 posto letto ogni 10.000 abitanti;

• dei pazienti ospitati, 332 provengono dall'Ospedale Psichiatrico, 14 dall'Ospedale psichiatrico Giudiziario. La maggior parte dell'utenza proviene dal territorio e si configura come nuova cronicità;

• nelle strutture vi è un basso turn-over dei pazienti (il 52% degli stessi è ospite in una struttura residenziale da 3 anni o più, alla dimissione il 44% dei pazienti va in altre strutture); si tratta di indicatori di una fragilità strutturale della rete territoriale dei servizi, in relazione sia alla rete delle cure domiciliari, che ai percorsi di reinserimento sociale e lavorativo, nonché a strutture socioassistenziali con un apporto "leggero" di prestazioni sanitarie terapeutico-riabilitative per pazienti psichiatrici stabilizzati o pazienti psichiatrici che abbiano recuperato sufficienti autonomie funzionati ma che, privi del necessario supporto familiare, permangono nelle strutture sanitarie per un arco temporale di gran lunga superiore alla durata del progetto di cura;

• le motivazioni di quanto descritto nel punto precedente risiedono nella grave carenza di strutture a carattere sociosanitario che eroghino prestazioni socioriabilitative per il recupero e il mantenimento dell'autonomia, nonché strutture socio-sanitarie per pazienti psichiatrici stabilizzati che, in uscita dai percorsi terapeutico-riabilitativi, trovano come unica alternativa sul territorio il ricovero in residenze protette o RSSA per anziani, vista la carenza sia di residenze protette o RSSA per disabili con età inferiore ai 65 anni, sia di strutture a carattere prevalentemente sociale (come le

"case per la vita" di cui all'*art. 9 della L.R. n. 26/2006*), entrambe già previste tra i LEA a compartecipazione ASL-Comuni dall'Alli. 1C del *D.P.C.M. 29.11.2001*, ma sostanzialmente carenti in Puglia;

• le ASL tendono a destinare ai Dipartimenti di Salute Mentale un budget economicamente insufficiente per due terzi mediamente rappresentato sul costo delle strutture residenziali, senza che si sia finora riuscito a produrre una reale inversione di tendenza nei servizi territoriali, tali da favorire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali di bassa intensità e, soprattutto, capaci di seguire i pazienti in percorso socioriabilitativi di mantenimento e di reinserimento sociale e lavorativo;

• la proliferazione di strutture residenziali, peraltro sempre più affidate al privato sociale e/o imprenditoriale, è l'espressione di un modello operativo e culturale che non supera la logica prestazionale fondata su strutture separate per funzioni, mentre è necessario puntare su una logica fondata sull'integrazione degli interventi offerti al cittadino, all'interno di un percorso di salute che si estrinseca nel territorio;

• scarsa attenzione all'inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici, che si manifesta sia nella riduzione del numero di borse-lavoro e di percorsi di reinserimento lavorativo attivati in favore di pazienti psichiatrici stabilizzati e di disabili psichici, sia nella netta diminuzione delle commesse alle Cooperative di tipo B da parte delle ASL e degli Enti Locali;

• assenza quasi assoluta dell'assistenza psichiatrica in carcere, come, invece è prevista dal D. Lgs. n. 230 del 1999;

• assenza di alternative abitative alla degenza dei ricoverati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;

• carenza di posti letto di Neuropsichiatria Infantile, presenti al momento solo all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia, peraltro con gravi carenze di personale.

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 temine, 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 specifica, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; 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).

1.3.8 Le dipendenze patologiche

Le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza costituiscono un rilevante problema di salute: in particolare si fa riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze psicostimolanti e/o stupefacenti, al gioco patologico e a tutte le espressioni comportamentali che determinano dipendenze patologiche.

Fumo di Tabacco

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

La diffusione dell'abitudine al fumo è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovanissimi, tra le donne, specie tra quelle in età fertile ed in gravidanza, con conseguente rischio per la salute anche del nascituro. Il fumo in gravidanza è causa di basso peso alla nascita, di conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria e di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla". Negli ultimi anni è aumentato il numero delle donne affette da patologie fumo correlate, quali il cancro polmonare o l'infarto del miocardio. Il numero dei fumatori che smette è ancora troppo basso e riferito a soggetti in età adulta che, in molti casi, già presentano delle patologie connesse al tabagismo.

Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezzi il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono di metà il rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

In Puglia - secondo i dati ISTAT del 2005 - la percentuale dei fumatori è del 18,8% (più bassa rispetto alla media nazionale pari al 22%), gli ex fumatori sono il 17,2% e i non fumatori il 64%. Tuttavia, distinguendo per sesso, con dati risalenti al 2003, si nota che gli uomini pugliesi fumano lievemente di più del resto dell'Italia, con un tasso standardizzato di 32,20 a fronte del 31,36: il divario si accentua nella classe di età 35-44, laddove il tasso pugliese è pari a 44, 54 mentre il tasso italiano è del 37,32. Per quanto riguarda le donne il tasso standardizzato regionale (11,05) è sensibilmente inferiore al valore nazionale di 17,56 e questo dato si conferma in tutte le fasce di età. La maggior parte della popolazione fuma da 11 a 20 sigarette al giorno con una media di 13,1 sigarette al giorno.

Dai dati forniti dalla Logista Italia s.p.a. si osserva un calo progressivo delle vendite di tabacco in Puglia dal 2000 al 2005, pari a circa il 6%, a fronte però di un aumento delle vendite dei sigari che passano da 30,99 quintali nel 2000 a 36,29 nel 2005.

L'abuso di alcool

I risultati dello studio PASSI [1] in Puglia evidenziano che il 65,8% dei pugliesi dichiara di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore).

Il consumo di alcol è più frequente negli adulti (in particolare nella fascia 35-49 anni), negli uomini in maniera rilevante rispetto alle donne (73,2% vs 55,3%) e nelle persone con alto livello di istruzione (69% vs 61,8%).

In particolare il 12% degli intervistati riferisce di aver bevuto fuori pasto almeno 1 volta la settimana nell'ultimo mese. Il 5,5% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).

Il 3,3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

Le tossicodipendenze da psicostimolanti e/o stupefacenti

Le problematiche correlate all'abuso e alla dipendenza da sostanza psicoattive, legali e illegali, e quelle correlate alle dipendenze comportamentali costituiscono una priorità nell'intervento sociale e sanitario.

Il Consiglio Europeo, nel dicembre 2004, ha approvato la strategia dell'UE in materia di droga (2005-2012), che si basa essenzialmente su un apporto integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta di droga. Nel nostro Paese, l'offerta dei Servizi pubblici territoriali attualmente disponibili nel settore delle tossicodipendenze consiste in Servizi pubblici per le tossicodipendenze (541 SerT) e 1.230 Strutture socio-riabilitative (dato del Ministero dell'Interno).

La rete delle strutture di contrasto è stata costruita in risposta alla diffusione delle problematiche associate all'uso di eroina, mentre è risultata insufficiente la risposta al problema dell'alcolismo, del tabagismo e delle dipendenze comportamentali.

Le attuali criticità sono principalmente legate alla difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa, alla carenza di conoscenze scientifiche validate sui protocolli terapeutici relativi ai consumi di cannabis, cocaina e metamfetamine (le "nuove" droghe rappresentano un problema aperto in quanto i consumatori non si ritengono tossicodipendenti nell'accezione classica del termine), alla difficoltà nell'affrontare la comorbilità psichiatrica, riguardante soprattutto i pazienti "cronici" (generalmente assuntori di eroina e/o cocaina e/o alcol), alla limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale e regionale, alla difficoltà nell'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti.

Appare pertanto evidente la necessità di sostenere una profonda riorganizzazione del sistema di offerta dei servizi, anche mediante l'aggiornamento della *Legge Regionale n. 27 del 6 settembre 1999,* promuovendo la territorializzazione degli interventi sanitari e sociali e la loro flessibilità, per poter meglio cogliere i bisogni dovuti al mutevole andamento dei consumi di sostanze e dei comportamenti di abuso.

[1] Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, indagine a campione coordinata sul territorio nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità.

1.3.9 Gli anziani

L'enorme portata del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è documentabile con pochi sintetici dati. In Europa oggi più del 20% della popolazione ha oltre 60 anni di età e si prevede che tale quota raddoppi entro il 2050. Tra i paesi europei sono soprattutto Germania e Italia che mostrano la maggiore difficoltà a mantenere la popolazione in equilibrio (rapporto tra tasso di natalità in continua discesa e tasso di mortalità), nonostante il sostanziale apporto da parte delle persone immigrate. Nell'ultimo triennio si è assistito anche nella nostra regione ad una presenza sempre maggiore di ultrasessantacinquenni, con un allineamento con il resto della popolazione italiana. La quota di anziani resta comunque al momento inferiore di 3-4 punti percentuali rispetto alle regioni del centro-nord. Dall'analisi della struttura della popolazione emerge una situazione che, se pur al momento pone la Puglia in una posizione favorevole rispetto alle altre regioni, mostra comunque una tendenza ad allinearsi al resto del Paese: aumento degli indici di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione > 65 anni e la popolazione di 0-14 anni) e di dipendenza strutturale (rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva e la popolazione in età attiva: 15-64 anni) degli anziani e innalzamento della età media.

L'analisi degli indicatori di struttura della popolazione pugliese evidenzia aumento degli indici di vecchiaia [2] e di dipendenza strutturale degli anziani [3] e innalzamento dell'età media.

In particolare l'indice di vecchiaia passa dal 99,2% nel 2003 al 110,2% nel 2006; l'indice di dipendenza strutturale degli anziani dal 24,3% nel 2003 al 25,8% nel 2006 e l'età media da 39,6 anni nel 2003 a 40,2 anni nel 2006.

A livello regionale, l'indice di vecchiaia più elevato si registra nello stesso periodo nella provincia di Lecce (circa il 130% nel 2006), mentre l'indice di dipendenza strutturale è più alto nella provincia di Foggia (52%), che si pone anche al di sopra del dato nazionale.

In Puglia, nel periodo compreso tra il 2001 e il 2005, sono stati registrati mediamente 150.000 ricoveri all'anno attribuibili a soggetti anziani, con un tasso di ospedalizzazione specifico per età mediamente doppio rispetto a quello registrato nella popolazione generale.

L'andamento nel tempo dei ricoveri di soggetti anziani rispecchia comunque quello dell'ospedalizzazione generale, registrando una riduzione nel periodo compreso tra il 2001 e il 2003 e un successivo aumento nel biennio 2004-2005. Il gruppo di patologie più frequentemente causa di ospedalizzazione tra i soggetti anziani sono quelle a carico del sistema cardio-circolatorio, seguite dalle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso e dalle malattie dell'apparato respiratorio.

La programmazione degli interventi non può prescindere da una attenta analisi e valutazione:

- delle caratteristiche demografiche e sociologiche del fenomeno della cosiddetta "ageing society"

- dell'impatto esercitato sui meccanismi economici, sui sistemi di produzione, sulle politiche di protezione sociale

• dello stato di avanzamento delle conoscenze prodotte dalle ricerche sui fenomeni biologici e fisiologici delle persone anziane

• della capacità dei sistemi sanitari e sociali, integrati fra loro, di rispondere con tempestività e in misura adeguata alle modificazioni della domanda di accesso alle prestazioni preventive, curative e riabilitative.

Il complesso di queste analisi deve fornire gli elementi per la messa a punto e la attuazione di politiche sociali e sanitarie accettabili dal punto di vista della efficacia, razionali dal punto di vista della organizzazione, sostenibili dal punto di vista economico e integrate.

Dai dati forniti dalle ASL pugliesi in merito alle attività di assistenza domiciliare erogate si evince che tutte le ASL hanno attivato servizi di assistenza domiciliare sanitaria (ADS), connessa sia alle non autosufficienze sia alle dimissioni ospedaliere protette, con la erogazione a domicilio di prestazioni sanitarie e infermieristiche e/o riabilitative: in dato medio regionale è pari a circa 14.400 pazienti che usufruiscono di ADS pari che incide per il 2,3% se rapportato sulla sola popolazione anziana ultra 65enne pugliese.

Ma il dato ancor più preoccupante è legato al fatto che non tutte le ASL assicurano allo stato attuale le prestazioni ADI - Assistenza Domiciliare integrata per persone i cui bisogni richiedono una presa in carico integrata e prestazioni sociali e sanitarie integrate a domicilio. L'ADI è riconosciuta dal 2001 a livello nazionale come livello essenziale di assistenza, ma nei fatti non entra nella programmazione della rete dei servizi di alcune ASL (in particolare la ASL Brindisi) e anche nelle ASL in cui risultano dichiarati casi di utenti ADI, l'incidenza è assai disomogenea, con distretti che hanno attivato l'ADI e distretti che non l'hanno ancora attivata.

Tutti i distretti sociosanitari hanno sottoscritto specifici accordi di programma e protocolli di intesa con i Comuni dei corrispondenti ambiti territoriali al fine di mettere in comune le risorse destinate alle prestazioni domiciliari integrate, ma nei fatti quel che accade nella quasi generalità dei casi è che i Comuni provvedono ad organizzare la componente di loro competenza (SAD) del servizio e il distretto o non interviene per nulla, non avendo specifiche risorse umane e finanziarie a disposizione, ovvero interviene con le prestazioni sanitarie e infermieristiche con una organizzazione separata che, non di rado, non include neppure la presa in carico congiunta.

[2] **Indice di vecchiaia**: rapporto percentuale tra la popolazione >65 anni e la popolazione di 0-14 anni.

[3] **Indice di dipendenza strutturale degli anziani:** rapporto percentuale tra la popolazione di età ≥65 anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

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 sociosanitario (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.

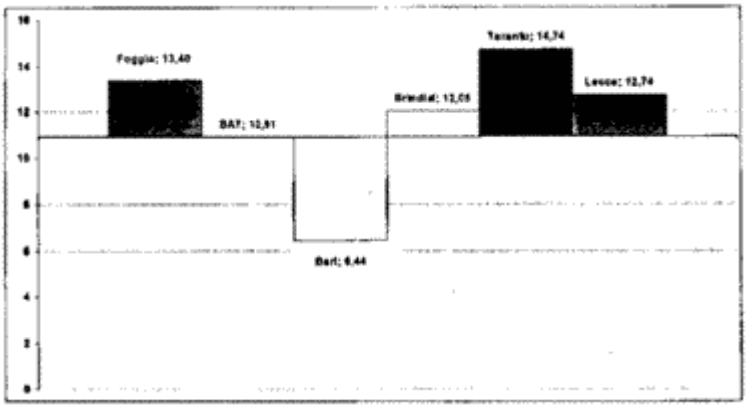
Tab. 1 Unità operative che producono i DRG 410 e 492 (chemioterapia)

ASL	Presidio	UO
ASL FG	AO Ospedali Riunti	Chirurgia Toracica
		Ematologia
		Oncologia
		Urologia
	Lucera	Medicina Interna
	San Severo	Medicina Interna
	San Marco in Lamis	Medicina Interna
	Manfredonia	Medicina Interna
	San Giovanni Rotondo	Ematologia
		Medicina Interna
		Oncologia
		ORL
		Pediatria
		Urologia
	Foggia	Casa di Cura Brodetti -Villa Igea
ASL BAT	Canosa	Medicina Interna
	Barletta	Medicina Interna
	Bisceglie	Medicina Interna
ASL BA	Molfetta	Chirurgia Generale
	Bari - San Paolo	Chirurgia Toracica
	Bari - Di Venere	Medicina Interna
		Dermatologia
	Bari - AO Policlinico	Oncologia
		Ematologia (2 UO)
		Medicina Interna (DIMO)
		Pediatria 2
	Bari - IRCCS Oncologico	Oncologia (2 UO)
	Altamura	Medicina Interna
	Castellana - IRCCS De Bellis	Gastroenterologia
	Acquaviva - Miulli	Medicina Interna
		Oncologia
		Ematologia
	BARI	Casa di Cura CBH

ASL	Presidio	UO
ASL BR/1	Brindisi	Oncologia
		Ematologia
		Urologia
	Ostuni	Chirurgia Generale
		Urologia
	Fasano	Medicina Interna/ Oncologia
	Francavilla Fontana	Medicina Interna
	San Pietro Vernotico	Pneumologia
ASL TA/1	Taranto	Oncologia
		Ematologia
	Manduria	Medicina Interna
	Martina Franca	Medicina Interna
	Castellaneta	Medicina Interna
	Taranto Villa Verde	
ASL LE	Lecce	Ematologia
		Oncologia
		Onco Ematologia pediatrica
	Nardo	Medicina interna
	Campi Salentina	Medicina interna
	Galatina	Medicina Interna
	Tricase	Medicina Interna
		Oncologia
		Pediatria
		Urologia
	Poggiardo	Medicina Interna
	Gallipoli	Oncologia
	Casarano	
	Gagliano	Medicina Interna

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. 1)

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 ai 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.

1.3.11 Le fragilità collettive: i fattori di rischio occupazionali e ambientali. Le aree a rischio.

Il tema della fragilità, in alcune circostanze, può assumere una dimensione collettiva e prescindere dalle caratteristiche individuali, di patologia o di stili di vita: ciò accade quando intere comunità condividono una condizione di vulnerabilità che giunge a modificarne il profilo di salute, i bisogni collegati e di conseguenza le risposte attese. È il caso dei luoghi di lavoro e dell'ambiente, che possono essere caratterizzati dalla presenza di specifici fattori di rischio in grado di condizionare, in modo anche importante, la qualità della vita.

La salute nei luoghi di lavoro

L'attività lavorativa rappresenta un importante determinante di salute, le cui implicazioni sono peraltro in costante evoluzione: la modificazione del mondo del lavoro, in termini di rapporti sociali, di modelli organizzativi e di processi produttivi ha comportato la comparsa di nuovi fattori di rischio che hanno affiancato quelli tradizionali, imponendo la necessità di definire specifiche strategie di prevenzione e di intervento rispetto a condizioni morbose dai caratteri spesso indefiniti ma il cui impatto sulla qualità della vita risulta assai rilevante. Purtroppo, anche per le patologie per cui è maggiormente consolidata l'associazione con l'esposizione a fattori di rischio professionali, le informazioni disponibili sono scarse e frammentarie, per la scarsa attitudine alla notifica delle malattie professionali da parte dei sanitari, nonché per l'assenza nella nostra regione di strutture dedicate alla loro diagnosi e alla sorveglianza epidemiologica.

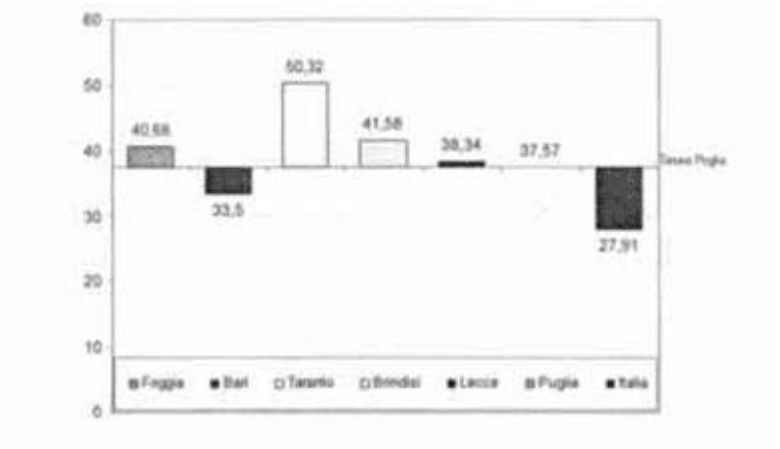
Maggiormente definito è l'andamento degli infortuni sul lavoro che, pur mostrando anche in Puglia dati assoluti in leggero decremento, continua a rappresentare fonte di notevole preoccupazione, rafforzata tra l'altro dal dato in controtendenza degli infortuni mortali, che risultano in aumento, prevalentemente nel settore dell'Industria.

È noto che gli infortuni sul lavoro hanno una significativa incidenza economica, ripartibile tra costi sociali (spesa sanitaria dei ricoveri, farmaceutica, ambulatoriale, riabilitativa, indennizzi), giornate lavorative perse e mancata produzione, per cui lavorare per la loro riduzione significa lavorare anche su una delle leve della spesa sociale.

I principali settori produttivi coinvolti nel fenomeno infortunistico riguardano il settore manifatturiero, quello delle costruzioni, i trasporti, l'agricoltura (circa il 10% del totale). Considerato che i settori delle costruzioni e agricoltura sono indicati tra quelli con la più elevata presenza di lavoratori irregolari è evidente, come è dimostrato dai risultati del Progetto sulle cause degli incidenti mortali e gravi citato in precedenza, che il dato ufficiale sia notevolmente sottostimato rispetto alla realtà.

Dall'analisi effettuata sui dati stabilizzati dei Flussi Informativi prodotti da INAIL-ISPESL e Regioni, è stato possibile elaborare il tasso standardizzato (che quindi non risente della disomogeneità territoriale del numero di addetti per attività produttiva) relativo agli infortuni indennizzati. In Italia questo indicatore è passato da 33,03 del 2000 a 27,91 del 2004, evidenziando un costante decremento degli infortuni sul lavoro. Questo fenomeno ha interessato anche la Puglia che da un tasso del 47,41 del 2000 è passata, sempre con una riduzione costante negli anni successivi, al 37,57 (vedi Fig. 2) del 2004, un tasso che tuttavia risulta ancora molto alto rispetto alla media nazionale, pur con un divario minore rispetto al 2000.

Fig. 2 Tasso standardizzato degli infortuni indennizzati dall'INAIL nelle province pugliesi rispetto al dato regionale (Puglia: 37,57) - 2004



A livello provinciale la provincia di Taranto conferma gli indici infortunistici più elevati, benché anch'essi interessati dalla generale flessione, passando da un tasso del 63,40 del 2000 a quello del 50.32 del 2004, comunque ancora quasi doppio rispetto alla media nazionale e facendo, peraltro, registrare un nuovo incremento nel 2003 e 2004 dopo la flessione del 2002. Solo la provincia di Bari conferma una più bassa occorrenza di infortuni in Puglia (da 43.09 del 2000 a 33,50 del 2004), con tassi che pur avvicinandosi sempre più a quelli della media nazionale, rimangono ancora largamente superiori.

Flg.3 Tasso Standardizzato Infortuni Indennizzi per provincia - 2000-2004

Tasso standardizzato infortuni indennizzati	2000	2001	2002	2003	2004
Foggia	44.59	49.02	44.74	42.20	40.68
Bari	43.09	41.85	38.85	37.10	33.50
Taranto	63.40	56.31	44.15	50.82	50.32
Brindisi	59.09	45.03	45.3G	39.80	41.58
Lecce	47.59	44.92	45.08	38.97	38.34
Puglia	47.41	43.85	40.90	39.31	37.57
Italia	33.03	31.18	30.74	28.85	27.91

A fronte del complessivo lieve decremento del trend infortunistico, come a livello nazionale, anche in Puglia vi è una stabilizzazione o addirittura un lieve incremento dei tassi relativi agli infortuni gravi e mortali. In Italia infatti si è passati da un lasso del 3,5 del 2000 al 4,9 del 2004, mentre in Puglia il tasso del 4,3 del 2000 ha subito lievi incrementi sino a raggiungere il 4,8 nel 2004. È pertanto evidente che gli infortuni gravi e mortali rappresentano ancora una priorità assoluta nelle prossime politiche di prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Questi dati impongono l'attivazione di politiche mirate sulle criticità evidenziate e uno sforzo congiunto delle istituzioni e degli operatori: un esempio di integrazione delle funzioni per l'ottimizzazione delle procedure e dei risultati nella nostra regione è l'istituzione del **Nucleo Operativo Integrato per gli infortuni professionali di Taranto**, coordinato dallo SPESAL della ASL di Taranto e costituito da ARPA Puglia, INAIL, INPS, Direzione Provinciale del Lavoro, ILVA e Organizzazioni Sindacali, che si offre come modello per l'attuazione di politiche condivise, nel rispetto degli specifici compiti istituzionali, per il miglioramento delle condizioni ai sicurezza dei lavoratori in realtà complesse.

Il dato delle malattie professionali manifestatesi nel triennio in esame risulta invece più o meno stazionario, anche se è ben noto il fenomeno delle mancate denunce delle malattie professionali, che riconosce molteplici cause, tra cui l'insufficiente conoscenza delle problematiche connesse alle attività lavorative e una ridotta predisposizione a far emergere il fenomeno. Tale fenomeno è foriero di importanti conseguenze sul piano sociale: la mancata attribuzione di un caso di malattia all'eziologia professionale non solo impedisce il giusto riconoscimento anche in termini economici a livello individuale ma non consente neanche di attivare le procedure per l'identificazione e la rimozione delle cause che l'hanno determinata, producendo un danno per la collettività.

A ciò si deve aggiungere il dato significativo riguardante la tipologia delle patologie da lavoro che si va modificando a favore di quadri nosologici emergenti, tra i quali bisogna ricordare, in linea anche con i dati della letteratura internazionale, quello riferito alle patologie osteoarticolari che a livello nazionale hanno addirittura superato le ipoacusie da rumore.

La distribuzione geografica delle malattie professionali è sovrapponibile a quella degli infortuni: il Rapporto Regionale dell'INAIL del 2004 segnala che su un totale di 1.292 malattie professionali denunciate nella regione Puglia se ne registrano 497 solo a Taranto.

Va sottolineato, inoltre, che questi dati rappresentano in realtà la sola espressione della parte emersa del lavoro, non potendo rilevare quegli eventi che interessano la diffusa area del lavoro nero che spesso riguarda attività particolarmente a rischio, con il coinvolgimento sempre maggiore di

lavoratori stranieri. Un'ulteriore considerazione merita il cosiddetto lavoro flessibile che, secondo l'Eurispes, per la sua stessa natura comporta un maggior rischio di incidenti e di malattie professionali, tuttavia di difficile rilevazione.

Il sistema regionale della Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro deve essere riorganizzato attraverso il rafforzamento delle strutture di livello regionale e periferico e la definizione del modello organizzativo adeguato al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici indicati dal Piano sanitario regionale.

Il livello territoriale del sistema regionale è rappresentato dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro (SPESAL) dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL a cui sono attribuite, da leggi nazionali e regionali, le competenze in materia di vigilanza, controllo, informazione e assistenza in materia di igiene e sicurezza sul lavoro.

Nella nostra regione le risorse impegnate negli SPESAL delle ASL sono in totale costituite da n. 150 operatori di cui n. 58 tecnici della prevenzione e n. 36 medici del lavoro come risulta dalla rilevazione del sistema informativo regionale del 2005.

Nonostante gli indicatori di salute richiamati il contesto e lo stato attuale dei servizi di prevenzione delle ASL presenta numerosi aspetti critici sia sotto il profilo delle insufficienti risorse umane e, quindi, delle conseguenti attività svolte, con disuniformità territoriali, disuguaglianze quali-quantitative delle prestazioni erogabili ed erogate, con una carenza in particolare per quanto concerne le necessarie attività di igiene industriale di primo e secondo livello. L'esigenza di costruire un "sistema regionale per la salute" profondamente innovato rispetto a quello presente scaturisce da questo scenario di riferimento.

Salute e Ambiente

Negli ultimi anni sta assumendo un ruolo sempre più rilevante, sia nell'opinione pubblica che nella comunità scientifica, la consapevolezza della gravità del rischio sanitario correlata alle matrici ambientali e conseguentemente la necessità di valutare i problemi sia da punto di vista dello stato di salute che della qualità dell'ambiente. Il rapporto con l'ambiente è, infatti, uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione.

Sull'importanza dei rapporto "ambiente e salute" esiste da tempo un chiaro consenso, testimoniato dall'esito dei lavori della Commissione OMS su Ambiente e Salute che afferma: "La salute umana, in ultima analisi, è funzione della capacità delle società di gestire la interazione tra le attività umane e l'ambiente fisico e biologico in modo tale da garantire e promuovere la salute senza incidere sulla integrità dei sistemi naturali dai quali dipendono l'ambiente fisico e biologico medesimo. "Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione, da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è una azione molto complessa. È solo tramite l'incrocio tra dati ambientali, territoriali e urbanistici, epidemiologici, di indicatori demografici, culturali e sociali che si può tracciare, per una determinata popolazione, il profilo di salute come inteso dalla definizione dell'OMS.

In generale, pertanto, la prevenzione delle malattie di origine ambientale richiede un vasto sforzo che va dalle azioni sui comportamenti e gli stili di vita alle norme e alle misure istituzionali che consentono di garantire la sicurezza della popolazione esposta ai rischi ambientali. Tale esigenza assume un particolare rilievo nella regione Puglia dove esistono specifiche condizioni di criticità dovute all'inquinamento ambientale rappresentate dalle **aree ad elevato rischio di crisi ambientale,** definite in base all'*art. 6 della legge 305 del 1989*, come "gli ambiti territoriali e gli

eventuali tratti marittimi prospicienti caratterizzati da gravi alterazioni degli equilibri ambientali nei corpi idrici, nell'atmosfera o nel suolo, e che comportano rischio per l'ambiente e la popolazione".

La nostra regione, secondo la delibera del Consiglio dei Ministri del 30 novembre 1990, ne conta tre: area di Brindisi (che comprende anche i comuni di Torchiarolo, San Pietro Vernotico e Carovigno), di Manfredonia e di Taranto (oltre al capoluogo anche Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola). Accanto a queste, si collocano i siti di bonifica di interesse nazionale di Bari (dove lo stabilimento Fibronit ha prodotto dal 1934 al 1989 manufatti in cemento-amianto) e di Taranto, definiti come tali in quanto interessati dalla presenza di "livelli di contaminazione o alterazioni chimiche, fisiche o biologiche del suolo o del sottosuolo o delle acque superficiali o delle acque sotterranee tali da determinare un pericolo per la salute pubblica o per l'ambiente naturale o costruito".

Si tratta di territori in cui il modello di sviluppo economico scelto dal dopoguerra in poi, con la costruzioni di imponenti e vasti insediamenti industriali a ridosso dei centri abitati, ha comportato negli anni un consistente degrado delle condizioni ambientali, con inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo a sua volta responsabile del deterioramento dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità delle zone industriali, che ha risentito - come mostrato dai dati precedenti - dell'azione combinata di fattori di rischio occupazionali e ambientali.

Gli studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che hanno indagato lo stato di salute delle popolazioni delle aree ad elevato rischio di crisi ambientale in Italia hanno mostrato aumenti di rischio delle comunità che risiedono in queste aree -soprattutto nel sesso maschile - della mortalità generale, della mortalità per tutti i tipi di tumore e, in particolare, per tumori del polmone, della pleura, della vescica, del sistema emolinfopoietico, nonché per patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. A questi studi si sono affiancati i progetti finanziati dal Ministero dell'Ambiente con i Piani di disinquinamento delle aree ad elevato rischio di crisi ambientale di Brindisi e Taranto, che hanno consentito la creazione di un registro tumori dell'area jonico-salentina: la presenza del Registro Tumori Jonico-Salentino consente il dimensionamento del fenomeno neoplastico attraverso la stima dell'incidenza (ovvero la quantificazione dei nuovi casi di tumore a partire da un dato periodo) per sede, per sesso, per età, e per altre caratteristiche della popolazione, anche per tumori non letali che non possono essere evidenziati dai comuni indici di sorveglianza, come la mortalità.

I risultati sono confrontabili con quelli ottenuti con gli studi di epidemiologia descrittiva: gli eccessi evidenziati per entità e tipologia delle malattie interessate suggeriscono importanti componenti di natura professionale ed ambientale, anche in considerazione del fatto che si presentano prevalentemente a carico del sesso maschile e evidenziano un gradiente di rischio che aumenta in prossimità delle sorgenti inquinanti, come si osserva dai tassi di incidenza più elevati nei comuni capoluogo rispetto non solo al resto della provincia ma anche agli altri comuni dell'area a rischio.

Purtroppo va constatato che le pressioni ambientali su queste aree non si sono attenuate: se la provincia di Brindisi ospita la centrale termoelettrica in testa alla classifica nazionale per emissioni di gas serra, Taranto è stata, ancora nel 2003, secondo il rapporto sulla Qualità dell'Ambiente Urbano della Agenzia nazionale di protezione ambientale (APAT) pubblicato nel 2006, la città con la maggiore emissione di particolato, quasi tutto di provenienza dall'area industriate.

Queste situazioni necessitano di strumenti specifici di analisi e di intervento, uno sforzo di comprensione mirato che impone un approccio integrato - sia dal punto di vista della prevenzione primaria con specifiche azioni di monitoraggio e di contenimento dell'inquinamento ambientale, sia dal punto di vista della sorveglianza epidemiologica - capace di identificare la complessa rete di

determinanti ambientali, occupazionali, socio-economici e sanitari, per definire strategie e azioni in grado di incrociare i reali bisogni delle popolazioni e di fornire risposte all'altezza.

1.4 La rete della prevenzione

All'interno del Servizio Sanitario Regionale la tutela e la promozione della salute collettiva si declina nelle attività dei Dipartimenti di Prevenzione. La promozione della salute viene perseguita individuando e potenziando i fattori di benessere, mentre la tutela della salute è ottenuta individuando e rimuovendo le cause ed i fattori di malattia. Epidemiologia e prevenzione sono, dunque, le due componenti essenziali dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione.

Spetta ai Dipartimenti di Prevenzione affrontare i problemi sanitari a livello di popolazione applicando nella pratica i principi ed i metodi della medicina preventiva.

L'articolazione dei Dipartimenti di Prevenzione prevede le seguenti articolazioni, con relative funzioni principali:

- Direzione del Dipartimento

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali

- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione: Sorveglianza e tutela delle acque destinate al consumo umano; Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori; Sorveglianza e prevenzione nutrizionale

- Servizio di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro: Sorveglianza epidemiologica del territorio per la prevenzione ed il controllo dei rischi e danni da lavoro; Programmi di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro; Tutela della

  collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro

- Servizio di Sanità Animale (SIAV area A): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria

- Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV area B): Igiene e sicurezza alimentare -tutela della salute dei consumatori

- Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV area C): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria; Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori

- Struttura di staff per l'educazione e la promozione della salute: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

■ Struttura di staff per l'epidemiologia e i flussi informativi (malattie infettive, flussi vaccinali, sistema informativo degli infortuni e delle malattie professionali, sistema informativo del servizio di medicina legale e del servizio veterinario, Registro Nominativo delle Cause di Morte).

La direzione è affidata a uno dei direttori dei servizi afferenti al Dipartimento: compiti del direttore sono il coordinamento delle attività, l'integrazione, la promozione delle sinergie tra i servizi finalizzate al perseguimento degli obiettivi di salute. In sostanza, come evidenziato dalla esplicitazione dei compiti istituzionali dei diversi servizi di cui è composto, la **mission** dei Dipartimenti di Prevenzione è quella di promuovere azioni rivolte alla individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione. Le criticità sulle quali il presente Piano intende intervenire sono legate alla attuale mancanza di coordinamento e di comunicazione tra le diverse articolazioni funzionali del Dipartimento di Prevenzione al proprio interno e con gli altri attori istituzionali che operano nel settore, nonché alla razionalizzazione dei compiti sia sul piano dell'efficacia degli interventi sia sul piano del governo delle attività.

L'obiettivo finale è la ridefinizione di un modello di organizzazione delle attività di prevenzione che, attraverso un sistema di integrazione interfunzionale, punti all'ottimizzazione dei risultati, prevenendo i rischi di settorialità degli interventi, di duplicazione delle prestazioni e, conseguentemente, di dispendio di risorse per il Dipartimento di Prevenzione e per il SSR in generale.

1.5 La rete ospedaliera

1.5.1 Effetti e dati del precedente piano di riordino

Il Piano di riordino ospedaliero della regione Puglia, adottato nell'estate del 2002, determinava una dotazione di 20.433 posti letto per una popolazione di **4.086.608** abitanti suddivisi come segue:

- **16.346** p.l. per acuti;

- **4.087** p.l. per lungodegenza post-acuzie (LPDA) e riabilitazione

- Posti letto per mille abitanti:**4.61‰.**

La situazione, al momento della elaborazione del piano, si fondava sui seguenti dati:

(*) Dati

Tipologia	Posti letto (HSP)*
Aziende ospedaliero	5.479
presidi di aziende USL	8.764
IRCCS Pubblici	299
IRCCS Privati ed Enti Ecclesiastici	2.360
Private Accreditate	1.942
Totale	**18.844**

Destinazione Funzionale	Numero Posti Letto
P.L. per acuti	18.522
P.L. per riabilitazione	208
P.L. per lungodegenza	114
Totale	**18.844**

2001

Indicatori		Valore
Indice di utilizzo complessivo regionale p.l.		73,0%
Tasso di ospedalizzazione, solo acuti		198,2
Tasso di ospedalizzazione, compreso DH		239,9
Peso medio DRG		0,99
Eccedenza p.l. acuti	n.	2.176
Carenza p.l. riabilitazione e lungodegenza	n.	3.764
P.l. x mille abitanti		4,61
Differenza p.l. rispetto al 4 per mille		1.589

Col piano furono previste le seguenti dotazioni:

Posti letto pubblici ed equiparati		*Ex Ante*		*Ex Post*	
P.L. acuti	**da**	16.580	a	14.491	
P.L. riabilitazione	**da**	208	a	1.171	
P.L. lungodegenza	**da**	114	a	2.565	
				18.227	di cui 10% DH e DS

Posti letto privati		*Ex Ante*		*Ex Post*
Piano di riconversione ex ospedali psichiatrici (residuo manicomiale)				
P.L. acuti	da p.l. residuali	60	a p.l. acuti	60
P.L. riabilitazione	da p.l. residuali	120	a p.l. riabilitativi	120

Istituzione di nuovo IRCCS di riabilitazione			p.l. riabilitativi	**20**
Case di cura private				
P.L. acuti	da	1942	a	1.356
P.L. da riconvertire	da discipline diverse	586	a	586
		di cui p.l. riabilitativi		212
		di cui p.l. T.Intensive		78
		di cui p.l. altre discipline		296

Il piano prendeva atto della entità del fenomeno della mobilità passiva extraregionale da cui risultavano le seguenti evidenze:

- ricorso a strutture di altre Regioni sia per discipline e prestazioni di alta complessità la cui offerta era carente in Puglia, sia per discipline e prestazioni di media e bassa complessità o comunque garantibili dal Sistema Sanitario Regionale;

- flusso migratorio di 59.333 ricoveri nel corso dell'anno 2000, pari al 5,6% dei ricoveri complessivi, con un valore tariffario di 335 MLD (euro 173 milioni);

- significativi indici di fuga per alcune discipline quali, in particolare, cardiologia e cardiochirurgia, ematologia, neurochirurgia ed oncologia che complessivamente determinavano trasferimenti di risorse in altre regioni per 77 miliardi di lire.

Gli obiettivi enunciati nella ridefinizione della Rete Ospedaliera erano:

- riequilibrio delle dotazioni ospedaliere e sanitarie nel loro complesso;

- riorganizzazione complessiva delle attività interne dei presidi ospedalieri, con superamento della frammentazione degli stabilimenti e rimozione delle situazioni ripetitive presenti nelle strutture esistenti;

- accorpamento funzionale di strutture ospedaliere diverse in un unico Presidio ospedaliero, ove ne ricorressero le condizioni;

- unificazione dei servizi di diagnosi e cura, ove ne ricorressero le condizioni;

- attivazione di strutture costituenti centri di alta specializzazione.

A fronte degli obbiettivi enunciati, la distribuzione per presidi e stabilimenti dei p.l. prevista nel precedente piano di riordino ospedaliero era subordinata a fattori estranei alla pianificazione sanitaria, quali ad esempio la decisione di operare una separazione tra stabilimenti ad orientamento medico e stabilimenti ad orientamento chirurgico, non suffragata da esperienze positive in altre realtà regionali. Il combinato risultante da un tale disordine distributivo e da esigenze di contenimento della spesa (con i conseguenti provvedimenti di "strozzatura" degli organici), oltre a deprivare la Puglia per alcuni anni di risorse professionali ha portato alla riduzione del grado di attrattività del sistema. È mancata, inoltre, l'utilizzazione e persino l'elaborazione di indicatori per la correzione in corso d'opera dei provvedimenti intrapresi.

Occorre peraltro riconoscere che altri vincoli hanno ingessato le possibilità di manovra:

• il rispetto di standard ospedalieri di posti letto per il dimensionamento delle U.O., ormai anacronistici, imposti dal *D.M. 13 settembre 1988*, e il sovradimensionamento dei posti letto da destinare a Riabilitazione / Lungodegenza;

• la riduzione, rispetto alle previsioni, dei finanziamenti statali per la edilizia ospedaliera;

• la emanazione di alcune norme restrittive (*legge Regionale 28/2000* e 32/2001) riguardanti il blocco del assunzioni del personale.

La situazione che si è determinata è tale che, attualmente, la dotazione di posti letto nella regione si aggira intorno a 4 posti letto per mille abitanti comprensivi di riabilitazione e lungodegenza (secondo i modelli HSP di Giugno 2007 sono attivi 16.518 posti letto corrispondenti al 3,93‰).

Le condizioni di criticità sviluppatesi in Italia, come in Puglia, nel triennio 2002/2004 hanno portato alla stipula dell'intesa del 23 marzo 2005 tra Stato, Regioni e Province Autonome.

È noto come si sia trattato di un'intesa per certi versi imposta alle regioni, in mancanza della cui accettazione sarebbero stati congelati gli incrementi di risorse per i sistemi sanitari regionali.

Il patto, in materia di livelli di assistenza ospedaliera, ha modificato gli standard esistenti ed ha previsto un percorso che, nell'arco di un triennio, deve realizzare i seguenti obbiettivi:

- standard di dotazioni di posti letto di 4,5 per mille abitanti, senza il vincolo di 1 posti letto destinato a riabilitazione e lungodegenza,

- tasso di ospedalizzazione non superiore a 180 ricoveri per mille abitanti di cui almeno il 20% in regime di ricovero diurno.

L'intesa del 23 marzo 2005 prevedeva l'adozione, entro il 30 settembre dello stesso anno del provvedimento programmatorio della rete ospedaliera.

La regione Puglia ha adottato, a tal fine, la deliberazione n. 1385 del 28 settembe 2005 che, insieme alle dichiarazioni programmatiche per il governo della Regione rese dal Presidente all'indomani del suo insediamento, costituisce la base per delineare il nuovo modello organizzativo della rete ospedaliera regionale Pugliese.

Gli obiettivi individuati nelle dichiarazioni programmatiche sono coerenti con l'evoluzione del modello assistenziale che si vuole realizzare e possono così sintetizzarsi:

- profonda revisione del precedente Piano di riordino ospedaliero, con rimodulazione della rete ospedaliera che preveda la realizzazione di una serie di centri di riferimento tecnologicamente avanzati, intorno ai quali deve svilupparsi una rete di ospedali di primo livello o di livello intermedio, rispettivamente dotati delle discipline di base e delle discipline specialistiche richieste dalle condizioni epidemiologiche, demografiche e socio-economiche del territorio regionale.

In tale direzione la Giunta Regionale intende applicare in modo innovativo l'intesa fra Governo Nazionale e Regionale.

In primis bisogna considerare che i posti letto per mille abitanti sono ridotti da 5 a 4,5. I posti letto previsti, ma non interamente attivati, dal precedente piano erano 20.426 mentre il nuovo limite è fissato a 18.320. Atteso che dei posti letto previsti dal precedente piano al 31 dicembre 2005 ne risultano realmente attivi 16.518, è evidente che nei futuri Piani Attuativi Locali e nei Protocolli di Intesa Regione-Università si potranno correggere tutte le criticità esistenti senza ricorrere a tagli di posti letto già attivati. L'intesa del 23 marzo 2005 non prevede più il vincolo di 1 posto letto per mille abitanti da destinare a riabilitazione e lungodegenza, che rappresentava uno standard di 4.086 posti letto per Puglia. Tale standard era sicuramente eccessivo, in particolare per quanto riguarda la lungodegenza. Lo dimostra il fatto che, rispetto ai 2.565 posti previsti, ne sono stati attivati 727. Diverso è il discorso della riabilitazione, fase qualificante del percorso assistenziale, a cui si presterà la dovuta attenzione, in quanto presenta un numero di posti letto nelle strutture pubbliche gravemente carente rispetto a quello delle strutture private, in particolare in alcune aree provinciali.

1.5.2 Obiettivi dell'intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005 e analisi della rete ospedaliera attiva al 13 giugno 2007. Individuazione delle criticità

Le criticità evidenziate dal precedente piano della rete ospedaliera sono state sintetizzate nella deliberazione di Giunta Regionale n. 1385 del 28 settembre 2005, con la quale è stata data attuazione all'intesa del 23 marzo 2005, dandosi atto che delle stesse si deve tener conto nella rimodulazione della rete ospedaliera.

Al fine di raggiungere gli obiettivi dell'intesa del 23 marzo 2005, l'attuale Giunta Regionale ha già stabilito i seguenti criteri e indirizzi:

• ridefinire la programmazione dei posti letto di lungodegenza post-acuzie, anche in considerazione del dato per cui al 31 dicembre 2004, sull'intero territorio nazionale, erano attivi posti letto per lungodegenza pari ad un tasso di 0,18 per mille abitanti sovrapponibili all'indicatore della regione Puglia, confermando a tale funzione assistenziale il compito di trattare esclusivamente pazienti post-acuti e/o sub-acuti e indirizzando a funzioni prevalentemente territoriali l'assistenza di altre tipologie di pazienti che in passato - in modo inappropriato - hanno sovraccaricato i reparti di lungodegenza post-acuzie;

• rideterminare i posti letto di riabilitazione in un contesto di razionalizzazione della distribuzione fra centri di riferimento specialistici e presidi ospedalieri, tenuto conto che al 31 dicembre 2004 in Puglia è stato rilevato uno standard di 0,20 posti letto per mille abitanti in confronto al dato nazionale pari a 0,39 posti letto. Per tale disciplina è necessario, come già detto, un riequilibrio fra pubblico e privato;

• realizzare il riequilibrio territoriale della dotazione dei posti letto, agendo sulla distribuzione delle discipline, con riferimento ad ambiti territoriali provinciali e sul dimensionamento dei posti letto delle U.O., individuando, comunque, livelli minimi di dotazione e modelli organizzativi, soprattutto di tipo dipartimentale, ma anche di unità operativa, tali da garantire oltre all'efficienza ed efficacia, l'economicità della gestione.

1.5.3 Analisi delta attuate 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 di posti letto ospedalieri che garantiscono anche assistenza in fase acuta e riabilitativa per pazienti cardiopatici, pneumoiogici 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 giugno 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).

• È opportuno segnalare la situazione anomala di due discipline nelle quali i posti letto delle strutture private accreditate sono superiori a quelli delle strutture pubbliche: cardiochirurgia (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.

1.6 La rete distrettuale

Nella attuale fase di sviluppo dei sistemi sanitari regionali, la rete degli ospedali riveste ancora un ruolo dominante, producendo assistenza secondaria ed erogando prestazioni ambulatoriali di pertinenza territoriale. Di fatto, da un lato l'ospedale si pone in una posizione vicariante rispetto alle specifiche competenze delle strutture territoriali, dall'altro alimenta e sostiene la sua posizione dominante, rallentando il processo di emancipazione del territorio.

L'esigenza di superare una tale visione, che individua nel macrolivello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la sola gestione delle acuzie, comporta un irrinunciabile ripensamento culturale ed organizzativo-gestionale di tutto il sistema delle cure territoriali, nel quale il Distretto è destinato a rappresentare, in un'ottica dipartimentale, la sede di **risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità,** in una ottica di **reale presa in carico dei bisogni di salute** dei cittadini.

Una analisi dettagliata dei distretti presenti nella nostra regione evidenzia, a fronte di alcuni elementi positivi (tra i quali va segnalata la coincidenza con gli ambiti sociali), anche una serie di criticità strutturali ed organizzative:

- Bacini di utenza dei distretti non uniformi (compresi tra 42.062 a 158.652 abitanti)

- Estrema eterogeneità nella organizzazione logistica e strutturale

- Differenziazione nel riconoscimento dei livelli essenziali delle prestazioni, in particolare con riferimento ai LEA sanitari

- Percorsi di accesso alla rete dei servizi non omogenei

- Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture, derivante da una eterogenea applicazione della normativa vigente

- Inadeguata integrazione col sistema delie cure primarie e con gli altri macrolivelli assistenziali

- Insufficiente integrazione del sistema delle cure primarie all'interno della programmazione delle attività distrettuali.

Gli ultimi punti, in particolare, pongono con forza il problema di sottoporre ad un esame critico gli attuali modelli organizzativi, allo scopo di individuare le modalità tramite cui erogare in maniera efficace ed efficiente i servizi territoriali.

Nel modello organizzativo maggiormente sviluppato all'interno delle realtà aziendali della nostra regione, le responsabilità di risultato e il governo gerarchico dei fattori produttivi sono generalmente attribuiti ad unità organizzative individuate in una logica di tipo funzionale, ovvero per materie e discipline medico specialistiche.

In questo modello il distretto è chiamato ad integrare, secondo processi di tipo orizzontale, le competenze specialistiche rappresentate dai servizi, a cui afferiscono gerarchicamente risorse umane, tecnologiche e logistiche. L'integrazione così realizzata, dovrebbe garantire:

- l'unitarietà dei percorsi e delle modalità di fruizione delle prestazioni per gli utenti

- l'unitarietà dei processi diagnostico-terapeutici interdisciplinari.

In questo modello il focus organizzativo si concentra sul versante della offerta e, conseguentemente, la dimensione tecnico-professionale diviene elemento fondante della qualità diagnostica ed assistenziale.

Nella realtà, la ricomposizione delle prestazioni specialistiche in un processo unico e coordinato ricade inevitabilmente sull'utente che, per ricostruire il percorso, deve passare da un servizio all'altro, spesso costretto ad utilizzare procedure e modalità di fruizione diversificate e non coordinate tra loro.

Tale situazione, sommata alla assenza di risorse sia umane che finanziarie dedicate, ha di fatto impedito nella nostra regione che fosse realmente il distretto a svolgere la funzione di coordinamento di percorsi e di raccordo tra le prestazioni ed i pazienti.

In definitiva, emerge la necessità di attuare un processo riorganizzativo della macrostruttura Distretto perché diventi pienamente il punto di riferimento certo per la presa in carico globale del cittadino rispetto alle sue esigenze di salute, individuandolo come centro di raccordo in cui si confrontino permanentemente tutti i Servizi (Cure Primarie, Ospedale, Dipartimenti) coinvolti nell'assistenza.

Nel processo di elaborazione del presente piano Regionale di Salute è stata condotta, in stretta collaborazione con gli uffici competenti di ciascuna ASL, una puntuale rilevazione statistica sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie, sui servizi e sulle unità organizzative che presidiano la erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali. Ciascuna Direzione Aziendale ha contribuito a delineare il quadro illustrato in sintesi nelle tabelle e nei dati illustrati nel prosieguo, attraverso l'utilizzo di una scheda appositamente elaborata.

Poliambulatori

Tab. 2 Distribuzione territoriale delle strutture poliambulatoriali

ASL	N. Poliambulatori	Popolazione per ASL	Popolazione media per poliambulatorio
Bari	40	1.249.533	31.238
BAT	10	388.330	38.833
Brindisi	20	402.831	20.142
Foggia	24	640.047	26.669
Lecce	12	808.939	67.412
Taranto	15	580.189	38.679
Puglia	**121**	**4.069.869**	**33.635**

Si osserva che i poliambulatori sono presenti in modo difforme sul territorio regionale, nel senso che si passa da ASL nei quali sono in rapporto di 1 ogni 20.000 abitanti circa (provincia di Brindisi), a fronte di territori nei quali si rileva 1 poliambulatorio ogni 67.000 abitanti circa (provincia di Lecce).

Ma il dato che è apparso più significativo riguarda la estrema differenziazione tra i poliambulatori con riferimento al numero di specialistiche presidiate, nel senso che in numerosi casi i poliambulatori non consentono di assicurare alla popolazione di riferimento una reale offerta polispecialistica, essendo ridotte a 3-4 le specialità assicurate e peraltro con poche ore di apertura settimanale del servizio all'utenza.

Le direzioni generali aziendali hanno evidenziato, in termini qualitativi, i limiti della rete poliambulatoriale anche nella dotazione tecnologica per la diagnostica strumentale e per la erogazione di specifiche prestazioni di cura, il che influisce non soltanto sulla qualità delle prestazioni, ma anche sulla gestione delle liste di attesa, determinando inevitabilmente lo spostamento di una parte della potenziale utenza verso le strutture ospedaliere eventualmente presenti nello stesso territorio o verso le strutture ambulatoriali private.

Rete consultoriale

Anche per la rete consultoriale pugliese il primo dato emerso dalla analisi condotta presso tutte le Aziende Sanitarie Locali è quello che riguarda la diversa dimensione del bacino di utenza che insiste mediamente sulle strutture consultoriali: nel territorio leccese si rilevano in media 1 consultorio ogni 16.853 abitanti, a fronte di una media di 1 consultorio ogni 48.541 abitanti nella ASL BAT.

Le criticità che questi dati fanno emergere non sono relative solo alla maggiore o minore capillarità delle strutture consultoriali, ma soprattutto alla tipologia di prestazioni che le strutture presenti assicurano alle popolazioni di riferimento in termini di orari di apertura, e quindi di reale accessibilità alle prestazioni ed alle specialistiche ambulatoriali assicurate.

Tab. 3 - Distribuzione territoriale delle strutture consultoriali

ASL	N. Consultori	Popolazione per ASL	Popolazione media per consultorio
Bari	39	1.249.533	32.039
BAT	8	388.330	48.541
Brindisi	16	402.831	25.177
Foggia	33	640.047	19.395
Lecce	48	808.939	16.853
Taranto	18	580.189	32.233
Puglia	**162**	**4.069.869**	25.123

La rete consultoriale leccese appare quella più frammentata tra le ASL pugliesi, anche in relazione alla numerosità dei Comuni e alla conseguente necessità di assicurare una assistenza capillare sul territorio, che tuttavia presenta un carattere di disorganicità in quanto in circa metà dei distretti sociosanitari l'equipe consultoriale opera su più strutture, con turni che determinano orari di apertura ridotti su base giornaliera ovvero su base settimanale. Le specialistiche assicurate, inoltre, consentono di rilevare sempre la presenza delle prestazioni ginecologiche e pediatriche, mentre sono meno presenti le prestazioni dell'area psicologica e solo nel 40% circa dei distretti è assicurata la presenza delle equipe per abuso e maltrattamento, affido e adozioni, con il relativo centro di ascolto, a sostegno della genitorialità responsabile e della coppia.

Nelle altre province, pur presentandosi meno frammentata la rete delle strutture consultoriali, non viene superata la limitata presenza di alcune prestazioni, in particolare quelle legate all'area psicologica e alle equipe abuso e maltrattamento, affido e adozioni.

In ogni caso è necessario portare la rete consultoriale pugliese ad un livello di qualità delle prestazioni, accessibilità, completezza e integrazione nettamente superiore a quella attualmente rilevabile: il semplice dato della diffusione capillare delle strutture consultoriali sul territorio, in coerenza con il parametro di riferimento nazionale fissato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) non può essere alternativo alla completezza della offerta di prestazioni realmente assicurate da ciascuna struttura. Peraltro, il potenziamento dei consultori non è ulteriormente rinviabile se si considera il carico di domanda di prestazioni che è connesso alle più recenti campagne di prevenzione per la salute delle donne, con specifico riferimento alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori della mammella e dei tumori dell'apparato riproduttivo, nonché alla necessità di potenziare le prestazioni sociali e socio-sanitarie assicurate dai consultori, così come proposta dalla stessa Legge Finanziaria n. 296/2007 che ha previsto un piano specifico di interventi (Intesa Stato-Regioni per le politiche familiari e i servizi socioeducativi) a partire dal 2007, con stanziamenti finalizzati.

Rete dei servizi e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali

La rilevazione condotta sulla rete dei servizi e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali presenti nelle Aziende pugliesi ha consentito di focalizzare la attenzione sulle reali condizioni di accessibilità alla stessa e sulla multidimensionalità della valutazione del bisogno. In particolare, si è rilevato che, a fronte di una formale attivazione in tutte le ASL delle **Unità di Valutazione Multidimensionali,** già previste dal D. Lgs. n. 229/1999 e disciplinate per la prima volta con il *Regolamento Regionale n. 4/2007*, la operatività delle stesse è molto disomogenea, sia per livelli di responsabilità, definizione degli organici, numero di casi presi in carico, che per la implementazione di strumenti e metodologie di lavoro per la valutazione dei casi e la elaborazione dei progetti personalizzati. La non completa operatività delle UVM viene confermata dalle seguenti evidenze:

- utilizzazione parziale della scheda SVaMA per la valutazione della non autosufficienza, nonostante sia stata ufficialmente introdotta dalla Regione già da molti anni;

- non coinvolgimento dei referenti dei Servizi Sociali dell'ambito territoriale sociale o del Comune di riferimento, in quanto risulta sottovalutata sia da parte dei Comuni che da parte delle Aziende l'importanza ed il ruolo decisionale e progettuale che la UVM ricopre;

• mancata definizione del mandato e dell'ambito di azione della UVM, a cui non di rado non vengono assegnati vincoli di budget e protocolli operativi omogenei rispetto alla appropriatezza delle prestazioni proposte in risposta alle diverse situazioni di bisogno;

• azione non estesa a tutti i possibili ambiti di integrazione sociosanitaria, ma prevalentemente concentrata nell'ambito delle disabilità e della non autosufficienza

• **Porte Uniche di Accesso** attivate solo in alcune ASL e per giunta in forma sperimentale.

Rete dei Medici di Medicina Generale e presenza di forme associate

L'analisi dei dati evidenzia come l'associazionismo dei medici convenzionati (MMG e PLS) sia ormai una realtà omogeneamente consolidata, rappresentando una enorme risorsa per il sistema delle cure territoriali.

Per contro, solo alcune ASL (BAT, TA, LE) hanno indicato la previsione di attivazione di UTAP. Si segnala, in particolare, la ASL LE che prevede di attivare 15 UTAP a partire dal 2008.

Tab. 4 - Distribuzione territoriale della rete dei Medici di Medicina Generale e delle forme di associazionismo

ASL	Num. MMG	Num. PLS	di cui in gruppo	di cui in rete
FG (*)	389	67	117	65
BAT	267	57	96	39
BA	1027	188	300	164
BR	332	57	60	67
TA	443	79	88	89
LE	674	114	149	89
Puglia	**3132**	**562**	**810**	**513**

(*) Dato non rilevato per n. 2 distretti

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Il numero di posti letto attivati rappresenta un valore sottodimensionato rispetto al valore target (così come individuato dall'*art. 8 della L.R. n. 26/2006*), fissato su base provinciale a 5 posti letto per 10.000 abitanti. Va inoltre segnalato che, allo stato attuale, il tasso medio di occupazione dei posti letto è pari al 60%.

Tab. 5- Le Residenze Sanitarie Assistenziali - Numero di strutture e posti letto attivi

ASL	Numero strutture	Num. p.l.
Foggia	3	120
BAT	1	60
Bari	6	480
Brindisi	1	40
Taranto	3	160
Lecce	3	160
Totale	17	**1.020**

Le Residenze socio-sanitarie Assistenziali (RSSA)

Il dato più rilevante che emerge dalla analisi dei dati riguarda la estrema disomogeneità nella distribuzione di residenze socio-sanitarie assistenziali sul territorio regionale, nella quale, a fronte di realtà in cui il fabbisogno/copertura territoriale è pari al 7 per 10mila abitanti (parametro previsto dalla *L.R. 26/06*), coesistono realtà caratterizzate da una assenza completa di strutture attivate.

Va inoltre segnalato che, in Provincia di Bari e di Lecce, le strutture esistenti in diversi casi presentano liste di attesa.

Tab. 6 - Le Residenze socio-sanitarie Assistenziali (RSSA) - Posti letto e numero di utenti presi in carico

ASL	Num. strutture	Num. posti letto
FG	0	-
BAT	3	134
BA	17	833
BR	1	100
TA	4	155
LE	13	561
Totale	**38**	**1.783**

1.7 L'assistenza farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica svolge una funzione fondamentale nella assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Interagendo con le variabili: epidemiologiche, culturali, sociali ed economiche, il farmaco costituisce strumento fondamentale sia nei processi di cura che nelle

strategie di prevenzione primaria e secondaria, potenzialmente in grado di modificare l'epidemiologia generale, clinica, assistenziale delle patologie più rilevanti.

Correlandosi secondo un rapporto di causa - effetto all'invecchiamento progressivo della popolazione ed alla crescente offerta di tecnologie innovative, l'uso dei farmaci si colloca in uno scenario di scelte sanitarie che non possono prescindere dalla scarsità di risorse disponibili, imponendo il ricorso a strumenti d'analisi che sappiano giustificare la validità degli investimenti.

In tale contesto, proseguendo l'azione intrapresa con la legge 39/06 e deliberazioni attuative, la Regione deve consolidare, in un'ottica di miglioramento continuo, i percorsi individuati per il perseguimento pieno degli obiettivi stabiliti.

Nel prospettare, però, la programmazione dell'assistenza farmaceutica non si può prescindere da una preventiva breve analisi retrospettiva sulle disposizioni e l'andamento della relativa spesa negli ultimi anni, a partire dal 2000. In tale analisi si prescinde da valutazioni di carattere etico-clinico.

È nota, infatti, la dicotomia tra etica ed economia che nel campo dell'assistenza farmaceutica si presenta in maniera molto evidente.

Limitando, quindi, l'osservazione, bisogna partire da alcune constatazioni di seguito riportate.

Fino all'anno 2000 vigeva in tutto il territorio nazionale l'obbligo della compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte del cittadino. La spesa farmaceutica tramite le farmacie convenzionate era attestata in Puglia a 658 milioni di euro.

Con l'abolizione del ticket, disposto con la finanziaria 2001, in uno con le variazioni nei prezzi, alla revisione delle note AIFA, al mutamento del mix tra i farmaci la spesa è aumentata nel solo 2001 del 33% con un incremento in termini assoluti circa 200 milioni di euro a condizioni epidemiologiche immutate. Tale circostanza ha portato necessariamente all'attenzione dei governi nazionali e regionali un fenomeno estremamente rilevante potendosi valutare il costo dell'assistenza farmaceutica convenzionata e quella non convenzionata (ospedaliera per ricoverati e non) intorno al 20% (un quinto di tutta la spesa sanitaria) portando alla crisi economico finanziaria di molte regioni.

Quanto sopra ha determinato la necessità di superare il patto Stato-Regioni e P.A. del 3 agosto 2000 (accordo di stabilità) pervenendosi all'*accordo dell'8 agosto 2001*. Nel giro di circa 3 mesi dall'accordo è stato adottato il D.P.C.M. di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e contestualmente è intervenuta la *legge costituzionale n. 3/2001*.

Dalle suddette disposizioni emerge, chiaramente, l'importanza del farmaco non solo per gli effetti sulla salute ma anche quale determinante di spesa sanitaria con l'esigenza di coniugare etica ed economia.

Il nuovo assetto che emerge dall'*accordo dell'8.8.01*, riprodotto nella legge 405 del novembre 2001, e restante quadro normativo, è caratterizzato dall'attenzione ad aspetti riguardanti i brevetti, i farmaci generici (oggi equivalenti), esclusione dalla rimborsabilità, reintroduzione della compartecipazione, distribuzione diretta, accordi col sistema distribuito, prontuari terapeutici, prezzi di riferimento.

Tutti i suddetti ambiti di azioni e responsabilità non possono prescindere dalla valutazione dell'appropriatezza e dei costi del relativo livello assistenziale. La sanità diventa, quindi, il banco di

prova del federalismo e la farmaceutica la parte più avanzata del processo di responsabilizzazione delle regioni.

Storicamente, con la *Legge 405/01* fu fissato un tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica "territoriale" (termine poi corretto in "convenzionata") in misura pari al 13% della spesa sanitaria complessiva.

Subito dopo l'entrata in vigore della *legge 405/01* e contestualmente all'Intesa sui Livelli Essenziali di Assistenza di cui al *D.P.C.M. 29.11.01* è intervenuto il primo piano sanitario della Regione Puglia che anticipava il PSN 2003/2005.

Il Piano Sanitario Nazionale aveva previsto, nel settore farmaceutico, quali obiettivi prioritari e strategici:

> Uso razionale dei farmaci;

> Farmaceutica quale settore più avanzato del processo di devoluzione ferma restando la garanzia ai cittadini dei farmaci essenziali;

> Programma di farmacovigilanza quale strumento per valutare le reazioni avverse ed il profilo beneficio-rischi dei farmaci per la sicurezza dei pazienti (buon uso del farmaco);

> Farmaco tra i temi nazionali ECM;

> Valorizzazione dell'informazione sui farmaci;

> Promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;

> Rilancio della sperimentazione clinica dei farmaci e ruolo dei comitati etici-sociali;

> Accesso rapido ed agevole ai farmaci innovativi.

Il PRS 2002/2004 che aveva preceduto il PSN si era già posto l'obiettivo della realizzazione di un'assistenza farmaceutica capace di coniugare le limitate risorse disponibili con la più che proporzionale progressione della spesa legata a:

> Evoluzione demografica con invecchiamento della popolazione;

> Progresso scientifico;

> Allungamento della durata di malattia, nel caso di patologie croniche;

> Profilo interdisciplinare degli interventi;

> Qualificazione delle aspettative della collettività in termini di qualità della vita.

In campo regionale la Puglia ha disciplinato parallelamente agli interventi normativi di livello nazionale a partire dal 2002 i provvedimenti legislativi regionali del 2002 che hanno influito positivamente sulla spesa farmaceutica a carico del SSN sono stati principalmente: il delisting dei farmaci della lista B1 e B2 consistente nella esclusione dalla rimborsabilità sostitutiva dal mese di

agosto, dall'introduzione del ticket (su confezioni, su ricetta e sui farmaci dell'allegato I e II) e il potenziamento della distribuzione diretta mediante accordo con Federfarma.

Al primo provvedimento hanno fatto seguito progressive modifiche del sistema di compartecipazione alla spesa a partire dall'1 settembe 2003 per pervenire alla sostanziale riduzione dall'1 ottobre 2005 che ha portato a circa il 60% dei cittadini e quasi l'80% dei consumatori all'esenzione totale.

Ma l'intervento più rilevante è costituito dalla reintroduzione del ticket da agosto 2002 con un totale di 944.000 cittadini esenti.

Gli effetti sulla spesa negli anni 2002/2006 sono stati i seguenti:

ANNO 2002	Italia +1%
	Puglia -1,5% (834 milioni)
ANNO 2003	Italia - 5,4%
	Puglia - 5,5%

Negli anni successivi sono intervenuti ulteriori iniziative statali quali:

> istituzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AlFA).

> Introduzione dello sconto parziale 4,12% dall'1 luglio 2004 al 31 ottobre 2005 per il ripiano dello splafonamento rispetto al 13%.

> Adozione del "Prontuario Ospedale - Territorio".

> PHT e revisione delle note CUF (divenute note Al FA).

> Introduzione del prontuario farmaceutico 2005.

> Variazione con determinazione AIFA dello sconto dal 4,12 al 5% dal 16 gennaio 2006.

Negli stessi anni 2004-2005 si è contemporaneamente proceduto ad elevare i livelli di esenzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica i quali, nonostante gli interventi nazionali e regionali, hanno avviato un percorso di nuova crescita della spesa.

Infatti nel 2004 in Puglia la spesa si è elevata a 860 milioni con una variazione in aumento sul 2003 del 9% e con una incidenza sulla spesa totale del 15.6%. Dall'1 ottobre 2005 viene notevolmente ampliata la fascia degli esenti dal ticket e dall'1 novembre 2005 cessa lo sconto 4.12% sui farmaci che era stato introdotto per recuperare lo splafonamento del 2004. Il quadro che si determina nel 2005 è il seguente:

	INCID. SU SP.ToT	**INCREM. SU 2004**	**PRO CAPITE**
Puglia €890	15,3	3,80	219

Italia	13,5	-1,1	209

Sostanzialmente l'effetto negativo in Puglia è pari al 4.81% rispetto alla media nazionale.

È evidente che il governo regionale in questo periodo ha optato per il modello deontologico basato sulla garanzia dei principi etici di fondo, al fine di evitare l'espulsione di fasce di cittadini dalla garanzia di un così importante livello assistenziale, ponendo in subordine il principio utilitaristico fondato su scelta tecnica di rapporto costo-benefici.

In termini economici, però la situazione più preoccupante si verifica nel 2006 allorché nel primo semestre si rilevano i seguenti dati:

	INCIDENZA SU SP. TOT	**INCREMENTO SUL I SEM. 05**	**SPESA PRO CAPITE**
Puglia	17,3	18,1	133,79
Italia	14,5	10,8	116,90

La situazione verificatasi nel l° semestre 2006 ha indotto la regione ad assumere importanti iniziative.

Dal 6 giugno a seguito di accordo tra Regione, Federfarma e le Associazioni dei distributori intermedi è stata avviata la distribuzione diretta "per conto" del S.S.R. da parte delle farmacie convenzionate dei farmaci erogabili a pazienti e soggetti a controllo ricorrente.

Tale iniziativa ha realizzato due obiettivi estremamente qualificanti rendendo più agevole l'accesso a detti farmaci, in precedenza erogabili attraverso la duplice via pubblico - privato, e al tempo stesso realizzando consistenti economie riducendo notevolmente il divario rispetto al trend nazionale dell'incremento della spesa.

Successivamente con la legge 39 di fine anno 2006 è stato introdotto un pacchetto di interventi di razionalizzazione che sostanzialmente rappresentano la programmazione nel campo farmaceutico della regione Puglia per i prossimi anni.

Con la legge il governo regionale è riuscito a contemplare le esigenze deontologiche con quelle economicistiche evitando iniziative di razionamento a favore della razionalizzazione, programmando una serie di iniziative che vengono più avanti riportate e descritte e che rappresentano gli obiettivi di sistema di questo PRS.

All'interno del sistema salute il farmaco assumere un ruolo importante quale "indicatore generale" della qualità complessiva del sistema sanitario onde è fondamentale la promozione di una politica del farmaco che integri il rigore scientifico con gli obiettivi di contenimento e razionalizzazione che sono alla base del presente piano.

Ne deriva l'esigenza di orientare le scelte prescrittive verso prestazioni più appropriate e più qualificate riconoscendo grande rilievo alla partecipazione di medici e farmacisti nell'analisi - commento, uso dei dati.

Contestualmente va reso più consapevole il cittadino degli aspetti relativi alla tutela della propria salute.

1.8. Il modello di organizzazione del sistema sanitario proposto dai cittadini

Attraverso il processo partecipativo è stato possibile raccogliere dai cittadini contributi ad ampio spettro basati sulla memoria, sull'esperienza rielaborata e su competenze specifiche, che delineano uno scenario delle priorità in ambito sanitario che va oltre i luoghi comuni.

I punti di vista e le aspettative rilevate sono riconducibili a due diversi modelli di governo del sistema per la salute: il primo condiviso prevalentemente da politici e operatori, il secondo rivendicato da associazioni e singoli cittadini. I due modelli sono, per le caratteristiche più importanti riportate nella tabella che segue, completamente speculari.

Modello condiviso dal governo politico e clinico	**Modello rivendicato dalla cittadinanza attiva**
Decisionista	Valutativo
(centralità alla decisione)	(centralità al controllo e al cambiamento conseguente)
Pianificatorio	Organizzativo
(centralità alla legge e alla razionalità ex ante)	(centralità alla regolazione e alla razionalità ex post)
Informativo/didattico	Partecipativo
(centralità all'informazione sommaria rivolta prevalentemente all'esterno delle strutture sanitarie)	(centralità all'interazione all'interno delle strutture sanitarie tra cittadini, operatori e politici)
Macrosistemico	Microsistemico
(centralità al sistema sanitario, da riformare nei suo complesso, considerandolo come unicum indifferenziato)	(centralità ai sottosistemi funzionali per favorire l'integrazione dei percorsi di cura)
Preferenziale del rapporto tra governo politico e governo clinico (centralità della comunicazione tra politici e vertici aziendali)	Preferenziale del rapporto tra utenti e governo politico (centralità delle responsabilità dei politici rispetto ai bisogni reali; gli utenti chiedono di essere "visti" dai politici)

Si tratta, nei fatti, di due scenari chiusi, ognuno dei quali non ha alcuna connessione con l'altro, non ne percepisce il valore, né le tensioni. Eppure i due modelli sono ugualmente rilevanti e pertanto ambedue da considerare. Il cambiamento, il salto di qualità nel sistema sanitario regionale, non può quindi prescindere dalla **necessità di avviare un dialogo tra queste due visioni,** che sia in grado di integrare i punti vista delle parti sviluppando una sensibilità e un'attenzione reciproca.

Un ulteriore approfondimento dell'analisi consente di evidenziare come il primo modello, quello del governo politico e clinico, sia focalizzato sulle componenti del sistema e sugli adempimenti formali; mentre il secondo, quello della cittadinanza attiva, ponga l'accento sulle relazioni e sui risultati da conseguire in termini di soddisfacimento dei bisogni.

Guardando al sistema sanitario come ad una rete, emerge l'attenzione del primo modello sui nodi della rete e l'interesse del secondo verso le connessioni; ma non c'è rete che funzioni senza sinapsi tra nodi e collegamenti. In sintesi, politici e clinici devono tener conto del punto di vista dei cittadini, e in questi ultimi dovrebbe aumentare la consapevolezza circa le difficoltà di gestione di un sistema complesso quale quello sanitario.

La specularità dei punti di vista riguarda anche le criticità individuate da parte degli operatori e dei cittadini: mentre i primi pongono l'accento, nell'ordine, sul numero di posti letto, edifici e tecnologie; per la cittadinanza attiva le priorità sono i rapporti umani tra operatori e utenti, i sistemi di valutazione, l'impianto organizzativo dei servizi.

Dall'analisi della stragrande maggioranza dei contributi pervenuti emerge infatti l'importanza di introdurre un'inversione di tendenza nelle modalità di interazione con i pazienti. Viene richiesto a gran voce il rispetto della dignità, della privacy e della sensibilità di ognuno.

I cittadini sono inoltre consapevoli che vengono già praticati metodi di valutazione all'interno del sistema sanitario, ma non ne percepiscono gli effetti. I processi e i parametri attualmente utilizzati sono ritenuti di natura prettamente burocratica; ciò che manca probabilmente è l'attenzione alla qualità reale dei servizi erogati e l'orientamento alla verifica dei risultati nel breve e medio periodo.

Rispetto all'organizzazione, la cittadinanza attiva evidenzia l'autoreferenzialità del sistema sanitario che viene percepito più attento alle esigenze interne (degli operatori e dei fornitori) che a quelle degli utenti. I bisogni di sanità devono spesso flettersi a vincoli organizzativi (tempi, modalità, luoghi) che vengono stabiliti senza un'adeguata programmazione, provocando situazioni di disagio in molti casi evitabile.

Si evidenzia pertanto la necessità di passare da un approccio intuitivo ad un approccio competente in materia di progettazione organizzativa di servizi pubblici, che sia condiviso con gli operatori e sostenibile per i pazienti.

A detta dei cittadini, quindi, non si può prescindere dall'intervento in questi tre ambiti se si vogliono produrre cambiamenti significativi nel sistema sanitario regionale.

---

2. *Gli obiettivi di sistema e le azioni*

2.1 Sanità elettronica e sistema informativo sanitario regionale

La principale criticità che emerge da una ricognizione approfondita dei dati di cui il sistema oggi dispone è rappresentata dalla loro frammentarietà e parzialità, che rendono molto difficile una tracciabilità dei processi assistenziali, nonché precario il percorso metodologico che porta dalla conoscenza dei dati alla elaborazione di informazioni utili ai fini delle decisioni politico/strategiche.

La Regione Puglia dispone dal 1999 di un avanzato Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR) la cui infrastruttura telematica si articola su oltre 220 siti delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato delle Politiche della Salute.

L'accesso a tale sistema è consentito a tutte le strutture sanitarie della regione nonché agli uffici competenti preposti alla programmazione sanitaria. Pertanto uno degli aspetti di maggiore rigidità del sistema è quello che non ne è consentito l'accesso per parti predefinite ad attori potenzialmente interessati, con particolare riferimento ai medici di territorio. Inoltre i sistemi informatici delle singole aziende sono indipendenti dal sistema informativo sanitario regionale impedendo la condivisione di risorse, con un modello di trasmissione delle informazioni dal basso verso l'alto che non prevede interconnessioni orizzontali.

Queste ed altre criticità del sistema sono state oggetto di una profonda riflessione esitata nella elaborazione del Piano per la Sanità Elettronica di Puglia approvato dalla Giunta Regionale con atto n. 2005/2006 e che rappresenta un documento di ricognizione e soprattutto programmatico su base regionale per le politiche di sviluppo, evoluzione e realizzazione di sistemi informativi sanitari e per la valorizzazione degli attori aziendali e regionali impegnati nello sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione anche sulla base dei POR e degli APQ di e-government e società dell'informazione.

L'attuazione delle strategie del Piano per la Sanità Elettronica di Puglia sono state affidate ad un Tavolo istituzionale (TSE Puglia) costituito nell'ambito dell'Assessorato alle Politiche della Salute per realizzare un momento di coordinamento reale delle politiche connesse ai sistemi informativi sanitari e di impulso per le diverse iniziative da progettare o in via di realizzazione.

Tra le iniziative prioritarie, la Regione ha dato avvio, per mezzo di uno specifico capitolato della gara, alla realizzazione del Nuovo SISR (N-SISR) che raccoglie le esigenze di evoluzione dell'attuale SISR, di estensione e di innovazione allo scopo di allargare la base dati informativa disponibile ad un sempre maggior numero di soggetti utile per una migliore programmazione sanitaria, per il monitoraggio costante dei fenomeni, per gli studi e le analisi statistiche ed epidemiologiche, per le verifiche amministrative e per la gestione dei processi assistenziali ospedalieri e territoriali. Il Nuovo SISR andrà a regime entro la fine dell'anno 2008 e permetterà, inoltre, alla Puglia di assicurare adeguatamente i flussi informativi con i sistemi informativi nazionali (Nuovo SIS ed altri) a cui sono legati anche i processi di verifica dei LEA e delle quote di finanziamento alle Regioni.

È tuttavia disponibile già con l'attuale SISR una enorme massa di dati settoriali che hanno consentito e consentono di lanciare analisi capaci di evidenziare le maggiori criticità anche economico-finanziarie del sistema. Ci si riferisce in particolare al documento relativo alla mobilità intra ed extra regionale che costituisce un elemento orientativo di pianificazione nel settore ospedaliero, indicando in modo chiaro gli indici di attrazione e di fuga per ciascuna Azienda Sanitaria e all'analisi in corso di ultimazione dei livelli di appropriatezza delle cure in ospedale.

In sintesi il processo stesso della pianificazione subirà una implementazione importante dalla integrazione dei flussi informativi e dal formidabile salto qualitativo nella capacità di analisi che da ciò scaturirà. Sarà possibile valutare l'assistenza sanitaria in toto; definire con sufficiente attendibilità e senza l'uso di strumenti surrogati incidenza e prevalenza delle patologie; per ognuna di studiarne l'assistenza realmente erogata e parametrarla con percorsi diagnostico-terapeutici ed indicatori di processo e di esito predefiniti; di associare costi a casistica ed efficacia; di identificare punti di debolezza e porre in essere misure di correzione per situazioni devianti; di valutare la reale integrazione dei diversi livelli assistenziali e di sperimentare modelli innovativi. Dal punto di vista dei cittadini sarà possibile migliorare l'accessibilità ai servizi in un'ottica di PUA e di disponibilità di informazioni ampie e precise.

Le altre iniziative previste dal Piano per la Sanità Elettronica ed in corso di attivazione completeranno il "macro sistema informativo sanitario regionale" costituito appunto dal N-SISR e dal Sistema Informativo Sanitario Territoriale (Rete dei MMG), dal Sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e dell'offerta sanitaria (SovraCup regionale), dal Sistema di Informazione e Comunicazione Sanitaria e Portale Informativo Sanitario (evoluzione del Call Center Informativo Sanitario), dal Nuovo Sistema Informativo dell'Emergenza Urgenza (118), dai Sistemi Informativi degli Screening e della Prevenzione, dal Sistema Informativo Anagrafe Soggetti Vaccinati (Giava Puglia), dal SESIT-Sistema Informativo delle Dipendenze Patologiche, dal Sistema Informativo dei Dipartimenti di Salute Mentale, ed altri.

Tutto ciò, insieme all'evoluzione della Rupar Puglia in SPC Puglia, porrà sempre di più la Regione all'avanguardia nello scenario nazionale per strategie legate alla società dell'informazione e della comunicazione in sanità offrendo sempre migliori servizi anche on-line ai cittadini soprattutto nell'accesso alle informazioni ed ai servizi sanitari.

La Regione, in questo contesto, è impegnata in uno sforzo programmatico, organizzativo ed economico particolare per il coordinamento e la realizzazione delle iniziative relative alla costruzione ed evoluzione dei Sistemi Informativi regionali in ambito sanitario che, così come previsto dal Piano per la Sanità Elettronica di Puglia (*Delib.G.R. n. 2005/2006*), risultano oramai fondamentali per il sistema regionale di monitoraggio della spesa sanitaria, per l'alimentazione automatica e puntuale dei flussi informativi sanitari ed economici da parte della Regione verso i sistemi ministeriali (NSIS e sistemats.it) alla base delle verifiche operate sul rispetto dei LEA e degli impegni previsti dal Patto di Stabilità e dagli Accordi Stato-Regioni, per la programmazione sanitaria e per il governo dei fenomeni e dei processi in ambito sanitario oltre che, evidentemente, per le finalità proprie di ciascuna iniziativa (innovazione e tecnologie, gestione delle attività e dei servizi sanitari, accesso ai servizi da parte dei cittadini, monitoraggio dell'offerta, dei tempi e delle liste di attesa, fascicolo sanitario elettronico, ecc.).

Attraverso le iniziative regionali si tenderà, infatti, a rendere sempre più automatici e strutturati i flussi informativi interni e verso i Ministeri alleggerendo progressivamente anche l'impatto organizzativo oggi richiesto ai soggetti pubblici e privati del SSR.

È necessaria, quindi, una convergenza di azioni ed il massimo impegno ad ogni livello della organizzazione del Servizio Sanitario Regionale per assicurare il puntuale e costante rispetto dei debiti informativi e della pianificazione in materia di Sanità Elettronica.

2.2 La promozione della salute collettiva: strategie di prevenzione

Innovare il sistema della prevenzione

La strategia generale di prevenzione si fonda sulla rimozione/riduzione dei fattori di rischio nonché sulla possibilità di intervenire in fasi iniziali di malattia attraverso la diagnosi precoce.

L'OMS ha evidenziato come nelle società più avanzate il maggiore guadagno di salute possa essere ottenuto potenziando le attività di prevenzione e favorendo il mantenimento del benessere psico-fisico.

Coerentemente con i principi generali sopra espressi, le attività di prevenzione devono essere considerate un sottoinsieme delle azioni tese alla promozione della salute, che sono necessariamente il frutto della partecipazione e del coordinamento di più attori, non tutti appartenenti al sistema sanitario, che si pongono l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di aumentare i livelli di salute della comunità.

In questa ottica i servizi dei dipartimenti di prevenzione debbono accettare la sfida che la evoluzione della società e la percezione della salute che i cittadini vanno sviluppando pongono loro, passando da una logica spesso basata ancora sull'erogazione di attività e prestazioni tradizionali e in parte condizionata da vincoli burocratico-legislativi ad un approccio che ponga al centro i soggetti che della prevenzione debbono beneficiare.

Il PSN 2006-2008 ha evidenziato le strategie che assicurano l'efficacia delle azioni di prevenzione e della promozione attiva della salute, che possono essere sintetizzate come segue:

- definizione dei bisogni e identificazione delle priorità, sulla base dei dati epidemiologici coinvolgendo le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;

- sinergie tra "reti sanitarie" e altre reti istituzionali per progettare e porre in essere azioni di sistema;

- metodologia della Evidence Based Prevention per garantire l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia degli stessi;

- applicazione delle normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, e non già come finalità principale dell'azione istituzionale;

- strategie per una comunicazione coerente ed efficace;

- definizione, fin dalla fase di progettazione, di un sistema di verifica dei risultati.

Gli assi portanti del sistema della prevenzione, intorno ai quali questo Piano intende sviluppare i propri interventi, sono rappresentati dalla corretta impostazione delle priorità, dall'integrazione delle strutture e dei servizi, dalla intersettorialità attraverso il coinvolgimento di attori anche al di fuori dello specifico "sanitario" per il potenziamento di attività di educazione alla salute e il raggiungimento della piena consapevolezza da parte dei cittadini nell'adesione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Affinché i servizi dei dipartimenti di prevenzione, nell'arco del prossimo triennio, possano diventare punti nodali della rete per la promozione della salute è necessario che, pur continuando a mantenere un'attenzione costante alle funzioni di «vigilanza» e «controllo» attribuite loro dal mandato istituzionale, adeguino il loro modello organizzativo alle nuove esigenze di salute e organizzino e sviluppino azioni privilegiate in maniera integrata e in collaborazione con gli altri snodi della rete.

In quest'ottica, uno specifico obiettivo del sistema della prevenzione è la realizzazione di un modello organizzativo-gestionale che preveda una stretta relazione tra la struttura del sistema deputata alla programmazione e realizzazione degli interventi - il Dipartimento di Prevenzione - e la struttura dedicata alla produzione e alla elaborazione dei dati del sistema - l'Unità di Statistica ed Epidemiologia delle Aziende Sanitarie Locali - ai fini di un'efficace azione di supporto alla Direzione strategica, attraverso la restituzione di un quadro completo dei bisogni e dell'offerta di salute sul territorio di competenza. Tale modello deve dialogare, attraverso uno scambio biunivoco di dati e procedure, con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e con le altre strutture regionali impegnate sul tema della prevenzione per costruire la sintesi delle conoscenze e delle criticità a livello regionale, fornendo le necessarie informazioni alle strutture preposte per la valutazione del sistema e la pianificazione degli interventi.

Nello specifico rappresentano quindi un obiettivo strategico del presente Piano Sanitario la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la prevenzione, che, attraverso la realizzazione di una infrastruttura di rete, colleghi funzionalmente i Dipartimenti di Prevenzione, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, l'ARPA Puglia, l'Assessorato regionale alla Salute e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e garantisca la condivisione in tempo reale dei dati nonché il soddisfacimento dei debiti informativi istituzionali.

Un modello come quello descritto deve essere finalizzato a garantire:

- lo sviluppo delle competenze epidemiologiche nella prevenzione collettiva;

- la promozione di azioni concertate e condivise che potranno sfociare in Piani integrati per ta salute, progetti di lavoro comuni tra i vari operatori della prevenzione dentro e fuori il sistema sanitario;

- la valutazione dell'efficacia e dell'impatto sulla salute delle attività di prevenzione.

Il sistema informativo dei dipartimenti di prevenzione

Il Piano per la Sanità Elettronica ha preso atto che il processo di informatizzazione dei dipartimenti di prevenzione ha risentito e risente ancora oggi delle modificazioni al quadro normativo europeo e nazionale con riflessi sia sulla organizzazione dei servizi sia su compiti, competenze e gestione dei processi di informatizzazione. Alla luce delle esigenze complessive di informatizzazione il Piano per la Sanità Elettronica ha evidenziato la necessità di giungere alla definizione di un modello di informatizzazione univoco su base regionale per i dipartimenti di prevenzione.

Tale esigenza imprescindibile si pone come rilevante al fine di far compiere anche ai dipartimenti di prevenzione quel salto di qualità nella realizzazione di un sistema informativo univoco su base regionale così come sta avvenendo per gli altri dipartimenti territoriali (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche) interessati da iniziative e progetti regionali di informatizzazione.

La strutturazione di un sistema informativo di tipo "dipartimentale" è quindi prioritaria per permettere di coniugare la gestione delle diverse attività svolte dai servizi dei dipartimenti di prevenzione (attività di vigilanza e controllo, di prevenzione, di profilassi vaccinale, gestione degli iter amministrativi ed autorizzativi) mediante una soluzione che deve assicurare anche l'integrazione con i sistemi informativi sanitari regionali ed aziendali e l'apertura all'interscambio di dati con altri enti (ad esempio con comuni, INAIL, INPS, ARPA, ecc.).

• **Gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali.** Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 la Regione Puglia ha previsto il finanziamento del processo di informatizzazione della gestione delle vaccinazioni, sulla base del progetto specifico sviluppato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Usl di Taranto. Nell'ambito delle iniziative legate all'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione viene realizzata la fornitura della versione web del Sistema di Gestione Informatizzata delle Anagrafi Vaccinali (GIAVA) a tutte i Servizi Vaccinali e l'attivazione di uno specifico centro servizi regionale.

Insieme alla realizzazione del centro servizi e, di conseguenza, all'unificazione delle banche dati aziendali in una unica banca dati regionale, l'allineamento anagrafico consente di potenziare le funzioni di programmazione e monitoraggio regionale ed aziendale nonché le indagini ed analisi statistiche ed epidemiologiche.

La gestione informatizzata degli ambulatori vaccinali assicura l'allineamento con l'Anagrafe degli Assistibili del SISR e con le Anagrafi Comunali per l'aggiornamento tempestivo dei dati sui nuovi nati e livelli di integrazione con gli altri sistemi informativi regionali e aziendali con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, alla refertazione degli esami ed alla scheda sanitaria individuale.

• **Sistema Informativo delle Malattie Infettive.** Quale supporto alle attività di notifica obbligatoria delle malattie infettive e diffusive di cui al Decreto del Ministero della Sanità del 15 dicembre 1990 la Regione Puglia adotta, nel corso della vigenza del Piano Regionale Salute e nelle more dell'avvio delle funzionalità NSISR Puglia, il Nuovo Sistema Informativo delle Malattie Infettive predisposto dal Ministero della Salute e già sperimentato in altre regioni. Le funzioni di coordinamento e di tenuta e aggiornamento dell'archivio regionale delle notifiche di malattia infettiva diffusiva sono svolte dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

• **Sistema informativo per la gestione delle attività di riconoscimento della condizione di invalido civile, cieco civile, sordo e degli stati di handicap.**

In relazione agli obiettivi ribaditi dalla *legge regionale n. 26/2006* di abbattimento dei tempi di attesa per l'accertamento delle condizioni di invalidità civile, cecità, sordità nonché per la definizione dello stato di handicap (*legge n. 104/92*) e delle condizioni di disabilità che danno diritto ad accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili (*legge n. 68/99*) ed in coerenza con le priorità individuate dal Piano per la Sanità Elettronica, si rende indispensabile strutturare un livello uniforme per la gestione informatizzata dell'iter amministrativo e medico-legale delle attività di accertamento da parte delle commissioni organizzate nell'ambito dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali.

La realizzazione di un modello uniforme regionale di informatizzazione prevede l'integrazione con l'Anagrafe degli Assistibili e con le altre aree applicative N-SISR e la creazione della banca dati Aziendale e/o Regionale dei soggetti in favore dei quali è stato effettuato l'accertamento delle condizioni suddette.

Inoltre, l'utilizzo di tecnologie web potrà assicurare l'integrazione con gli altri Enti coinvolti nell'iter amministrativo (Comuni, Commissioni di Verifica, INPS, ecc.).

• **Sistema informativo per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**

La Regione Puglia partecipa alla costruzione del Sistema informativo nazionale integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro avvalendosi, quali strumenti operativi, degli attuali Flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni, dei dati relativi al Repertorio nazionale infortuni mortali e gravi, delle risultanze dell'attività di Monitoraggio nazionale 626, del Registro nazionale mesoteliomi (ReNaM) e del costituendo Registro Nazionale degli Agenti chimici, del Sistema informativo MALPROF sulle patologie correlate al lavoro, del Registro nazionale Malattie professionali (ex D. Lgs. 38/2000) istituito presso INAIL e dei dati della Borsa Continua nazionale del lavoro del Ministero del lavoro e della P.S. Si opererà per un nuovo sistema informativo che, partendo dal protocollo d'intesa INAIL-ISPESL-Regioni del luglio 2002 ed attualizzandone i contenuti e le attività, attraverso la partecipazione diretta del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e della previdenza sociale realizzi il Sistema informativo nazionale della prevenzione. Per ottenere un diffuso ed omogeneo utilizzo del patrimonio informativo esistente saranno realizzate specifiche iniziative nell'ambito della convezione sottoscritta dalla Regione Puglia con l'INAIL il 4 agosto del 2006, sui temi della comunicazione del rischio e dell'aggiornamento del personale degli SPESAL, valorizzando le esperienze formative nazionali e regionali già consolidate. Alla programmazione regionale derivante dalle specificità territoriali, si affianca la programmazione di azioni su tutto il territorio nazionale, concordate tra i livelli di governo centrale e di governo territoriale, con il metodo indicato dal Patto per la Salute nei luoghi di lavoro di cui al *D.P.C.M. del 17 dicembre 2007*.

• **Sistema informativo per i servizi veterinari**

La gestione delle anagrafi zootecniche attraverso la Banca Dati Nazionale dell'I.Z.S. di Teramo, unitamente all'I.Z.S. di Foggia, responsabile dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Puglia, saranno utili strumenti per una puntuale conoscenza della popolazione animale, in termini di consistenza e di distribuzione territoriale che restano i presupposti essenziali per:

a) una corretta programmazione degli interventi in base ai rischi sanitari ed una più equa ripartizione delle risorse sia finanziarie, che umane;

b) una più facile gestione e un più facile controllo degli allevamenti e degli interventi sanitari programmati;

c) garantire la tracciabilità degli animali e dei loro prodotti;

d) consentire agli operatori del settore (allevatori) di accedere ai contributi Comunitari previsti.

Sviluppare le competenze epidemiologiche nella prevenzione collettiva

L'identificazione dei rischi nonché dei fattori determinanti che incidono sullo stato di salute e la valutazione dei nuovi bisogni emergenti sono strumenti essenziali per:

a) monitorare l'evolversi dello stato di salute della popolazione,

b) definire le priorità di intervento;

c) misurare i risultati delle azioni messe in campo.

I cambiamenti avvenuti nel campo della prevenzione determinano la necessità di potenziare le competenze epidemiologiche dei servizi dei dipartimenti di prevenzione, che appartengono al loro patrimonio culturale ma sono andate negli anni progressivamente sbiadendosi, anche a causa del fatto che gli operatori spesso hanno assunto, come riferimento principale per il proprio lavoro, un insieme di norme e regolamenti, piuttosto che una lettura attenta e specifica del territorio in cui si trovano ad operare.

Lo sviluppo di una cultura epidemiologica in seno al Dipartimento di Prevenzione deve quindi divenire uno strumento utilizzato trasversalmente dagli stessi, per programmare strategie di intervento su una base consolidata di conoscenza dei rischi e dei danni consentendo quindi una migliore allocazione delle risorse sia umane che finanziarie, in linea con quanto espresso precedentemente.

In tal modo il Dipartimento di Prevenzione può quindi:

■ fornire un contributo strategico alle Direzioni Aziendali attraverso la descrizione dello stato di salute della popolazione di riferimento e la valutazione dei bisogni di una società in rapida trasformazione

■ indirizzare le proprie attività verso la progettazione di azioni innovative, finalizzate al raggiungimento di obiettivi di salute condivisi con altri soggetti competenti

■ sostenere il processo di valutazione dell'efficacia di tali azioni, sulla base delle evidenze.

Orientare le attività dei dipartimenti di prevenzione alla Evidence Based Prevention/Evidence Based Public Health

L'esigenza di dimostrazione dell'efficacia degli interventi sanitari si sta diffondendo a tutti i livelli del sistema sanitario, con l'elaborazione di linee guida e raccomandazioni per la buona pratica clinica. Anche nel campo delle misure di prevenzione, sia che esse agiscano a livello del sistema regolatorio, a livello della comunità o del singolo individuo, la valutazione dell'efficacia dell'intervento, basata su prove empiriche, è ritenuta un requisito indispensabile (Evidence Based Public Health).

Nella Legislazione Italiana si sono stratificate nel tempo norme che impongono l'adozione di misure rivolte alla prevenzione di malattie o alla tutela della salute, basate su idee dominanti nella comunità scientifica di epoche antecedenti, ma attualmente non più ritenute valide, oppure basate sulla necessità di difesa da pericoli per la salute non più attuali (certificato di sana e robusta costituzione, di idoneità psico-fisica, libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi, certificazioni per la medicina scolastica). Nella pratica queste norme generano attività rituali percepite dai cittadini come un

inutile aggravio burocratico. D'altra parte queste attività costituiscono uno spreco di risorse per la comunità e per il servizio sanitario, generando una perdita di credibilità per il servizio sanitario.

È necessario che le pratiche di prevenzione siano giustificate dalla esistenza di prove che dimostrino la loro efficacia. Tali prove possono essere rintracciate nella letteratura scientifica o possono essere raccolte promuovendo programmi di ricerca applicata come previsto dalle Linee Guida sui Dipartimenti di Prevenzione emanate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002.

L'evoluzione della normativa comunitaria, statale e regionale nel campo del superamento delle procedure obsolete in capo ai dipartimenti di prevenzione richiede pertanto uno sforzo continuo alle direzioni dei dipartimenti e degli interventi di riorientamento delle attività, di formazione del personale e di comunicazione corretta all'utenza.

Si tratta di impostare un processo decisionale che, invece di lasciarsi influenzare da esigenze a breve termine (crisi, emergenze contingenti o preoccupazioni di gruppi di interesse organizzati), punti più decisamente, nella formulazione delle politiche e nell'attuazione dei programmi, su considerazioni a lungo termine fondate sulle prove di efficacia. I criteri da adottare nell'individuazione delle politiche di prevenzione

dovrebbero pertanto basarsi su un processo decisionale che assicuri quanto meno i seguenti passaggi:

* analisi del contesto socio sanitario, con la definizione dell'importanza della problematica presa in esame in termini di entità del problema sanitario a livello di comunità;

* motivazione della scelta degli interventi oggetto di valutazione;

* individuazione ed esposizione delle prove di efficacia per ciascun intervento proposto;

* evidenziazione del nesso tra le prove di efficacia e le raccomandazioni formulate;

* definizione di criteri di valutazione dell'efficacia degli interventi e di standard di riferimento normalizzati ed omogenei.

Oltre che sotto il profilo clinico, il monitoraggio dell'appropriatezza in un Dipartimento di Prevenzione può essere esercitato anche sotto il profilo organizzativo.

Esercitare il governo clinico in materia di appropriatezza organizzativa in un Dipartimento di Prevenzione significa costruire sistemi capaci, in relazione ad un bisogno o ad una richiesta, di interrogare l'organizzazione in via preventiva e di verificarla, relativamente a:

* opportunità di fornire una risposta singola o un percorso;

* tipologia del percorso (dedicato di Servizio, integrato tra servizi di sanità pubblica diversi, integrato con altri servizi sanitari o con altri Enti);

* tipologia di professionisti da impiegare, secondo criteri di competenza, capacità ed efficienza;

* equità nell'accesso alle pratiche di sanità pubblica (attesa della domanda o "prassi non di attesa", cioè ricerca, stimolo ed orientamento). L'EBP rappresenta uno degli elementi culturali che caratterizzano la sanità pubblica, accanto all'epidemiologia, all'integrazione professionale e sociale,

alla comunicazione e al miglioramento di qualità. Questi elementi culturali sono indispensabili per sostenere un riorientamento della prevenzione dall'adempimento burocratico al lavoro programmato per conseguire obiettivi di salute, utilizzando anche nuovi criteri di semplificazione burocratica e la valorizzazione di esperienze di utilizzo integrato delle professionalità quale ad esempio quella rappresentata dallo Sportello Unico per le Attività Produttive (SUAP).

Promozione di azioni integrate

Le esigenze e le criticità delineate rendono necessaria la messa in atto di una nuova strategia che si concretizza attraverso il perseguimento di obiettivi di sistema che possono essere sintetizzati come segue:

• **promuovere l'integrazione e l'interdisciplinarieta**, tra le diverse strutture operative dei Servizi di Prevenzione e tra queste e le altre macrostrutture delle Aziende Sanitarie, attraverso lo sviluppo di rapporti sinergici con tutte le strutture regionali che perseguono l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sanitaria, della qualità della vita e dell'ambiente, nelle sue diverse componenti (Osservatorio Epidemiologico Regionale, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARPA Puglia), per costruire risposte adeguate ad obiettivi di salute complessi.

Il Coordinamento dei Responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione deve rappresentare la sede propria di questo processo, che troverà la sua piena attuazione attraverso interventi formativi, elaborazione di programmi inter-aziendali, adozione di protocolli operativi comuni.

In questo senso va richiamata la necessità di sviluppare azioni integrate con i Medici di Medicina Generale e/o i Pediatri di Libera Scelta rivolte a promuovere stili di vita e comportamenti per la salute, privilegiando la funzione di counseling che costoro possono mettere in campo;

• **privilegiare il lavoro per obiettivi, piuttosto che per compiti.** Questa modalità di operare dovrà trovare concreta realizzazione nei Piani integrati per la salute: una volta individuato l'obiettivo di salute da raggiungere, tenuto conto delle priorità emerse dalla lettura del contesto territoriale, in termini di stato di salute della popolazione, umana ed animale, e di qualità dell'ambiente, ed espresse attraverso il consenso e la condivisione di soggetti con pari dignità, deve essere messo a punto un progetto di lavoro comune nel quale vadano definiti responsabilità e compiti, sia tecnici che gestionali, stabiliti i tempi di realizzazione, individuate le modalità di verifica dell'efficacia degli interventi stessi.

Integrazione fra tutela ambientale e sanitaria

Sul tema della interrelazione tra ambiente e salute, l'OMS (WHO Regional Office far Europe, Division of Technical Support 2th Determinants), nel 1993, introduce e definisce il concetto di **environmental health,** comprendendovi gli effetti sulla salute - inclusa la qualità della vita - che sono determinati da fattori fisici, chimici e biologici presenti nell'ambiente. Nel medesimo concetto si ritrova, altresi, il riferimento "alla teoria e alla pratica dei sistemi di conoscenza, correzione, controllo e prevenzione di questi fattori, in grado di indurre potenziali effetti negativi sulla salute delle generazioni presenti e future". Una gestione moderna di "environmental health" ed in particolare la valutazione delle conseguenze da esposizione ad inquinanti di natura chimica, fisica e

biologica quale causa e/o concausa di patologie acute e croniche, deve basarsi, necessariamente, su conoscenze multidisciplinari integrate in grado di:

- caratterizzare la fonte puntuale e/o diffusa di contaminazione;

- determinare la pericolosità dei contaminanti;

- definire la trasmissibilità attraverso i media ambientali;

- valutare i possibili effetti sulla salute umana.

Questi quattro punti, introducono, di fatto, l'innovativo concetto di **Valutazione Integrata Ambientale Sanitaria** che rappresenta il naturale sviluppo evolutivo del passaggio da una attività centrata sulla malattia ad una, sicuramente più moderna, che presenta quale punto focale l'esposizione, in grado di definire, in maniera scientifica, i criteri per la destinazione di risorse per lo studio dei fattori di rischio e per lo sviluppo di modelli di indagine epidemiologici e ambientali, con lo scopo di un miglioramento dei sistemi di prevenzione e controllo.

Pertanto, l'obiettivo strategico è l'attuazione di un modello di gestione delle tematiche di integrazione tra ambiente e salute, in grado di programmare e valutare i complessi interventi che queste problematiche richiedono.

Si deve inoltre tener conto che l'interazione tra ambiente e salute configura un rapporto tra due sistemi dinamici, in continuo mutamento, che richiedono sistemi di governo all'altezza: basti pensare ai recenti studi sull'impatto che i cambiamenti climatici e le temperature estreme esercitano sulla salute delle persone, con particolare riferimento ai soggetti più vulnerabili quali bambini e anziani.

Un aspetto non irrilevante è rappresentato poi dalla necessità di attivare corrette procedure di comunicazione del rischio, un aspetto cruciale soprattutto nelle condizioni di elevata percezione di rischio per la salute che spesso si manifesta nelle comunità in corrispondenza di alcuni fattori di rischio ambientali: l'installazione di nuovi siti produttivi, la presenza di impianti di cui si sospetti un'attività inquinante genera nelle popolazioni con sempre maggiore frequenza l'instaurarsi di condizioni di allarme diffuso che diventa di per sé vero e proprio malessere nel momento in cui scatena irrequietezza e paura. Anche queste situazioni esprimono un bisogno di informazioni che si traduce in bisogno di salute, che pertanto richiede capacità di risposta e di intervento da parte delle autorità, attraverso la definizione di protocolli di azione che stabiliscano procedure, compiti e responsabilità.

Del resto L'OMS e gli stessi Piani Sanitari più recenti sottolineano l'esigenza di una gestione integrata, cioè di un coinvolgimento di tutti quei soggetti istituzionali, sociali ed economici che "pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione". Questa integrazione non solo consente un approfondimento dell'interpretazione delle relazioni tra ambiente ed effetti sulla salute ma risulta, altresi, momento fondamentale nella programmazione degli interventi di prevenzione e nella comunicazione alla popolazione sui temi della salute in relazione all'ambiente.

2.2.1 La salute collettiva: Modalità di integrazione intefunzionale

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 dei 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, li 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 del D.Lgs 81/08.

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 osteo-articolare 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 e di 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. È 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 *D.P.C.M. 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 olii 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

■ farmacosorveglianza

■ 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 farmacosorveglianza. L'obiettivo è il controllo, almeno una volta l'anno, di tutti gli operatori del settore farmaco veterinario.

Controllo produzioni primarie e Farmacosorveglianza

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 del 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.

Sanità animale

Fra le numerose malattie animali assume particolare importanza l'attività di sorveglianza, nonché di eradicazione di patologie come l'Influenza Aviaria, la Bovine Spongiform Encephalopathy, la Scrapie, le Salmonellosi, la West Nile Disease, la Brucellosi e la Tubercolosi.

Il Servizio Veterinario di Sanità animale, assicurando la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffusive nonché la tutela delle popolazioni dalle antropozoonosi, esplica una basilare azione di prevenzione sanitaria nonché di sviluppo delle produzioni zootecniche.

L'eradicazione di malattie classiche quali la brucellosi bovina ed ovicaprina, la tubercolosi e la leucosi bovina, nella nostra Regione, nonostante anni di profilassi, hanno indotto il Ministro della Salute ad emanare un piano straordinario (*O.M. 14 novembre 2006*).

Questo dovrà essere l'obiettivo prioritario del Servizio impegnando anche risorse aggiuntive e coinvolgendo in un'azione sinergica tutti i Servizi dipartimentali, ognuno per la propria specifica competenza.

Il randagismo canino vede questa Regione alle prese con problemi mai risolti e in continua emergenza, pur avendo assicurato la cattura ed il mantenimento di un numero di cani fra i più alti d'Italia.

L'istituzione dell'anagrafe canina informatizzata regionale ed una campagna di educazione per la diffusione delle sterilizzazioni costituiscono obiettivi prioritari.

Rapporti con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale potrebbe rappresentare un fondamentale strumento tecnico scientifico a supporto dell'attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, sia per quanto riguarda la sanità animale sia in riferimento al controllo degli alimenti. È pertanto indispensabile incrementare la capacità di risposta dei laboratori ubicati nella Regione e le attività di ricerca svolte dall'Istituto mediante:

- Il rafforzamento del rapporto di collaborazione tra Regione ed Istituto attraverso la revisione dell'implementazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale;

- programmi di ricerca e prevenzione sviluppati in concorso con la facoltà di veterinaria dell'Università di Bari;

- la messa in comune delle banche dati informatiche dell'Istituto e dei servizi veterinari ai fini della valutazione del rischio necessaria per la programmazione delle attività di controllo finalizzate alle attività di prevenzione.

2.2.5 Integrazione ambiente e salute: modelli di governance

La questione dell'integrazione del settore della prevenzione in sanità pubblica e della protezione dell'ambiente in rapporto alla tutela della salute, sta nella ricerca della maturazione di una nuova coscienza collettiva della prevenzione, scevra da frammentazioni e fondata su un nuovo modello organizzativo del settore più adatto alla complessità ed al livello di approfondimento scientifico necessario per affrontare meglio le relazioni di causa-effetto che esistono tra pericoli ambientali e ripercussioni negative sulla salute.

Concetti questi sanciti nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, con un preciso impegno istituzionale nel D.Lgs 502/92, successivamente modificato dal vigente D.Lgs 229/99, e riportati nell'art. 7-quinquies in tema di "coordinamento con le Agenzie Regionali per l'Ambiente" dove preciso è il riferimento all'impegno che Regioni e Province Autonome devono assumere per individuare modalità e livelli di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali attraverso la stipula di accordi di programma e convenzioni tra l'Assessorato per le Politiche della Salute, le ASL e ARPA Puglia per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alla attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio.

Inoltre, l'attribuzione al SSN, quale Livello Essenziale d'Assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini, nell'ambito della «prevenzione collettiva», della «verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico», «...da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani», «...da detenzione, smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi», «....da scarichi civili, produttivi e sanitari», nonché della «valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana» nonché della «formulazione di mappe di rischio ambientate» impone una sostanziale rivisitazione dei rapporti tra ASL e ARPA Puglia, finalizzata al raggiungimento di una effettiva integrazione Ambiente-Salute, tenendo ben presente che quasi mai alla sovrapposizione delle competenze di controllo corrisponde un aumento della tutela.

Alla luce di ciò l'obiettivo da perseguire è quindi oltre che una integrazione operativa, una integrazione anche strategica, finalizzata ad inserire la componente salute nella valutazione ambientale, attraverso:

■ l'identificazione dei fattori di rischio significativi per la salute umana presenti nell'ambiente;

■ l'identificazione delle caratteristiche di pericolosità (proprietà chimico-fisiche, rischi tossicologici ed ecotossicologici, reversibili e irreversibili);

■ l'identificazione e la descrizione del destino ambientale degli inquinanti;

■ l'identificazione delle possibili condizioni d'esposizione della comunità e delle relative aree coinvolte;

■ la valutazione dell'esposizione della popolazione;

■ la caratterizzazione del rischio per la salute determinato dalle specifiche condizioni d'esposizione.

Per raggiungere tale obiettivo, due sembrano gli aspetti da enfatizzare:

* la programmazione congiunta delle attività di controllo ambientale;

* la valutazione periodica e sistematica dei risultati dei monitoraggi ambientali.

Rispetto al primo punto appare necessario e fondamentale la costituzione di un **Comitato Regionale di Coordinamento** specifico, costituito dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, dal Direttore dell'ARPA e dai Direttori provinciali della stessa, da delegati delle Province in materia ambientale, dal Direttore sanitario dell'IZS, e dal responsabile dell'OER, nell'ambito del quale definire e concordare:

■ i piani d'attività relativamente al monitoraggio ambientale, individuati sulla base di priorità emergenti dalla realtà territoriale o dall'analisi epidemiologica;

■ le attività di vigilanza congiunta, in un ottica d'utilizzo razionale delle risorse interaziendali e di rispetto delle reciproche competenze;

■ le attività di valutazione sistematica dei fattori di rischio ambientali individuati.

La costruzione di un sistema efficiente che operi in modo omogeneo sul territorio regionale deve infatti prevedere la stipula di un accordo quadro a livello centrale che definisca in modo chiaro e univoco un modello di governance delle tematiche di integrazione ambiente e salute, che possa essere recepito dai singoli Dipartimenti e adattato secondo le specifiche esigenze locali.

La messa in atto di un processo finalizzato al raggiungimento di tali obiettivi consentirà quindi, se supportato da adeguati processi formativi, a loro volta costruiti per favorire l'integrazione, di dare concretezza alle azioni previste nell'ambito dei **Piani Integrati per la Salute** e di promuovere iniziative d'informazione e comunicazione rivolte alla cittadinanza, realmente significative sotto il profilo della comunicazione del rischio.

Questa integrazione non solo consentirebbe un approfondimento dell'interpretazione delle relazioni tra ambiente ed effetti sulla salute ma risullerebbe altresi momento fondamentale nella programmazione degli interventi di prevenzione e nella comunicazione alla popolazione sui temi della salute in relazione all'ambiente.

Rispetto al secondo aspetto si richiama quanto evidenziato per i Dipartimenti di Prevenzione, ribadendo la opportunità della definizione di un Sistema Informativo Regionale (Regione, ARPA, Dipartimenti di Prevenzione, IZS), funzionalmente integrato anche con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che consenta di conoscere i risultati delle attività di monitoraggio, ivi compreso quello ambientale, precedentemente concordate e programmate, al fine di trasformare tali dati anche in stime d'esposizione da utilizzare per la valutazione del rischio per gli esposti. Specifiche iniziative dovranno poi essere assunte in relazione alle aree ad elevato rischio di crisi ambientali. Tali situazioni, per le intrinseche caratteristiche di problematicità altrove descritte, richiedono azioni mirate e di ampio respiro: un esempio è la proposta di ARPA Puglia di costituzione a Taranto di un Centro di Competenza regionale per l'Igiene Ambientale e la Medicina del Lavoro. Questa struttura, contemplando la presenza congiunta del dipartimento provinciale ARPA e del Dipartimento di Prevenzione della ASL in una sede fornita di risorse umane e dotazioni tecnologiche adeguate, potrebbe assicurare tempestività, coordinamento ed efficienza degli interventi in una logica di stretta integrazione. Il Centro potrebbe inoltre riunire le iniziative di formazione nel settore della salute pubblica.

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".

Le fasi dell'azione educativa

Un intervento di educazione alla salute si attua attraverso l'espletamento di quattro differenti fasi, e precisamente:

a) analisi dei problemi e dei bisogni;

b) programmazione (definizione delle soluzioni possibili, selezione di quella appropriata, fissazione dei criteri di valutazione di efficacia);

c) operatività, o attuazione dell'intervento;

d) valutazione, o verifica dei risultati raggiunti.

Tematiche delle attività di educazione alla salute

Per il triennio 2008-2010 sono temi prioritari delle attività di educazione alla salute da realizzarsi a cura delle Aziende Sanitarie Locali con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e dell'Agenzia Regionale Sanitaria:

- prevenzione dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione
- promozione dell'attività fisica
- prevenzione dell'abitudine al fumo e all'alcol
- salute materno-infantile
- vaccinazioni
- educazione sessuale e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse
- educazione ambientale, in collaborazione con ARPA Puglia
- tutela della salute nei luoghi di lavoro
- prevenzione dell'igiene orale.

2.2.7 I Piani di Prevenzione

La Regione Puglia, con la Delib.G.R. n. 824 del 28 giugno 2005, ha elaborato il **Piano della Prevenzione 2005-2007,** recependo l'Intesa Stato Regioni e province autonome del 23 marzo 2005.

Il Piano è costituito da tre sezioni, alcune delle quali articolate in sottoprogetti, che saranno illustrate successivamente nel dettaglio:

1. Prima sezione:
   - Prevenzione del Rischio Cardiovascolare;
   - Prevenzione delle complicanze del diabete;
2. Seconda Sezione:
   - Screening del cancro della cervice uterina;
   - Screening del cancro della mammella;
   - Screening del cancro colon rettale;
3. Terza sezione:
   - Vaccinazioni;

- Incidenti.

Tale importante iniziativa che costituisce parte integrante del presente PRS, non esaurisce le iniziative che la Regione intende prendere in questo campo, anche stabilizzando il sistema di azioni proposto. È tuttavia opportuno specificare le iniziative fin qui svolte e le altre che in parte ne costituiscono lo sviluppo in un'ottica di rinnovato interesse in questo strategico settore.

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.

Malattie del sistema cardiocircolatorio

Lo strumento di prevenzione delle malattie cardiovascolari da implementare sul territorio regionale è la carta del cardiorischio. La gestione del rischio è affidata all'intervento del MMG che somministra la carta del rischio cardiovascolare ai propri pazienti di età compresa tra 35 e 69 anni ed effettuano la valutazione del rischio cardiovascolare. Tale valutazione viene annualmente ripetuta.

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.

Screening oncologici

Nei campo della prevenzione dei tumori la Regione realizza attività di screening attraverso strategie di chiamata attiva e successivo sollecito.

Le azioni realizzate riguardano:

■ Screening del carcinoma della cervice uterina, attraverso l'arruolamento delle donne di età da 25 a 64 anni con cadenza triennale. Le donne sono invitate ad eseguire il pap-test e in caso di reperto anomalo sono avviate alle procedure di diagnostica colposcopica;

■ Screening del carcinoma della mammella, attraverso l'arruolamento delle donne di età tra 50 e 69 anni con cadenza biennale, che sono invitate ad eseguire la mammografia e, in caso di referto anomalo, avviate all'esecuzione di ulteriori esami e alla consulenza clinica;

■ Screening del carcinoma del colon-retto dei soggetti ad elevato rischio e i parenti di primo grado di pazienti affetti da tumore del colon retto, che sono contattati attraverso i medici di medicina generale e invitati ad eseguire annualmente delle colonscopie di controllo;

■ Screening del carcinoma del colon-retto dei soggetti a rischio moderato e i soggetti di età compresa tra 50 e 70 anni, che sono contattati attraverso i medici di medicina generale e invitati ad eseguire ogni tre anni la ricerca di sangue occulto nelle feci ed invitati, in caso di positività, ad eseguire una colonscopia.

La Regione prevede altresi una attività di screening del carcinoma della mammella delle donne di età tra 40 e 49 anni, basata sull'esecuzione di mammografia per accesso diretto ai servizi senza chiamata attiva.

Tutti gli esami previsti dal piano degli screening sono gratuiti.

L'attivazione dei nuovi flussi informativi all'interno del SISR e, all'interno della rete oncologica, del registro tumori regionale consentirà un'attenta valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle campagne di screening attivate.

2.2.7.2 Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive

Vaccinazioni

Le vaccinazioni sono ad oggi il più importante provvedimento di salute pubblica adottato per ridurre l'incidenza delle malattie infettive, garantire la salute infantile e aumentare la speranza di vita della popolazione.

Le azioni da implementare nel campo del miglioramento della pratica vaccinale da perseguire nel periodo di vigenza del piano sono:

■ miglioramento delle coperture vaccinali per morbillo, rosolia, varicella (che potrà giovarsi della prossima introduzione del vaccino tetravalente anti morbillo-parotite- rosolia-varicella MMRV) e per le malattie batteriche invasive (anti-pneumococco eptavalente e anti-meningococco C);

■ introduzione delle nuove vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Vaccini (anti-HPV, anti-Rotavirus)

■ certificazione di qualità dei servizi vaccinali;

■ sistematico avvio di programmi di comunicazione nei confronti della popolazione generale, al fine di diffondere nel modo più capillare possibile le conoscenze sui vaccini, sulla loro sicurezza, sui vantaggi delle vaccinazioni;

■ inserimento nel debito informativo delle Aziende Sanitarie di una seconda rilevazione delle coperture, relativa agli appuntamenti vaccinali compresi tra il 2° e il 12° anno di vita;

■ definizione di strategie vaccinali per la tutela dei viaggiatori verso aree a rischio;

■ completamento della informatizzazione degli archivi vaccinali, al fine di ottenere dati per valutazioni in tempo reale delle coperture e per la migliore gestione di tutta l'attività vaccinale;

■ miglioramento delle strategie di chiamata attiva delle popolazioni target, attraverso inviti scritti, telefonici o via SMS;

■ programmi vaccinali nelle popolazioni immigrate che rappresentano ad oggi veri e propri cluster di soggetti suscettibili per malattie ormai sottoposte a controllo o eliminate e che pertanto aumentano il rischio di innesco di eventi epidemici (per esempio poliomielite e morbillo).

Tutte le attività vaccinali sono coordinate sul territorio dai competenti Servizi Vaccinali dei Dipartimenti di Prevenzione.

Sorveglianza delle malattie infettive

La notifica di malattia infettiva, obbligatoria per legge, è necessaria per la valutazione dello stato di endemia e per contribuire alla rilevazione precoce dell'insorgenza di epidemie onde poter adottare adeguate misure preventive. Le funzioni di ricezione delle segnalazione, accertamenti conseguenti, gestione dei flussi informativi a livello aziendale sono attribuite ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione.

Ai fini di contribuire al miglioramento della rapidità e della completezza dei flussi di notifica, la Regione Puglia adotta il Nuovo Sistema Informativo delle Malattie Infettive N-SIS, predisposto dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. La Regione prevede inoltre l'adozione della modalità di segnalazione di malattia infettiva via web e a tal fine pianifica, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, idonee attività di addestramento del personale medico e infermieristico dei dipartimenti di prevenzione, delle strutture ospedaliere, distrettuali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica supportano altresi le attività di sorveglianza attiva delle malattie batteriche invasive causate da Neisseria meningiditis, Streptococcus pneumoniae e Haemophilus influentiae, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e l'Istituto Superiore di Sanità.

Sorveglianza sindromica

I sistemi di "Allerta e Risposta Rapida" e quelli di "Sorveglianza Sindromica" rappresentano gli strumenti più efficaci per l'identificazione rapida di eventi potenzialmente pericolosi per la salute pubblica.

Il controllo di eventi epidemici stagionali e la prevenzione di emergenze epidemiche utilizzano efficacemente tali sistemi di sorveglianza, attraverso il monitoraggio degli accessi al pronto soccorso e dell'assenteismo scolastico e lavorativo.

La Regione Puglia, grazie al supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, promuove la realizzazione di questi sistemi sul territorio regionale, attraverso l'avvio di una fase pilota, che prevede la messa a punto degli strumenti necessari (organizzazione dei protocolli operativi, del flussi di dati, dei dataware house e di eventuali applicativi software) e il coinvolgimento di strutture e professionalità nelle diverse ASL, attribuendo le responsabilità di gestione del sistema a livello aziendale ai competenti Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. Tale fase è preceduta da una idonea attività di formazione degli operatori coinvolti e seguita da un'attenta fase di valutazione, mediante il calcolo di indicatori specifici identificati di volta in volta nella stesura dei protocolli operativi. Dopo la fase pilota, viene curata l'introduzione routinaria di tali sistemi su tutto il territorio regionale.

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 sono ripartiti come segue:

posti letto per acuti	**15.346**
posti letto riabilitazione	**1.627**
posti letto lungodegenza post-acuzie	**702**
posti letto totali	**17.675**

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 ospedaliero 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 3	88.330
	1.028.377
Bari	**1.249.533**
Brindisi	402.831
Lecce	808.939
Taranto	580.189
	1.791.959

Fonte: Popolazione ISTAT 1° gennaio 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

• 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 essera presenti tetti 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.

A) Specialità di livello intermedio - con posti tetto:

Oltre le specialità di base

- Rianimazione
- Pediatria
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Lungodegenza post-acuzie (LDPA)*
- Riabilitazione
- Neonatologia

- Malattie Infettive
- Ematologia

B) 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 individuato nell'elenco degli ospedali di riferimento provinciale e/o ragionale, già attive al momento dell'entrata in vigore del presente Piano, possono essete confermate nei PAL, verificati i parametri di funzionalità e nel rispetto del numero complessivo di posti tetto a 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:

- Cardiochirurgia
- 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 quelle del Gargano, del Subappenmno Dauno e della 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 idovuti 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 extra regionale non sono assolutamente legate a sottodotazione di posti letto della disciplina;

4. riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate;

5. indicatori demografici ed epidemologici disponibili.

Il numero dei posti letto proposto è di 17.675 così suddivisi:

Posti letto per acuti	**15.346**
posti letto riabilitazione	**1.627**
posti letto Lungodegenza post-acuzie	**702**
Posti letto totali	**17.675**

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. che potranno essere utilizzati per particolari attribuzioni a livello regionale con provvedimenti approvati dal Consiglio regionale.

ASSISTENZA OSPEDALIERA: PROPOSTA REGIONALE DI POSTI LETTO

		P.L. ATTIVI 2006	PIANO 2008	STANDARD
Cod.	**Area Medica**			
8	**Cardiologia**	**595**	**646**	**0,16**
18	**Ematologia**	**162**	**214**	**0,05**
19	**Malattie Endocrine**	**153**	**181**	**0,04**
21	**Geriatria**	**507**	**487**	**0,12**
24	**Malattie Infettive**	**237**	**248**	**0,06**
26	**Medicina Interna**	**2308**	**2261**	**0,56**
29	**Nefrologia**	**348**	**326**	**0,08**
32	**Neurologia**	**512**	**490**	**0,12**
52	**Dermatologia**	**167**	**114**	**0,03**
58	**Gastroenterologia**	**295**	**334**	**0,08**
64	**Oncologia**	**248**	**324**	**0,08**
68	**Pneumologia**	**506**	**524**	**0,13**
71	**Reumatologia**	**39**	**53**	**0,01**
totale area medica		**6077**	**6202**	**1,52**
Area	**Chirurgica**			
7	**Cardiochirurgia**	**159**	**192**	**0,05**
9	**Chirurgia Generale**	**1929**	**1782**	**0,44**
12	**Chirurgia Plastica**	**93**	**120**	**0,03**
13	**Chirurgia Toracica**	**90**	**134**	**0,03**
14	**Chirurgia Vascolare**	**142**	**198**	**0,05**
30	**Neurochirurgia**	**249**	**282**	**0,07**
34	**Oftalmologia**	**322**	**306**	**0,08**
10	**Chirurgia Maxillofac.**	**0**	**54**	**0,01**
35	**Odontoiatria**	**24**	**48**	**0,01**
36	**Ortopedia**	**1424**	**1460**	**0,36**
38	**Otorinolaringoiatria**	**313**	**319**	**0,08**
43	**Urologia**	**426**	**486**	**0,12**
totale area chirurgica		**5171**	**5381**	**1,32**
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	1510	0,37
39	Pediatria	757	676	0,17
62	Neonatologia	146	208	0,05
77	Nefrologia Pediatrica	9	10	0,00
78	Urologia Pediatrica	9	10	0,00
totale area materno-inf.		2602	2600	0,64
Area Terapia Intensiva				
47	Grandi Ustionati	19	30	0,01
49	Rianimazione	199	282	0,07
	Rianimazione Ped.	0	18	0,00
	TIPO (post-operatoria)	0	120	0,03
50	Unità Coronarica	222	276	0,07
73	UTIN	75	105	0,03
totale area terapie int.		515	831	0,20
40	Psichiatria	250	332	0,08
Riabilitazione				
28	Unità Spinale	8	50	0,01
56	Riabilitazione	1027	1413	0,35
75	Neuroriabilitazione	141	164	0,04
totale area riabilitazione		1176	1627	0,40
60	LDPA	727	702	0,17
TOTALE REGIONALE		16518	17675	4,34

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

		FOGGIA		BAT		BARI	
Cod.	Area Medica	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO
8	Cardiologia	86	24	52	0	160	64
18	Ematologia	64	0	14	0	42	0
19	Malattie Endocrine	32	0	10	0	80	20
21	Geriatria	90	0	20	0	140	22
24	Malattie Infettive	38	0	40	0	78	0
26	Medicina Interna	350	68	183	0	552	97
29	Nefrologia	66	0	24	0	103	10
32	Neurologia	105	10	45	0	160	10
52	Dermatologia	32	0	0	0	58	0
58	Gastroenterologia	86	20	16	0	124	10
64	Oncologia	72	10	16	0	88	20
68	Pneumologia	100	15	32	0	153	0
71	Reumatologia	14	0	0	0	25	0
totale area medica		1135	147	452	0	1763	253
Area Chirurgica							
7	Cardiochirurgia	22	0	0	0	25	73
9	Chirurgia Generale	280	41	134	0	552	91

12	Chirurgia Plastica	12	0	10	0	52	0
13	Chirurgia Toracica	34	0	10	0	40	10
14	Chirurgia Vascolare	30	0	10	0	60	20
30	Neurochirurgia	62	0	16	0	71	20
34	Oftalmologia	48	0	24	0	126	11
10	Chirurgia Maxillofac.	16	0	0	0	20	0
35	Odontoiatria	4	0	0	0	20	0
36	Ortopedia	203	30	114	0	364	94
38	Otorinolaringoiatria	70	10	24	0	103	S
43	Urologia	100	0	30	0	150	18
totale area chirurgica		386	31	372	0	1603	342
Area Materno Infantile							
6	Cardiochirurgia	0	0	0	0	14	0
11	Chirurgia Pediatrica	26	0	0	0	54	0
33	Neuropsichiatria Inf.	16	0	0	0	20	0
37	Ostetricia - Ginecologia	246	16	130	0	410	86
39	Pediatria	151	0	70	0	197	0
62	Neonatologia	36	0	16	0	32	0
77	Nefrologia Pediatrica	0	0	0	0	10	0
78	Urologia Pediatrica	0	0	0	0	10	0
totale area materno-inf.		477	16	216	0	797	86
Area Terapia Intensiva							
47	Grandi Ustionati	6	0	0	0	8	0
49	Terapia Intensiva	60	0	22	0	32	0
	Rianimazione Ped.	6	0	0	0	3	0
	TIPO	4	0	4	0	22	38
50	Unità Coronarica	46	0	26	0	72	18
73	UTIN	32	0	8	0	32	0
totale area terapie int.		154	0	60	0	224	56
40 Psichiatria		45	0	30	0	70	44
Riabilitazione							
28	Unità Spinale	16	0	0	0	30	0
56	Riabilitazione	138	44	106	0	318	199
75	Neuroriabilitazione	26	0	20	0	28	0
totale area riabilitazione		179	44	126	0	376	199
60	LDPA	102	0	80	0	180	0
		2978	288	1336	0	5013	980

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

		BRINDISI		LECCE		TARANTO	
Cod.	Area Medica	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO	PUBBLICO	PRIVATO
8	Cardiologia	48	0	110	16	52	34
18	Ematologia	20	0	48	0	2a	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	13	420	15	248	82
29	Nefrologia	33	0	50	0	40	0
32	Neurologia	44	0	84	0	32	0
52	Dermatologia	14	0	10	0	0	0
58	Gastroenterologia	18	0	45	0	15	a
64	Oncologia	20	0	68	0	20	10
68	Pneumologia	40	0	130	0	32	22
71	Reumatologia	4	0	10	0	0	0
totale area medica		570	16	1103	31	542	190
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	0
30	Neurochirurgia	22	0	41	10	30	10
34	Oftalmologia	26	0	36	6	24	5
10	Chirurgia Maxillofac.	0	0	8	10	0	0
19	Odontoiatria	10	0	4	10	0	0
36	Ortopedia	140	0	232	48	140	70
39	Otorinolaringoiatria	32	0	45	10	20	0
43	Urologia	34	0	90	8	50	6
totale area chirurgica		472	26	812	167	469	151
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
37	Ostetritia - Ginecologia	150	16	222	28	132	74

33	**Pediatria**	**80**	**0**	**110**	**8**	**60**	**0**
62	**Neonatologia**	**19**	**0**	**36**	**0**	**20**	**0**
77	**Nefrologia Pediatrica**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
78	**Urologia Pediatrica**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
totale area materno-Inf.		**248**	**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**	**38**	**4**	**0**
50	**Unità Coronarica**	**22**	**0**	**40**	**8**	**30**	**6**
73	**UTlN**	**0**	**0**	**14**	**0**	**10**	**0**
totale area terapie Int.		**77**	**0**	**126**	**40**	**62**	**6**
40	**Psichiatria**	**30**	**0**	**60**	**23**	**30**	**0**
Riabilitazione							
28	**Unità Spinale**	**4**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
56	**Riabilitazione**	**84**	**10**	**146**	**103**	**48**	**217**
75	**Neuroriabilitazione**	**60**	**0**	**15**	**0**	**16**	**0**
totale area riabilitazione		**148**	**10**	**101**	**103**	**64**	**217**
60	**LDPA**	**100**	**0**	**140**	**0**	**100**	**0**
		1645	**68**	**2806**	**414**	**1509**	**638**

Note:

1) i posti letto di Radioterapia, Radiologia Interventistica, Nido, Osservazione Breve Intensiva, Emodialisi non sono riportati nelle tabelle in quanto considerati posti letto tecnici;

2) nei posti letto di Pediatria sono ricompresi i posti letto di Pediatria ad indirizzo oncoematologico;

3) nei posti letto di Endocrinologia della provincia di Bari saranno eventualmente ricompresi i posti letto di Malattie Metaboliche.

STANDARD DI POSTI LETTO PER UNITÀ OPERATIVA

Nella definizione degli standard è opportuno non fare più riferimento a quanto disposto dal D.M. 13 settembe 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.00. delle singole specialità

Disciplina	**Pubblici**	**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
UNITÀ 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.

Le Aziende sanitarie locali sono tenute ad istituire un ambulatorio integrato per la diagnosi della celiachia almeno in ogni capoluogo di provincia al fine di facilitare il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti.

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 dalie 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 ii 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 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.

2.3.1 Il dipartimento e nuovi modelli assistenziali

L'organizzazione dipartimentale, già regolamentata dalla Regione con l'approvazione di Linee Guida in applicazione dell'*art. 62 della Legge Regionale 6 maggio 1998* n°14 non ha trovato una omogenea e diffusa realizzazione da parte delle Aziende Sanitarie.

È necessario quindi dare nuovo impulso e nuova disciplina al modello dipartimentale al fine di rendere lo stesso una organizzazione fattiva e non meramente nominalistica.

L'organizzazione dipartimentale ha come finalità il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed ii contenimento della spesa sanitaria. Pertanto la sua costituzione consente di perseguire i seguenti specifici obiettivi:

• migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;

• qualità dell'assistenza e crescita dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;

• realizzazione di economie di scala e di gestione;

• diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

Il Dipartimento, quindi, è una aggregazione di Unità Operative omogenee, affini o complementari fra loro, collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Si possono definire due tipologie fondamentali di Dipartimento:

■ **Il Dipartimento strutturale,** che aggrega le UU.OO. al fine di razionalizzare, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate;

■ **Il Dipartimento funzionale,** che aggrega le UU.OO., ai fine di ottimizzare i percorsi assistenziali, garantire un approccio multidisciplinare e continuità delle cure con particolare riguardo alle patologie complesse.

Il Dipartimento, quale aggregazione di unità operative che concorrono a comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo idealmente favorente l'introduzione e l'attuazione del Governo Clinico.

Unità Operative e Servizi

L'articolazione organizzativa nell'ambito ospedaliero assume il seguente schema

di riferimento:

Unità operativa complessa con o senza posti letto - specifica articolazione organizzativa e strutturale sotto la responsabilità di un direttore. Tale articolazione ha una propria area di degenza riservata o spazi dedicati e autonomia organizzativa, sempre all'interno di strutture dipartimentali.

Unità operativa semplice a valenza dipartimentale, con o senza posti letto - articolazione organizzativa diretta da un dirigente responsabile. Tale articolazione, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto o spazi indistinti dipartimentali.

Unità operativa semplice con o senza posti letto - articolazione diretta da un dirigente responsabile. Tale articolazione pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificatamente dedicati, non possiede una propria autonomia organizzativa.

La suddetta classificazione consente di avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la problematica dei "duplicati" nell'ambito dei presidi presenti nella stessa azienda/struttura.

La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina in una struttura dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del minimo di posti letto definiti nel presente piano.

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale, nel rispetto dei criteri sopraindicati, provvede ad individuare, con l'atto aziendale, le strutture complesse e le strutture semplici.

Forme alternative di assistenza

Lo sviluppo di forme alternative di assistenza trova fondamento nel processo di deospedalizzazione previsto dalla normativa vigente in materia e nella esigenza di garantire al cittadino le prestazioni necessarie al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.

I modelli organizzativi alternativi sono di tipo strutturale e di tipo funzionale.

Modelli strutturali

Day Hospital - modello caratterizzato da accessi o cicli di accessi, in forma ordinaria programmata, di durata normalmente inferiore alle dodici ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche non erogabili a livello ambulatoriale, in quanto richiederebbero assistenza medica ed infermieristica protratta o potrebbero ridurre sensibilmente il livello di sicurezza del paziente se erogate in forma di day service.

Day Surgery - modello attuato in ambito ospedaliero, caratterizzato dall'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive di tipo chirurgico, in anestesia locale, loco-regionale o generale, di durata normalmente inferiore alle dodici ore. La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento il quale è comunque previsto nei casi "one day surgery che rientrano nella organizzazione dei ricoveri ordinari.

Chirurgia Ambulatoriale - modello alternativo al ricovero ordinario o al day surgery per l'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive senza necessità di osservazione post operatoria, eseguibile in servizi ambulatoriali, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal RR 3/05, in anestesia locale e/o loco-regionale.

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 la somministrazione 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 prestazione 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 dei 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.

2.3.2.1 L'assistenza al paziente critico

Allo stato attuale l'assistenza ospedaliera per acuti in Puglia prevede sostanzialmente due tipologie di ricoveri:

> Ricovero in terapia intensiva

> Ricovero in unità operativa per acuti.

Nell'ultimo triennio, con l'applicazione del precedente Piano Sanitario Regionale e del Piano di Riordino Ospedaliero, sono state attivate unità operative semplici di lungodegenza-postacuzie (LDPA) che ricoverano pazienti trasferiti dalle unità operative per acuti.

La rete ospedaliera esistente quasi sempre riesce a garantire la disponibilità del posto letto, ma spesso non garantisce l'assistenza appropriata ai pazienti acuti-critici, non esistendo un livello assistenziale intermedio fra quello delle terapie intensive e le unità operative di diagnosi e cura. L'ovvia conseguenza è che le terapie intensive sono spesso intasate da pazienti che potrebbero essere curati in altro ambiente assistenziale e le unità operative di diagnosi e cura assistono pazienti critici nello stesso ambiente e con le medesime risorse dedicate agli altri.

Altra grave carenza causata dalla situazione ambientale (rigida divisione in unità operative) e organizzativa (mancanza dei dipartimenti strutturali) è l'assenza dell'approccio multidisciplinare ai pazienti critici, che spesso presentano elevato grado di complessità e instabilità.

Un modello assistenziale basato sulla individuazione del livello più appropriato di intensità di cura per singolo paziente può essere applicato nell'ambito dell'ospedale o di un dipartimento, ma anche di una singola unità operativa, a condizione che l'approccio al paziente - se necessario - sia sempre multidisciplinare.

Il livello post-acuto deve essere garantito con l'applicazione della normativa regionale sulla LDPA; tale funzione deve essere strettamente collegata all'assistenza territoriale (ADI, RSA, Hospice) e nell'arco di un triennio deve tendere a configurarsi sempre più come degenza post-acuzie e non come lungodegenza.

Per ovviare a questo livello di inappropriatezza assistenziale, al fine di

• garantire il livello più appropriato di cura al paziente critico con personale dedicato in ambienti adeguatamente attrezzati

• evitare il trasferimento inappropriato di pazienti nelle terapie intensive,

devono essere attivate le seguenti aree assistenziali, sia in reparti specialistici che nelle discipline di base, prevedendo adeguati momenti formativi e organizzativi nonché la individuazione e la conseguente verifica del possesso dei requisiti minimi essenziali:

• Terapia intensiva post-operatoria (TIPO)

- Terapia intensiva/intensiva-intermedia respiratoria (UTIR)
- Stroke Unit
- Area critica di medicina interna (dipartimento area medica)
- Area critica in chirurgia generale (dipartimento area chirurgica).

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-lntermedia 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-acuzie o riabilitazione sia ospedaliera che territoriale al fine di garantire la continuità assistenziale.

2.3.2.3 Percorsi Assistenziali per l'Infarto Acuto del Miocardio (IMA)

Nel periodo 1998-2003, pur in presenza di una complessiva riduzione degli indici di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari, è stato rilevato nella nostra regione un lieve ma progressivo incremento del numero dei ricoveri per infarto acuto dei miocardio (IMA). Infatti, tra il 2000 ed il 2004 sono stati registrati circa 25 mila ricoveri per IMA, con un evidente trend in salita per i soggetti di sesso maschile (in particolare nella fascia di età over 74), verosimilmente a causa dell'allungamento della vita media più evidente tra i maschi.

Studi di distribuzione geografica hanno evidenziato nella fascia di età 50-69 anni una maggiore frequenza di IMA nel basso Salento, nella provincia di Brindisi, a Taranto città, in un gruppo di comuni dell'entroterra a nord di Bari, a Foggia e in alcuni comuni del suo entroterra.

Nella fascia di età over 69 si evidenzia lo stesso fenomeno nel basso Salento, nella città di Foggia (e in alcuni comuni limitrofi), in un gruppo di comuni dell'entroterra a sud di Bari. I tassi standardizzati di mortalità per IMA distinti per comune di residenza, evidenziano aree di maggiore aggregazione nella provincia di Brindisi, nei piccoli comuni del subappennino dauno, in alcuni comuni sparsi nel basso Salento e in un gruppo di tre comuni al confine fra le province di Bari e Taranto.

Una attenta analisi dei dati epidemiologici disponibili, evidenzia che:

- nonostante i recenti progressi compiuti nel campo delle procedure diagnostiche e delle strategie terapeutiche, gli indici di morbilità per queste patologie presentano un incremento costante, cui non fa riscontro una significativa riduzione dei tassi di mortalità;

- l'allungamento della vita media, a fronte di un peggioramento degli indicatori di qualità di vita e di una spesa sanitaria in continua espansione, impone un irrinunciabile trasferimento di risorse e di iniziative sanitarie sul territorio (ove tali fenomeni si generano e si esprimono nella loro pienezza), attraverso la implementazione di efficaci modelli di integrazione ospedale-territorio,

L'introduzione di strategie terapeutiche più efficaci sta portando ad una progressiva riduzione dei tassi di mortalità sia intraospedaliera che a medio-lungo termine nei pazienti colpiti da un evento coronarico acuto. Si impone, pertanto, nella nostra regione la necessità di garantire in tempi rapidi la somministrazione della terapia appropriata (trombolisi preospedaliera o angioplastica primaria) a tutti i pazienti con Sindromi Coronariche Acute (SCA).

La programmazione e la organizzazione del sistema della emergenza in ambito cardiologico ha come obiettivo principale quello di garantire il rispetto del principio di equità nel contesto di un servizio salva cuore, attraverso la identificazione di una unica porta di accesso e di un unico percorso diagnostico-terapeutico, il migliore assicurabile all'interno di uno specifico territorio e nell'ambito di una determinata condizione clinica.

Si deve pertanto partire da un modello a reti integrate di servizi che, attraverso la promozione di azioni di sensibilizzazione nei confronti della importanza del riconoscimento precoce del dolore di origine cardiaca (rivolte in generale a tutti i cittadini ed in particolare ai pazienti cardiopatici),

conduca all'immediato allertamento del sistema di emergenza 118 ai fini della formulazione di una diagnosi precoce con stratificazione del rischio, conseguente adozione del relativo percorso diagnostico-terapeutico (precedentemente condiviso da tutti gli attori del sistema), trasporto protetto e ricovero tempestivo nell'ambiente più appropriato.

La telemedicina consente di effettuare una corretta diagnosi pre-ospedaliera di IMA, attraverso la trasmissione dei dati clinico-strumentali dal luogo del soccorso alla centrale operativa regionale di telecardiologia e quindi al medico di centrale 118, al cardiologo ospedaliero di competenza territoriale ed eventualmente all'emodinamista di turno in quel territorio. Ciò rende possibile una valutazione del rischio in tempo reale, con avvio immediato del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in funzione dei seguenti criteri:

- gravità del caso
- tempo trascorso dalla insorgenza dei sintomi
- distanza dai centri con emodinamica,

realizzando una vera e propria catena di azioni che miri a ridurre il tempo intercorrente tra l'insorgenza del dolore e l'intervento di rivascolarizzazione miocardica.

L'obiettivo della rete integrata è quello di rendere rapidamente disponibile la più efficace terapia riperfusiva per il maggior numero di pazienti, tenendo conto del contesto temporale, geografico ed organizzativo. Tale scopo è raggiungibile solo attraverso la condivisione di protocolli diagnostico-terapeutici comuni fra tutti gli attori del processo. In particolare nell'IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) si mirerà:

- ad avviare il più rapidamente possibile e per tutti i pazienti il trattamento riperfusivo farmacologico o mediante angioplastica primaria
- ad aumentare il numero di pazienti giunti vivi in ospedale,

attraverso la realizzazione di una rete territoriale integrata all'interno di un sistema ospedaliero organizzato secondo il modello Hub and Spoke.

La centrale operativa 118 deve svolgere, sulla base di protocolli condivisi con i Dipartimenti di emergenza e le UU.OO. di Cardiologia, funzioni di coordinamento dell'intervento.

Una tale organizzazione, infine, dovrà utilizzare un database comune che consenta la archiviazione di tutti gli interventi e dei risultati delle verifiche di processo e di esito.

La equità nella erogazione del servizio è condizionata oltre che dall'assetto orogeografico del territorio, anche da una distribuzione omogenea delle risorse cardiologiche.

Obiettivo del Piano è, pertanto, la realizzazione di una rete funzionale articolata sulla base dei seguenti criteri:

- distribuzione omogenea delle UTIC sul territorio
- individuazione di una rete di laboratori di emodinamica che ne preveda almeno uno in ogni Ospedale di riferimento, in grado di garantire l'esecuzione della angioplastica primaria h/24

• la somministrazione di corsi di formazione a medici ed operatori del 118 e dei Pronto Soccorso senza UTIC, perché adottino il corretto percorso diagnostico-terapeutico nei pazienti con IMA (e SCA)

• la realizzazione di un archivio regionale delle SCA

• una apposita campagna pubblicitaria che conduca il soggetto colpito da dolore toracico a riconoscerne il pericolo, inducendolo a chiamare prontamente il 118.

2.3.2.4 Rete delle Malattie Rare

La Regione Puglia, con la Delib.G.R. n. 2238 del 23 dicembre 2003, la Delib.G.R. n. 464 del 5 aprile 2006 e la Delib.G.R. n. 171 del 19 febbraio 2008, ha istituito e successivamente aggiornato la prima rete di coordinamento dell'assistenza ai malati rari.

Sulla base di opportuni criteri, verificati mediante censimento, sono stati individuati i presidi regionali impegnati nello sviluppo di percorsi assistenziali e di programmi di informazione e formazione in materia di malattie rare.

Nella delibera vengono indicati i Centri di Riferimento Regionali ed Interregionali per le Malattie Rare che concorrono alla attuazione della raccolta di dati e allo scambio di informazioni sulle malattie rare con gli altri Centri interregionali nazionali ed internazionali competenti, coordinano l'attività assistenziale dei presidi della Rete, anche mediante l'adozione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici concordati ed offrono la necessaria consulenza e supporto ai medici del Servizio sanitario nazionale verificando la disponibilità dei presidi diagnostico-terapeutici più appropriati.

L'Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 sottolinea come le Reti delle malattie rare regionali/interregionali siano lo strumento imprescindibile per l'offerta complessiva di assistenza ai pazienti con malattie rare.

Tali reti confluiscono nella Rete nazionale anche al fine di garantire ai pazienti con malattie rare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale: pertanto la collaborazione tra tutti i singoli presidi deve essere costantemente garantita ed implementata.

Si mira a fornire una assistenza superspecialistica nei centri di riferimento nazionali e sovraregionali per il periodo strettamente necessario, per poi assicurare l'assistenza decentrata ed il monitoraggio più a lungo termine mediante un efficace raccordo con i singoli presidi vicini al domicilio del paziente.

Appare strategico che la Regione istituisca un centro di coordinamento regionale in grado di assicurare il collegamento funzionale con ogni singolo Presidio della rete, di raccogliere le richieste dei medici e dei pazienti per smistarle verso i Presidi, di rendere disponibili efficaci reti operative di comunicazione, di supportare l'attività di raccolta e smistamento di informazioni e l'inserimento in rete di notizie.

Possono, così, essere sviluppati i necessari collegamenti funzionali anche attraverso la implementazione del registro, secondo un modello centro-periferia, tra il centro di coordinamento, gli stessi Presidi delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie e degli IRCCS, i servizi socio-sanitari

presenti sul territorio, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, al fine di garantire il monitoraggio continuo dell'assistenza e la totale presa in carico di ogni singolo paziente con malattia rara.

Le funzioni di cui al *D.M. n. 279/2001* attribuite al Centro di coordinamento sono le seguenti:

a) la gestione del Registro regionale o interregionale delle malattie rare, coordinata con i registri territoriali ed il Registro nazionale, fatte salve le diverse modalità organizzative adottate dalle regioni;

b) lo scambio delle informazioni e della documentazione sulle malattie rare con gli altri Centri regionali o interregionali e con gli organismi internazionali competenti;

c) il coordinamento dei Presidi della rete, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'appropriata terapia, qualora esistente, anche mediante l'adozione di specifici protocolli concordati;

d) la consulenza ed il supporto ai medici del Servizio sanitario nazionale in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci appropriati per il loro trattamento;

e) la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato ed alle iniziative preventive;

f) l'informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare ed alla disponibilità dei farmaci.

La rete regionale, così coordinata, potrebbe pertanto costituire lo strumento di riferimento privilegiato per i singoli ammalati, i loro familiari e le associazioni dei pazienti e potrebbe favorire al tempo stesso i processi di miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'avvio di processi di aggiornamento dei percorsi assistenziali preventivi, diagnostici e terapeutici condivisi da tutti gli attori del sistema.

Al Centro di coordinamento si affianca il Comitato delle Associazioni dei pazienti con la finalità di supportare ed integrare l'attività svolta dal Centro di Coordinamento per tutto quanto correlato al monitoraggio continuo dei bisogni effettivi rilevati dai pazienti in relazione ai percorsi assistenziali ed alle modalità di presa in carico, con funzione propositiva anche in merito alla eventuale necessità di modifica e/o integrazione degli stessi.

2.3.2.4.1 L'assistenza ai malati di fibrosi cistica

L'evoluzione delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche nonché dei modelli assistenziali ha progressivamente modificato la storia naturale della malattia, consentendo un sensibile miglioramento dell'aspettativa di vita dei pazienti, fino ad un'inversione del rapporto percentuale bambini/adulti affetti.

A fronte dell'incremento del numero di pazienti che giungono all'età adulta è necessario ripensare alla collocazione, all'organizzazione e alle modalità di integrazione funzionale delle strutture assistenziali dedicate, a partire dalle esperienze già maturate nel territorio regionale.

Sono presenti, infatti, nell'ambito dell'AO Policlinico di Bari e del P.O. di Cerignola unità operative dedicate che offrono assistenza ai pazienti sia di età pediatrica che giovani adulti.

Il punto qualificante è rappresentato dalla razionalizzazione e dalla ottimizzazione delle competenze e delle professionalità specifiche necessarie per assicurare a questo tipo di pazienti un'assistenza all'altezza delle loro esigenze.

I centri dedicati devono prevedere un'articolazione dell'offerta assistenziale organizzata attraverso:

- reparto, con stanze singole che preveda il letto per accompagnatore per i pazienti in età pediatrica;

- day hospital;

- ambulatorio pediatrico

- ambulatorio per adolescenti, con l'obiettivo di seguire il paziente in una fase delicata della crescita, aumentarne la consapevolezza e la capacità di autonomia delle cure;

- ambulatorio per adulti per il follow-up clinico e per programmi di riabilitazione adeguati che prevedano eventuali approcci integrati per la gestione di patologie collegate quali diabete e osteoporosi, nonché delle problematiche relative all'iscrizione in lista trapianto e il follow-up post-trapianto.

Il centro stabilisce relazioni funzionali preferenziali con servizi di diagnostica, assistenza e riabilitazione collegati (laboratorio di fisiopatologia respiratoria, broncoscopia; aerosolterapia, fisioterapia e riabilitazione, ossigenoterapia).

2.3.2.5 Rete della dialisi

La programmazione intende offrire risposte adeguate alle seguenti esigenze di sviluppo del sistema assistenziale rivolto ai nefropatici cronici:

1. garantire una risposta adeguata, sia in termini quantitativi che qualitativi, al bisogno di terapia sostitutiva dell'Insufficienza renale cronica terminale, consentendo al paziente di poter contare su modalità differenziate di trattamento, nel rispetto della sua dignità di persona e della sua capacità di scelta;

2. consentire di determinare il fabbisogno di servizi dialitici, anche in rapporto alla loro localizzazione, ai fini degli adempimenti regionali per il rilascio del parere di compatibilità per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture e per la concessione dell'accreditamento istituzionale, così come disciplinati dagli articoli 8-ter ed 8-quater del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni e dalla *Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8* e successive modificazioni, nonché dai relativi Regolamenti attuativi (*Regolamento n. 3 del 13 gennaio 2005* e *Regolamento n. 15 del 06 aprile 2005* così come successivamente modificato dal *Regolamento n. 3 del 02 marzo 2006*).

A. La qualificazione dell'assistenza nefrologica.

In relazione alla programmazione degli interventi in favore dei pazienti affetti da Uremia Terminale, il P.S.R. individua, i seguenti criteri generali per lo sviluppo delle terapie sostitutive dell'insufficienza renale:

1. Piena utilizzazione dei posti dialisi esistenti (in riferimento ad uno standard ottimale di utilizzazione dei posti rene secondo un rapporto macchine/pazienti pari a 1:3,5);

2. Potenziamento della dialisi domiciliare (emodialisi e peritoneodialisi);

3. Potenziamento del trapianto renale.

I punti programmatici, relativi all'organizzazione del sistema integrato Nefrologia-Dialisi-Trapianto renale, sono così definiti:

a) L'organizzazione delle unità operative di Nefrologia sul territorio;

b) L'adeguamento del numero di posti letto nefrologici;

c) La promozione dell'attività di prevenzione e diagnosi precoce;

d) Lo sviluppo dei programmi ambulatoriali per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica;

e) Il pieno utilizzo della rete dialitica esistente e strategie per lo sviluppo futuro;

f) La maggior diffusione della dialisi peritoneale (in relazione ad uno standard tendenziale di sviluppo pari al 10-20% dei pazienti uremici terminali avviati a tale metodica di trattamento sostitutivo);

g) L'avvio di programmi di emodialisi domiciliare;

h) L'utilizzazione delle Residenze sanitarie assistenziali per il trattamento dei pazienti uremici anziani;

i) L'ampliamento dei centri pubblici o incremento dei posti dialisi in centri satelliti pubblici, collegati funzionalmente al centro ospedaliero ad elevata assistenza;

j) Il potenziamento dell'attività di trapianto.

L'esigenza è quella di garantire, comunque, alle popolazioni assistite del nostro territorio la medesima offerta quali-quantitativa di prestazioni sino ad ora assicurata, procedendo ad un riassetto territoriale, che, sempre nel rispetto del rapporto domanda/offerta, sia compatibile con un utilizzo ottimale delle risorse disponibili in una logica di maggiore efficienza del sistema.

B. Determinazione complessiva dei posti rene per il triennio 2008-2010

Per quanto riguarda i punti programmatici da e) ad i) del PRS, precedentemente elencati, gli interventi riguardano, da un lato, la pianificazione della rete regionale dei servizi di emodialisi, dall'altro, lo sviluppo dell'attività di dialisi peritoneale cronica e dell'emodialisi domiciliare. Gli

interventi previsti nel presente atto dovranno essere, altresi, sostenuti da politiche tariffarie che favoriscano, sulla base di una corretta valutazione dei costi, la qualificazione dell'assistenza e l'incentivazione delle forme alternative all'emodialisi ambulatoriale, in particolare della dialisi peritoneale.

B.1 Pianificazione dei servizi di emodialisi.

La riorganizzazione dei servizi di emodialisi deve essere effettuata utilizzando i seguenti criteri:

- incremento della domanda calcolata in base alla percentuale di crescita annua dell'incidenza, pari al 2,8% (media periodo 1998-2000), così come si rileva dai dati, relativi al numero di pazienti prevalenti per lo stesso periodo, riportati nel Registro Dialisi e Trapianti della Regione Puglia - Report per il 1994-2000. Come dato di riferimento iniziale per il calcolo degli incrementi, si fa riferimento a quello relativo alla prevalenza registrata al 31 dicembre 2003 (Censimento AReS-Puglia);

- indice di utilizzazione delle apparecchiature calcolato secondo un rapporto ottimale (standard) pari a 3,5 pazienti per ciascun posto tecnico, fatte salve situazioni particolari legate a particolari caratteristiche oro-geografiche del territorio;

- incremento pari al 10% del numero di posti tecnici calcolati in base alla domanda prevista, per garantire l'accreditamento in eccesso previsto dallo stesso D.Lgs 502/92 e s.m.;

- incremento della dotazione di posti tecnici secondo moduli di tre posti, a partire da un minimo di 6 posti tecnici;

- decentramento dell'offerta di servizi, tale da garantire la minore mobilità possibile del paziente dal proprio domicilio al Centro di riferimento;

- la piena utilizzazione delle potenzialità erogative di ciascun Centro.

Con specifico atto di giunta regionale si provvedere alla previsione del fabbisogno al 2009 per ciascuna ASL, a partire dal numero dei pazienti in emodialisi prevalenti al 31 dicembre 2003, residenti in quell'ambito territoriale. Il calcolo del fabbisogno previsto al 2009 sarà effettuato utilizzando il criterio precedentemente descritto, secondo un incremento annuale di incidenza pari al 2,8% di nuovi pazienti da immettere in un programma di emodialisi.

Nella previsione dei posti da programmare per il triennio, inoltre, si farà riferimento agli attuali dati di prevalenza dei pazienti avviati ad altre metodiche alternative al trattamento emodialitico, in particolare la Dialisi peritoneale ed il Trapianto renale, che si auspica che nel triennio debbano tendere ad incrementare, determinando, di conseguenza, un progressivo decremento del fabbisogno di posti letto per emodialisi.

La programmazione deve, altresi, tenere conto dell'attuale afferenza dei pazienti ai Centri dialisi, per garantire, quanto più possibile, la continuità di trattamento, fermo restando il principio che l'indicazione data dai medici nefrologi i quali avviano i pazienti al trattamento deve, in ogni caso, basarsi sulla necessità di perseguire la piena utilizzazione dei posti rene a gestione diretta e la vicinanza del Centro alla residenza del paziente.

Nella strategia complessiva del trattamento dell'insufficienza renale, un ruolo di grande rilevanza assumono le alternative alla emodialisi tradizionale, in considerazione della efficacia e della migliore qualità di vita che offrono ai pazienti. Esse sono rappresentate dal trapianto renale, (vedasi rete trapianti) e dalla Dialisi domiciliare, in particolare quella peritoneale continua ambulatoriale, per la cui implementazione si rinvia alle indicazioni ed ai requisiti previsti dal *Regolamento n. 3 del 13 gennaio 2005*. Il Documento di Indirizzo Economico Funzionale della Puglia per il 2003 e Triennale 2003-2005 (*Delib.G.R. n. 1326* del 4 settembe 03) ha già previsto uno standard di avvio a quest'ultima metodica di trattamento di una percentuale di pazienti minima del 10%, tendenziale al 20%.

Tra gli interventi di domiciliazione del trattamento dialitico, viene, altresi, garantita, a cura dei Centri dialisi di riferimento territoriale, l'assistenza nelle R.S.A.

B.2 Altri interventi correlati alla gestione del settore dialitico

ln considerazione della necessità di rivalutare periodicamente i protocolli diagnostici e terapeutici delle prestazioni, sia di quelle connesse al trattamento dialitico che di quelle non connesse, la Regione da mandato alla Commissione tecnica costituitasi presso l'AReS, affiancata da un esperto di farmaco-economia indicato dalla Regione,

di formulare periodicamente, se necessario, proposte specifiche al Settore dell'Assessorato alle Politiche della Salute, per le conseguenti determinazioni.

Tale Commissione svolge funzioni consultive su tutti gli aspetti tecnici che riguardano il presente piano.

2.3.2.6 Rete Trapianti: piano regionale

L'attuale assetto organizzativo del sistema dei prelievi e dei trapianti di organo e tessuto prevede, in linea con la normativa vigente, il Centro Regionale Trapianti (CRT) con un Coordinatore Regionale, un Responsabile delle Donazioni, i Responsabili delle Unità Operative dedicate. Tale rete necessita di interventi di promozione della cultura della donazione e di sostegno alle relative procedure, in quanto gli effetti auspicati nel "Piano Regionale d'intervento nel settore del prelievo e del trapianto di organi" per il triennio 2005-2007 non sono stati conseguiti e il numero dei donatori è rimasto tra il 2005 e il 2006 sostanzialmente invariato, con un lieve incremento nel 2007.

Con il nuovo Piano Regionale Trapianti occorre innanzitutto incentivare la cultura della donazione, tramite iniziative di informazione dirette a diffondere tra i cittadini, come prescritto dall'*art. 2 della legge 91/99*, la conoscenza delle disposizioni legislative in materia, la conoscenza di stili di vita utili a prevenire l'insorgenza di patologie che possano richiedere come terapia anche il trapianto d'organi, la conoscenza delle possibilità terapeutiche e delle problematiche scientifiche collegate al trapianto di organi e tessuti.

La promozione nel territorio dell'educazione sanitaria e di una crescita culturale in materia di prevenzione primaria è realizzabile tramite un effettivo ed efficace rapporto tra cittadino, medici di medicina generale (MMG) e strutture sanitarie pubbliche e private, in stretta collaborazione con le aziende unità sanitarie locali, con il CRT, con la Regione e le Associazioni di Volontariato.

D'altra parte, la centralità del territorio e la partecipazione attiva della cittadinanza sono tra i valori costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Puglia nel nuovo Piano Regionale della Salute.

La Rete dei Trapianti si articola nelle seguenti strutture operative:

- **Centro regionale trapianti;**

- Unità Operative di Rianimazione deputate al reclutamento degli organi e dei tessuti;

- Centri di Trapianto;

- Banca dei Tessuti e Cellule;

- Laboratorio di Tipizzazione tissutale.

Collegi Medico-Legali.

Nello svolgimento dei compiti assegnati, il CRT, è coadiuvato dal **Comitato Regionale dei Trapianti,** composto ai sensi dell'*art. 11 della L. 91/99*.

Al fine di una maggiore sensibilizzazione e diffusione della cultura delle donazioni è necessario costituire il **Comitato regionale delle associazioni di volontariato per la donazione di organi, trapianti e cellule,** con il compito di informare sulle problematiche della donazione e trapianto di organi a livello regionale e locale sia mediante campagne di diffusione sul territorio, sia con la partecipazione attiva alle Giornate per la donazione.

Tale Comitato Regionale, che opera in collaborazione con il CRT, è composto dalle Associazioni di Volontariato e Organismi di Tutela di cittadini riconosciute dalla Regione e registrate nell'albo regionale ed è coordinato dall'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute.

Banca interregionale multitessuti.

È in corso di definizione il progetto per la realizzazione della Banca Interregionale Multitessuti, che potrà fornire tessuti e cellule non solo alle strutture sanitarie della Regione Puglia ma anche a quelle limitrofe (Basilicata, Calabria e Molise).

La Banca prevede, per far fronte alle disposizioni nazionali ed internazionali in materia, una serie di opere ed interventi adeguatamente dimensionati e qualificati con riferimento in particolare modo alle linee guida europee di Good Manifacturing Pratice (GMP), quelle pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità sui Prodotti per la Terapia Cellulare, le ISO 14644 e le Good Automated Manifacturing Pratice (GAMP) 4.

Pertanto gli ambienti saranno progettati e attrezzati secondo le norme GMP muovendo dalla classe D e giungendo alla classe A dove deve essere presente il più elevato grado di purezza dell'aria negli ambienti a riposo ed in operatività. Queste procedure permetteranno la realizzazione della maggiore sicurezza del prodotto fornito.

Gli alti costi per la manutenzione della Banca (manipolazione, conservazione e distribuzione) e per la conduzione suggeriscono l'istituzione di una singola struttura che possa fornire il materiale umano (tessuti e cellule) a tutti gli operatori della Regione Puglia e delle Regioni limitrofe.

La Regione Puglia con Delibera di Giunta Regionale n. 1400 del 3 agosto 2007 ha istituito la Banca del cordone ombelicale presso l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza in San Giovanni Rotondo. Alla relativa attività sovraintende il Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (*L.R. 24/2006*).

Attività di donazione organi e tessuti nella Regione Puglia.

Un efficiente ed efficace sistema di procurement di organi e tessuti è punto qualificante del sistema sanitario nazionale e regionale.

È necessario avviare un processo di valorizzazione e di potenziamento di tutte le strutture operative in cui è articolata la Rete dei Trapianti. Inoltre, allo scopo di valutare l'efficienza del processo di procurement sarà avviato, nell'ambito del PROGRAMMA NAZIONALE DI QUALITÀ (che comprende già la certificazione dei coordinatori e il registro dei cerebrolesi deceduti in rianimazione) un progetto di Audit dei singoli responsabili locali in merito all'applicazione della *legge 91/99* e delle successive linee guida cliniche ed organizzative.

Il processo di procurement sarà valutato in relazione alle caratteristiche strutturali (dell'Ospedale, della Rianimazione e del CL) organizzative, qualitative e quantitative, utilizzando indicatori per i singoli items in riferimento agli standard nazionali, europei e ai dati della letteratura.

I risultati dell'Audit potranno essere usati come strumento concreto basato su dati oggettivi per programmare in modo mirato interventi formativi, richiedere alle Aziende adeguamenti organizzativi; finalizzare progetti - obiettivo per la singola Azienda/cl: proporre meccanismi di finanziamento appropriati.

Il nuovo Programma Triennale di Organi e Tessuti in Puglia (2008-2010) sarà definito secondo le indicazioni del Progetto Internazionale SEUSA (Spain-Europe-USA) - Puglia.

2.3.2.7 Rete della assistenza neonatale

L'assistenza neonatale è garantita in ambito ospedaliero tramite una rete di unità funzionali neonatologiche articolata in tre livelli.

UNITÀ FUNZIONALE DI I° LIVELLO

- È denominata **nido**
- Accoglie i neonati sani
- Le culle sono da considerare posti letto tecnici e sono in numero di 15 ogni 1000 nati/anno

• È prevista in ogni ospedale dove è presente la UO di ginecologia e ostetricia.

N.B.: la gestione tecnico-professionale del nido è assicurata, laddove presente, dalla U.O., di Neonatologia o, in assenza, dalla U.O. di Pediatria.

UNITÀ FUNZIONALE DI ll° LIVELLO

• Assiste i neonati sani e i neonati con patologie che pur non richiedendo il ricovero in terapia intensiva neonatale necessitano di monitoraggio polifunzionale e cure intermedie

• Assicura la guardia attiva h 24

• È prevista in ospedali di livello intermedio con un numero di parti superiore a 800/anno.

UNITÀ FUNZIONALE DI lll° LIVELLO

• Assiste neonati sani e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva

• Gestione trasporto neonatale

• Assicura la guardia attiva h 24 con supporto di pronta reperibilità integrativa h 24 per garantire la gestione del trasporto neonatale

• È dotata di un modulo di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) di 8 p.l. e comunque non inferiori a 6

• In ogni UTIN devono essere presenti posti letto di Terapia subintensiva

• È prevista negli ospedali di riferimento regionale-provinciale.

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 maxiemergenze e la medicina delle catastrofi, come previsto da: "Criteri di massima sugli interventi da attuare nelle catastrofi" (G.U. n. 200 del 26 agosto 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 alia 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.

2.3.3.1 Sistema di emergenza urgenza

Linee generali di organizzazione

Il Sistema di emergenza urgenza nella Regione Puglia prevede un livello ospedaliero e un livello territoriale.

Il livello ospedaliero è composto da **4 livelli di strutture,** tra loro interconnesse in una rete assistenziale integrata:

- UO di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante all'interno di Azienda Ospedaliero Universitaria e/o Ospedale di riferimento.

- UO di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante all'interno di Ospedale intermedio

- UO di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante all'interno dell'Ospedale di base

- UO di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante all'interno dell'Ospedale monospecialistico (LDPA e riabilitazione).

L'articolazione funzionale delle Strutture di Pronto Soccorso tiene conto del livello di complessità assistenziale degli Ospedali in cui tali Strutture sono inserite.

Il livello territoriale è assicurato dal **Servizio di Emergenza Urgenza 118,** organizzato in un Dipartimento Regionale, come previsto all'*art. 4 della L.R. 9 agosto 2006, n. 26*, articolato in:

- Centrali operative allocate in ogni ASL provinciale;

- Punto di primo intervento territoriale;

- Postazioni medicalizzate e non, dotate di ambulanza e automedica.

Livello ospedaliero: Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)

Tutte le UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza presenti nell'ambito territoriale di riferimento realizzano il **DEA a valenza aziendale.**

Le suddette UU.OO. mantengono la propria autonomia clinico-assistenziale ed organizzativa, ma riconoscono una interdipendenza funzionale mediante l'adozione di un comune percorso clinico-assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida e completa nella gestione del paziente acuto e grave.

Per assicurare un razionale impiego delle risorse umane, tecnologiche e strutturali, nonché una efficace gestione delle urgenze, anche attraverso la corretta identificazione dell'Ospedale più idoneo a trattare le singole patologie, dovrà essere elaborato a livello regionale un protocollo che definisca i percorsi diagnostico-terapeutici, condiviso tra gli attori del sistema, che dovrà essere successivamente modulato da ogni DEA in funzione del proprio modello organizzativo.

La fase successiva dovrà prevedere un raccordo con le UU.OO. diagnostiche e di ricovero, anch'esso basato su percorsi condivisi, onde evitare comportamenti disomogenei che potrebbero vanificare la catena del soccorso in situazioni di urgenza-emergenza.

Funzioni

• Assicurare adeguati livelli di assistenza dal primo soccorso a tutte le fasi successive.

• Assicurare i collegamenti tecnico-organizzativi con altri ospedali sede di DEA e di Pronto Soccorso situati sul territorio di riferimento, nonché, se necessario, con analoghe strutture regionali ed extraregionali.

• Organizzare e gestire un sistema di valutazione continua e di promozione della qualità dell'assistenza e dell'uso appropriato delle risorse.

• Assicurare, con opportuna programmazione, il più elevato livello di aggiornamento continuo del personale afferente.

• Promuovere e contribuire alla educazione sanitaria della popolazione; finalizzata, in particolare, ad un corretto utilizzo del sistema di emergenza-urgenza ed accettazione.

Le UU.OO. di Medicina e Chirurgia di accettazione e urgenza (ex Pronto Soccorso)

Le UU.OO. di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza hanno sede in tutti gli Ospedali della Regione - di base, intermedi, di riferimento e monospecialistici (LDPA e riabilitazione) - e prevedono organico dedicato. L'articolazione funzionale è subordinata al livello di complessità della struttura ospedaliera nella quale sono ubicate.

Funzioni

• Funzione di triage, obbligatoria per le strutture che prevedono oltre 25.000 accessi/anno.

• Accettazione di pazienti in condizione di urgenza differibile ed indifferibile.

• Accettazione di pazienti in condizioni di emergenza.

• Esecuzione di accertamenti diagnostici e provvedimenti terapeutici urgenti.

• Stabilizzazione dei parametri vitali.

• Ricovero nella U.O. più idonea.

• Funzione di filtro al ricovero ospedaliero, avvalendosi, per tale funzione, dell'impiego di letti di osservazione breve.

• Accettazione per i ricoveri di elezione e programmati.

Osservazione Breve (O.B.)

Non è infrequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici non sempre ben definiti, tali da non consentire un rapido inquadramento diagnostico, né tanto meno la possibilità di una immediata dimissione; allo stesso tempo l'attivazione di un ricovero urgente potrebbe poi rivelare i caratteri della inappropriatezza.

In tale ottica, si inserisce la funzione dell'O.B., che rappresenta un moderno ed ormai collaudato sistema che permette di svolgere correttamente una efficiente funzione di filtro, evitando ricoveri inutili, senza però esporre il paziente ad una dimissione che potrebbe pregiudicare il suo stato di salute.

L'O.B. è allocata in un'area adiacente al P.S. ed accoglie i pazienti che necessitano di stabilizzazione clinica e/o definizione diagnostica in un periodo, di norma, non superiore alle 24 ore. La dotazione di posti letto tecnici è pari al 2% della dotazione complessiva del Presidio Ospedaliero.

I servizi diagnostici del Presidio devono riservare, nei confronti dei pazienti ricoverati in O.B., la pronta disponibilità prevista per tutte le prestazioni di urgenza.

Livello territoriale: Servizio di Emergenza Urgenza 118

Il Dipartimento Regionale per l'Emergenza territoriale 118 garantisce la adozione di Linee Guida, protocolli assistenziali e progetti formativi finalizzati.

Si fa carico, inoltre, della definizione di percorsi assistenziali che richiedono il ricorso a strutture presenti al di fuori del territorio di una ASL provinciale, a causa di specificità tecnologiche e complessità terapeutiche.

Emergenza territoriale "118"

Valutate le criticità del sistema di emergenza extra-ospedaliero, facente capo al numero unico 118, si ribadiscono gli indirizzi espressi nelle forme di legge nazionale e provvedimenti regionali, a conferma di una linea coerente con la strategia complessiva in atto, integrandoli necessariamente con i seguenti punti, che costituiscono specifico impegno per il Dipartimento Regionale per l'Emergenza territoriale e 118.

• coordinamento del sistema di emergenza territoriale-118 con le attività di protezione civile e di difesa civile, anche attraverso individuazione di specifici livelli di programmazione e di intervento, in sede aziendale e regionale, che tengano conto delle funzioni e risorse necessarie per garantire l'operatività adeguata a fronteggiare eventuali maxi-emergenze e/o il manifestarsi di rischi nucleari, batteriologici, chimici e radioattivi (NBCR);

• previsione di un nuovo assetto di governo della programmazione del sistema di emergenza territoriale-118, tendente ad omogeneizzare le modalità di risposta e, comunque, i percorsi assistenziali;

• organizzazione di un sistema di trasporto sanitario di emergenza che includa il servizio di elisoccorso, con caratteristiche di appropriatezza e flessibilità in coerenza con il riordino della rete ospedaliera, con previsione dei correlati supporti assistenziali medici e infermieristici h24;

• attivazione di un sistema per la ricerca di posti di unità di terapia intensiva o specialistica nella rete regionale;

• istituzione dei Punti di Primo Intervento territoriali.

Punti di Primo Intervento

I Punti di Primo Intervento sono affidati ai Medici del servizio di Emergenza Urgenza ed ubicati negli ospedali riconvertiti e/o altre sedi definite dalla programmazione regionale e/o aziendale.

Il Punto di primo intervento è attrezzato per effettuare un soccorso adeguato in caso di accesso di pazienti critici, garantendone la stabilizzazione e, ove necessario, il trasporto protetto verso l'Ospedale dotato dei requisiti idonei a trattare la patologia in esame.

Il Punto di Primo intervento è dotato di organico medico ed infermieristico tale da garantire la copertura del servizio h24.

Trasporto di emergenza neonatale

Per trasporto di emergenza neonatale si intende il trasporto del neonato con patologie che ne richiedono il trasferimento dal luogo ove è avvenuto il parto ad un centro idoneo a fornire le cure necessarie alle condizioni cliniche diagnosticate. Premesso che è preferibile il trasporto materno (trasporto in utero) prima del parto presso ospedali dotati di UTIN, laddove si verifichi la impossibilità di trasferire gestanti in travaglio già avviato, o per quelle nascite improvvise in centri di I° o II° livello, il trasporto deve essere attivato e gestito dai centri di III° livello. Per tale attività i centri di III° livello devono comunicare quotidianamente alla centrale operativa per la emergenza 118, competente per territorio, le disponibilità di posti letto. In caso di richiesta di trasporto proveniente da centri di l° e II° livello, la centrale operativa 118 individua il centro di III° livello più vicino, con accertata disponibilità di posti letto, cui spetta il trasporto del neonato con il proprio personale e la propria attrezzatura.

Il sistema informativo

La registrazione di tutta l'attività di soccorso costituisce elemento indispensabile ad una conoscenza ed analisi dei dati di attività, delle risorse impegnate e dei processi posti in essere, capace di consentire un miglioramento organizzativo basato su una consapevole programmazione.

Anche a tale scopo, assume valore indispensabile la creazione di una rete informatica che colleghi tutte le strutture regionali coinvolte nel sistema di urgenza-emergenza; nella fase attuale il sistema "118" e le UU.OO. di Pronto Soccorso dispongono di autonome reti informatiche che però non colloquiano tra di loro.

Le UU.OO. di Pronto Soccorso, inoltre, svolgono la funzione limitatamente ad ogni singola Azienda Sanitaria senza possibilità di incrociare i dati con altre strutture della Regione.

Tale condizione appare estremamente limitativa, anche per la impossibilità di conoscere la disponibilità di posti-letto in ambito regionale. L'utilizzo di innovazioni tecnologiche e di ricerca in questo settore deve costituire elemento strategico del presente Piano al fine di pervenire ad un unico sistema informatico che consenta, in tempo reale, di trasmettere e ricevere informazioni

indispensabili per un corretto e funzionale impiego delle risorse di cui il Sistema Sanitario Regionale dispone.

2.4. Riorganizzazione della assistenza territoriale

2.4.1 La rete dei distretti sociosanitari: articolazione della organizzazione distrettuale

La opzione strategica alla base della programmazione regionale nel settore della assistenza territoriale assegna al distretto la funzione di luogo fisico ed organizzativo in cui si sviluppa la cooperazione tra i soggetti erogatori al fine di garantire la continuità assistenziale e la appropriatezza dei diversi livelli assistenziali, l'uso integrato delle risorse, l'integrazione interdisciplinare, interprofessionale ed intersettoriale.

I principi ispiratori di questo disegno di riprogettazione hanno trovato una sede normativa di esplicitazione all'interno della *L.R. 25/2006*.

L'architettura organizzativa del distretto va rielaborata "con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute".

Il Distretto, sulla base della conoscenza dei bisogni assistenziali del territorio di riferimento, nonché delle esperienze consolidate di integrazione sociosanitaria (compatibilmente con le risorse disponibili nelle singole realtà), deve definire la mappa della offerta in accordo con gli ambiti sociali, per una risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

La principale azione da mettere in campo, già nelle prime fasi di attuazione del presente Piano, è quella relativa alla implementazione in maniera omogenea su tutto il territorio regionale della nuova organizzazione distrettuale per garantire il medesimo livello assistenziale.

Si rende pertanto necessario procedere alla emanazione di apposito Regolamento Regionale di riorganizzazione del Distretto, come conseguenza naturale delle linee dettate dalla L.R. 25/ 2006, allo scopo di definire:

1. un modello organizzativo e funzionale che garantisca l'omogeneità e l'equità dell'assistenza su tutto il territorio regionale;

2. la unicità del ruolo del Distretto nel "governo della domanda" di salute;

3. i rapporti strutturali e funzionali fra la Direzione del Distretto e le Cure Primarie nonché tra il Distretto e i Dipartimenti funzionali e strutturali delle ASL.

In particolare, nel nuovo modello, il focus organizzativo si dovrebbe concentrare sul lato della domanda (a differenza di quanto avviene diffusamente ancora oggi in virtù di un modello nel quale tutto il sistema è organizzato in funzione della offerta), che dovrebbe trovare una risposta complessiva proprio nel distretto.

Il distretto, infatti, attraverso la propria articolazione funzionale, ha la mission di garantire le prestazioni e le attività comprese nei LEA assicurando il mantenimento dello stato di salute e la continuità delle cure (prevenzione, cura, riabilitazione) nei passaggi tra i diversi setting assistenziali (domicilio-> ospedale-< territorio-> residenze-> cure domiciliari), al fine di:

• offrire all'utente una risposta completa ed integrata (sociale e sanitaria e tra le specialità sanitarie), unitaria nei processi di accesso, di fruizione, nel disegno diagnostico-assistenziale,

• evitare che il paziente e la famiglia si trovino da soli a ricercare le soluzioni possibili per i problemi da risolvere (ruolo del Care Service Pathways - Servizio di presa in carico).

È il Distretto che, con la sua intrinseca e specifica logica operativa di tipo dipartimentale, assicura i servizi di assistenza relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle attività con quelle delle altre Macrostrutture aziendali, inclusi gli Ospedali.

Avendo l'analisi della rete territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari (condotta in stretta collaborazione con le direzioni strategiche di tutte le Aziende e descritta nel primo capitolo), evidenziato, a fronte di alcuni elementi positivi (coincidenza con gli ambiti sociali), la presenza di numerosi elementi di criticità del sistema, si pone la necessità di procedere

• da un lato ad una eventuale revisione degli ambiti territoriali dei distretti, qualora evidenziato dalle Aziende Sanitarie nei relativi Piani Attuativi Locali

• dall'altro, al potenziamento delle reti di servizi di seguito indicate, in termini di risorse umane, strutturali e strumentali e al miglioramento delle modalità di erogazione delle prestazioni, al fine di garantire la effettiva esigibilità del diritto all'accesso a prestazioni essenziali, quali quelle ambulatoriali e consultoriali.

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 azinedali di elebarazione dati per il monitoraggio delle prestazioni e delle liste di attesa.

Rete dei consultori

Le modalità di potenziamento della **rete consultoriale** sono riportate nel **paragrafo 3.1.1.**

La casa della salute

La **Casa della salute,** con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, rappresenta presidio strategico nel distretto sociosanitario e luogo di ricomposizione naturale delle diverse attività territoriali, in grado di fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra SSR e cittadino e allo stesso tempo di garantire il rispetto dei LEA sanitari e sociosanitari propri del distretto, nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

La Casa della salute è da intendere come la struttura in grado di erogare materialmente nello stesso spazio fisico, anche grazie a collegamenti funzionali, l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie e di garantire la continuità dell'assistenza con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Si colloca nell'ambito di un distretto sanitario, quale quello individuato dalle attuali normative.

Si tratta di una struttura che può essere realizzata ad hoc in aree urbane di nuova costituzione o in contesti preesistenti poveri di servizi socio sanitari; oppure può essere ospitata nell'ambito di edifici preesistenti, rappresentando una risposta alle esigenze e alle preoccupazioni della popolazione dei vari comuni dotati di strutture ospedaliere che devono essere riconvertite in conseguenza della riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera regionale. Questa seconda strada permette un governo della transizione che garantisce la "visibilità" di un presidio destinato a tutelare la salute.

Sul piano organizzativo la Casa della salute si propone come sede unica degli studi dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta che, con le loro forme associative, devono garantire una presenza medica H 24 in collaborazione con i medici di Continuità Assistenziale.

In secondo luogo, la Casa è la sede comune della Continuità Assistenziale, degli specialisti ambulatoriali, degli infermieri, dei terapisti e dei servizi sociali per realizzare l'integrazione operativa nella unità di tempo e di spazio. In questa prospettiva, rappresenta la sede ideale per attivare rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento finalizzati

- alla realizzazione della continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione attraverso la definizione di protocolli concordati per le dimissioni programmate

- alla implementazione di linee guida condivise e di percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie.

In terzo luogo, nella Casa della salute devono potere essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base.

Infine, nella Casa della salute può essere collocato, ove ne ricorrano le condizioni logistiche e strutturali, un Punto di Primo Intervento e una Postazione 118, per il trattamento in loco delle patologie caratterizzate da Codice Verde e Bianco (al fine di decongestionare l'affluenza di urgenze differibili o non urgenze ai Pronto Soccorsi Ospedalieri) e l'eventuale trasferimento dei pazienti con patologie non gestibili direttamente.

In sintesi, la Casa della Salute realizza in concreto il principio della programmazione territoriale perché unifica ed integra ciò che è disperso e separato e perché rende possibile una partecipazione consapevole dei cittadini a progetti di salute con attività che danno sostanza al Piano Integrato di salute che ogni distretto è tenuto a realizzare.

Obiettivo da conseguire entro il primo anno di attuazione del presente Piano è quello di attivare almeno n. 2 case della salute per ciascuna ASL pugliese.

Ospedale di comunità

Il precedente Piano di Riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia aveva istituito una unità di degenza territoriale deputata a svolgere le funzioni di Ospedale di Comunità al fine di garantire un equilibrio in termini di dotazioni e di certezze assistenziali con particolare riferimento all'opportunità di realizzare la definizione di percorsi di diagnosi e cura assicurati nel territorio di riferimento, con un minimo di protocolli e setting operativi.

Le funzioni previste per l'Ospedale di Comunità comprendevano:

- una astanteria territoriale di appoggio all'attività dei MMG e dei servizi territoriali;

- copertura della rete di assistenza dell'emergenza;

- un'area di residenzialità estensiva;

- un poliambulatorio specialistico, operante anche in regime semi-residenziale;

- un centro prelievi.

La nuova pianificazione regionale indirizza progressivamente gran parte di queste funzioni verso la Casa della Salute, residuando in capo all'Ospedale di Comunità la residenzialità di appoggio alle attività dei MMG e dei servizi territoriali.

2.4.2 Obiettivi di sistema per il miglioramento delle modalità di erogazione delle Prestazioni

Al fine di assicurare la effettiva applicazione dei principi generali di universalità, equità ed appropriatezza nell'accesso alle prestazioni territoriali (ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari) è necessario implementare il macrolivello territoriale lungo le seguenti direttrici strategiche:

- accessibilità alla rete;

- domiciliarità.

2.4.2.1. Accessibilità alla rete dei servizi

1. attivare per ciascun distretto sociosanitario/ambito territoriale la **Porta Unica di Accesso,** quale rete integrata di punti di accesso (Comuni e Distretto) posti in grado di operare in modo omogeneo ed integrato, dotando la stessa PUA delle necessarie risorse umane per una adeguata capacità di accoglienza e di orientamento degli utenti/pazienti, definendo i nessi procedurali con i medici di medicina generale, che per le funzioni e il ruolo svolto nella rete dei servizi costituiscono il primo fondamentale "punto di accesso", introducendo in modo sistematico ed estensivo un unico strumento di valutazione multidimensionale;

2. attivare in tutti i distretti sociosanitari la **Unità di Valutazione Multidimensionale** (e le relative procedure operative), cui assegnare risorse umane e strumenti per una piena funzionalità della stessa nella accoglienza e presa in carico di tutti i casi di elevata complessità a rilievo sociosanitario: obbligatorietà di accesso tramite UVM per le prestazioni ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari, anche con le procedure di urgenza di cui all'*art. 3, comma 9, del regolamento Regionale n. 4/2007*;

3. verificare in tutte le ASL e nei relativi distretti l'utilizzo della Scheda per la Valutazione Multidimensionale (**S.Va.M.A.**), che deve accompagnare, con i relativi aggiornamenti, la cartella clinica e/o sociosanitaria del paziente;

4. adottare i **progetti personalizzati** per la presa in carico di tutti i casi a rilievo sociosanitario e prevedere per ciascun progetto l'obbligo di valutazione periodica, necessaria per assicurare in tutte le fasi del percorsi di cura la appropriatezza delle prestazioni erogate, tali da conciliare gli obiettivi di cura con gli obiettivi di risparmio e di efficiente gestione delle liste di attesa (con specifico riferimento alle strutture residenziali socio-sanitarie);

5. potenziare la rete consultoriale e poliambulatoriale per assicurare la qualità delle prestazioni sanitarie di diagnosi e cura extra-ospedaliere in modo uniforme su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle caratteristiche della offerta ospedaliera e delle specificità orografiche del territorio.

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 **socio-sanitarie 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 Italla 2005: 2,9% anziani in ADI ogni 100 abitanti; dato Puglia 2005: 2% anziani in ADI ogni 100 abitanti; valore target dell'indicatore di premialità [4] 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

• 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.

PO FESR 2007-2013 - Asse III.

2.4.3 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 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 dalla *legge regionale n. 25 del 2006* e dalla *legge regionale n. 26 del 2006* e dal Contratto Regionale recepito con Delib.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, in particolare attraverso l'Unità Operativa delle Cure Primarie, 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 ricomprese:

- 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)

• l'assistenza farmaceutica.

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 socio-sanitarie, secondo modelli gestionali di tipo integrato.**

2.4.4 Integrazione sociosanitaria

L'Azienda, come previsto dalle direttive regionali, attua l'integrazione sociosanitaria attraverso tre dimensioni: istituzionale, gestionale e professionale, definendo linee guida, protocolli operativi, piani personalizzati di assistenza, sviluppa e applica strumenti in linea con il D.Lgs n. 502/92 (e successive modificazioni) quali:

• il Programma delle attività territoriali e le competenze del Distretto e del Comitato dei Sindaci per la sua predisposizione e valutazione;

• le tipologie delle prestazioni socio-sanitarie integrate, così come definite dal *D.P.C.M. 14.02.2001,* che definisce anche la responsabilità dei costi delle prestazioni a carico della ASL e dei Comuni.

La *L. n. 328/00* di riforma del welfare, recepita in Puglia prima dalla *L.R. n. 17/2003* e, successivamente in modo più completo, dalla *L.R. n. 19/2006*, con il suo regolamento attuativo, assegna alle articolazioni del governo territoriale la funzione di garantire gli strumenti e i protocolli operativi per qualificare l'integrazione dei Comuni con le Aziende USL a diversi livelli:

• **livello strategico** con la predisposizione dei Piani Attuativi di Zona dei servizi sociali e socio-sanitari (PdZ e PAT);

• **livello gestionale** con l'individuazione della gestione associata dei servizi tra i Comuni di norma ricompresi nel Distretto e la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sociale;

• **livello operativo** con la costruzione dei percorsi di accesso e di valutazione integrati e con la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza.

La programmazione degli interventi integrati e il coordinamento dei documenti di programmazione

La programmazione della rete di servizi socio-sanitari, presente per quanto di competenza sia nei Piani Sociali di Zona (PdZ) che nei Programmi di Attività Territoriali (PAT), deve essere il frutto di una "unica strategia programmatoria" che ne assicura la reciproca complementarietà e coerenza, così da essere parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina.

La programmazione dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del *D.P.C.M. 14.02.01* e del *D.P.C.M. 29 novembre 2001*:

• la esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione,

• la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi del bisogno effettuata sul territorio, coerenti con la realizzazione della rete dei LEA socio-sanitari,

• la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi,

• la previsione di spesa con la individuazione della quota a carico del SSR e la quota a carico dei comuni,

• la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

La riorganizzazione degli interventi assistenziali di rilievo socio-sanitario dovrà essere orientata sulla base dei seguenti principi:

1. definizione di un progetto assistenziale personalizzato da parte di un apposito nucleo di valutazione multidimensionale;

2. identificazione dell'impegno sanitario e sociale con riferimento alle diverse fasi dell'intervento, della competenza sanitaria e sociale e dei relativi oneri;

3. l'individuazione delle fasi di diversa intensità di assistenza nell'ambito del percorso assistenziale, attraverso la verifica degli esiti, facendo riferimento alle seguenti classi di intensità:

- fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita;

- fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo;

- fase di lungo-assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale e a rallentare il suo deterioramento.

Le politiche di sostegno alla persona fragile e alla famiglia si caratterizzano nell'offerta ai cittadini di alcuni interventi, che facilitano la permanenza a domicilio, quali:

1. interventi erogati per la tutela della salute e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare integrata (ADI) sanitaria e sociale (comprensiva della fornitura di protesi e ausili) telesoccorso e teleassistenza, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;

2. interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;

3. interventi di sollievo alta famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, età, per persone in situazione di dipendenza assistenziale.

I vantaggi attesi dall'applicazione del principio dell'integrazione socio-sanitaria, sono quelli di aumentare l'appropriatezza delle scelte assistenziali e la qualità degli interventi. È quindi importante tenere presente che:

a) il principio dell'integrazione non riguarda soltanto le prestazioni fornite dai servizi sanitari e sociali, ma anche il rapporto con le "disponibilità" presenti nei mondi vitali dei destinatari degli interventi;

b) il ricorso alle reti formali e informali consente di aumentare la sostenibilità e l'appropriatezza degli interventi socio-sanitari (vedasi in proposito la riduzione dei ricoveri in ambito ospedaliero e nelle strutture residenziali a favore dei regimi di cura e assistenza a domicilio, spesso più appropriati e meno costosi).

2.4.5 La Valutazione multidimensionale e accessibilità alla rete dei servizi socio-sanitari e distrettuali

La **valutazione multidimensionale** (VMD) rappresenta la modalità di approccio socio-sanitario alla persona o al nucleo familiare con difficoltà di carattere psicofisico e problemi di ordine sociale in una ottica di **continuità assistenziale.** Rappresenta quindi lo strumento cardine attraverso il quale il distretto socio-sanitario esercita il suo ruolo di governo del territorio e di "committenza" (valutare quali servizi per quali bisogni) congiuntamente al ruolo di produzione, in un sistema di responsabilità condivisa con l'Ente Locale e con la famiglia.

Di rilievo strategico saranno, pertanto, tutte le scelte organizzative che a livello aziendale declineranno la funzione di coordinamento socio-sanitario e di coordinamento della Unità di Valutazione Multidimensionale.

La VMD viene definita quale "processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona". Per effettuare la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati. La Puglia ha scelto nel febbraio 2005 di adottare lo strumento della **SVAMA,** già ampiamente sperimentata in Veneto, anche se ad oggi non ancora utilizzata in modo capillare ed estensivo.

La SVAMA è uno strumento che consente, ai fini della misurazione della non autosufficienza, l'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: **autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali** e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: **supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria.**

Attraverso la suddetta procedura si rileva non soltanto la complessità dei bisogni di un individuo, ma anche la consistenza delle risorse (personali, relazionali ed economiche) che lo stesso è in grado di mobilitare per gestire, nel miglior modo possibile, la sua situazione psico-fisica.

La VMD è attivata dal medico di medicina generale, dove siano rilevabili "problemi socio-sanitari complessi", ovvero dalla assistente sociale del Distretto/Ambito a seguito del processo di accoglienza attraverso la PUA.

Alla VMD segue la elaborazione del **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** o **Progetto di assistenza individuale** e quindi si procede alla **"presa in carico",** quale prima fase del processo assistenziale.

La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

La *L.R. n. 19/2006* e il *Regolamento Regionale n. 4/2007* prevedono espressamente un sistema unico di accoglienza della domanda, attraverso la "Porta Unica di Accesso" (PUA) che esprime in maniera figurata il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione, nonché la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e della ASL, al fine di assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Allo stato attuale ASL e Comuni hanno proceduto con modalità diverse alla istituzione della PUA, intendendola in alcuni contesti come unica (punto di accesso unificato a livello distrettuale), in altri casi come unitaria, attraverso la integrazione procedurale e operativa tra il punto di accesso del distretto, variamente denominato, e i Servizi Sociali dei Comuni.

Quel che appare irrinunciabile è che sia unico il back-office della PUA al fine di produrre benefici reali per l'utente finale, ma anche semplificazioni e migliore governo del caso e della appropriatezza del sistema di risposte allestito per la presa in carico di un caso.

La PUA nell'ambito dei servizi sociali comunali va ad integrarsi con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc.) già organizzati in ciascun ambito territoriale, consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal Piano di Zona.

Nell'ambito della organizzazione del distretto, la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG) ovvero Pediatri di libera scelta (PLS), punto di accesso del distretto.

La PUA si configura come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche e svolge i seguenti compiti:

- orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta;

- accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla cosiddetta "rete formale" (MMG/PLS, Unità Operative distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale) del diretto interessato;

- attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;

- raccordo operativo con la UVM.

Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), così come definita all'*art. 3 del Regolamento Regionale n. 4/2007*, ha competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, e costituisce un anello operativo strategico in sede locale per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata,

La sua composizione varia in relazione al bisogno.

Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono: il direttore del distretto socio-sanitario o suo delegato (in qualità di coordinatore socio-sanitario), il responsabile del servizio sociale professionale, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (nel caso di minori), il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc.), l'assistente sociale del comune o dell'ambito di riferimento, l'infermiere professionale, il terapista della riabilitazione, altre figure professionali dell'area clinica (medico di distretto), altre figure professionali sanitarie e uno psicologo in relazione al bisogno della persona [(3)].

L'U.V.M. va istituita in ogni ambito distrettuale, assicurando un coordinamento di livello aziendale, attraverso l'Ufficio per il Coordinamento delle Attività distrettuali e i coordinatori socio-sanitari.

L'UVM svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale della situazione di bisogno e/o fragilità del paziente/utente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari;

- verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza;

- elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;

- verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;

- procede alla dimissione concordata.

Le risposte assistenziali alle persone fragili non devono limitarsi alla erogazione di prestazioni finalizzate alla risoluzione o gestione della patologia, ma devono includere l'obiettivo di garantire il più alto livello di qualità di vita compatibile con lo stato di salute. A tal fine devono essere

evidenziate nel corso della VMD le capacità residue da stimolare ed i fattori protettivi presenti o attivabili nell'ambiente di vita.

Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) è definibile come un insieme di azioni e di interventi che rimuovono i problemi evidenziati nella VMD.

Il PAI valuta anche i risultati attesi dalle prestazioni erogate e definisce i tempi di verifica dei servizi resi e degli outcome indicati nel PAI stesso.

Scopo del PAI è quello di superare "logiche prestazionali" a favore della continuità assistenziale, coinvolgendo tutti gli attori su progetti di cura individualizzati e organizzati in funzione dei bisogni dell'assistito.

I "protocolli operativi" (es: dimissioni protette, percorso per la non autosufficienza, percorso socioriabilitativo, etc.) costituiscono lo strumento operativo che facilita il PAI ed il passaggio tra Unità Operative diverse (es: ospedale/domicilio, ospedale/residenza, residenza/domicilio, MMG/specialistica, MMG/Dipartimenti). Nel PAI è individuato anche il responsabile della sua attuazione, definito "case manager" o responsabile del caso.

2.4.6 Le prestazioni sanitarie per la popolazione anziana

Le iniziative per prolungare la durata della vita "sana" occupano il primo posto nelle azioni strategiche per affrontare la tematica degli anziani, e questo con specifico riferimento all'area delle non autosufficienze, a partire dalle forme medie e mediogravi. A questo fine le risorse riabilitative devono essere messe a disposizione di programmi preventivi, attraverso una utilizzazione intensiva in orari non impegnati per pazienti bisognosi di cure, di palestre, piscine, anche utilizzando a questo fine le risorse derivanti dal termalismo. È del tutto evidente, inoltre, che una parte significativa delle risorse riabilitative deve andare incontro al contesto di vita della persona anziana, valorizzando le modalità domiciliari di cura, anche al fine di evitare l'istituzionalizzazione della riabilitazione, che costituisce un rischio sia per l'efficacia stessa del progetto riabilitativo che per l'incidenza dei livelli di spesa.

Dal punto di vista della **spesa sanitaria,** la popolazione anziana assorbe a livello nazionale il 19% della medicina di base, il 38% della specialistica, il 50% della spesa farmaceutica e il 50% delle cure ospedaliere. Rispetto a tutti questi indicatori la Puglia si colloca leggermente al di sotto della media nazionale. In particolare il dato relativo all'assorbimento della spesa ospedaliera deve essere letto anche con riferimento alla attuale fragilità del sistema di cure domiciliari e territoriali extraospedaliere a carattere socio-sanitario per le non autosufficienze, rispetto alle quali è molto elevata la domanda di supporto da parte delle famiglie.

Una valutazione approfondita dei dati disponibili rivela, inoltre, che il fattore che influenza maggiormente la spesa sanitaria non è tanto l'età (intesa come dato assoluto), quanto l'insorgenza di una patologia letale: come dire che si spende di più per accompagnare alla fine i soggetti con prognosi infausta, che per assistere i soggetti che sopravvivono. Queste informazioni autorizzano

una serie di estrapolazioni, di cui tenere conto nel processo di pianificazione e programmazione sanitaria:

• se si prolunga la fase di vita "malata" in un soggetto anziano, cioè la sopravvivenza dopo l'accertamento di una patologia grave ed irreversibile, i costi sono destinati ad aumentare (e in maniera esponenziale nei prossimi anni, in considerazione dell'incremento della popolazione ultrasessantacinquenne);

• se al contrario si riesce a prolungare la durata della vita "sana", cioè il periodo privo di emergenze patologiche, la spesa sanitaria viene spalmata su una vita più lunga e quindi proporzionalmente inferiore;

• per aumentare la durata della vita "sana", bisogna aumentare le spese per attività di prevenzione ad ampio raggio con particolare riferimento ad iniziative di ostacolo alla medicalizzazione, ed in più: screening, indagini individuali, educazione sanitaria, assistenza in generale, nuove tecnologie.

Sul piano della **organizzazione dei servizi,** si comincerà, pertanto, ad intervenire separando gli interventi ad alta tecnologia (in strutture adeguate) da ospedali "low care" (minore tecnologia, ma con identici livelli di intensità e di umanizzazione delle cure) ricorrendo il più possibile alla assistenza domiciliare o in day hospital, che rispettano meglio la dignità umana e conservano al paziente i suoi riferimenti. Occorre, cioè, ottimizzare l'assistenza dell'anziano lavorando sul percorso e sulla permanenza nei singoli nodi della rete, considerando che l'obiettivo prioritario rimane ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione e ricordando che l'anziano, qualora ce ne sia la possibilità, ama restare nella propria casa.

Una priorità per il nuovo ciclo di programmazione deve, pertanto, essere data alla effettiva esigibilità del diritto di accesso alle prestazioni essenziali di ADI sull'intero territorio regionale.

2.4.7. La non autosufficienza: percorsi di assistenza, dalla RSA alla domiciliarità

Obiettivi della presa in carico appropriata delle persone non autosufficienti sono i seguenti:

• prevenire la disabilità, con interventi di prevenzione primaria finalizzati a mantenere la mobilità fisica e psicologica degli anziani; promuovendo la maggiore appropriatezza delle cure negli ospedali per acuti e nelle strutture di riabilitazione;

• allargare e qualificare l'offerta di assistenza domiciliare, attraverso un miglioramento della integrazione sanitaria e sociale e la capillarità della diffusione dell'ADI e della SAD (assistenza domiciliare sanitaria);

• adeguare e qualificare l'offerta residenziale, che deve rispondere in modo più appropriato alla esigenza della personalizzazione del programma assistenziale.

Con il concorso delle ASL e dei Comuni, per quanto di rispettiva competenza, posta la necessità di perseguire la massima integrazione sugli stessi casi occorre potenziare la rete distrettuale nelle seguenti direzioni:

1. UVM e compilazione scheda SVaMA per ciascun utente non autosufficiente;

2. ADI e SAD per anziani parzialmente non autosufficienti e per disabili gravi che possano essere assistiti a domicilio;

3. Centri diurni per anziani e Centri socioeducativi e/o riabilitativi, così come definiti nella normativa regionale vigente, per integrare le cure domiciliari con attività comunitarie e con prestazioni riabilitative necessarie al mantenimento delle autonomie funzionali;

4. RSSA per anziani non autosufficienti e RSSA per disabili che non possano essere assistiti a domicilio e privi del sostegno familiare;

5. RSA (residenze sanitarie extraospedaliere con eventuali nuclei Alzheimer) per la erogazione di percorsi di riabilitazione, con obiettivi e durata temporale definiti, al fine di consentire il rientro in RSSA ovvero a domicilio;

6. assegno di cura e altri interventi di sollievo per il nucleo familiare di riferimento, al fine di favorire la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

In coerenza con quanto definito nel programma operativo nazionale a valere sui fondi comunitari e le risorse del FAS, con riferimento agli obiettivi di servizio per la presa in carico di persone non autosufficienti, occorrerà raggiungere entro il 2009 il valore target pari al 3,5% degli anziani ultrasessantacinquenni residenti in Puglia assistiti in ADI, e il valore del 6% entro il 2013.

Per le strutture semiresidenziali e residenziali si devono applicare le quote di compartecipazione ASL - Comune/utente così come previste dalla normativa nazionale vigente.

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 socio-sanitari 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 *D.P.R. 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 dicembre 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 itallane, 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

È 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.

Per il raggiungimento dei predetti obiettivi, ogni ASL predispone una specifica commissione composta dal direttore sanitario nonché dai direttori del SERT, del DSM, del SIP e del DSS territorialmente competente che visita gli istituti di pena due volte l'anno e redige, dopo aver ascoltato il direttore dell'istituto penitenziario nonché rappresentanze dei detenuti e dei loro familiari, una relazione finale da inviare all'Assessorato alle Politiche della Salute. La relazione viene resa pubblica sul sito internet aziendale.

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 alcool-dipendenti 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 286-bis 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.

2.4.9.1 La Medicina Penitenziaria

Di assoluta priorità è l'attuazione del *D.P.C.M. 1° aprile 2008* che rende concreta e definitiva, in tutti i suoi aspetti, la riforma della Medicina Penitenziaria prevista dal *decreto legislativo 230/99* che mira a realizzare, negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, una più efficace assistenza sanitaria, migliorando la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

Per dare piena effettività agli obiettivi del decreto che è integrato, quale parte essenziale, da specifiche "Linee d'indirizzo" è indispensabile promuovere un continuo e costante confronto con i vari soggetti istituzionali (ASL, PRAP, OO.SS.), direttamente coinvolti in questo specifico settore.

Tale confronto è essenziale per definire e condividere percorsi ottimali di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi, al fine di adeguare le prestazioni, in ambito penitenziario, ai livelli essenziali di assistenza garantiti dal S.S.N.

È questo un passaggio fondamentale per giungere a un auspicato livello di equiparazione, sotto il profilo della tutela del diritto alla salute, della condizione dei cittadini ristretti negli istituti di detenzione a quella degli altri utenti del S.S.N.

In coerenza con quanto contenuto nelle "Linee d'indirizzo" nazionale si individuano otto principali aree in cui si strutturerà l'intervento del Servizio sanitario regionale:

1. la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi;

2. le prestazioni specialistiche;

3. le risposte alle urgenze;

4. le patologie infettive;

5. la prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche;

6. la prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale;

7. la tutela della salute delle detenute e delle minorenni e della loro prole;

8. la tutela della salute delle persone immigrate.

Altro rilevante capitolo è rappresentato dalla inderogabile necessità di giungere a definire, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, "forme organizzative" specifiche e differenziate tra loro, in grado di conformarsi alla tipologia e alla consistenza dei vari Istituti penali presenti sul territorio regionale. Tale risultato è da realizzarsi attraverso un forte richiamo ispiratore alle predette Linee guida nazionali che hanno già delineato modelli organizzativi in grado di fornire le risposte adeguate non solo in relazione al tipo di soggetto ospite della struttura (soggetto maggiorenne, minore e/o di sesso femminile) ma anche alla capienza della medesima struttura carceraria.

Infine, in questo quadro innovativo indispensabile appare la realizzazione di un Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria, con rappresentanti dell'Amministrazione regionale, PRAP e Giustizia Minorile, in grado di valutare, in modo efficace ed efficiente, gli interventi a tutela della salute erogati in favore della popolazione sottoposta a provvedimento penale.

2.4.9.2 Carceri e dipendenze patologiche

Un'attenzione specifica merita la problematica rappresentata dai detenuti tossicodipendenti. Col trasferimento al SSN delle funzioni e competenze in materia di assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti, va avviato un adeguamento degli organici dei Dipartimenti dipendenze patologiche (DDP) con specifiche Unità operative, leggendo le carceri quale "ambito", da considerarsi territorialmente, coi numeri e la tipologia propria della condizione detentiva della persona tossicodipendente affetta da patologie associate, da inserire in programmi personalizzati e da assistere nelle 24 ore.

A tal fine, le ASL dovranno garantire gli interventi del SerT per l'assistenza alle persone con problemi di abuso/dipendenza da sostanze o comportamentali in stato di detenzione, salvaguardando in forma concorde e condivisa con le persone detenute il trattamento terapeutico più appropriato, anche mediante la somministrazione di farmaci agonisti degli oppiacei (metadone e buprenorfina), onde evitare inutili sofferenze determinate da crisi astinenziali, la continuità del trattamento farmacologico avviato al di fuori della struttura carceraria, l'eventuale trattamento di disassuefazione.

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 temine, 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, bensi 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 domiciliarità, 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, sessuale e relazionale;

b) necessità di specifica attenzione alle diverse fasce d'età;

c) necessità di considerare gli altissimi indici di comorbilità 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.

Gli interventi dei Centri Antifumo devono essere erogati in contesti sanitari idonei in quanto i fumatori spesso non percepiscono i rischi connessi con il fumo e manifestano importanti resistenze ad accedere a servizi fortemente caratterizzati per il trattamento di altre forme di dipendenza.

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 alcologico), 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. Sempre più capillare appare la capacità di collaborazione tra servizio pubblico ed enti e associazioni del privato sociale accreditato e di automutuo 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 Alcologica da 10 posti letto in ciascuna macroarea.

Si ritiene prioritaria l'integrazione delle attività delle equipe funzionali di alcologia con i Medici di medicina generale, essendo questi molto spesso i primi sanitari ad essere contattati da persone con problemi di alcol dipendenza e/o dai loro familiari. Il coinvolgimento dei Medici di medicina generale richiede interventi di formazione specifici; pertanto, le ASL provvederanno ad attivare protocolli operativi di collaborazione fra i DDP ed i Medici di medicina generale previe le intese contrattualmente previste.

Le tossicodipendenze da psicostimolanti e/o stupefacenti

In considerazione della drammatica espansione e nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti nonché della cronicizzazione ed esclusione sociale di un gran numero di tossicodipendenti in trattamento ed ai fine di adeguare alla domanda attuale la realtà dei servizi pubblici e di privato sociale, si individuano i seguenti obiettivi di piano:

• accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza (nuove strategie terapeutiche e protocolli terapeutici condivisi) con particolare riferimento ai nuovi consumi e alla comorbilità psichiatrica;

• attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;

• attuare una revisione dei flussi informativi nazionali e regionali a fini epidemiologici e programmatici.

È necessario, pertanto, predisporre interventi straordinari per la realizzazione piena dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche previsti dalla *L.R. n. 27*, dalla *L. 125/2001* sull'alcolismo, nonché in attuazione di quanto già definito dal precedente PRS vigente, dalla *L. 328/2000* e sua attuazione regionale, dalla *Delib.G.R. 30 novembre 2005, n. 1722* secondo le seguenti direttrici:

- Adeguamento degli organici, previa verifica e monitoraggio,

- implementazione del sistema di rilevazione dati, unico ed informatizzato ed informatizzazione dei Servizi pubblici e privati, in attuazione del progetto Sesit, della *Delib.G.R. 1722/2005* (attribuendo all'OER compiti di coordinamento e implementazione della rete dei flussi informativi dei SERT) e comunque nell'ambito del nuovo sistema informativo regionale

- Promozione delle azioni di integrazione socio-sanitaria con particolare riguardo all'implementazione del Piano regionale delle politiche sociali e dei Piani di zona nell'area della cura e della riabititazione.

2.5 Misure di Contenimento della spesa farmaceutica

Ai fini del corretto uso del farmaco, sia in ambito territoriale che ospedaliero, col presente piano sono confermate le azioni programmate nellaL.R. 39/06, di seguito riportate, relativamente ad alcune categorie terapeutiche ed integrate in relazione all'intero comparto.

a) Modalità di prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC A02BC -inibitori della pompa protonica.

b) Modalità di prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC C10AA -inibitori della HMG CoA Reduttasi, fermo restando il mandato alla giunta regionale di integrare e/o perfezionare dette modalità.

c) Modalità di prescrizione dei farmaci compresi nelle categorie ATC N06AB e N06AX - antidepressivi inibitori selettivi della Serotonina - ricaptazione e atipici.

d) Indicazione circa il rispetto delle note limitative mediante rafforzamento del controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali soggetti alle limitazioni e indicazioni riportate in tutte le note AIFA.

e) Dispensazione dei farmaci necessari per il primo ciclo di terapia tenendo conto della valutazione dell'effetto degli altri interventi di cui al presente piano nonché dei rapporti di sinergia col sistema distributivo delle farmacie convenzionate.

f) Iniziative di formazione e informazione rivolte ai medici e ai cittadini.

g) Ai fini della razionalizzazione e buon uso del farmaco in ambito ospedaliero sono confermati i programmi di seguito elencati:

a) Rafforzamento della farmacovigilanza attiva in ambito ospedaliero;

b) Iniziative di informazione sui farmaci indipendentemente da logiche di natura promozionale;

c) Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva in ospedale;

d) Governo della spesa farmaceutica attraverso la politica del Prontuario terapeutico ospedaliero regionale;

e) Contrasto alle acquisizioni di farmaci, nell'ambito di attività promozionale, che condizionano la prescrizione territoriale;

f) Gestione informatizzata dei consumi di farmaci in ambito ospedaliero con possibilità di monitoraggio farmacoepidemiologico espresso in DDD;

g) Studi di farmacoutilizzazione riguardanti strategie terapeutiche con farmaci innovativi;

h) Linee guida per l'utilizzo appropriato dei farmaci per i quali è prevista la redazione del Piano terapeutico;

i) Acquisti per area e lotti di equivalenza;

j) Razionalizzazione della logistica anche attraverso magazzini centralizzati.

Le combinate azioni avviate nel corso del 2007 hanno già prodotto notevoli effetti sia in termini di appropriatezza e qualità, sia in termini economici.

La distribuzione diretta attuata per il tramite delle farmacie territoriali convenzionate, per conto del SSR, della quasi totalità dei farmaci inclusi nel Prontuario Ospedale Territorio (PHT), in passato dispensati prevalentemente in ambito ospedaliero, ha consentito di portare in modo capillare l'assistenza più vicina al cittadino. Contestualmente ha consentito di realizzare almeno 20 milioni annui di economia.

Le iniziative assunte in esecuzione della *legge regionale n. 39/06* hanno permesso di realizzare una assistenza più appropriata con maggiore rispetto delle note limitative AIFA (ex CUF) e, al tempo stesso, hanno consentito di ridurre la spesa convenzionata da 932 a 336 milioni di euro tra il 2006 e il 2007. La minore spesa di 96 milioni è compensata solo per la metà dai maggiori oneri per la distribuzione diretta, mentre per l'altra metà costituisce reale economia.

Il percorso sinora seguito ha consentito di perseguire obiettivi di efficienza ed efficacia e necessita di essere proseguito ed implementato. A tal fine la *L.R. n. 40/07* ha dato mandato alla Giunta di avviare altre analoghe iniziative alle quali si potranno aggiungere:

Altre azioni programmate

> Sviluppo di politiche di budget;

> Programmi di informazione per gruppi di popolazione a rischio

Interventi progettati

> Programmi di ricerca mirata finalizzati all'informazione su:

- Trasferibilità delle linee guida,
- Grado di continuità assistenziale;
- Sicurezza ed accettabilità delle terapie.

In conclusione il settore farmaceutico assume un ruolo strategico:

> Nella garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

> Nell'orientamento delle risorse.

Ne consegue la necessità di:

> Coniugare economia ed etica;

> Stabilire cosa è essenziale e cosa è superfluo o dannoso:

> Evitare il razionamento in favore della razionalizzazione.

---

(3) Capoverso così sostituito dall'*art. 27, L.R. 25 febbraio 2010, n. 4*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione. Il testo originario era così formulato: «Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono: il coordinatore socio-sanitario, il MMG (e il PLS nel caso di minori), il Medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatria infantile, etc.), l'assistente sociale dei Comune o dell'Ambito di riferimento, il terapista della riabilitazione, e altre figure professionali dell'area clinica (medico di Distretto) e di quella psicologica in relazione al bisogno della persona.».

---

3. *Nuovi modelli assistenziali*

3.1 Integrazione ospedale-territorio: organizzazione della continuità assistenziale

I mutamenti demografici, sociali ed epidemiologici in corso e la necessità di presa in carico del cittadino durante l'intero arco della vita, pongono il tema dell'integrazione ospedale-territorio e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie dei paesi a sviluppo economico maturo. Nel nostro paese **il PSN 2003-2005** aveva già individuato come obiettivo prioritario ".... la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali,.....teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo."

In seguito **il PSN 2006-2008** ha esplicitato meglio il concetto affermando che, per l'altissima specializzazione richiesta attualmente agli ospedali "emerge la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Gli ospedali ad alta specializzazione rappresentano lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consente il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali (DSS, Ospedale di comunità, Casa della Salute, ADI) per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini".

Guardando al complesso mondo della assistenza sanitaria in una ottica manageriale, appare evidente come lo sviluppo dei modelli sanitari, sempre più orientati ad una integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e preventivi, abbia riconosciuto anche sul piano formale, oltre che sostanziale, la necessità di una **organizzazione a rete** della assistenza stessa.

In questi ultimi anni, infatti, sono stati pesantemente rivisitati, in una ottica di sistemi complessi, i ruoli e le relazioni reciproche dei nodi fondamentali del sistema ospedale-territorio:

l'ospedale per acuti, in cui si è assistito da una parte alla riduzione progressiva dei posti letto a fronte di un aumentato turn over dei pazienti e dall'altra alla espansione del ricovero diurno e della day care;

il distretto che va assumendo, anche operativamente, la funzione di nodo di coordinamento dei percorsi di assistenza sanitari e sociali;

i servizi ubicati nel territorio afferente alla Azienda Sanitaria, quali la ADI, la Assistenza Domiciliare Programmata, le Residenze Sanitarie Protette, le Residenze Sanitarie Assistite, l'Ospedalizzazione Domiciliare, l'Ospedale di Comunità, l'Hospice per i malati terminali, la rete per le cure palliative, modelli di cura e di assistenza capaci di fornire risposte appropriate, efficaci ed efficienti, sia sul versante clinico che organizzativo, ai bisogni del paziente;

le strutture di lungodegenza e di riabilitazione, di cui si evidenzia da più parti la carenza di dotazioni strutturali e di posti letto dedicati;

le Case di Riposo pubbliche e private;

il sistema delle Cure Primarie, tradizionalmente titolare del percorso di cura del paziente, che si sta avviando ad un profondo processo di riforma verso forme di medicina associativa, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, la medicina in associazione, in rete e di gruppo, che sembrano prefigurare l'avvio di un processo di abbandono della condizione storica di "isolamento" della figura del MMG, del PLS e del medico di CA, nell'ottica di una **forte** integrazione tra il livello delle cure primarie e quello delle cure secondarie o della specializzazione.

Questa logica si ritrova anche nell'ambito della **assistenza sociale,** ove si è assistito alla introduzione di strumenti per l'integrazione tra il sanitario ed il sociale degli enti locali e del terzo settore con la adozione dei Piani di Zona e dei Piani Attuativi Locali (PAL), che hanno cominciato a mostrare le loro notevoli potenzialità (peraltro ancora solo parzialmente espresse nella nostra realtà regionale) ed in particolare la capacità di cogliere e valorizzare le peculiarità delle singole zone, all'interno di una visione generale e di contesto.

All'interno di tale rete di servizi, i **percorsi assistenziali** vengono definiti con strumenti di valutazione multidimensionale del profilo e dei bisogni della persona:

• schede per la analisi multifattoriale ed Unità di Valutazione Multidimensionale, in ambito distrettuale, "leggono" in modo integrato i bisogni assistenziali individuali, contestualizzandoli in rapporto alla Comunità cui la persona appartiene;

• strumenti di valutazione della appropriatezza delle prestazioni comparano la risposta assistenziale reale con quella teoricamente più efficace, efficiente ed adeguata, allo scopo di orientare il servizio alla migliore relazione possibile tra bisogni ed offerta.

Gli attori di tale sistema sono tanti quante le competenze richieste dalla sua complessità: i Medici di famiglia, la Collettività, le Professioni sanitarie nei diversi moduli assistenziali, i Comuni, i Sistemi di continuità delle cure, il Volontariato, le Conferenze di servizio, i Dipartimenti aziendali, i Consorzi pubblico-privato. L'assistenza Integrata è in grado di:

• contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri in maniera significativa, con conseguente miglioramento della efficienza globale del sistema;

• favorire l'accessibilità, la fruibilità e l'adeguatezza delle prestazioni, distribuendo in maniera adeguata i servizi nel territorio;

• razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane;

• valorizzare l'analisi dei bisogni.

MODELLI DI INTEGRAZIONE

Il **sistema sanitario pugliese,** per realizzare una efficace ed efficiente integrazione socio sanitaria, deve individuare soluzioni organizzative, rimodulazioni ed interventi capaci di soddisfare i nuovi e più articolati bisogni di assistenza della popolazione della nostra regione, in una ottica di costante attenzione alla **qualità** delle prestazioni erogate e alla **continuità delle cure.**

I modelli di assistenza integrata si fondano, infatti, proprio sulla capacità di governo della domanda, sulla modulazione della offerta e sulle relazioni tra servizi, professionisti, strutture e cittadino, secondo una logica di centralità del malato/utente e di partecipazione attiva della comunità.

Gli obiettivi principali di questo necessario e pertanto non più rinviabile progetto di riorganizzazione dei sistemi di cure, che il presente PRS intende promuovere all'interno del sistema socio sanitario pugliese, sono:

• assicurare l'erogazione di servizi più vicini al cittadino;

• privilegiare la non istituzionalizzazione dei malati, puntando sulla assistenza domiciliare e sullo sviluppo di idonee strutture extraospedaliere;

• attivare modelli e percorsi di priorità nell'accesso ai servizi;

• sviluppare una **reale** integrazione con iniziative di prevenzione e promozione della salute;

• coniugare l'assistenza erogabile a livello di popolazione con la capacità di indirizzare il progetto assistenziale individuale e di specifici sottogruppi di pazienti, ottimizzando indipendenza, specificità e coinvolgimento individuale nella assistenza.

Vi è ormai accordo unanime sul fatto che i **modelli a rete** siano la soluzione migliore di cui si dispone al momento attuale per gestire i problemi di integrazione lungo il continuum of care degli assistiti.

La rete, nell'accezione comprensiva di strutture sia ospedaliere che territoriali, consente di coniugare l'obiettivo di garanzia olistica della "salute" del cittadino con le scelte di focalizzazione delle diverse strutture sulle aree di produzione in cui sono in grado di eccellere.

In una tale prospettiva l'organizzazione a rete costituisce un potente strumento con cui favorire la riprogettazione ed integrazione coordinata dei processi produttivi sanitari, attraverso la definizione all'interno del network dei possibili percorsi utilizzabili dal cittadino/utente nel fruire del servizio, che diventa così il perno centrale nella riorganizzazione attuabile con la rete.

La rete consente una reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all'assistito:

- l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura od il professionista responsabile del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;

- l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia o dal problema assistenziale che lo affligge, ma viene "umanizzato" attraverso il recupero di una sua visione olistica;

- l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Una rete in grado di rispondere alte precedenti esigenze deve necessariamente coinvolgere non solo strutture ospedaliere, ma tutti gli attori dislocati sul territorio e chiamati a cooperare nella soluzione del problema di salute: uno o più ospedali per il ricovero per acuti, le strutture di lungodegenza e riabilitazione, le strutture di day-hospital e day-surgery, le strutture territoriali, l'assistenza domiciliare e gli studi dei MMG e dei PLS.

Il network favorisce l'integrazione tra tutti questi soggetti grazie alla sua capacità di rendere condivisibili e diffuse tra i vari nodi le conoscenze e le informazioni veicolate lungo le connessioni del sistema. Dal punto di vista operativo, gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l'integrazione tra i diversi nodi della rete sono rappresentati dai progetti di disease management e dai percorsi clinico-assistenziali, che codificando la sequenza spazio-temporale degli interventi rispetto ad uno specifico problema di salute consentono conseguentemente di veicolare tale informazione ai diversi nodi della rete interagenti. Altrimenti detti percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) con riferimento al tratto di processo produttivo interno alle strutture ospedaliere.

Una simile organizzazione consente altresi la acquisizione di un eventuale vantaggio competitivo che non dipende dalla sola appartenenza al network, quanto dalla bontà e coerenza delle scelte di focalizzazione che vengono attuate all'interno della rete. L'idea di fondo che guida questo processo di specializzazione e riposizionamento strategico delle singole strutture appartenenti alla rete è identificabile nel **modello organizzativo reticolare** del tipo poli/antenne: all'interno del network vengono identificati dei centri o poli di eccellenza rispetto a precise aree di intervento sanitario e delle unità operative che fungono da antenne o centri periferici e sono quindi dislocate nelle strutture che non ospitano il polo.

Di conseguenza due sono le alternative:

- una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti fungono da antenne, cioè recepiscono il paziente, ma senza trattarlo lo inviano direttamente al polo;

- una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti ospitano centri periferici che operano una selezione dei casi secondo un modello che prevede il trasferimento nel polo di riferimento dei casi di maggiore complessità (con ritorno in periferia nelle successive fasi di riabilitazione e follow up), mentre quelli di minore severità vengono gestiti nel centro periferico di accettazione (ospedaliero o territoriale), sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

• La prima soluzione si adatta alla gestione di patologie a bassa prevalenza/incidenza nella popolazione ovvero di patologie che richiedano approcci diagnostici/terapeutici di elevata complessità. Un esempio appropriato di questa categoria di patologie è rappresentato dalla **Sclerosi Laterale Amiotrofica.**

• La seconda può essere implementata per patologie ad elevata prevalenza/incidenza, per le quali è opportuno attivare percorsi di presa in carico globale del paziente omogenei sul territorio regionale, sulla base di linee guida e protocolli concordati tra tutti gli attori del sistema. È questo il caso ad es. **della patologia neoplastica, delle malattie di pertinenza reumatologica e più in generale di tutte le patologie croniche ad elevato impatto sociale.**

In ogni caso, indipendentemente dal modello adottato, il principale risultato determinato dall'assetto a rete e dal riposizionamento delle strutture ad essa partecipanti, consiste in una aumentata capacità di contatto con il cittadino, dato che nella rete si moltiplicano i possibili punti di accesso rispetto a ciascuna struttura. Questo fatto ha delle ovvie implicazioni positive sulla capacità competitiva di ciascuna struttura, la quale può sfruttare indirettamente la forza attrattiva delle restanti.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO E QUALITÀ

Risulta evidente come un modello di integrazione tra strutture, se realmente realizzato secondo questi presupposti, possa rappresentare una grande opportunità per il sistema sanitario della nostra regione, prima di tutto in ragione delle rilevanti ricadute positive sulla qualità delle cure.

Si sono accumulate negli ultimi anni una serie di evidenze che indicano (sia pure in maniera non univoca) come i modelli di integrazione e gli approcci al disease management condivisi tra ospedale e territorio possono risultare meno costosi e più costo-efficaci rispetto ai modelli assistenziali privi di forme di territorializzazione. Ma è proprio sul versante della qualità delle cure che le opportunità sembrano essere decisamente maggiori. In particolare, evidenti benefici di qualità sono stati rilevati nelle aree materno-infantile, delle malattie neoplastiche e di quelle psichiatriche, nella tutela/promozione della salute delle donne, nella erogazione della assistenza agli anziani e più in generale nella definizione dei percorsi assistenziali per i malati cronici (aree che il presente PRS ritiene prioritarie e sulle quali, come meglio articolato in altre sezioni, intende far convergere risorse adeguate).

La qualità nella continuità di cura tra ospedale e territorio si traduce

• nella promozione della best practice

• nell'aumento della informazione (anche sanitaria) al cittadino

• nella tempestività nelle risposte assistenziali

• nella standardizzazione delle cure

• nell'assicurazione di percorsi assistenziali per le patologie croniche più diffuse e invalidanti,

elementi intorno ai quali è possibile sviluppare un articolato sistema di indicatori di outcome (clinici, di qualità della vita, assistenziali, di customer satisfaction) da tenere presenti nelle successive fasi di programmazione.

Analogamente a quanto già avviene in ambito ospedaliero (sia pure in maniera ancora troppo frammentaria e disomogenea sul territorio regionale) e non per semplice estrapolazione, ma attraverso un adeguato processo di "adattamento", è possibile ed auspicabile la applicazione dei sistemi qualità al settore della integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure. Questa operazione deve tradursi inevitabilmente nella attivazione di un percorso metodologico-operativo (che ha ispirato la elaborazione del presente documento di pianificazione e programmazione.

3.1.1 La promozione della salute delle donne in tutte le fasi della vita: Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale

Il progetto di riorganizzazione dei C.F., la cui metodologia generale di programmazione è direttamente modellata su quella del POMI dovrà necessariamente prevedere un percorso attuativo per fasi successive considerate le gravi condizioni di svantaggio in cui versa la rete attualmente presente sul territorio della nostra regione, in termini di livelli organizzativi, dotazioni strutturali, tecnologiche e di personale, rispetto a realtà regionali nelle quali il Progetto è attualmente in fase di avanzata realizzazione.

L'obiettivo generale che la Regione Puglia si prefigge di raggiungere con la attuazione del Progetto è il riallineamento dei parametri più significativi relativi agli elementi traccianti della intera strategia di riorganizzazione della tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita (gravidanza, parto, allattamento, IVG, menopausa ecc.) con le medie nazionali, nell'arco del periodo di vigenza del presente PRS.

La principale criticità da superare appare la modalità di lavoro dei Consultori Familiari ancora basata sulla risposta alle richieste spontanee delle donne e che dovrà, al contrario, rimodularsi progressivamente sulla modalità della **offerta attiva,** che prevede lo sviluppo di programmi di intervento da offrire sul territorio a tutte le donne, allo scopo di intercettare, in particolare, quelle fasce di popolazione femminile che per condizioni di svantaggio economico, sociale e culturale fruiscono meno dei servizi, pur essendo a maggior rischio di ammalarsi.

In questa prospettiva riveste una importanza strategica il potenziamento dei servizi consultoriali ed in particolari di quelli che hanno un bacino di utenza più disagiato considerando che le persone difficili da raggiungere sono affette da deprivazione sociale - sono in una condizione di "powerlessness" - e quindi sono a maggior rischio di produrre gli eventi o le condizioni che si vogliono prevenire. A tal fine, i Consultori Familiari, istituiti da Enti privati ed Associazioni ed autorizzati ai sensi dell'art. 5 della Legge Regionale 30 del 5 settembe 1977, successivamente alla definizione delle procedure di accreditamento, da realizzare nei termini previsti per l'adozione dei Piani Attuativi Locali, costituiscono parte integrante della rete consultoriale regionale.

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 di norma, 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 lunedi al venerdi 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 Specializzando) 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), in collaborazione con le Associazioni Familiari, di volontariato e/o di Promozione Sociale, inserite nell'apposito Albo regionale e presenti sul territorio, 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.).

• Risposta ai bisogni inerenti le tematiche di salute sessuale e di sessualità anche in relazione all'identità sessuale.

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.

GRAVIDANZA NON VOLUTA

Percorso per il riequilibrio della offerta di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) tra pubblico e privato anche al fine del suo contenimento.

L'elevato numero di IVG effettuate in strutture private in Puglia (quasi il 50% del totale) richiamato nel capitolo iniziale è in gran parte riconducibile alla situazione creatasi nella nostra regione all'indomani della approvazione della legge 194 quando, a fronte di una massiccia dichiarazione di obiezione di coscienza dei ginecologi dei servizi pubblici, fu garantita la possibilità di effettuare la IVG all'interno di cliniche private convenzionate che, nel corso degli anni, hanno assorbito quasi interamente la domanda. Questo modello, con il passare del tempo, ha di fatto creato le condizioni per una progressiva marginalizzazione delle misure di prevenzione del ricorso all'aborto.

Si pone pertanto la necessità di "riportare" gradualmente la gestione delle IVG all'interno del pubblico, riequilibrando l'offerta di servizi dedicati e riconoscendo al consultorio familiare un ruolo fondamentale sia nelle attività di prevenzione della interruzione volontaria di gravidanza, che nella presa in carico delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, ogni medico cui si rivolga una donna per avviare le procedure previste per l'IVG deve valutare con la donna, nel rispetto della dignità e della libertà della stessa, anche sulla base degli accertamenti sanitari, le circostanze che ne motivano la scelta e deve informarla sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può accedere, al fine di evitare il ricorso alla pratica abortiva, nonché sui CF e sulle strutture socio-sanitarie cui può rivolgersi. I CF, inoltre, devono promuovere una efficace campagna di informazione sul parto in anonimato, in attuazione di quanto previsto dall'*art. 1 comma 3 della Legge 194/78* in relazione alle opzioni di affidamento, adozione e di sostegno all'attività delle comunità di tipo familiare.

Nell'ottica della offerta attiva, le equipe dei consultori di uno o più Distretti (o dell'intera ASL), allo scopo di potenziare le misure di prevenzione dell'aborto, devono programmare attività esterne alla struttura, da realizzare nei luoghi di maggiore aggregazione delle possibili fruitrici dei servizi consultoriali (scuole, fabbriche a prevalente mano d'opera femminile, ecc.).

In una ottica di omogenea distribuzione degli interventi su base provinciale, i punti qualificanti del progetto sono i seguenti:

- Individuazione in ciascuna ASL provinciale di UU.OO. che garantiscano l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

- Le UU.OO. individuate devono poter offrire tutte le possibili soluzioni terapeutiche, ivi compresa l'adozione delle metodiche non chirurgiche.

- Stipula di accordi (protocolli operativi) con i medici di medicina generale e i medici di Continuità Assistenziale per l'invio e la presa in carico delle donne che scelgono di interrompere la gravidanza.

- Collegamento dei centri convenzionati con i servizi territoriali, nel rispetto del percorso Consultorio Familiare (CF) - Ospedale - CF, così come previsto dal POMI.

- Possibilità di prenotazione, preferibilmente da parte del CF territorialmente competente e/o per richiesta diretta/MMG, per le donne che scelgono di interrompere la gravidanza presso tutte le UU.OO. individuate dalle ASL.

• Gestione da parte del consultorio dell'intero percorso relativo al caso, dal momento della prima richiesta al follow-up post-intervento (prenotazione esami, prenotazione IVG, counseling contraccettivo ecc.), con ritorno della donna al CF per una corretta gestione del percorso contraccettivo e quindi prevenzione della reiterazione all'IVG.

Sul piano della prevenzione

• Stipula di protocolli di intesa fra Assessorato alle Politiche della Salute e Ufficio Regionale Scolastico per la realizzazione di progetti stabili di educazione alla affettività e alla sessualità da destinare a docenti, genitori e ragazzi.

• Prescrizione della contraccezione d'emergenza nei consultori familiari ed anche nei pronto soccorso e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica).

• Istituzione di uno sportello giovani con orari di apertura dedicati in ogni CF.

GRAVIDANZA DESIDERATA

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

In merito alle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (in base alla Legge vigente 40/2004 e s. m. e i.), la funzione dei CF risulta strategica, in quanto:

• sono deputati a dare tutte le **informazioni** alle coppie che le richiedono relativamente alle varie tecniche e loro percentuali di successo e alle modalità di accesso ai centri accreditati;

• al fine di limitare l'inappropriato ricorso ai centri di PMA, hanno il compito di orientare un primo sommario **screening** relativamente all'anamnesi, allo stile di vita, alla vita di coppia etc. per ottimizzare l'invio mirato ai centri stessi;

• l'equipe consultoriale (ginecologi e psicologi) è tenuta, per legge, a **sostenere la coppia** in tutte le fasi del suo percorso diagnostico/terapeutico;

• nell'ambito negli interventi di **educazione alla salute e alla sessualità negli adolescenti,** devono garantire l'informazione relativa a queste problematiche (anatomia, fisiologia, patologia).

Inoltre, in considerazione della situazione relativa ai centri di PMA attualmente presenti sul territorio regionale, si ravvede la necessità:

• di accreditare prioritariamente centri pubblici (oggi solo 2 su un totale di 8), omogeneamente dislocati sul territorio

• di una riqualificazione complessiva dei servizi di PMA, alla luce dei requisiti nazionali, sulla base della qualità delle prestazioni erogate, del volume di attività, dei risultati raggiunti e della partecipazione a programmi multicentrici di ricerca

• che le strutture pubbliche esistenti garantiscano una quantità adeguata di cicli, la diagnosi pre-impianto degli embrioni trasferiti e forniscano un servizio di counseling, in collaborazione con i CF territorialmente competenti e con il supporto eventuale di associazioni qualificate.

Il centro di riferimento per la PMA è individuato nell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia II dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari.

PROMOZIONE DELLA SALUTE NON RIPRODUTTIVA

Prevenzione delle patologie neoplastiche

Ai fini della prevenzione (primaria e secondaria) delle patologie neoplastiche a carico della mammella e dell'utero si prevede **la realizzazione di un Centro donna in ogni Distretto o per lo meno ogni 100.000 abitanti** nel quale, in una logica di rete che prevede l'integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e sulla base di protocolli operativi condivisi tra operatori sanitari ospedalieri, personale dei Distretti e MMG, le donne possano in regime di Day Hospital:

• sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori (pap-test, ecografia pelvica trans-vaginale, mammografia)

• avviare, ove se ne ravvisi la necessità, un iter diagnostico di 2° livello

• ricevere indicazioni sulle terapie

• eseguire test per la prevenzione di tutte le malattie sessualmente trasmesse, HIV compreso

• effettuare gli screening per la prevenzione dell'osteoporosi (densitometria ossea) e dei disturbi del pavimento pelvico con relativo addestramento a tecniche riabilitative, in stretta collaborazione con il Centro Menopausa di riferimento e con la rete degli specialisti e dei presidi sanitari di endocrinologia e reumatologia.

Inoltre, deve essere prevista la integrazione dei Centri Donna con i Centri di ascolto antiviolenza, da attivare in numero di uno per ASL.

Menopausa

Per la prevenzione delle patologie collegate alla menopausa e gestione del relativo percorso assistenziale, si prevede **la attivazione in ogni ASL provinciale di almeno 1 Centro Menopausa** (preferibilmente all'interno di una U.O.C., di Ginecologia ed Ostetricia, così come già sperimentato nella nostra regione) nel quale, secondo la logica di rete già illustrata, le donne possano in regime di Day Hospital:

• effettuare gli screening per la prevenzione dell'osteoporosi (densitometria ossea) e dei disturbi del pavimento pelvico con relativo addestramento a tecniche riabilitative

• avviare, ove se ne ravvisi la necessità, un iter diagnostico di 2° livello

• ricevere indicazioni sulle terapie

• sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori (pap-test, ecografia pelvica trans-vaginale, mammografia), in stretta collaborazione con il Centro Donna territorialmente competente.

PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SULLE DONNE E BAMBINI

Il progetto di Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza di genere si prefigge una protezione integrale e investe i poteri pubblici di compiti di monitoraggio, sostegno alle vittime, prevenzione e recupero dei violenti, articolandosi nei seguenti punti qualificanti:

• istituzione di Centri Antiviolenza e Case Rifugio "stabili" (la proposta dell'ONU prevede un posto in Centro Antiviolenza ogni 75.000 abitanti)

• avvio di indagini statistiche mirate a livello regionale per rilevare l'entità reale del fenomeno della violenza su donne e minori e di un sistema di monitoraggio sull'offerta dei servizi

• campagne di sensibilizzazione e informazione sulla violenza da effettuare in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private

• formazione degli operatori dei Servizi territoriali pubblici e privati da parte dei Centri Antiviolenza (Consultori, Ospedali, Pronto Soccorso, ecc.)

• interventi di informazione, prevenzione e formazione nelle Scuole, a cominciare dalle primarie, attuate dai Centri Antiviolenza in rete con i Consultori e altre organizzazioni "sensibili" del territorio

• creazione di almeno uno sportello antiviolenza per ASL presso i Pronto Soccorso principali di ogni città della Regione (nei quali sia assicurata la presenza di mediatrici culturali che possano intervenire in caso di episodi di violenza su donne straniere) per offrire accoglienza e ascolto alle donne che presentano caratteristiche di violenza e/o abuso

• creazione di un Osservatorio regionale sulla violenza costituito da "esperti" delle istituzioni del pubblico e dell'associazionismo che svolga attività di coordinamento delle iniziative rivolte alla conoscenza, prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza su donne, minori, vittime della tratta, anziani e immigrate, da prevedere come articolazione dell'Osservatorio Regionale sulla salute delle donne e politiche di genere ovvero come articolazione dell'osservatorio regionale delle Politiche sociali

• promozione del progetto GIADA (finanziato dal DIEF 2007)

• interventi di recupero sugli abusanti.

AZIONI A SOSTEGNO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE

L'attenzione e la promozione della salute delle donne immigrate, quando c'è, misura la qualità e l'efficacia del servizio sanitario, ma anche la qualità della democrazia delle pubbliche amministrazioni.

In questa direzione è necessario definire linee guida ed un piano di azioni che garantiscano alle donne immigrate facilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari.

Tra gli strumenti ritenuti efficaci si considerano prioritari:

- la presenza di mediatrici culturali nei Pronto Soccorso, nelle Cliniche Ostetriche e Ginecologiche, Pediatriche e Psichiatriche.

- la presenza di mediatrici culturali nei Consultori e nelle scuole che costituiscono i servizi più usati dalle immigrate

- la istituzione di un Ambulatorio S.T.P. (già finanziati a livello nazionale) come modello di prima accoglienza sanitaria e di erogazione di servizi

- l'avvio di campagne informative e di contrasto alle M.G.F. La cura e il contrasto alle pratiche di mutilazione genitale femminile affidata ai Consultori e alle Cliniche dell'area materno-infantile, prevedendo la formazione degli operatori.

Inoltre le donne immigrate devono poter accedere a programmi di:

- prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmissibili

- screening

- contraccezione

- prevenzione dell'aborto e assistenza per le procedure relative all'interruzione volontaria della gravidanza

- cura della depressione e/o della fragilità psicologica prodotte dai mutati stili di vita, dal bisogno ed anche dalla difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari.

È indispensabile, in contemporanea all'attivazione dei servizi, prevedere campagne informative mirate in collaborazione con le istituzioni regionali di parità raggruppate nel Centro Risorse Regionale per le donne previsto dalla *Legge regionale 21 marzo 2007 n. 7* quale strumento di raccordo per la programmazione e attuazione delle politiche di genere tra l'amministrazione regionale e il territorio.

SANITÀ E DISEGUAGLIANZE DI GENERE

Per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di genere, andranno programmati:

1. aggiornamento e qualificazione del personale sanitario dei servizi territoriali (consultori in particolare) ed ospedalieri in funzione dell'adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate alla considerazione e al rispetto per ogni orientamento sessuale ed identità di genere

2. attuazione di servizi di informazione, consulenza e sostegno agli adolescenti per garantirne il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere e per supportarli in presenza di eventuali situazioni di emarginazione scolastica o lavorativa

3. monitoraggio triennale circa l'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi e di alcuni specifici parametri di salute

4. formalizzazione tra Regione Puglia, Ufficio Scolastico regionale e Direzioni consultoriali delle ASL di un protocollo di intesa regionale che preveda corsi di formazione per il personale docente sulle tematiche relative alla salvaguardia ed al rispetto dei diversi orientamenti sessuali e delle identità di genere in rapporto con i servizi socio-sanitari.

IL PERCORSO DI MONITORAGGIO E VERIFICA DELLE AZIONI

Allo scopo di attivare un circolo "virtuoso" che inverta, sia pure per gradi, l'orientamento attuale, il presente Piano intende sviluppare all'interno del sistema sanitario pugliese un processo che prevede la riorganizzazione complessiva ed il potenziamento dei servizi presenti sul territorio (Consultori familiari, Distretti socio sanitari, MMG e PLS) entro i prossimi tre anni.

Il nuovo assetto organizzativo, oltre che essere efficacemente supportato in termini di risorse umane e strumentali, sarà costantemente monitorato attraverso strumenti di verifica con relativi indicatori di processo e di esito (contenuti nelle linee guida dettate dal POMI) per la valutazione di impatto sulla popolazione, soprattutto in termini di customer satisfaction e di outcome.

Dal punto di vista organizzativo, è prevista la ridefinizione delle responsabilità e delle competenze della rete dei C.F., in attuazione di quanto contenuto nel POMI e nel rispetto della *Legge Regionale 25/2006*. La rete consultoriale sarà collegata funzionalmente con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia, identificando un **percorso donna** (territorio-ospedale-territorio).

La costituzione di un **Osservatorio Permanente,** interfaccia tra il livello Istituzionale (Assessorati - Presidenza) e il livello operativo (Direzioni generali della ASL - Direzioni distrettuali), con competenze su programmazione, realizzazione e validazione dei programmi strategici, si configura come lo strumento più appropriato ad una progressiva realizzazione del modello proposto.

L'Osservatorio è composto da:

1) Rappresentanti Istituzionali (Ufficio Garante di Genere, Assessorato alle Politiche della Salute, OER Puglia)

2) Esperto super-partes di problematiche socio-sanitarie in tema di salute di genere

3) Rappresentanze delle associazioni femminili

4) Rappresentanza dei Medici consultoriali.

IL PERCORSO MATERNO-INFANTILE

Il panorama della offerta assistenziale in campo pediatrico nel nostro paese è storicamente ricco di esempi di **poli pediatrici di eccellenza** dall'elevato livello qualitativo e dalle notevoli capacità attrattive.

Più di recente, però, ispirandosi al principio della indissolubilità delle componenti socio sanitarie di carattere preventivo, diagnostico e terapeutico nell'arco di tempo che si estende dal periodo prenatale fino alla adolescenza, si è affermato un nuovo modello organizzativo: il **polo materno-infantile,** attualmente sviluppatosi solo nelle regioni centro-settentrionali, mentre da più parti si avverte la esigenza della presenza di una tale struttura nella Italla meridionale.

Per quanto riguarda la diagnosi prenatale, con l'Unità Operativa Semplice di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale a valenza dipartimentale istituita dalla ASL BA nel Dipartimento Materno infantile del P.O. di Venere, è stato avviato un progetto per la diagnosi e la gestione della patologia fetale.

In considerazione della ricchezza di competenze professionali, di opportunità logistiche ed organizzative presenti nella nostra realtà sanitaria, e a seguito anche di precisi impegni finanziari assunti in tal senso in sede ministeriale, è maturata di recente la possibilità concreta di realizzare un **polo materno infantile** nel territorio della nostra regione. Di questa esigenza, infatti, si è fatta portavoce la Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari che ha formulato una proposta finalizzata a sviluppare in modo sinergico percorsi diagnostico-terapeutici, didattici e di ricerca, amplificando le eccellenze e razionalizzando l'attuale offerta assistenziale ridondante e/o inappropriata.

I punti qualificanti della proposta sono:

• la **creazione di un polo materno infantile,** mediante il potenziamento dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, con una dotazione finale di circa 445 posti letto che copre, sulla base delle indagini epidemiologiche, tutto il target assistenziale materno infantile, in grado di porsi come punto di riferimento qualificato non solo per la regione, ma anche per l'intero mezzogiorno di Italla;

• **Il conseguente trasferimento delle UU.OO. del settore materno-infantile a direzione universitaria ubicate c/o il Policlinico** (ginecologia e ostetricia, pediatria, neuropsichiatria infantile, neonatologia, genetica, chirurgia pediatrica) nell'istituendo polo materno-infantile.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA FASE NEONATALE ED INFANTILE

Grande attenzione deve essere rivolta alle problematiche caratteristiche di questa delicata fase della vita, attraverso una serie di attività:

1. garantire un'adeguata informazione rispetto all'utilità dei vaccini ed alla maggiore efficacia degli stessi se effettuati nei tempi giusti di esecuzione, attraverso il coinvolgimento trasversale degli operatori delle divisioni di neonatologia e pediatria, i pediatri di famiglia, i pediatri consultoriali

2. campagne di educazione alla genitorialità;

3. informare e formare i genitori al rispetto della sessualità sin dalla nascita indicando i giusti comportamenti da assumere, con il coinvolgimento di pediatra di famiglia, operatori consultoriali e/o operatori qualificati delle scuole "primavera"

4. attivare protocolli operativi integrati che prevedano corsi di informazione e formazione del personale docente (a cura degli operatori consultoriali) e successivo coinvolgimento della famiglia, ma soprattutto informazione e formazione dei ragazzi nella preadolescenza sulle problematiche della sessualità nell'infanzia ed adolescenza; nella fase adolescenziale (Scuole Superiori) è opportuno affidare l'informazione e la formazione agli operatori consultoriali.

5. programmare l'istituzione obbligatoria di un Centro dei disturbi delle condotte alimentari in ogni ASL

6. garantire una informazione adeguata su stili di vita corretti (Promozione della salute), con il metodo dell'empowerment, attraverso protocolli d'intesa operativi tra Scuola ed ASL

7. ripristino della Commissione Regionale AIDS, in applicazione della Legge n°135/90.

3.1.2 La Rete Oncologica

Le moderne modalità di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sul territorio regionale e esperienze in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

Il Piano Regionale di Salute propone quindi la istituzione di una **RETE ONCOLOGICA PUGLIESE** (ROP) destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico.

Il progetto organizzativo della Rete Oncologica deve prevedere la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente.

Gli obiettivi della Rete Oncologica della Puglia (ROP) sono:

- Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente

- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario

• Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.

La Struttura della ROP sarà regolamentata all'interno della Consulta Oncologica Regionale permanente e del suo Comitato Operativo ristretto, istituiti nel 2006 con l'esplicito compito di elaborare un modello di organizzazione della filiera prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione in campo oncologico.

Il disegno di massima della rete prevede le seguenti articolazioni:

• UNITÀ DI COORDINAMENTO DELLA RETE

L'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale" nel precedente Piano Sanitario, **l'IRCCS "S. De Bellis" di Castellana Grotte** per le neoplasie di pertinenza gastroenterologica, le **Aziende Ospedaliere Universitarie** operanti nella regione, in collaborazione con la Consulta Oncologica Regionale Permanente, concorrono a perseguire i seguenti obiettivi a livello regionale:

1) redazione di linee guida per protocolli clinici, con la definizione di indicatori di processo e di esito, condivise con tutti i nodi della rete;

2) anagrafe e monitoraggio dell'applicazione dei suddetti protocolli;

3) valutazione dei percorsi assistenziali e dei conseguenti risultati clinici;

4) monitoraggio e sorveglianza della qualità della assistenza;

5) controllo della accessibilità ai servizi;

6) definizione di linee guida per la realizzazione di specifici modelli di integrazione ospedale-territorio per particolari aree di intervento;

7) individuazione di percorsi formativi per operatori del settore finalizzata allo sviluppo di livelli essenziali di formazione in oncologia (PNO 2004);

8) sviluppo di progetti di interesse regionale.

All'interno della Rete è istituito il **Registro Tumori della Regione Puglia,** che nasce sulla base di intese e collaborazioni tra Assessorato alle Politiche della Salute, AOU, ASL, ARES, OER, ARPA, Università degli Studi di Bari (delibera G.R. 1908 del 16 novembre 2007).

L'organizzazione del Registro Tumori prevede un Comitato Tecnico-Scientifico con compiti di indirizzo e valutazione delle attività, un Centro regionale di raccolta ed elaborazioni dati e l'attivazione in ciascuna ASL, ad esempio all'interno delle UO di Statistica ed Epidemiologia, di un Settore di attività dedicato.

Il Registro Tumori della Regione Puglia si avvale delle metodologie e delle infrastrutture informatiche del Registro Tumori Jonico-Salentino, attualmente operante nelle province di Brindisi, Taranto e Lecce, al fine di garantire continuità operativa e il confronto con i dati sin qui prodotti.

Obiettivi del Registro Tumori della Puglia sono:

1) La misurazione della mortalità e della incidenza del cancro per sede, per sesso, per età, e per altre caratteristiche della popolazione in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio

2) La redazione di una relazione annuale sulla frequenza della patologia neoplastica in Puglia e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, sulla base della quale individuare aree critiche e priorità.

3) Lo svolgimento di indagini epidemiologiche intese a stimare i rischi cancerogeni nel territorio regionale e a formulare ipotesi circa le cause, anche in collaborazione con altri enti e strutture di ricerca nazionali e internazionali.

4) Il supporto all'Assessorato per le Politiche della Salute e alle Aziende Sanitarie Locali per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, la valutazione dell'efficacia di programmi di screening per i tumori e dell'impatto di programmi di prevenzione primaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e di lavoro.

5) Il monitoraggio e la valutazione dei dati relativi all'accesso e alla qualità dei servizi diagnostici e terapeutici, alla sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro, fornendo confronti con altre regioni o paesi e indicazioni utili alla programmazione sanitaria.

6) L'identificazione e il monitoraggio dei gruppi ad alto rischio.

La realizzazione del Registro Tumori è il primo passo per la istituzione di un **Centro per l'Epidemiologia e le Prevenzione Oncologica (CEPO),** deputato alle attività di indagine e ricerca nel campo dell'epidemiologia dei tumori in collaborazione con le strutture regionali preposte (Assessorato alle Politiche della Salute, OER, ARES, ARPA, Università di Bari e Foggia), anche per attività di collaborazione allo sviluppo di metodologie, di ricerca e di interventi preventivi, in particolare nei settori più avanzati dell'epidemiologia dei tumori, quali l'epidemiologia biochimica e l'epidemiologia genetica.

• DIPARTIMENTI INTEGRATI DI ONCOLOGIA

Il Dipartimento Integrato ospedale-territorio di Oncologia è responsabile della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica e di area chirurgica che si svolgono nel proprio ambito territoriale ed opera in sintonia con il Coordinamento della Rete.

Svolge attività di indirizzo e supporto nei confronti di tutte le strutture, sia ospedaliere che territoriali, alle quali spettano invece le attività che coinvolgono direttamente il paziente e che vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, al follow up, alla riabilitazione ed alle terapie domiciliari.

È prevista l'attivazione di un Dipartimento per Azienda Sanitaria Provinciale. Una volta costituiti, ciascun Dipartimento individuerà al suo interno le sedi opportune entro cui svolgere le diverse attività previste dai protocolli adottati dal Coordinamento della Rete.

In ogni Dipartimento deve essere attivata una funzione operativa denominata **Centro di Orientamento Oncologico (C.OR.O.)** che, in collaborazione con il MMG, ha il compito di indirizzare, coordinare e gestire i percorsi del paziente oncologico, secondo le modalità operative del Care Management.

• UNITÀ ONCOLOGICHE

Le Unità Oncologiche, individuate dal Dipartimento, sono le erogatrici di prestazioni oncologiche appropriate sul territorio, organizzate a seconda della disciplina di appartenenza e della macroarea funzionale (settore) di pertinenza (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione).

Le Unità Oncologiche sono rappresentate da:

• Unità Operative Ospedaliere, aggregate funzionalmente in settori omogenei per patologia, che operano in regime di ricovero ordinario o day hospital, attivate nell'ambito della Rete Ospedaliera Regionale (come rimodulata in esecuzione del presente piano);

• Articolazioni operative del Distretto per funzioni di prevenzione secondaria, diagnostica di primo livello, assistenza domiciliare (terapia di supporto anche psicologica e cure palliative) e riabilitazione con l'eventuale ausilio delle associazioni di volontariato impegnate nell'assistenza ai pazienti oncologici, attraverso la stipula di specifiche convenzioni;

• Hospice previsti dalla programmazione regionale.

Il modello organizzativo dipartimentale

Il Dipartimento è organizzato secondo due articolazioni principali: **Centro di Orientamento Oncologico (C.OR.O.) e Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI).**

A) Deve essere prevista l'attivazione di un C.OR.O. per Distretto Socio-Sanitario.

Il C.O.R.O. (sul modello del Care Service Pathways - Servizio di presa in carico) ha il compito di informare ed accogliere ogni nuovo cittadino-utente, residente nel distretto di competenza, che chiede di essere seguito - spontaneamente o su indicazione del MMG/altro specialista - da una delle strutture afferenti alla Rete Regionale e si fa carico di gestire le problematiche amministrativo-gestionali nonché quelle di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente, garantendone e verificandone la continua "presa in carico" da parte della Rete, in costante dialogo con i MMG.

Il C.OR.O ha in sintesi i seguenti compiti:

- Informazione

- Accoglienza

- Gestione amministrativa

- Rapporti con il Medico responsabile delle cure domiciliari distrettuali (in base a quanto previsto dal presente Piano e dal recente Contratto decentrato della Medicina Generale)

- Indirizzo diagnostico terapeutico e raccordo con le strutture ospedaliere centrali e periferiche ed i Distretti Socio - Sanitari

- Gestione della continuità ospedale-territorio attraverso la modalità operativa del Day Service.

- Rapporti con il volontariato e le organizzazioni no-profit.

- Rapporto con il Registro tumori.

Per lo svolgimento dei compiti previsti, le figure professionali da garantire all'interno di ciascun C.O.R.O sono:

- Oncologo Medico;

- Infermiere Professionale;

- Assistente Sociale;

- Psicologo;

- Addetto all'elaborazione dei dati;

- Amministrativo.

La presa in carico effettiva del singolo paziente oncologico viene assicurata attraverso l'identificazione di un care giver (infermiere professionale) che assume operativamente le funzioni indicate di accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sotto la supervisione del C.OR.O - in collaborazione con il MMG e avvalendosi delle figure professionali di volta in volta necessarie.

B) La gestione diagnostico-terapeutica del paziente è affidata ai **Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI).**

Il gruppo di patologia, costituito nell'ambito del Dipartimento, ha compiti operativi di definizione diagnostica, terapia, follow-up e controllo qualitativo delle prestazioni ed è composto dalle seguenti figure professionali, per quanto di competenza: specialista d'organo (medico e chirurgo), oncologo medico, radioterapista, radiologo, anatomo patologo, specialisti del Distretto ed un rappresentante del Distretto stesso. Alla guida dei suddetti gruppi di patologia è preposto un coordinatore individuato dal Direttore di Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento.

Compiti del gruppo di patologia sono:

a) elaborazione, in raccordo con le linee guida del Coordinamento regionale, di protocolli aziendali relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e di follow-up dei pazienti;

b) attivazione degli ambulatori multidisciplinari di patologia per l'inquadramento ed i controlli periodici dei pazienti;

c) definizione e realizzazione di percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;

d) audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida comuni elaborate;

e) valutazione dei risultati clinici ottenuti in riferimento ai dati di letteratura omogenei per patologia e stadio, con proposta di eventuali azioni correttive da attuare in caso di scostamenti significativi secondo i principi dell'evidence-based medicine.

Il Dipartimento individua i GPI sulla base di specifiche risorse e esigenze territoriali, anche di natura epidemiologica. A titolo di esempio si riporta un elenco non esaustivo di possibili GPI.

> GPI MAMMELLA;

> GPI POLMONE;

> GPI GINECOLOGICO;

> GPI UROLOGICO;

> GPI GASTROENTERICO;

> GPI NEURONCOLOGICO;

> GPI ORL;

> GPI MALATTIE EMATOLOGICHE;

> GPI TUMORI RARI

Percorsi di funzionamento del modello organizzativo

Il medico (MMG, specialista ospedaliero o ambulatoriale) che sospetti o diagnostichi una patologia oncologica, indirizza il paziente presso il Centro di Orientamento o, qualora assuma direttamente il compito di orientamento diagnostico-terapeutico, registra il paziente al C.O.R.O. di competenza.

Nel caso il paziente acceda spontaneamente ad una delle articolazioni operative della Rete, ne deve essere data immediata comunicazione al suo MMG ed al C.O.R.O. competente per territorio, che provvederà ad attivare le procedure di inquadramento anagrafico e di registrazione del caso.

Al Centro il paziente viene registrato presso un servizio informatizzato di anagrafe oncologica ed è accolto dallo specialista oncologo medico per l'inquadramento del caso.

Lo specialista, a seguito della valutazione clinica, attiverà il percorso ospedaliero ovvero le funzioni di pertinenza del Distretto, attraverso il GPI di riferimento relativo alla patologia del paziente.

Il C.OR.O segue il paziente dal momento del primo accesso lungo tutte le successive fasi del percorso assistenziale fino all'eventuale inserimento nell'Hospice, ovvero alla attivazione delle cure domiciliari, coordinandosi con il MMG.

Il C.OR.O ha la responsabilità dell'istituzione e aggiornamento della **cartella informatizzata del paziente** i cui dati confluiscono nel database informatico del Centro, che diventa una fonte di dati del Registro Tumori regionale.

3.1.3 La Rete delle Cure Palliative

Le Cure palliative, secondo la definizione dell'OMS, costituiscono una "serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi ed, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie".

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica ma rappresenta una costante della fase finale della vita di persone affette da malattie ad andamento cronico ed evolutivo ad esito infausto a carico di numerosi apparati e sistemi.

L'*articolo 1 del Decreto legge 28 dicembre 1998 n. 450*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 26 febbraio 1999 n. 39*, nel prevedere i finanziamenti per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, ha previsto altresi che le regioni elaborino un piano che assicuri l'integrazione dell'attività degli hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti oncologici erogate nell'ambito della regione.

La Rete delle Cure palliative dal 2001 è inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha ribadito la necessità di organizzare reti di cure palliative che permettano di garantire la qualità e la specificità degli interventi unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico delle persone malate.

La Rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiato ed in genere preferito dal malato, e le strutture di degenza dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

La Rete di Cure palliative deve essere flessibile e prevedere l'integrazione delle Organizzazioni No Profit e del Volontariato.

Modello organizzativo

La Rete delle cure palliative regionale, secondo la logica della continuità assistenziale, si articolerà in Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) che forniscono al paziente la possibilità di

- ricovero nei centri residenziali di cure palliative (hospice);

- ricovero in regime di day hospice; - assistenza ambulatoriale;

-assistenza domiciliare specialistica.

È opportuna la presenza di almeno una UOCP ogni 400.000 abitanti che quindi ha dimensione sovradistrettuale.

La direzione dell'Unità è essere affidata ad un dirigente medico in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative.

La presa in carico del paziente avviene dopo una valutazione effettuata da una equipe costituita da un rappresentante dei medici di famiglia, da un rappresentante del Distretto e dal dirigente responsabile dell'UOCP, al fine di assicurare la presa in carico continuativa del paziente nel suo percorso.

Nei casi a carattere di urgenza, la presa in carico del paziente è disposta dal dirigente responsabile della UOCP e successivamente convalidata dagli altri componenti della equipe sopra indicata, su segnalazione del MMG o dello specialista ospedaliero/territoriale.

Saranno elaborate normative che indichino i requisiti minimi tecnologici ed organizzativi per l'accreditamento delle Unità di cure palliative e delle Organizzazioni non profit.

Cure palliative pediatriche

Pur non disponendo di dati epidemiologici certi, recenti analisi stimano un numero di pazienti pediatrici bisognosi di cure palliative per malattia inguaribile e terminale pari a 10 per 10.000 minori (1/3 oncologici, 2/3 non oncologici). Per rispondere adeguatamente alle esigenze assistenziali si prevede l'attivazione di una Rete di cure palliative pediatriche costituita da un unico centro di riferimento regionale con funzioni organizzative, di coordinamento, formazione e supervisione clinica (uocpp, unità operativa di cure palliative pediatriche) che fra l'altro preveda l'attivazione di una struttura residenziale da riservare ai casi nei quali la situazione clinica e/o il contesto familiare lo richiedano. L'Uocpp comprenderà unità semplici domiciliari dedicate, una per ciascuna ASL, al fine di privilegiare la permanenza del bambino nel luogo abituale di vita.

Osservatorio regionale

La Regione intende avviare un'azione di supporto allo sviluppo della Rete con la costituzione di un Osservatorio regionale per le cure palliative che abbia il compito di effettuare:

- il monitoraggio di tutte le attività al momento erogate dalla Rete,

- il monitoraggio delle fasi di attuazione di quanto progettato

- il raccordo con l'Osservatorio epidemiologico regionale che estenderà il suo campo di ricerca anche all'età pediatrica

- la diffusione dei dati raccolti ad operatori ed utenti,

- la valutazione del volume e tipologia delle prestazioni effettuate,

- l'elaborazione di protocolli di modalità comunicative fra paziente/ familiari e soggetti eroganti l'assistenza,

- l'elaborazione di protocolli di intervento sanitario,

- la definizione di un programma formativo e di aggiornamento degli operatori,

- un'azione di stimolo all'incontro ed al confronto fra gli operatori della Rete,

- la definizione di un programma di pubblicizzazione delle Rete e delle sue potenzialità.

I Dirigenti delle UOCP avranno fra l'altro il compito di collaborare alle iniziative attivate dall'Osservatorio regionale.

3.1.4 La Terapia del dolore

L'aumento della aspettativa di vita ed il costante incremento dell'incidenza di patologie gravi ed altamente invalidanti, complicate dalla presenza di dolore di grado moderato-severo, non più inteso come semplice sintomo, ma come sindrome complessa a sé stante, ha stimolato lo sviluppo delle conoscenze sugli aspetti fisiopatologici e terapeutici ad esso collegati, promuovendo la nascita della cosiddetta "medicina del dolore".

In ambito anestesiologico si sono sviluppate nuove e più efficaci strategie di controllo del dolore per i pazienti resistenti ai trattamenti farmacologici di comune e più semplice impiego, orientate al miglioramento della qualità della vita.

Nella Regione Puglia non risulta ancora avviata in forma strutturale l'attività dedicata al trattamento del dolore, nelle sue diverse espressioni di dolore postoperatorio, neoplastico, da patologia cronica invalidante, rendendosi pertanto necessario da un lato sviluppare in maniera diffusa processi formativi, dall'altro attivare nell'ambito delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione strutture dedicate.

Le suddette strutture procederanno alla individuazione dei protocolli terapeutici e alle modalità di erogazione delle relative prestazioni, raccordandosi con le Unità Operative interessate e con le competenti strutture territoriali dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

3.1.5 L'Assistenza al paziente cronico

Per un ottimale trattamento delle patologie croniche caratterizzate da frequenti riacutizzazioni, che causano spesso ricoveri inappropriati, è opportuno realizzare una efficace continuità assistenziale tramite il coordinamento fra le figure professionali che partecipano in tempi successivi e a vari livelli alla gestione di un determinato paziente. Le malattie che più possono beneficiare di un modello di gestione integrata dei processi di cura (disease management) sono quelle croniche:

scompenso cardiaco, BPCO con insufficienza respiratoria, cirrosi epatica scompensata e diabete mellito con complicanze, in quanto patologie con elevata incidenza e alti costi sanitari diretti e indiretti, anche per le frequenti riospedalizzazioni.

Di particolare rilievo nella gestione di queste patologie è l'attivazione di team multidisciplinari e multiprofessionali: MMG, specialista ospedaliero e/o territoriale, infermiere professionale, dietista, fisioterapista. Inoltre la gestione integrata dei pazienti fra ospedale e territorio elimina le fasi più delicate del percorso sanitario che coincidono con i momenti di passaggio da una gestione all'altra (ammissione/dimissione ospedaliera, trasferimento tra reparti ospedalieri anche di presidi diversi).

In Regione Puglia sono già in corso o sono state proposte esperienze, derivanti da specifici progetti e accordi fra alcune Società Scientifiche e le organizzazioni di categoria dei MMG, relative a particolari patologie (diabete e scompenso cardiaco) che devono essere estese su tutto il territorio regionale e ad altre condizioni di cronicità.

3.1.6 La Rete delle Malattie Neurodegenerative

Le malattie neurodegenerative costituiscono un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate dall'instaurarsi della morte delle cellule neuronali e conseguentemente di segmenti interi del Sistema Nervoso Centrale (SNC) caratterizzati da attiguità funzionali o strutturali.

Il gruppo delle malattie neurodegenerative comprende il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), le demenze degenerative non Alzheimer e il declino cognitivo - non demenza (MCI). Queste patologie hanno in comune molti aspetti della patogenesi (disordini dell'aggregazione proteica); utilizzano spesso le medesime procedure diagnostiche (nuove tecniche di imaging quali Risonanza Magnetica in diffusione) e terapeutiche. Infine molte delle problematiche relative alla gestione fisioterapica e di interventi non farmacologici sono analoghe.

Questo gruppo di caratteristiche fa si che lo sviluppo di un core di conoscenze e di expertise in un sistema a rete sia una via privilegiata per ottimizzare i risultati dell'assistenza e contribuire alla produzione e alla diffusione di nuove conoscenze nel settore.

Dimensioni del Problema

Poiché l'età è il fattore di rischio più importante per queste patologie, l'invecchiamento della popolazione generale in atto determina una continua crescita dei numeri relativi a queste malattie. Complessivamente circa il 10-15% della popolazione sopra i 65 anni ha una diagnosi di malattia neurodegenerativa o presenta una fase sintomatica senza che la patologia sia stata diagnosticata. Tutte queste patologie, coinvolgendo in maniera diretta le funzioni cognitive e la motricità, sono responsabili di una rapida caduta delle capacità relazionali e dell'autonomia funzionale, e spesso, nel tempo, della perdita della identità individuale, con importanti ripercussioni a livello individuale e sociale.

Nell'area della diagnostica la definizione delle tipologie cliniche va associata alla nuove diagnostiche radiologiche sia statiche che funzionali, all'uso di markers di laboratorio, nonché di test genetici e di neuropsicologia. Si tratta pertanto di un'area in cui solo assicurando

un'integrazione continua tra ricerca e assistenza è possibile fornire diagnosi rapide, cure più appropriate ed un follow up con care riabiliativo adeguato.

Obiettivi

* Miglioramento e razionalizzazione delle capacità diagnostiche

* Implementazione di protocolli diagnostici e di follow-up delle patologie, da utilizzare nelle Unità Operative di Neurologia presenti sul territorio, anche attraverso il coordinamento delle strutture di ricerca per l'impiego di diagnostica avanzata di Imaging e di Laboratorio (biomarkers in siero e liquor cefalo-rachidiano e genetici).

* Coordinamento con il livello assistenziale sul territorio, con il coinvolgimento dei medici di base e degli specialisti di settore, che garantisca lo sviluppo di protocolli di assistenza per la gestione quotidiana delle patologie nelle diverse fasi evolutive.

Descrizione delle attività della Rete

Si propone un modello organizzativo di tipo "Hub and Spoke", con la individuazione di tre centri di riferimento regionali, uno per ciascuna delle macroaree regionali, supportati da una rete di servizi ospedalieri e territoriali, in costante collegamento funzionale tra loro per assicurare la correttezza del percorso diagnostico-terapeutico, nonché la continuità della presa in carico dei pazienti.

L'attività della rete si svilupperà su due livelli sovrapposti: il primo coinvolgente le unità operative complesse di neurologia presenti nella regione; il secondo rappresentato dalle articolazioni territoriali degli specialisti ambulatoriali e MMG, nonché dal sistema dell'assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare. Il flusso dei pazienti e delle informazioni viaggerà nelle due direzioni e tra i due livelli in maniera coordinata.

I centri regionali di riferimento hanno compiti di coordinamento dei servizi ospedalieri e territoriali per offrire supporto nell'indirizzo diagnostico e terapeutico e per la formulazione di linee guida e protocolli di follow up. Sono collegati con reti di ricerca ed assistenza nazionali e internazionali e si raccordano con le Istituzioni regionali preposte per la definizione di percorsi formativi specifici per gli operatori dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

In ciascuna Azienda viene assicurata la presenza di almeno una Unità Operativa di Neurologia in cui siano attivati percorsi assistenziali dedicati con attività ambulatoriale e servizio di Day Hospital finalizzato a diagnosi e terapia, con accesso alla diagnostica di laboratorio, neurofisiologica e di neuroimaging.

I servizi territoriali e i MMG collaborano alla definizione e alla realizzazione del piano terapeutico e all'aggiornamento della cartella clinica informatizzata, di cui si dice in seguito, e definiscono le opportune modalità di assistenza socio-sanitaria, attraverso la UVM, per l'attivazione dell'ADI e il coordinamento dei servizi di riabilitazione residenziale e semi-residenziale.

Un aspetto qualificante della messa in rete delle strutture a vario livello dedicate a queste patologie è la raccolta dei dati epidemiologici. Fondamentale, da questo punto di vista, è l'istituzione di una

cartella sanitaria informatizzata dedicata: questo strumento consente da un lato la ricostruzione e il continuo aggiornamento della storia clinica di ciascun paziente, accessibile a tutti gli operatori coinvolti, dall'altro rappresenta la base di partenza per la raccolta di dati epidemiologici, anche ai fini della valutazione dell'efficacia degli interventi attuati. L'obiettivo è la creazione di registri di patologia, utilizzando il modello del registro pugliese della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLAP), come base per le ricerche cliniche e per progetti di pianificazione sanitaria. In questo ambito è essenziale assicurare il collegamento con l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.

Reti dedicate verranno attivate per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie neurodegenerative degli organi di senso (in particolare apparati uditivo e visivo).

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, la creazione di **Centri dedicati** per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione composti da equipe multidisciplinari con professionalità di ordine internistico, nutrizionale, psichiatrico, psicologico, attraverso:

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, collocata 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, terapista 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).

3.1.8 La medicina dello sport

La medicina dello Sport riveste una notevole efficacia preventiva e terapeutica nelle patologie croniche dell'individuo.

In attuazione delle finalità e degli obiettivi del SSN, la Regione provvede alla promozione e alla tutela sanitaria nelle attività sportive, attraverso la diffusione di stili di vita incentrati su una corretta attività fisica.

Ai fini della promozione dell'attività sportiva la Regione ha previsto:

• la gratuità delle certificazioni di idoneità dei minori alla pratica sportiva agonistica e non, compresi gli accertamenti relativi.

• i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle strutture che svolgono attività specialistica ambulatoriale di medicina dello sport per l'età evolutivo, con il *regolamento regionale n. 3 del 13 gennaio 2005*, in attuazione della *L.R. n. 8/2004*;

• le tariffe forfettarie per il rilascio delle certificazioni di idoneità dei soggetti maggiorenni alla pratica sportiva agonistica, compresi gli accertamenti richiesti per il loro rilascio, con l'*art. 29 della L.R. 9 agosto 2006, n. 26.*

Il risultato del monitoraggio regionale effettuato nell'anno 2007, in merito alle prestazioni erogate dai Centri di Medicina dello Sport, pone in evidenza che esiste, a tutt'oggi, una notevole evasione dall'accertamento sanitario di idoneità dei soggetti che praticano sport in modo saltuario o continuativo.

Per questi motivi la Regione ha aderito al progetto "Azioni per una vita in salute" promosso dal Ministero per la Salute. Tale progetto, che si inserisce nel programma "Guadagnare Salute", ha come obiettivo generale l'aumento delta percentuale dei soggetti che svolgono una regolare attività fisica. Tale obiettivo deve essere perseguito attraverso:

• l'aumento della capacità del SSR di utilizzare l'esercizio fisico a fini preventivi per il contrasto di fattori di rischio della patologia cronica-degerativa;

• la promozione di una cultura e di una legislazione che contrastino l'ambiente che induce la sedentarietà;

• la divulgazione, tramite una efficace campagna informativa/formativa, di messaggi diretti alla diffusione dell'attività fisica nella popolazione;

• istituzione del libretto sanitario dello sportivo, come previsto dal Coordinamento interregionale per la tutela sanitaria delle attività sportive.

Organizzazione

Al fine di rendere attuabili le finalità su citate, si rende necessaria una riorganizzazione dei servizi territoriali di Medicina dello Sport con la seguente strutturazione:

• **Centro di Riferimento Regionale** presso il Policlinico di Bari;

• **Centri provinciali;**

• **Centri territoriali.**

Il Centro di Riferimento Regionale di Medicina dello Sport è diretto da un dirigente

medico specialista in medicina dello sport.

Assolve, in aggiunta alle finalità dei centri provinciali e territoriali, i seguenti compiti:

• coordinamento dell'attività dei centri di livello provinciale;

• centro di riferimento per la valutazione complessiva dell'atleta;

• accertamenti diagnostici e interventi di sostegno in relazione a problemi fisici e psichici derivanti dalla pratica di attività motorie;

• attività di terapia e di riabilitazione per danni derivanti dalla pratica di attività sportiva;

• progetti di promozione dell'attività sportiva nei soggetti diversamente abili al fine di perseguire il possibile recupero parziale della disabilità stessa, nonché di migliorarne la qualità della vita;

• funzione di "Osservatorio epidemiologico regionale per la Medicina dello Sport", come previsto dalla circolare del Ministero della Sanità del 18 marzo 96 n. 500.4/MPS/CP/643;

• istituzione del Comitato regionale per la verifica della qualità in Medicina dello Sport;

• attività di studio e ricerca in Medicina dello Sport;

• diffusione della cultura della lotta al doping e all'uso di sostanze e metodiche dirette a modificare artificiosamente le energie naturali ed il relativo rendimento atletico compromettendo la salute e la dignità di chi le usa e contravvenendo all'etica sportiva.

Il Centro Provinciale di Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Motoria, diretto da un medico specialista in Medicina dello Sport, deve assicurare, oltre ai compiti previsti per Centri Territoriali:

• la promozione dell'educazione sanitaria, motoria e sportiva della popolazione, quale mezzo efficace di prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di ciascun soggetto, in collaborazione con Scuola, Enti Locali, Società Sportive;

• la valutazione funzionale degli atleti, per la scelta dello sport più idoneo, con costruzione di tabelle di allenamento, analisi nutrizionale, dietologia sportiva;

• il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'attività sportiva;

• l'attuazione di misure per la lotta al Doping;

• l'organizzazione di corsi di formazione per elevare il livello professionale e per riqualificare gli operatori del settore;

• la sorveglianza igienico-sanitaria degli impianti sportivi (in collaborazione con le strutture del Dipartimento di Sanità Pubblica).

Il Centro Territoriale di Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Motoria, diretto da un dirigente responsabile medico specialista in Medicina dello Sport, deve provvedere:

• alla tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non, mediante l'effettuazione di esami clinici e strumentali propedeutici al rilascio del certificato di idoneità sportiva;

• alla compilazione del libretto sanitario dello sportivo.

Il sistema della medicina dello sport si avvarrà dei centri pubblici, delle strutture della Federazione medico sportiva Itallana, già accreditate, e delle strutture private, da accreditare in relazione al fabbisogno che, unitamente alla revisione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sarà oggetto di successiva apposita regolamentazione.

3.2 I percorsi per la riabilitazione

3.2.1 Principi generali

La strategia dell'intervento riabilitativo, che la Regione intende attuare con il presente Piano, tiene conto delle esigenze assistenziali di tipo strettamente sanitario e della necessità che, in alcuni casi, esso debba essere integrato con interventi sociali, orientati a rinforzare l'inserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale.

La medesima attenzione dovrà guidare gli estensori della programmazione integrata territoriale, che, con i PAT e i PdZ, metteranno in rete tutte le risorse che possono contribuire sinergicamente per migliorare la qualità della vita della persona, distinguendo le prestazioni rispettivamente correlate ai LIVEAS ed ai LEA, al fine di una corretta ripartizione dei costi di quelle sanitarie, così come definite dal *D.P.C.M. 21 novembre 2001* e s.m.i.

Il Piano, nella sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento più complesso. Deve essere fatto uno sforzo decisivo per definire in questo ambito modelli operativi chiari e funzionali, nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per gli utenti e le famiglie. Deve, inoltre, essere avviato il monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione. Di conseguenza, la rete delle strutture e dei servizi riabilitativi deve essere organizzata sulla base del principio delle cure progressive ed in aree di degenza, secondo quattro livelli di complessità dell'assistenza:

• intensiva

• ad alta complessità

- a media complessità
- a bassa complessità.

Tali livelli si traducono in setting assistenziali erogati dagli ospedali pubblici o privati accreditati o dal distretto, attraverso strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate, in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è l'individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo pre-determinato, mediante un percorso assistenziale che garantisca l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate, in relazione alla complessità del quadro clinico.

La **riabilitazione intensiva viene assicurata nelle Unità Operative Ospedaliere in possesso di specifici requisiti** che trattano patologie che necessitano dell'intervento riabilitativo precoce, in grado di garantire la presa in carico nella fase post-acuzie.

La riabilitazione ad alta complessità viene erogata presso Unità Operative Ospedaliere, in grado di garantire la presa in carico di pazienti con necessità di assistenza essenziale per il supporto vitale sino alla fase di risveglio ovvero di autonomia delle funzioni vitali.

La riabilitazione a media complessità viene garantita nelle RSA e presso strutture extra-ospedaliere, in possesso di specifici requisiti, in favore di pazienti che, superata la fase post-acuzie, necessitano di un programma terapeutico caratterizzato da un moderato impegno e, comunque, da una presa in carico per le prestazioni sanitarie funzionali al massimo recupero possibile della disabilità.

La riabilitazione a bassa complessità viene assicurata nelle RSSA e presso strutture extraospedaliere, in possesso di specifici requisiti, in favore di persone inserite in programmi di assistenza sociale, che hanno bisogni riabilitativi minimali.

La riabilitazione per l'assistenza ai minori affetti da disturbi comportamentali e/o da patologie neuro-psichiatriche viene erogata in strutture extra-ospedaliere a carattere socioassistenziale e socioeducativo dedicate, in possesso di specifici requisiti, che assicurino anche prestazioni socio-riabilitative di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi, anche se privi di sostegno familiare.

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 multicomprensivo 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 multicomprensivo 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 multicomprensivo 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, altresi, 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. 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.

LIVELLO	TIPOLOGIA ASSISTENZIALE	STRUTTURA	AMBITO
Assistenza intensiva in Unità Operative per acuti	Per pazienti in fase acuta, clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche che richiedono la gestione del caso da parte di specialisti di discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa. 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	UU.OO. ospedaliere	LEA

	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	In regime di ricovero ordinario, per pazienti 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.	UU.OO. ospedaliere	LEA	
Assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera in regime di Day Hospital	In regime day hospital, per pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprensivo ed un supporto multidisciplinare distribuito nell'arco delle ore diurne.	UU.OO. ospedaliere	LEA	
Assistenza intensiva post-acuzie ad alta complessità	Dedicate a pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.	UU.OO. ospedaliere dedicate	LEA	
Assistenza intensiva post-acuzie extraospedaliera	Per pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e si trovano in condizioni da richiedere un intervento riabilitativo intensivo multicomprensivo ed un supporto multidisciplinare distribuito nell'arco delle 24 ore.	Strutture extra ospedaliere (a tariffa)	LEA	
Assistenza estensiva post-acuzie ad alta complessità	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 medica 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 multicomprensivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi.	Strutture residenziali territoriali	LEA	
Assistenza	Per pazienti non autosufficienti, a causa	Strutture	LEA	socio-

estensiva a media complessità	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.	residenziali territoriali - RSA	sanitari
Assistenza diurna estensiva a media complessità	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.	Strutture semiresidenziali territoriali	LEA socio-sanitari
Assistenza estensiva a bassa complessità	Per pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con disabilità stabilizzate, che richiedono un programma di interventi riabilitativi per il mantenimento delle abilità funzionali.	Strutture residenziali territoriali - RSSA	LEA socio-sanitari
Assistenza diurna estensiva a bassa complessità	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.	Strutture semiresidenziali territoriali	LEA socio-sanitari
Assistenza ai minori portatori di disabilita fisiche, psichiche e sensoriali	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.	Strutture residenziali territoriali dedicate	LEA socio-sanitari
Assistenza diurna ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	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	Strutture semiresidenziali territoriali dedicate	LEA sociosanitari

	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, altresi, 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	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.	Strutture residenziali territoriali - Istituti Ortofrenici ad esaurimento - Altre strutture per il "dopo di noi"	LEA socio-sanitari

3.2.3 La riabilitazione domiciliare

Il presente piano sanitario si pone l'obiettivo di potenziamento dell'assistenza domiciliare, degli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e di supporto alla famiglia, promuovendone l'attivazione in tutti i casi in cui il quadro clinico del paziente lo consenta e le aspettative di un risultato efficace della terapia riabilitativa spingano ad orientare la scelta del trattamento a domicilio del paziente.

La rete delle cure domiciliari deve assicurare la continuità dell'assistenza medica, infermieristica, specialistica a domicilio per favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale. A tal fine struttura percorsi integrati di sostegno alla famiglia facilitando l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi ed ausili necessari a domicilio.

Al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni domiciliari la Regione definisce:

• linee guida regionali per un'uniforme interpretazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti alle cure domiciliari e per dare un significato omogeneo alle caratteristiche di questo tipo di assistenza;

• criteri per il progressivo ampliamento dell'erogazione delle cure nel domicilio familiare degli assistiti, finalizzando l'incremento previsto degli stanziamenti per tale regime di assistenza;

• strutturazione di risorse professionali multidisciplinari proprie e/o con rapporto funzionale;

• la disponibilità e l'utilizzo di risorse strumentali come ausili per la mobilizzazione e la prevenzione di complicanze da immobilizzazione, presidi per le medicazioni difficili e per l'alimentazione artificiale, tecnologie innovative per la telemedicina e la teleassistenza;

• una valutazione dell'efficacia ed efficienza attraverso la lettura degli esiti raggiunti da coloro che utilizzano tale forma di assistenza;

• l'integrazione, sia in termini di programmazione che di erogazione, dell'assistenza realizzata dalle risorse del SSR e degli EE.LL. con le reti sociali di solidarietà attraverso forme di collaborazione sviluppate dai soggetti presenti nel territorio per l'attuazione dei LEA e dei LIVEAS.

Presa in carico

I presupposti essenziali per l'attivazione di un programma di Cure Domiciliari sono:

• compatibilità delle condizioni cliniche dell'Assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;

• presa in carico del Medico curante per le problematiche di tipo sanitario;

• consenso informato da parte dell'assistito e della sua famiglia;

• verifica dell'idoneità della condizione abitativa;

• verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;

• rafforzamento del ruolo del familiare di riferimento, care giver, attraverso la valutazione ed il potenziamento delle sue capacità e competenze, con la possibile partecipazione alla UVM per la verifica e l'adeguamento delle attività previste dal PAI.

A questo livello si devono sviluppare percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti (es.: anziani con polipatologie; pazienti affetti malattia di Alzheimer, ecc.) con l'obiettivo di una forte integrazione interprofessionale e interdisciplinare per garantire una compiuta continuità dell'assistenza e il maggior livello ottenibile di efficacia delle prestazioni da erogare.

Organizzazione Servizio Cure Domiciliari

Il livello organizzativo delle Cure Domiciliari prevede responsabilità direttive ed operative di seguito definite.

Il livello direttivo è svolto dal Direttore di Distretto e da un Dirigente Medico della UO Assistenza intermedia.

Il **Direttore di Distretto** garantisce:

• la negoziazione del budget per le Cure Domiciliari;

• la definizione delle strategie operative per l'attuazione del Piano Aziendale;

• la definizione, con le Direzioni aziendali, di protocolli d'intesa per la costruzione di percorsi preferenziali d'accesso alle UUOO ed ai servizi aziendali;

• i rapporti con i MMG e i Pls per agevolare l'accesso alle Cure Domiciliari dei pazienti eleggibili in questo livello;

• la definizione dei protocolli organizzativi sanitari e socio-sanitari d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali;

• l'analisi dei costi e della qualità delle prestazioni.

Il **Dirigente Medico di UO** garantisce:

• il corretto uso delle risorse assegnate ed il raggiungimento degli obiettivi previsti;

• i contatti con le direzioni ospedaliere e i servizi territoriali per assicurare la continuità delle cure;

• l'attivazione ed il monitoraggio di percorsi preferenziali d'accesso alle UO e servizi aziendali;

• il monitoraggio e la verifica delle attività e l'utilizzo delle risorse;

• l'individuazione delle necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari.

La Regione, in relazione ai livelli assistenziali individuati, definirà le procedure per garantire la presa in carico dei pazienti e l'integrazione delle strutture deputate alla soddisfazione degli specifici bisogni nelle diverse fasi del percorso riabilitativo, assicurando la qualità delle prestazioni, l'efficacia dell'intervento riabilitativo nel suo complesso, nonché l'integrazione socio-sanitaria.

Tali procedure dovranno qualificare le funzioni dei diversi soggetti erogatori, definendo gli spazi di complementarietà che ne consentano l'integrazione e precisare la metodologia con la quale l'intervento riabilitativo deve essere assicurato.

Nel prospetto riassuntivo di cui alle pagine precedenti si fa riferimento a tipologie di prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria riconducibili ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitari di cui all'All. 1C del *D.P.C.M. 29 novembre 2001*, dei quali appare importante richiamare di seguito l'articolazione, così come definita dalle norme nazionali e così come recepite a livello regionale, con le più recenti normative che hanno concorso alla definizione di standard strutturali e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento ovvero per l'accreditamento istituzionale delle stesse strutture.

Ciò al fine di ricostruire l'intera gamma di offerta di prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali sulle quali, in relazione alle tipologie di bisogno e ai livelli di intensità assistenziale, allocare da parte delle ASL e dei Comuni le rispettive quote di spesa destinate alla articolazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, richiamando quel sistema di responsabilità condivise che guida nella definizione delle modalità e dei criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni.

In particolare il seguente prospetto illustra il quadro complessivo dei LEA socio-sanitari che dovranno completare l'offerta territoriale di prestazioni a carattere socio-sanitario, con specifico seppure non esclusivo riferimento all'area della riabilitazione a media e bassa intensità assistenziale.

Il prospetto che segue (Tav. 1) illustra i LEA socio-sanitari così come già definiti e individuati nella normativa nazionale e regionale più recente, ma per i quali non è ancora assicurata la piena

esigibilità delle prestazioni sul territorio regionale, dal momento che per la gran parte delle strutture non sono ancora definiti a livello regionale i livelli di fabbisogno, e i correlati tetti di spesa per la copertura finanziaria, né le priorità ed i criteri di accesso. Si viene in tal modo a configurare un'area di interventi per i quali la programmazione socio-sanitaria di ciascuna ASL e dei relativi distretti deve offrire elementi di riferimento per il riconoscimento delle prestazioni correlate, rispetto ai livelli di copertura territoriali e alle modalità di compartecipazione finanziaria alla spesa da parte della ASL e dei Comuni interessati.

Tav. 1 - I LEA socio-sanitari nella normativa vigente (*)

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Comuni
Domiciliare	**Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)**	***Art. 25 L. n. 833/1978***	**100%** (prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, farmaceutica, m protesica e integrativa a domicilio)	
		L. n. 104/1992	**50%** (prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona)	**50%** (prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona)
		L. n. 162/1998		
		LR. n. 25/2006		
		Reg. n. 4/2007		

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione ASL	Quota di compartecipazione Comuni
Semiresidenziale	**Assistenza semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria**	***D.Lgs. n. 229/1999***	**100 %** (prestazioni diagnostiche e terapeutiche per disabili e per	

in programmi riabilitativi per disabili fisici, psichici e sensoriali		minori affetti da patologie neuropsichiatriche e disturbi comportamentali gravi)		
	L. n. 104/1992	**70%**	**30%**	
	L. n. 162/1998	(prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi)	(prestazioni diagnosi iche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi)	
	Reg. n. 3/2005 (Sez. D)			
	Reg. n. 4/2007 art. 60	**50%**	**50%**	
	(centro socio-educativo e riabilitativo)	(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti compresi interventi di sollievo:	(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento Funzionale delle abilità per non autos ufficienti. compresi interventi di sollievo:	
		centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 Reg. n 4/2007)	centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 Reg. n 4/2007)	
Assistenza semi-residenziale sanitaria e socio-sanitaria in programmi riabilitativi per persone con problemi psichiatrici	**P.O. Tutela della salute mentale** ***D.P.R. 10 novembre 1999***	**100%** Centro Diurno		
	Reg. n. 7/2002 art. 4	Centri di riabilitazione 1		
	Art. 26 della L. n. 833/1978			

Macrolivelli di assistenza	**LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29**	**Riferimenti norme nazionali e regionali**	**Quota di compartecipazione ASL**	**Quota di compartecipazione Comuni**

	novembre 2007			
Residenziale	**Assistenza sanitarie a socio-sanitaria in programmi riabilitativi per persone con problemi psichiatrici e per disabili fisici, psichici e sensoriali**	**P.O. Tutela della salute mentale *D.P.R. 10 novembre 1999*** ***Reg. n. 7/2002*** (artt. 1, 2, 3) ***L.R. n. 26/2006*** (artt. 8, 9)	**100%** prestazioni diagnostiche terapeutiche riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale: - comunità riabilitativa - comunità alloggio - gruppo appartamento	
		Reg. n. 4/2007 (comunità socioriabilitativa casa per la vita)	**70%** prestazioni terapeutiche e socioria bivalve in regime residenziale per disabili gravi: comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 RR n. 4/2007	**30%** prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi: comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R n 4/2007
		Reg. R. n. 4/2007 (comunità socioriabilitativa, casa per la vita)	**40%** prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare: comunità alloggio per "dopo di noi" - art. 55 R.R n 4/2007 casa per la vita - *art. 70 Reg. n. 4/2007*	**60%** prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disagili gravi privi di sostegno familiare: comunità alloggio per "dopo di noi" - art. 55 R R n. 4/2007 casa per la vita - art. 70 Reg. n 4/2007

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione ASL	Quota di compartecipazione Comuni
			50%	**50%**
			(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo:	(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo:
			RSSA per disabili - *art. 58 Reg. n. 4/2007*	RSSA per disabili - *art. 58 Reg. n. 4/2007*
			RSSA per anziani - *art. 66 Reg. n. 4/2007*)	RSSA per anziani - *art. 66 Reg. n. 4/2007*)
	Attività sanitaria e socio-sanitaria per persone affetta da AIDS	***D.P.R. 8 marzo 2000*** **P.O. AIDS**	**70%** (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungoassistenza in regime residenziale)	**30%** (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungoassistenza in regime residenziale)

(*) Nel prospetto non sono considerate le strutture e le prestazioni riabilitative ex *art. 26 della L. n. 833/1978*, perché a carattere sanitario.

La esigibilità dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari deve essere contemperata con l'obiettivo del completamento della "filiera" delle prestazioni socio-sanitarie, per cui è necessario:

1. predisporre protocolli operativi per la "standardizzazione" delle decisioni sulle modalità di presa in carico e durata della permanenza, anche al fine di una puntuale verifica dell'appropriatezza

delle prestazioni in relazione al profilo di bisogno di ciascun caso sulla base delle principali casistiche dei ricoveri in RSA, RSSA e ADI;

2. monitorare le liste di attesa nelle strutture residenziali e le modalità di risposta sostitutive, ridurre il livello di inappropriatezza dei ricoveri in RSSA e in RSA rispetto alla gravità e alla complessità dei casi, nonché rispetto alla durata di permanenza nelle diverse strutture;

3. riqualificare l'offerta nell'ambito della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per le non autosufficienze, per la salute mentale, per i disabili gravi e gravissimi senza il supporto familiare ("dopo di noi") che sia in linea con gli obiettivi di recupero e mantenimento delle autonomie residue e di reinserimento sociale dei pazienti che sono al termine di percorsi terapeutico-riabilitativi o in una situazione stabilizzata, in coerenza con l'esigenza di dare piena applicazione anche in Puglia ai LEA socio-sanitari di cui all'All. 1C del • *D.P.C.M. 29 novembre 2001,* pervenendo in tempi brevi alla determinazione del fabbisogno su base provinciale per le stesse strutture;

4. accrescere gli investimenti e gli sforzi organizzativi e finanziari, per il completamento della "filiera" con le strutture post-riabilitative, ai fini della realizzazione nell'area della salute mentale di una rete territoriale di strutture residenziali più leggere, in termini di complessità assistenziale, e strutture non residenziali capaci di far proseguire il percorso di recupero e, ove possibile, di reinserimento ovvero di mantenimento delle autonomie funzionali residue;

5. definire protocolli operativi capaci di integrare nel progetto personalizzato le prestazioni residenziali con le prestazioni domiciliari, ove ne sussistano le condizioni, per conseguire maggiori livelli di efficacia, di appropriatezza e di risparmio;

6. assicurare presidi di riferimento regionale per le cure sanitarie complesse in favore di disabili.

Con riferimento all'ultimo punto, in particolare, le priorità di intervento per rafforzare l'offerta di prestazioni riabilitative per persone con disabilità sono individuate nelle seguenti:

1. attivazione di almeno tre strutture (una per ciascuna macroarea) a carattere ospedaliero o nell'ambito della assistenza polispecialistica territoriale, per la erogazione di prestazioni di elevata specializzazione nell'area odontoiatrica per persone diversamente abili, che consentano ricoveri ospedalieri di breve durata per l'erogazione di prestazioni specifiche, al fine di ridurre una delle cause di mobilità fuori regione delle famiglie di persone diversamente abili (si veda anche il punto seguente);

2. attivazione di almeno un centro-ausili di titolarità pubblica che si aggiunga al centro ausili già attivo ad Ostuni, per ridurre la mobilità delle famiglie che si rivolgono fuori Regione per la richiesta di consulenze specialistiche;

3. potenziamento dei centri socioriabilitativi delle ASL e delle strutture socioeducative e riabilitative (recupero e mantenimento funzionale delle abilità), in compartecipazione ASL-Comuni, per assicurare la capillarità di prestazioni riabilitative e di integrazione socio-educativa, in termini aggiuntivi rispetto alla offerta già assicurata dai centri di riabilitazione ASL.

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 reingegnarizzazione 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.

4.2 La formazione continua degli operatori della salute

I limiti culturali di una pianificazione sanitaria sono quelli di adattare il sistema sanitario ai contesti che cambiano, un esempio sono proprio i Progetti Obiettivo che, nella loro strutturazione, sono solo delle soluzioni immediate a bisogni contingenti, e che invece rappresentano un forte elemento di distrazione nella ricerca di altre soluzioni. La programmazione sanitaria non deve tener conto solo del rapporto bisogno/risorse, ovvero adattare le risorse ai bisogni, ma per essere innovativa, deve trovare soluzioni che potenziano la sostenibilità del sistema sanitario. Per sostenibilità del sistema si intende una politica di promozione della salute (intesa quale "capitale naturale") che abbia l'obiettivo di governare la crescita della spesa anche attraverso lo "sviluppo della salute" e non solo più di renderla compatibile con le risorse disponibili.

Tutto ciò rientra nella considerazione certa che in sanità la salute non cresce direttamente con la spesa sanitaria e che non cresce più di tanto anche se si spende di più. L'osservazione che ne scaturisce è che la salute deve essere vista come una risorsa da salvaguardare. Per potenziare la funzione di sostenibilità del sistema sanitario e quindi sviluppare salute, è necessario far accrescere: le conoscenze, cerniera sempre più fondamentale tra le varie componenti della società, le competenze, i programmi, la politica, e le istituzioni. Alla luce di queste considerazioni di carattere generale, la Regione Puglia promuove la centralità dell'uomo nel sistema socio-sanitario. Mettere al centro l'uomo vuol dire farlo sentire protagonista del benessere suo e degli altri, secondo quanto enunciato dalla Carta di Ottawa, il documento che è il fondamento della promozione della salute. La Regione Puglia affronta il problema della sostenibilità del sistema sanitario e quindi della politica di sviluppo della salute, sia con processi di formazione manageriale continua, sia attivando campagne informative di promozione alla salute, per migliorare lo stato di benessere e la qualità della vita dei cittadini. Di seguito sono indicate le linee generali delle attività da svolgere:

a) Processi formativi rivolti a tutti i "portatori di interessi" del sistema sanitario che utilizzano modelli e paradigmi culturali innovativi per gestire e generare nuove competenze. Tutti gli attori sono chiamati a collaborare ad un progetto di comune interesse ed insieme devono ispirarsi sia sul piano culturale ad attuare una politica di sviluppo sostenibile, sia sul piano metodologico ad applicare i principi del pensiero sistemico, che consente di passare da un approccio unilaterale, ad uno pro-attivo e multidimensionale.

b) Campagne di informazione di promozione alla salute quale strumento per ridimensionare i bisogni sanitari, spesso artificiosamente dilatati da una scorretta informazione. Sul territorio nazionale esiste già la Rete Itallana degli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospital - HPH), che rappresenta il tentativo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità di introdurre nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute, intesa come "processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Si deve pertanto "attivare" e diffondere un processo culturale e metodologico in grado di consentire al management del sistema sanitario di ripensare e rifondare il rapporto con la comunità, vista come un soggetto politico e quindi con delle precise responsabilità, come premessa del processo di cambiamento e di sviluppo. La strategia è quella di sviluppare, con l'ausilio di una metodologia sistemica, una cultura della sostenibilità del sistema sanitario agendo su più livelli di intervento.

Nel Piano della Salute la formazione assume il ruolo di "promuovere la centralità dell'uomo nell'organizzazione socio-sanitaria, attraverso una formazione sanitaria che utilizzi modelli e paradigmi culturali innovativi, per gestire e generare nuove competenze".

La *Legge Regionale n. 25 del 3 agosto 2006* relativa ai "Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale" rappresenta uno strumento che cerca di modificare profondamente il Sistema Sanitario Regionale Pugliese adeguandolo all'evoluzione culturale, sociale e professionale avvenuta nel corso di questi ultimi anni.

L'obiettivo è quello di "attivare" un processo culturale con modelli formativi innovativi che favoriscano la conoscenza di metodi, tecniche di management e che rafforzino la capacità di tutta la struttura dirigenziale e di promuovere nella società valori importanti, intesi in termini ampi e multidimensionali, di benessere e qualità della vita.

La Regione Puglia, alla stregua di molte altre regioni itallane, e sulla spinta del programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.), ha avviato un processo di sviluppo professionale continuo, che costituisce per ogni professionista del sistema socio-sanitario una necessità.

Il modello punta quindi sulla persona, sulla possibilità di valorizzare la formazione sul campo, e non sugli apparati di sistema.

Questo modello intende incoraggiare la trasformazione dell'attività formativa in un processo di "sviluppo professionale continuo" che costituisca l'effettivo strumento per migliorare le competenze e le abilità cliniche-assistenziali, tecniche, managiariali e i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico.

Nasce l'esigenza di un **Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria della**

Regione Puglia, con la partecipazione della componente universitaria, che coordini tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare, sviluppando i filoni dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni.

La 'mission' è quella di attivare meccanismi che permettano alle organizzazioni aziendali, attraverso la rete degli uffici formazione, di trasformarsi in un "learning centre", cioè una organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema Sanitario Regionale. Per fare ciò è necessario sviluppare un progetto di formazione aziendale che sia conforme agli obiettivi

strategici dell'azienda ed a quello del piano sanitario regionale e nazionale, che affronti globalmente i problemi posti al personale (da quelli di tipo economico-finanziario a quelli cognitivo-comportamentali), che favorisca una circolazione capillare di conoscenze di difficoltà progressivamente crescenti, che sia condiviso dai dipendenti dell'azienda ospedaliera, favorendone l'interazione.

L'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria ha come strumento a supporto per le sue attività su territorio regionale la messa in rete degli uffici formazione delle Aziende Sanitarie attraverso un progetto specifico di implementazione delle attività degli uffici formazione.

La messa in rete degli uffici formazione rappresenta di per sé già una 'innovazione tecnologica tesa a creare le basi per una nuova condizione culturale che consentirà di saper usare al meglio le conoscenze che si acquisiscono e che si devono saper trasformare in chiave produttiva, per creare nuove forme di conoscenza e cultura, rappresenta l'avvio del modello "sviluppo professionale continuo" (Continuos professional development - Cpd).

Le attività che l'Organismo deve svolgere sono:

1. Verificare la presenza dei requisiti per l'accreditamento dei provider delle aziende sanitarie.

2. Effettuare l'analisi dei bisogni formativi, ridisegno del sistema dell'offerta formativa e rilettura delle organizzazioni per individuare le figure sulle quali investire (cultura della formazione e approccio alla formazione) per la realizzazione di un Piano di Formazione Regionale, espressione dei Piani Formativi delle aziende sanitarie.

3. Avviare il processo di sviluppo professionale continuo (Cpd).

4. Rilevare i dati degli uffici di formazione per la stesura del Rapporto Regionale sulla formazione nelle aziende sanitarie e diffondere l'informazione scientifica.

5. Costruire una banca dati comprensiva dei bisogni espressi e delle attività svolte, in grado di fornire, attraverso dei parametri di riferimento (costi della formazione, conteggio giornate formazione, standard di qualità per gli interventi formativi tradizionali e innovativi, qualità dei formatori, ecc.), le indicazioni per incrementare l'efficacia e la qualità dei nostro Sistema formativo, anche attraverso una più attenta distribuzione delle risorse pubbliche.

6. Rendere l'offerta più congrua e finalizzata a differenti percorsi di aggiornamento professionale del personale sanitario operante nelle strutture e nel territorio di competenza.

7. Razionalizzare ed ottimizzare le risorse strutturali ed i fondi assegnati alle singole Aziende Sanitarie, in considerazione di percorsi formativi omogenei distribuiti su tutto il territorio regionale.

8. Ottimizzare la gestione dei fondi a disposizione per la Formazione Continua.

9. Attivare sinergie tra il mondo sanitario, il mondo accademico, gli istituti di ricerca, gli ordini professionali e le associazioni professionali (attraverso la Commissione Regionale E.C.M.).

10. Programmare, coordinare ed organizzare progetti di Alta Specialità interaziendali ed aziendali di formazione residenziale, a distanza (FaD) ed attuata nelle singole sedi di appartenenza del personale.

11. Creare uno standard omogeneo del modello FaD in tutta la Regione.

12. Attivare programmi di educazione alla salute sia per i professionisti della sanità che per i cittadini attraverso delle campagne informative (sostenibilità).

13. Programmare percorsi formativi dedicati ai Formatori, con l'obiettivo di assicurare congruenza ed uniformità dei processi di formazione continua e obbligatoria del personale sanitario.

14. Programmare ed attivare, in sinergia con altre realtà locali ed extra-regionali, Corsi di Formazione Manageriale per promuovere e facilitare l'applicazione di nuovi modelli gestionali-organizzativi previsti dalla programmazione regionale.

15. Verificare la ricaduta della formazione sull'organizzazione del sistema socio-sanitario.

16. Monitorare i risultati professionali ottenuti con "il cambiamento", che si traducono in valore aggiunto per l'organizzazione.

---

5. *Il governo del sistema*

5.1 Il Governo clinico

Il Governo clinico in sanità è stato definito in più modi:

• "Un sistema attraverso il quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria";

• "la dimensione attraverso la quale le professioni cliniche adeguano i servizi alle mutevoli condizioni organizzative e cliniche determinate dalle innovazioni tecnologiche ed organizzative e promuovono nell'ambito di questi ultimi le iniziative di cambiamento necessarie a garantire il mantenimento di una qualità dell'assistenza in linea con gli standard professionali";

• "l'insieme di strumenti con i quali l'organizzazione assicura l'erogazione di assistenza sanitaria di alta qualità, responsabilizzando i professionisti sanitari sulla definizione, il mantenimento e il monitoraggio di livelli ottimali di assistenza."

Ma le caratteristiche essenziali e comuni poggiano essenzialmente sui concetti di:

- **responsabilità** del Servizio Sanitario Regionale e di tutte le sue articolazioni dei risultati raggiunti e della performance complessiva, chiaramente distribuita ai diversi livelli sino ai singoli operatori;

- **accountability** (rendere trasparenti i propri risultati e rendere conto di successi e insuccessi)

- miglioramento della qualità,

tra loro collegati ai fini della creazione di un ambiente organizzativo che promuova il governo clinico con la finalità di sviluppare strumenti e metodologie applicabili nel contesto delle organizzazioni sanitarie. Una particolare attenzione va riservata alla qualità dell'assistenza, con riferimento alla valutazione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e degli esiti clinici.

I principi e finalità su cui fondare un progetto di Governo Clinico sono:

- l'efficacia, intesa come capacità di ottenere la migliore performance possibile sullo stato di salute della popolazione;

- l'efficienza, ossia l'uso razionale ed appropriato delle risorse;

- il risk management, che prevede la capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori;

- l'opinione del cittadino, intesa come capacità del sistema di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazioni degli utenti e di imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica;

- l'efficacia della formazione, come capacità del sistema di sviluppare programmi di formazione e valutazione del personale i cui risultati siano misurabili e monitorati;

- l'efficacia della comunicazione, che prevede la capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione dentro l'organizzazione e verso l'esterno

- il miglioramento continuo della qualità come programma dell'organizzazione e come capacità di identificare e disseminare innovazione e buone pratiche.

Le finalità generali sopra ricordate possono concretizzarsi in progetti dedicati alla implementazione locale di linee-guida cliniche ed alla valutazione del loro impatto, nello sviluppo di metodologie di valutazione dei servizi (quali ad esempio le carte di controllo) e per una gestione clinicamente razionale delle liste di attesa per interventi chirurgici in elezione (score clinici di priorità), nella valutazione della applicabilità al contesto regionale di indicatori di performance, nello sviluppo di database clinici dedicati alla valutazione dell'appropriatezza e degli esiti clinici di specifiche categorie di pazienti, in particolare in ambito cardiologico e cardiochirurgico. Nel contesto di queste iniziative, la valutazione della qualità dell'assistenza si intreccia progressivamente con il tema della valutazione dell'impatto delle tecnologie e degli interventi sanitari. In questo senso, il technology assessment, inteso nella sua accezione più ampia, rappresenta uno degli strumenti essenziali per consentire alle organizzazioni sanitarie di dare una risposta ai problemi posti dalla perenne instabilità dei contesti clinici, continuamente sottoposti a stimoli di cambiamento che devono poter essere programmati e governati. In particolare, sarà necessario:

• Documentare la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dal servizio sanitario regionale e sviluppare strumenti e metodologie finalizzati a migliorare la qualità dei servizi;

• Valutare l'impatto clinico, organizzativo, economico di interventi sanitari e di specifiche modalità di organizzazione dell'assistenza attraverso iniziative di ricerca integrate nel contesto dell'attività assistenziale;

• Sostenere le aziende sanitarie della regione nella adozione dei nuovi assetti di governance promossi;

• Sostenere i collegi di direzione aziendali nel loro ruolo di ambiti di formulazione di proposte per l'adozione delle innovazioni clinico-organizzative e di governo dei processi di sviluppo delle organizzazioni.

Il technology assessment, per quanto attiene l'ingegneria clinica, rappresenta oggetto di intesa con l'ARPA Puglia al fine di garantire, all'interno del sistema di gestione del rischio clinico di seguito illustrato, il controllo e la vigilanza per la sicurezza degli impianti nelle strutture sanitarie.

5.1.1. Il programma regionale per l'accreditamento e il miglioramento della qualità

Costituisce obiettivo del Piano sanitario regionale lo sviluppo dell'accreditamento quale strumento di regolazione dei rapporti fra i produttori di prestazioni sanitarie all'interno della programmazione regionale e di promozione e miglioramento continuo della qualità in una logica di:

• **efficacia e appropriatezza delle prestazioni** erogate,

• **equità** nelle possibilità di accesso al sistema di cure,

• **sicurezza** degli utenti e degli operatori,

• **razionale consumo delle risorse.**

Il processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni deve costituire per una Azienda Sanitaria l'orizzonte strategico in direzione del quale orientare le scelte e mobilitare tutte le risorse. Pertanto, ciascuna azienda sanitaria operante nel sistema sanitario regionale è tenuta ad elaborare, nell'ambito degli atti di programmazione aziendale, un programma di miglioramento della qualità dei propri servizi, sulla base dei risultati delle attività di verifica (sia esterne che interne) e delle azioni correttive individuate. Al fine di favorire il diretto coinvolgimento della direzione aziendale, promuovere la diffusione sistematica delle informazioni e fornire il supporto metodologico alle attività di miglioramento della qualità, le aziende sanitarie sono impegnate a garantire:

- la effettiva attivazione di una struttura organizzativa denominata "Valutazione qualità e accreditamento" cui viene affidata, in particolare, la funzione di supportare tutte le articolazioni aziendali nel processo di adeguamento ai requisiti organizzativi previsti dall'accreditamento;

- il potenziamento del raccordo programmatico e operativo tra la struttura di cui sopra e le altre strutture aziendali interessate al processo di accreditamento;

- il coinvolgimento nel predetto processo dei responsabili dei presidi e delle strutture assistenziali.

La Giunta regionale, avvalendosi della collaborazione dell'A.Re.S., promuove lo sviluppo del programma di accreditamento e il consolidamento degli strumenti già individuati in attuazione della *L.R. 8/2004* e del successivo Regolamento Attuativo n. 3 /2005 quali:

- il modello di accreditamento,

- le procedure per l'accreditamento istituzionale,

- il sistema di verifica.

5.1.2 Il modello di accreditamento

Nel triennio sono garantiti:

a) il processo di adeguamento del modello di accreditamento con particolare riferimento a:

- modifica, aggiornamento ed integrazione dei requisiti generali e specifici già individuati, in funzione delle indicazioni derivanti dalla normativa, dall'evoluzione scientifica, dalla pianificazione regionale e nazionale;

- modifica, aggiornamento ed integrazione dei manuali;

- definizione di livelli-soglia, di indicatori e di standard di riferimento;

b) lo sviluppo dell'accreditamento come strumento del sistema di qualità aziendale;

c) lo sviluppo di percorsi di autoverifica interna dei presidi e delle strutture organizzative pubbliche e private, con il coinvolgimento di tutti gli operatori;

d) lo sviluppo di momenti di "confronto fra pari", in coerenza con il processo di accreditamento istituzionale.

Il sistema di verifica

Si conferma per il triennio di validità del presente Piano sanitario regionale la Commissione Regionale per l'Accreditamento individuata con *Delib.G.R. n. 1398/2007*. I criteri per la costituzione della commissione potranno essere rivisti a seguito di verifica effettuata dalla Giunta nel primo anno di funzionamento della commissione stessa.

Nello svolgimento dell'attività di verifica di sua competenza la Commissione e i Dipartimenti di Prevenzione, di cui la stessa si avvale, operano come organo consultivo della Giunta regionale; delle risultanze delle verifiche effettuate riferiscono al responsabile del procedimento amministrativo. Il Dipartimento di Prevenzione, infatti, è riconosciuto dalla Regione Puglia quale organo istituzionale deputato alla verifica dei requisiti minimi delle strutture sanitarie ubicate nell'ambito territoriale di competenza, finalizzata al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio. È altresi deputato alla verifica iniziale e periodica degli ulteriori requisiti delle strutture sanitarie da accreditare o già accreditate, ubicate però in province diverse da quella di appartenenza.

Oltre a svolgere l'attività di verifica esterna, la Commissione garantisce il supporto ai processi di verifica interna attivati dalle aziende pubbliche e private accreditate nel territorio di competenza, fornendo in via riservata, alle aziende che lo richiedano, suggerimenti e pareri.

Al fine di garantire omogeneità e coerenza nel comportamento della Commissione, la Giunta regionale è impegnata a sviluppare:

- l'indirizzo ed il coordinamento della Commissione, anche con riferimento all'apporto dei Dipartimenti di Prevenzione per l'attività di verifica dei requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici delle strutture pubbliche;

- il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze dei membri delle Commissione regionale di accreditamento e dei dipartimenti di prevenzione.

5.1.3 Qualità e gestione del rischio

L'esistenza di una stretta interdipendenza tra queste due fondamentali dimensioni dell'agire in campo sanitario (in una ottica di promozione e tutela della salute) è confermata da numerose evidenze normative, metodologiche e scientifiche.

L'istituto dell'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, in quanto strumento in grado di garantire:

• la standardizzazione delle strutture sanitarie, dei processi che in esse hanno luogo e degli esiti che a questi ultimi conseguono

• la sistematicità e la appropriatezza delle azioni destinate a rendere più **"sicuro"** (nella duplice accezione di safety e di incremento delle probabilità di produrre i risultati attesi sul piano della salute dei pazienti assistiti) e riproducibile il sistema delle cure mediche e infermieristiche rappresenta il contesto normativo e sistemico all'interno del quale i processi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle prestazioni trovano una loro legittimazione.

Anche in una prospettiva di Clinical Governance la **gestione del rischio (Risk Management),** nelle sue molteplici declinazioni di:

• rischi per i pazienti/assistiti **(rischio clinico)**

• sicurezza ambientale **(rischio ambientale)**

• sicurezza del personale **(tutela dei lavoratori)**

• rischio economico **(assicurazioni)**

fa parte della politica e della strategia complessiva per la qualità di una organizzazione sanitaria. I leaders clinici e gestionali della organizzazione sanitaria sono responsabili della buona qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e hanno la responsabilità di promuovere e sostenere lo sviluppo delle **azioni interdisciplinari e multiprofessionali** preventive di conoscenza e di ricerca garantendo e guidando la applicazione degli strumenti e dei metodi di dimostrata efficacia che la cultura sanitaria internazionale mette loro a disposizione: linee guida, audit clinico e percorsi di cura.

La politica di gestione del rischio, pertanto, deve essere coerente con la strategia aziendale per la qualità e deve essere coordinata con le strategie per la comunicazione, la gestione delle risorse

economiche, il mantenimento e la gestione delle risorse umane e delle loro conoscenze, la garanzia dei diritti dei cittadini e della loro partecipazione all'interno delle loro organizzazioni sanitarie.

La sicurezza dei pazienti, come ampiamente dimostrato dai dati della letteratura internazionale, dipende in larga misura da fattori organizzativi, per cui la teoria che "i problemi tecnici richiedono soluzioni tecniche" non solo è riduttiva rispetto alla complessità del sistema, ma anche fallace in quanto fa perdere di vista il reale obiettivo che è e rimane il cambiamento organizzativo che deriva da un processo di comprensione, sperimentazione e mutuo apprendimento da parte degli operatori stessi.

La gestione del rischio, come lo sviluppo della qualità, devono essere supportate da un adeguato **sistema informativo.** L'uso degli indicatori è finalizzato non solo a una verifica dei risultati raggiunti in termini di performance cliniche, ma anche alla definizione delle priorità di intervento di quella organizzazione. L'organizzazione si deve pertanto dotare di strumenti di verifica del grado di applicazione delle azioni preventive concordate in seguito alla valutazione dei rischi per i pazienti e agire di conseguenza per garantirne la completa applicazione.

Le ricerche sugli outcome delle prestazioni sanitarie (chirurgiche in particolare) sono state a lungo focalizzate sul ruolo del paziente, sui fattori di rischio pato-fisiologici e sulle capacità dei singoli professionisti. Tuttavia quest'approccio trascura una ampia gamma di fattori fondamentali per ottenere una performance sicura e di elevata qualità in ambienti ad alto rischio. L'esito di un atto medico (ad es. un intervento chirurgico) dipende dalla qualità della assistenza ricevuta dal paziente durante la degenza ospedaliera e dal livello delle prestazioni di diversi operatori sanitari, chiaramente influenzati dall'ambiente in cui lavorano.

Al fine di favorire il diretto coinvolgimento delle direzioni aziendali, promuovere la diffusione sistematica delle informazioni sul tema della sicurezza e fornire il supporto metodologico alle attività di gestione del rischio, le aziende sanitarie sono impegnate a garantire:

- la attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata a tale scopo, nell'ambito delle disponibilità delle risorse aziendali;

- il raccordo programmatico e operativo tra la funzione di cui sopra e le altre strutture aziendali interessate al processo di gestione del rischio;

- il coinvolgimento nel predetto processo dei responsabili dei presidi e delle strutture assistenziali;

- la elaborazione in forma completamente anonima dei singoli eventi del rischio clinico e dei dati successivamente elaborati,

nella profonda convinzione che solo un esame aperto e completo della qualità della assistenza in tutte le interfacce paziente-ospedale-territorio, nonché delle performance dei team professionali possa stimolare lo sviluppo di una seria e diffusa cultura della sicurezza all'interno del sistema sanitario della nostra regione.

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 marzo 2005 e l'Intesa del 28 marzo 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 del 1°1 luglio 2002 (sia in fase di sperimentazione del disciplinare tecnico, a cui ha partecipato la Puglia, che nelle rilevazioni nazionali del triennio 2004-2006), 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 Asl 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 *Delib.G.R. 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 una 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.

È 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 *Delib.G.R. 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 bio-psico-sociale 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.

È 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.

È 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 n. 22* del 19 arile 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 modalità 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 Delib.G.R. n. 1965 del 28 dicembre 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.

5.4 Comunicazione, management e politiche del personale

In ambito sanitario, più che in qualsiasi altro ambiente di lavoro, la qualità delle prestazioni dipende strettamente da motivazione, dedizione e impegno del personale: **"le risorse umane sono la componente del sistema in grado di fare la differenza".**

Per poter produrre servizi di qualità per tutti i cittadini, è necessario quindi introdurre adeguate **politiche del personale** che si rivolgano a tutte le figure professionali presenti all'interno delle ASL, andando nettamente oltre la gestione prettamente amministrativa e la mera assegnazione di mansioni e orari di lavoro. Non ci può essere infatti qualità del lavoro senza dialogo e riconoscimento reciproco tra i vari operatori.

Il **dialogo** va declinato sia dall'alto, da parte dei vertici aziendali verso i collaboratori dei vari livelli, sia in una dimensione orizzontale all'interno dei reparti e tra strutture. Per creare nuovi servizi o per riqualificare quelli già esistenti, per esempio, è necessario ripensare l'organizzazione insieme agli operatori al fine di verificarne ex ante la fattibilità e condividerne la mission.

Il riconoscimento reciproco, ognuno per il proprio ruolo all'interno del sistema per la salute, è inoltre la premessa per una maggiore responsabilizzazione nell'erogazione dei servizi e passa necessariamente attraverso i meccanismi di valutazione e riscontro di **professionalità, produttività e merito** in maniera trasparente.

È necessario quindi sviluppare un adeguato sistema di comunicazione interna sia tra i diversi presidi sanitari presenti sul territorio che all'interno di ognuno di essi e tra le componenti sanitarie e amministrative.

Non ci può essere efficienza senza comunicazione in un sistema, come quello sanitario, connotato da un elevato livello di complessità, sia operativa che strategica, dovuta alla numerosità delle aree di attività, al necessario decentramento di risorse, obiettivi e responsabilità, alla fisiologica integrazione tra i diversi processi.

Dal punto di vista istituzionale, il ruolo propulsore di tali dinamiche è assegnato agli Uffici Relazioni con il Pubblico che, per legge, hanno competenze e responsabilità in tema di comunicazione interna ed esterna e ricoprono la posizione di interfaccia tra il sistema sanitario e i cittadini. Vanno quindi potenziati gli URP in quanto un orientamento competente alla comunicazione consente di affrontare e superare le criticità attraverso la diffusione di valori e cultura comuni, l'implementazione di una maggiore chiarezza organizzativa, la condivisione di finalità, programmi e azioni all'interno di un clima di lavoro più favorevole e disponibile all'innovazione. Nei fatti ciò contribuisce alla **coesione dell'organizzazione.** La comunicazione interna si basa sul fondamento che chiunque sia all'interno di un processo è depositario di

conoscenze utili al miglioramento dello stesso: diviene quindi importante **innescare circoli virtuosi di comunicazione** in cui tutto il personale possa esprimere dubbi, ottenere chiarimenti e far emergere anche eventuali tensioni e situazioni di crisi.

Tuttavia, perché la comunicazione interna funzioni occorre definire in primis, con chiarezza, **il sistema di ruoli,** l'attribuzione di compiti e di responsabilità dei singoli; così come risulta altrettanto indispensabile adottare un sistema disciplinare che aiuti a prevenire e correggere comportamenti organizzativi non consoni agli obiettivi prefissati e condivisi.

La sanità pugliese dovrebbe potenziare il sistema di comunicazione interna sia attraverso **strumenti e metodologie di lavoro mutuate dal mondo manageriale** sta mediante l'utilizzo di tecnologie informatiche e banche dati che velocizzino e rendano più efficiente il trasferimento di informazioni.

Il Top Management non deve solo affrontare problematiche di natura tecnica, contabile e o amministrativa, ma anche svolgere un ruolo di raccordo, di motivazione e di impulso ai fini del cambiamento. È necessario superare l'indifferenza e la tendenza all'adattamento passivo allo status quo, fornendo ai collaboratori stimoli in termini di passione, senso di appartenenza, voglia di migliorare le cose.

Da vari recenti studi emerge che le strategie di cambiamento, calate dall'alto e gestite senza il coinvolgimento dei soggetti chiamati ad attuarle, non hanno possibilità di successo duraturo, è dimostrata invece l'incisività dei seguenti tre fattori comportamentali per produrre cambiamento:

• RELATE (relazionarsi) - ossia formare nuove relazioni con le singole persone e con l'intera comunità aziendale capaci di ispirare e sostenere fiducia reciproca.

• REPEAT (ripetersi) - questa nuova relazione consente di imparare, mettere in pratica con costanza e metodo abitudini e capacità di cui si ha bisogno nel nuovo contesto.

• REFRAME (ricontestualizzarsi) - per vedere in modo nuovo le dinamiche connesse al proprio ruolo e all'ambiente in cui si vive.

La pratica continuativa di strumenti come incontri periodici, formazione, comunicazione, focus group su tematiche specifiche, sperimentazione di gruppi di lavoro misti, è indispensabile per creare un clima positivo, incentrato sul confronto aperto tra responsabili e collaboratori.

Ad un moderno management pubblico si chiede quindi di assumere moderni stili di comportamento, imprescindibili per migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza organizzativa del sistema sanitario regionale.

---

6. *La sostenibilità 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 nei 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 elevando a 96,040 milioni il finanziamento del fabbisogno 2007 per l'intero servizio sanitario nazionale.

A fronte di tale incremento i trasferimenti a favore della Regione Puglia si sono mantenuti notevolmente inferiori alla media nazionale, mentre i disavanzi del sistema delle ASL regionali hanno subito nel 2006 e nel 2007 una significativa flessione rispetto all'esercizio 2005.

Tuttavia 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 al fine di accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

L'esigenza di stipulare il suddetto Piano di rientro triennale del disavanzo ha fortemente influenzato il processo di definizione degli obiettivi (generali, 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.

È, 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 riievabile dal raggiungimento di una quota intomo al 3,7% di risorse destinate a tale livello. Contemporaneamente macro-indicatori di salute (come ad es. il prolungamento della 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.

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 inappropriatezza 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 settembe 2006 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 agosto 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 risultate insufficienti. Al 2007 fanno seguito due anni nel corso dei quali l'incremento di risorse è piuttosto contenuto.

Per tale aspetto le recentissime manovre finanziarie di livello nazionale hanno reso le possibilità di riequilibrio strutturale estremamente ardue.

Il finanziamento del 2009 non sarà integrato della somma stanziata nel 2008 pari ad 834 milioni di euro quale contropartita della sospensione della compartecipazione alla spesa specialistica pari a 10 euro per ricetta. Detta somma è stata ridotta a 400 milioni con una perdita di 29 milioni per la Regione Puglia.

Inoltre gli incrementi di risorse per il 2010 e 2011 sono fortemente ridotti prospettandosi per la Regione Puglia un aumento di soli 85 milioni. Come è evidente, si tratta di un incremento che non è sufficiente neanche a coprire i costi dei rinnovi contrattuali.

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 dei 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	Riparto fabbisogno indistinto	6.370
	1.000	Quote regioni in difficoltà	-

	511	D.M. finanziamento sostitutivo ticket	34
	97.551		6.404
2008	99.809	Riparto fabbisogno indistinto	6.525
	850	Quota regioni in difficoltà	
	834	D.M. finanziamento sostitutivo del ticket	56
		Totale	6.581
		Differenza	+ 177

Le differenza di 177 milioni si incrementa di euro 13 milioni per minori conguagli 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 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 nella prospettiva di un naturale trend di finanziamento, che perseguiva:

- 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.

Alla luce della recente manovra finanziaria dello Stato, in corso di definizione, tali obiettivi dovranno essere rivisitati se non dovesse sortire effetto l'iniziativa della Regione Puglia in relazione alla revisione dei criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

Il piano di rientro pertanto, pur tenendo conto di tale prospettiva sul piano finanziario, sarà tarato rispetto alla finalità di ridurre quanto più possibile il disavanzo strutturale, possibilmente alleggerendo la pressione fiscale e/o il ricorso a finanziamenti dei bilancio autonomo regionale.

Come si è detto, la Regione Puglia ha chiuso l'esercizio 2007 con un disavanzo di circa 266 milioni di euro.

Se si tiene conto dell'andamento dei consumi e dei relativi costi da una parte, e dei livelli di finanziamento dall'altra, 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 nei 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 dei servizio e 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) Assistenze sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

L'incidenza percentuale dei costi di tale livello assistenziale su quelli totali nel 2004, in Italla, 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 marzo 2005. 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.

È 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%.

C) Assistenza ospedaliera [(4)]

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.

6.2 Quadro di compatibilità del PRS

Il piano regionale di salute deve puntare da una parte al miglioramento del sistema e delle condizioni di salute e dall'altra alla sua sostenibilità economica. I costi della produzione del sistema sanitario regionale nell'anno 2007 sono pari a circa 6.800 milioni di euro a cui si aggiungono oneri finanziari, oneri straordinari e imposte per un totale di 7.126 milioni con un disavanzo reale pari a circa 266 milioni di euro. Il finanziamento dell'anno 2008 è incrementato di circa 190 milioni. Parte di queste risorse saranno assorbite dai miglioramenti contrattuali del personale dipendente e convenzionato operante all'interno dei tre livelli di assistenza. Di seguito vengono analizzati gli obiettivi economico-finanziari dei tre livelli collegati agli obiettivi del PRS determinati sui dati 2007 in condizioni di invarianza della spesa e da proiettare negli anni futuri.

LEA

A) TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA

Costo antepiano:	278 milioni di euro pari al 3,9%
Costi a regime:	320 milioni di euro pari al 4,5% (ad invariabilità di spesa complessiva) entro il 2010
Maggior costo	42 milioni di euro

■ destinazione della maggiore disponibilità ad integrazione delle dotazioni organiche dei dipartimenti di prevenzione, per circa 300 unità nei servizi di igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti e nutrizione, servizi veterinari, prevenzione negli ambienti di lavoro.

■ Utilizzo delle residue disponibilità per le iniziative di prevenzione primaria, diagnosi precoce e altri obiettivi di piano. Ulteriori iniziative saranno finanziate con risorse vincolate (Obiettivi di PSN, vaccino HPV, ecc.).

B) ASSISTENZA DISTRETTUALE

Costi antepiano:	3356 milioni di euro pari al 47,1%
Costi a regime:	3492 milioni di euro pari al 49%
Maggior costo:	136 milioni di euro.

Destinazione delle maggiori disponibilità

- € 60 milioni per il contratto integrativo dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per la realizzazione degli obiettivi di sistema nell'assistenza distrettuale, percorsi clinico assistenziali, assistenza domiciliare, assistenza residenziale extraospedaliera con conseguente riduzione di ricoveri inappropriati. In modo particolare l'assistenza residenziale e semiresidenziale extra ospedaliera dovrà garantire la tutela delle fragilità caratterizzate da disabilità e non autosufficienza.

- € 16 milioni per la realizzazione delle unità operative di cure primarie ed intermedie.

- € 40 milioni per ulteriore integrazione della dotazione organica dei distretti e per l'acquisizione di risorse umane previste nelle indicazioni operative per il contrasto alle patologie prevalenti, potenziamento dei consultori, del sistema emergenza-urgenza.

- € 20 milioni per la rete territoriale oncologica e il sistema di emergenza -urgenza la tutela della salute mentale degli immigrati e per le dipendenze patologiche.

C) ASSISTENZA OSPEDALIERA

Costi antepiano:	3492 milioni di euro pari al 49%
Costi a regime:	3314 milioni di euro pari al 46,5%
Minori costi:	178 milioni di euro

Riduzione dei costi dei saldi di mobilità pari a 70 milioni di euro con riduzione a regime del saldo di mobilità del 35/40%.

Razionalizzazione dei costi per 70 milioni di euro mediante interventi su farmaceutica - protesica - organizzazione del personale, ecc.

Riduzione tasso di ospedalizzazione del 15% con assorbimento oneri conseguenti al rientro della mobilità passiva e ulteriori economie per 38 milioni di euro.

6.3 Gli investimenti

Un piano di salute quale quello delineato non può prescindere dalla disponibilità di congrue risorse da destinare ad investimenti finalizzati al rinnovamento, adeguamento e ammodernamento delle strutture.

Il riferimento principale quanto alle possibili fonti è innanzitutto quello riguardante il programma di edilizia sanitaria avviato con l'*articolo 20 della legge 67/88* articolato in fasi. Dopo il finanziamento della prima fase, la Regione Puglia nel corso del 2004, ha proceduto alla stipula di accordo di programma stralcio nel quale confluirono circa 238 milioni di euro (su 773) destinati alla Regione con delibere CIPE, in aggiunta ad una quota regionale ed a finanziamenti statali per l'IRCCS Oncologico, per un totale complessivo di euro 287 milioni per 122 interventi.

Nel corso del 2007 si è proceduto alla stipula del secondo accordo stralcio per un importo finanziato dallo Stato per euro 416.223.310,00 a cui si aggiungono utilizzo di cofinanziamenti statali per la libera professione e cofinanziamento regionale (5%) per un totale di euro 459.435.210,71.

Nel frattempo la conferenza Stato Regioni ha approvato il riparto alle regioni di ulteriori 2.425 milioni di euro previsti dalla *Legge 296/06* (finanziaria 2007) con assegnazione alla Regione Puglia di 186 milioni.

Infine nel prossimo futuro si dovrà procedere al riparto dell'ulteriore finanziamento previsto dalla Finanziaria 2008 di 3 miliardi di euro con presumibile assegnazione alla Puglia di non meno di 200 milioni.

Con l'Accordo di Programma stralcio 2007 si è già dato avvio alla programmazione in itinere da definire col presente Piano prevedendo il completamento dell'ospedale della Murgia e la realizzazione di nuove strutture a Lecce, Bari e Foggia nonché le attivazioni di strutture complesse territoriali e l'acquisizione di tecnologie.

L'attuale stato di attuazione dell'intero programma, ex *art. 20 L. 67/88*, è di seguito riportato.

Risorse destinate ad Accordi di Programma

€ 796.637.135,36

Valore degli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2005

€ 238.918.739,91

Revoca sugli Accordi di programma sottoscritti al 31 dicembre 2005 in applicazione della *L. 266/2005*

€ 14.912.625,00

Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati

€ 224.006.114,91

Totale finanziamenti Accordi autorizzati

€ 215.976.239,91

Risorse per Accordi di programma da sottoscrivere aggiornate al 31 dicembre 2006

€ 572.631.020,45

II° Accordo di Programma stralcio 2007	**€ 416.223.310,00**
Somme residue utilizzabili al 31 dicembre 2007	€ 156.407.710,45
Riparto disponibilità finanziaria 2007	€ 186.749.661,09
Totale disponibile	**€ 343.157.371,54**
Presumibile assegnazione su risorse previste dalla Finanziaria 2008	€ 221,063.542,96
Totale	**€ 543.157.371,54**

Come appare evidente, nel corso del prossimo triennio oltre che a dare attuazione e/o completare gli interventi di cui a due accordi di programma stralcio, saranno disponibili consistenti risorse che potranno consentire di perseguire l'obiettivo dell'ammodernamento del sistema.

In particolare nel sessennio 2007-2013 sono assegnati alle priorità di infrastrutturazione socio-sanitaria del territorio pugliese 210 M euro di risorse FESR, cui si aggiungono circa 180 M euro quale quota della 1^ tranche, su un totale di circa un miliardo di euro, dei fondi FAS destinati alle aree sottoutilizzate. In particolare la linea di intervento 3.1 dell'Asse III del PO FESR 2007-2013 Puglia indica la finalizzazione delle suddette risorse, per il tramite di procedure negoziali con le ASL pugliesi (accordi di programma), nella possibilità di innovare e completare la rete delle strutture sanitarie territoriali. Tra le tipologie di interventi considerati prioritari figurano:

- miglioramento strutturale e della dotazione tecnologica delle strutture poliambulatoriali e consultoriali, nonché completamento delle reti con la realizzazione di nuove strutture, dove carenti rispetti agli standard già definiti, ovvero introdotti dal presente Piano;

- potenziamento della rete di Case della Salute sul territorio regionale, ad integrazione dei relativo progetto obiettivo;

- adeguamento funzionale rispetto agli standard strutturali e organizzativi già previsti dalla normativa regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie per i percorsi terapeutico-riabilitativi;

- potenziamento e nuove sperimentazioni di servizi per utenze fragili (immigrati, persone affette da DCA, persone non autosufficienti, persone con disabilita gravi, ecc.);

- realizzazione e potenziamento della rete dei servizi sanitari del pronto intervento, anche tramite la telemedicina.

Le linee di intervento 3.2 e 1.5 dello stesso PO FESR consentiranno, inoltre, di finanziarie la articolazione strutturale, tecnologica e organizzativa della rete delle Porte Uniche di Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionali, in quanto servizi pubblici all'utenza finale e per il miglioramento dell'efficienza tecnica e della capacità di risposta del Servizio Sanitario Regionale.

Il fabbisogno di risorse necessarie per creare in Puglia una dorsale di ospedali di alta complessità e di eccellenza, dismettere alcune strutture vetuste, procedere alla realizzazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ai fini dell'attuazione del procedimento di accreditamento, creare una rete di servizi territoriali indispensabile per la deospedalizzazione, è stimato all'incirca in 1,7 miliardi di euro come risultante da un completo monitoraggio effettuato nelle aziende sanitarie della regione, recepito e allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 73/06, di cui 459 già inseriti nell'Accordo di Programma stralcio 2007.

I relativi interventi consentiranno di superare le notevoli criticità di un sistema ospedaliero vetusto e fatiscente nonché di un sistema territoriale assolutamente carente.

A tal fine il documento programmatico che descrive le priorità oggetto di accordo di programma stralcio la cui realizzazione era compatibile con la disponibilità di risorse individua gli obiettivi generali e specifici, in attuazione della programmazione sanitaria, da realizzare mediante utilizzo del complesso delle risorse di cui potrà disporre la Regione come di seguito riportato:

a) Obiettivi Generali

1. Promuovere la prevenzione, razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, potenziamento dell'assistenza distrettuale e domiciliare, riduzione delle liste di attesa interessanti le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come individuate nel piano regionale, con consequenziale più corretta ed efficace allocazione delle risorse, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale;

2. migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza ospedaliera;

3. migliorare l'appropriatezza nell'offerta e contestuale ridefinizione dell'assetto e delle funzioni della rete distrettuale, completando la fase d'integrazione della stessa nelle funzioni di emergenza urgenza e di assistenza residenziale territoriale, onde costruire, in un quadro di compatibilità economica, un'organizzazione regionale "a rete" organica, dinamica, unitaria ed efficiente;

4. distribuire sul territorio regionale una adeguata dotazione di strutture di eccellenza per meglio soddisfare i bisogni di cura della popolazione, migliorando le condizioni di accessibilità alle strutture sanitarie da parte della popolazione;

5. promuovere una politica di razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera che impedisca o ridimensioni il fenomeno della mobilità passiva;

6. attuare di percorsi mirati e definiti dal Piano Regionale di Salute a tutela dei soggetti deboli (anziani, immigrati, popolazione carceraria, malati mentali, soggetti con dipendenza patologica, pazienti oncologici);

7. attuare percorsi mirati e definiti dal Piano Regionale di Salute a tutela delle donne e dei bambini;

8. attuare la rete di assistenza oncologica;

9. riorganizzare il macrosistema di emergenza urgenza;

10. realizzare maggiore appropriatezza allocativa delle risorse in funzione degli obiettivi di salute in un contesto di uso razionale delle stesse (*L.R. 25/06, art. 2*);

11. perseguire l'integrazione fra varie forme di assistenza sanitaria;

12. realizzare il modello di organizzazione dipartimentale;

13. assicurare la centralità dei cittadino, partecipazione e valutazione continua della qualità;

14. assicurare la massima trasparenza nelle attività amministrative e sanitarie.

b) Obiettivi Specifici

1. Potenziamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza nei luoghi di lavoro e sulla sicurezza alimentare;

2. garantire le attività di prevenzione per la realizzazione degli obiettivi di PSN ex art. 34 e 34-bis *L. 662/96* nelle aziende sanitarie;

3. strutturazione e realizzazione di un sistema informativo in grado di migliorare le modalità di trasmissione di tutti i flussi informativi e adempimenti previsti dalla normativa in vigore;

4. realizzazione di una rete di ospedali d'eccellenza di nuova edificazione delocalizzati rispetto ai centri urbani e baricentrici rispetto ad altre strutture, piccole e vetuste;

5. contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;

6. attuazione delle indicazioni contenute nella Legge finanziaria 2006 circa la previsione di interventi su ospedali di dimensioni specifiche e per la messa a norma complessiva degli altri ospedali;

7. qualificazione ed integrazione dei servizi di diagnosi e cura anche attraverso forme innovative di associazionismo medico in sede unica sull'esempio dell'UTAP e CASA DELLA SALUTE;

8. assicurazione dello standard di posti letto fissati (art. 4, lett. a) dall'Intesa del 23 Marzo 2005, parametrato ad un tasso di ospedalizzazione entro i limiti dei 180 ricoveri per mille abitanti, di cui

20% in regime diurno, specificatamente dedicato a percorsi di cura di elevata complessità ed eccellenza, trasferendo alle strutture territoriali le cure assistenziali primarie;

9. realizzazione di un sistema qualificato ed efficiente di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio, in modo da ottenere economie nella spesa corrente, liberando risorse da destinare ad investimenti nella prevenzione e cure domiciliari;

10. completamento di unità operative ospedaliere oncologiche con relative attrezzature;

11. realizzazione della rete dei centri di riferimento per le malattie rare;

12. completamento e ristrutturazione di unità operative ospedaliere in area materno infantile;

13. garantire le attività di supporto all'attivazione dell'unità spinale unipolare finanziata con progetto per la realizzazione degli obiettivi di PSN ex art. 34 - 34-bis *L. 662/96* presso il Policlinico di Bari;

14. potenziamento dell'assistenza specialistica e diagnostica strumentale, incrementando le dotazioni tecnologiche, anche al fine di realizzare riduzioni dei tempi di attesa;

15. realizzazione di modelli di promozione e produzione della salute su larga scala attraverso intese fra ASL, Enti Locali, Università, Forze Sociali, Associazioni per garantire la piena attuazione del PRS a favore dei soggetti deboli presenti nel territorio.

c) Obiettivi operativi:

1. Realizzare un nuovo ospedale di n. 490 p.l. nell'ambito della struttura "Vito Fazzi" di Lecce;

2. definitiva rifunzionalizzazione delle strutture dell'A.O. Ospedali Riuniti di Foggia con possibile dismissione dell'ospedale D'Avanzo e superamento delle criticità legate a problemi di staticità;

3. riqualificazione delle strutture dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari e realizzazione di una nuova struttura di eccellenza concentrando più padiglioni;

4. realizzazione del terzo ed ultimo lotto del nuovo ospedale della Murgia con dismissione e riconversione degli ospedali di Altamura, Gravina, Grumo e Santeramo;

5. adeguamenti tecnologici;

6. adeguamenti a norma;

7. realizzazione di strutture territoriali.

d) Risultati Sistemici:

> attuazione della programmazione regionale;

> equilibrio dell'offerta di prestazioni sanitarie in regime residenziale ospedaliera ed extraospedaliera in un contesto in cui nell'anno 2005 è stata avviata l'attività nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) che affianca quelle di riabilitazione ex *art. 26 L. 833/78* come evidenziato nella sezione descrittiva dell'offerta sanitaria;

> equilibrio economico funzionale del Servizio Sanitario Regionale;

> creazione delle condizioni "strutturali" per il rispetto del Patto di Stabilità e del Patto per la Salute.

Con il programma di investimenti è pertanto possibile:

- migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei cittadini e degli operatori;

- diversificare la risposta ospedaliera e territoriale in base ai bisogni di salute;

- abbattere i tempi d'attesa;

- aumentare l'appropriatezza nell'offerta e nelia utilizzazione della rete ospedaliera;

- ridurre la mobilità passiva extraregionale;

- razionalizzare la spesa, liberando risorse da destinare al territorio.

In particolare il programma tenderà a garantire:

- sicurezza per i fruitori e degli operatori;

- efficacia dei trattamenti.

- appropriatela delle risposte;

- equità nell'accesso a prestazioni efficaci;

- efficienza nell'uso delle risorse;

- coinvolgimento dei cittadini nelle strategie e nelle scelte volte a difenderne la salute.

Un cenno particolare è posto con riferimento alla qualità e la sicurezza.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera con particolare riferimento alla sicurezza dei cittadini e degli operatori, ha assunto nella Regione Puglia caratteristiche di particolare rilievo.

Come è noto, le caratteristiche strutturali e tecnologiche condizionano notevolmente i livelli di sicurezza all'interno degli ospedali.

Ne consegue che una fondamentale attività di prevenzione, compresa quella delle infezioni correlale all'attività assistenziale, è costituita dalla corretta progettazione sia delle nuove realizzazioni, che delle ristrutturazioni e delle manutenzioni delle strutture sanitarie.

A tal proposito è prevista l'emanazione di specifiche raccomandazioni nell'ambito della realizzazione del progetto di ricerca finalizzata *art. 12-bis D.Lgs. n. 229/99* "Rischio ambientale ed infezioni ospedaliere, analisi epidemiologica e laboratoristica: redazione, implementazione e valutazione di raccomandazioni finalizzate alla prevenzione", del quale è destinataria istituzionale la Regione Puglia.

---

(4) La presente lettera è indicata erroneamente nel Bollettino Ufficiale, come lettera B).

---

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 quanlo 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'appropnatezza 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.

---

8. *Strumenti di valutazione delle azioni di piano*

Lo sviluppo di un sistema qualità, o più in generale di un efficace sistema di gestione, è strettamente legato alla misura e al monitoraggio dei fenomeni.

La misurazione della performance è un potente strumento per l'analisi dell'oggi e per la pianificazione del domani. In un intervallo di tempo relativamente breve, il sistema di monitoraggio diviene un sistema di pianificazione/monitoraggio e, stabilito da dove partiamo, ci permette di disegnare dove vogliamo arrivare.

Il processo di valutazione presuppone, però, la esistenza di flussi informativi completi, costanti, attendibili e integrati, così come indicato nella sezione "**Obiettivi di sistema**" del presente documento.

In questa ottica la Regione Puglia promuove la implementazione di un meccanismo di valutazione del PRS, avviando un corretto rapporto con le aziende sanitarie da un lato e con autonomie locali e componenti della società civile dall'altro, ponendo al centro del processo valutativo la trasparenza dei risultati rispetto agli obiettivi di salute definiti all'interno del PRS stesso.

Il Piano prevede gli strumenti di valutazione di effetto (outcome) delle politiche da esso attivate, attraverso i quali procedere alla sorveglianza del livello di realizzazione dei cambiamenti che il Piano stesso promuove e orientare in itinere il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari. Il processo di valutazione richiede l'uso di specifici indicatori relativi al SSR (in termini di risultati e di qualità) e ai sistemi economico, sociale e ambientale della regione, da implementare con l'Assessorato al bilancio, con quello alle politiche sociali e con l'Assessorato all'ambiente e suoi enti strumentali.

Gli indicatori, per essere utili, devono essere:

- informativi rispetto agli obiettivi identificati
- sintetici e limitati
- rilevabili a livello regionale, di area vasta e aziendale.

Infine, l'accessibilità a questi indicatori è universalmente garantita, consentendo così la trasparenza del processo di valutazione.

Gli indicatori vengono suddivisi in tre gruppi:

- indicatori di efficienza e sostenibilità del sistema;
- indicatori di miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione;
- indicatori relativi agli obiettivi di piano, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti deboli e delle fragilità e al controllo del relativo livello di copertura in termini quali-quantitativi.

All'interno di ciascun gruppo vanno poi individuati indicatori di **processo** (relativi allo stato di attuazione dei cambiamenti organizzativi previsti nel Piano) e di **esito** (inerenti le ricadute di questi cambiamenti sui parametri connessi con la salute e con la percezione di essa da parte dei cittadini).

La definizione puntuale degli indicatori si sviluppa attraverso un processo combinato di:

• collaborazione con le altre regioni (in particolare con quelle interessate da fenomeni di mobilità sia attiva che passiva dalla/verso la nostra) e con i ministeri della salute e delle politiche sociali

• concertazione/consultazione con i professionisti (e le loro organizzazioni scientifiche e sindacali) e le associazioni di cittadini della nostra regione.

La Giunta regionale attiva il processo di valutazione a partire dalla data di approvazione del Piano e sottopone al Consiglio regionale, con frequenza annuale, i dati relativi ad una valutazione in itinere dello stato di attuazione del Piano e, con frequenza triennale, un quadro dei risultati raggiunti attraverso gli strumenti di programmazione e i successivi atti.

In quest'ottica il sistema deve consentire dj migliorare gli indicatori attualmente utilizzati dal Comitato di verifica dei LEA per valutare le Regioni.