



Regione Puglia

Piano Sanitario Regionale 2002-2004

Piano della Salute e Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali

*Atto della Giunta Regionale 27 Dicembre 2001, n. 2087,
ex Art. 1 Legge Costituzionale 22 Novembre 1999, n.1*

Il presente Atto costituisce parte integrante della Deliberazione della Giunta Regionale 27 Dicembre 2001, n. 2087. Rispetto al progetto di Piano di cui alla DGR 28 Novembre 2001, n. 1697, fa proprie le indicazioni della III Commissione Consiliare Sanità e del Consiglio Regionale del 21 Dicembre 2001, tenuto conto di larga parte dei contributi proposti dai Soggetti di cui agli Artt. 1 co.13 e 2 co.2 *ter* del D.Lgs 30 Dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, nonché delle indicazioni del Ministero della Salute.

Sommarlo

PREMESSA.....	3
1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO, LE SCELTE, I LIVELLI ISTITUZIONALI.....	3
1.1 LE AUTONOMIE LOCALI	3
1.2 RAPPORTI TRA UNIVERSITÀ E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	3
2. OBIETTIVI.....	3
2.1 OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998 - 2000	3
3. CONTENUTI DEL PIANO	3
4. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO, PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI.....	3
4.1 QUADRO NORMATIVO.....	3
4.2 CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE.....	3
4.3 CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE.....	3
5. ASPETTI DEMOGRAFICI E SANITARI DELLA POPOLAZIONE PUGLIESE.....	3
6. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	3
6.1 LE RISORSE DESTINATE ALLA GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	3
? I° LIVELLO - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.....	3
? II° LIVELLO - Assistenza Territoriale.....	3
? III° LIVELLO - Assistenza Ospedaliera	3
6.2 INVESTIMENTI STRAORDINARI.....	3
6.3 SPERIMENTAZIONI E NUOVI MODELLI GESTIONALI.....	3
7. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO.....	3
7.1 IGIENE E SANITA' PUBBLICA.....	3
7.2 IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	3
7.3 PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO	3
7.4 SANITA' ANIMALE	3
7.5 IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.....	3
7.6 IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	3
8. ASSISTENZA TERRITORIALE (DISTRETTUALE E SOVRADISTRETTUALE)	3
8.1 IL DISTRETTO	3
<i>Il dimensionamento e l'organizzazione del Distretto.....</i>	3
8.1.1 Assistenza Sanitaria di Base.....	3
8.1.2 L'assistenza domiciliare.....	3
8.1.3 Assistenza Specialistica.....	3
8.1.4 L'assistenza nelle residenze sanitarie.....	3
8.1.5 Assistenza Farmaceutica.....	3
8.2 ATTIVITA' SOVRADISTRETTUALI.....	3
8.2.1 SALUTE MENTALE	3
8.2.2 DIPENDENZA DA SOSTANZE DI ABUSO.....	3
8.2.3 ASSISTENZA RIABILITATIVA	3
8.2.4 Tutela dell'Attività Sportiva.....	3
9. INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA.....	3
9.1 PRINCIPI.....	3
9.2 LE PRESTAZIONI E LE AREE SOCIO - SANITARIE	3
9.3 MODALITÀ E PERCORSI PER PERVENIRE ALL'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA	3
9.4 AZIONI DI PIANO	3
10. ASSISTENZA OSPEDALIERA	3
10.1 RAPPORTO DOMANDA / OFFERTA.....	3
10.1.1 ATTUALE DOMANDA DI RICOVERO.....	3
10.1.2 ATTUALE OFFERTA DI RICOVERO	3
10.2 IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA	3
10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO	3
11. AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO.....	3
11.1 IL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA.....	3
11.2 SALUTE MATERNO INFANTILE	3
11.3 PIANO SANGUE E PLASMA	3
11.4 MALATTIE RARE	3
11.5 ASSISTENZA AI NEFROPATICI CRONICI.....	3
11.6 TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI.....	3
11.7 MALATTIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE.....	3
11.7.1 Malattie Cardiovascolari.....	3
11.7.2 Malattie Invalidanti del Sistema Nervoso.....	3
11.7.3 Tumori.....	3
11.7.4 Malattie Infettive e AIDS	3
11.7.5 Diabete.....	3
11.7.6 Talassemia Mayor	3
11.7.7 Malattie allergiche e del Sistema immunitario.....	3
12. AZIONI STRUMENTALI	3
12.1 AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ED ACCORDI CONTRATTUALI.....	3
12.2 LA POLITICA PER LA QUALITÀ.....	3
12.3 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI.....	3
12.4 LA RICERCA	3
12.5 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	3
12.6 LA FORMAZIONE.....	3
12.7 II SISTEMA INFORMATIVO.....	3

PREMESSA

L'Universalismo, l'Eguaglianza e la Solidarietà sono i principi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale.

Tutti i cittadini hanno diritto, in rapporto ai loro bisogni di usufruire dei servizi compresi nei *livelli essenziali di assistenza* stabiliti a livello nazionale (Universalismo), a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa.

A tutti deve essere garantita pari opportunità di accesso ai servizi (Uguaglianza).

Il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n.502, come modificato dal Decreto Legislativo 19 Giugno 1999, n.229, all'art. 1 fissa i termini della programmazione sanitaria finalizzata alla tutela del diritto alla salute, previa definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Sempre all'art. 1 del Decreto Legislativo 502/92 sono individuati il processo di formazione del Piano Sanitario Nazionale ed i suoi contenuti.

Al co.13 del citato articolo, il Piano Sanitario Regionale è definito come *"il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale"*, ivi precisandosi che lo stesso *"deve essere adottato entro centocinquanta giorni dall'entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale"*.

Al momento della predisposizione del presente documento di programmazione, il secondo PSN riferito al triennio 1998-2000 ha cessato il suo periodo di validità, mentre il nuovo PSN 2001.2003, predisposto dal precedente Governo nazionale, non ha concluso il suo iter.

Pur in carenza del nuovo atto di programmazione nazionale in materia sanitaria, a parte l'ultrattività delle indicazioni contenute nel Piano 1998-2000, non mancano atti di indirizzo da cui evincere gli orientamenti generali a cui fare riferimento ed ai quali si farà cenno nel documento di piano.

Ai fini procedurali, resta fermo il riferimento ai principi generali contenuti nel Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni.

Tanto premesso, il momento contingente, conseguente alla svolta determinata dall'*Accordo 8 Agosto 2001* con il Governo, con la piena responsabilizzazione delle Regioni rispetto all'utilizzo delle risorse ed ai risultati di gestione, rende non più procrastinabile l'adozione del primo piano sanitario della Regione Puglia.

Tale strumento, nell'ambito di un nuovo *Sistema di Tutela della Salute*, è indispensabile per perseguire, attraverso i previsti interventi di razionalizzazione strutturale, l'obiettivo di rendere congrue le risorse disponibili in un contesto capace di generare prestazioni efficaci, appropriate, efficienti e coordinate rispetto all'effettivo bisogno del Cittadino.

Con la definizione del presente Piano, pertanto, inizia per la Puglia una fase di cambiamento storico nell'assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Sebbene alcune valide iniziative programmatiche ed organizzative siano state avviate in questi ultimi anni, il Sistema sanitario regionale non ha retto sul piano finanziario, né ha dato pienamente i risultati attesi.

Peraltro, difficoltà procedurali non hanno consentito di pervenire all'adozione, nel corso della precedente legislatura regionale, del Piano Sanitario Regionale pur predisposto dal

competente Assessorato. Detto documento, sostanzialmente valido nei suoi contenuti, ha costituito fonte di suggerimenti per la stesura del presente Piano.

Per portare il sistema per la tutela della salute della Puglia a livelli soddisfacenti occorreranno interventi consistenti in materia di investimento, razionalizzazione, riordino, riorganizzazione della prevenzione, dell'assistenza territoriale ed ospedaliera, garantendo le necessarie condizioni di equilibrio economico.

Nell'ormai avviato percorso verso il federalismo fiscale, il perseguimento dell'efficienza e dell'equilibrio complessivo del sistema sanitario è obiettivo ineludibile, come ha sancito il recente accordo dell'8 Agosto tra lo Stato e le Regioni.

A tale scopo, in un sistema in cui il servizio volge verso il Cittadino e non viceversa, in cui l'equità di accesso non sia una aspettativa ma una caratteristica, nell'ottica evolutiva dell'assistenza sanitaria e dell'efficienza complessiva, occorre realizzare trasformazioni ed interventi migliorativi di vasta portata.

Fulcro del sistema che si va a delineare è la organizzazione ed il funzionamento della *Rete Distrettuale* nella considerazione che, nell'ambito di un programma complessivo finalizzato all'assicurazione di percorsi assistenziali capaci realmente di "produrre salute" in luogo di singole prestazioni, al *Distretto* è affidata la funzione di divenire momento centrale della *Direzionalità Operativa* dell'assistenza sanitaria.

Ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta, è assegnato, parallelamente, un compito di grande importanza e "fiducia", non solo perché attraverso la loro professionalità passa l'accertamento ed il compimento degli interventi primari in relazione al "bisogno" di assistenza, ma perché essi concorrano a sviluppare, nel quadro delle risorse economiche assegnate, l'appropriata assistenza farmaceutica, specialistica, ospedaliera e riabilitativa, o quella necessaria, nel caso di cronicizzazione della malattia, divenendo essi "tutori permanenti dello stato di salute" di coloro che li hanno prescelti.

Avendo chiara questa condizione di "centralità" del Cittadino, bisogna realizzare le condizioni per rendere il percorso assistenziale appropriato, agevole e facilmente accessibile presso ciascun livello di assistenza interessato.

La centralità del Cittadino, visto quale attore del servizio, consente, al tempo stesso, di ottenere quella partecipazione utile per identificare le situazioni attive e potenziali di rischio e danno per la salute nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ospedali, nei settori produttivi, etc.

Occorre, quindi, che "il sistema", in tutte le parti che lo compongono, garantisca al Cittadino più elevati standard di accoglienza e di relazione, di qualità professionali e di servizio, pervenendo ad una assistenza integrata "a tutto campo".

Perché ciò possa avvenire è necessario realizzare un coerente modello di organizzazione, caratterizzato da integrazione tra Ospedali e Territorio, tra Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Enti Ecclesiastici, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Strutture e Soggetti privati.

SSR ed Università collaborano per la migliore realizzazione delle attività nell'ambito della formazione, della ricerca, della sperimentazione e della applicazione operativa.

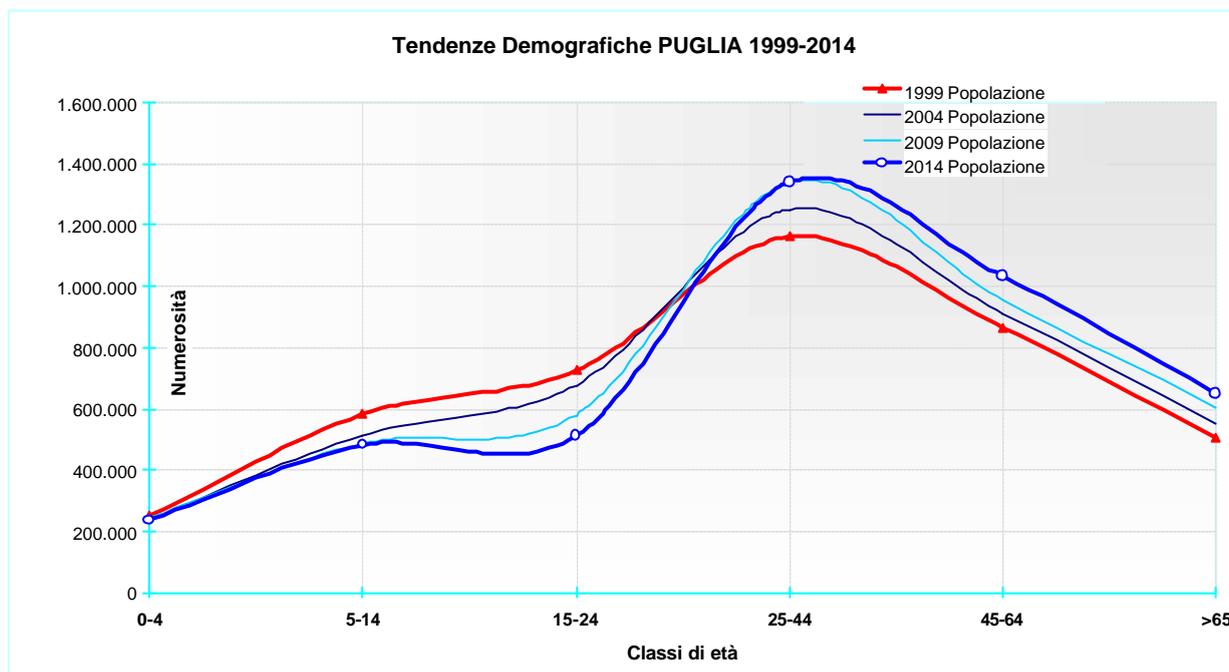
Gli interventi programmati porteranno, così, ad una importante riorganizzazione del sistema, che assume, quale fondamentale obiettivo, quello di dare una risposta appropriata ai bisogni di "Salute".

Questa riorganizzazione non può che avvenire in un tempo più ampio di quello di validità del piano, per cui è necessario definire un percorso di medio (2002-2004) e lungo (2005-2007) periodo che abbracci l'arco temporale di due piani sanitari, costituente il "*Piano di Salute Regionale*".

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO, LE SCELTE, I LIVELLI ISTITUZIONALI

Negli ultimi decenni le condizioni di vita sono mutate e con esse vanno parallelamente modificandosi l'andamento epidemiologico ed il bisogno di assistenza.

Anche la Puglia, nonostante faccia parte delle regioni con popolazione mediamente più giovane, diviene crescentemente senile, come può evincersi dalle seguenti tendenze.



Popolazione (Movimento Naturale)			
Classi Età	1999	2014	Var % 1999/2014
0-4	248.967	235.028	-5,6%
5-14	582.144	480.827	-17,4%
15-24	725.242	511.970	-29,4%
25-44	1.161.059	1.338.388	15,3%
45-64	864.721	1.031.820	19,3%
>65	503.105	650.339	29,3%
TOTALE	4.085.239	4.248.372	4,0%

Contestualmente, i Cittadini manifestano maggiori esigenze in relazione ad un più adeguato rispetto della tutela e della dignità del proprio stato personale e della riservatezza.

Con l'incremento della vita media, la maggiore resistenza alle malattie croniche, l'evoluzione tecnologica, etc., è necessario passare da un servizio sanitario centrato sugli ospedali, quali punti primari di ricovero e cura di malati con patologia grave e

complessa, ad un sistema che deve dare risposta a crescenti bisogni di assistenza per patologie croniche, dell'anziano ed, in generale, della non autosufficienza.

Si prospettano allora, esigenze e bisogni nuovi.

A fronte di tale importante evoluzione dei fattori socio-demografici, nella regione, accanto ad alcune strutture ad elevata specializzazione ospedaliera, si riscontra una notevole dispersione di piccoli ospedali spesso inadeguati ed una assistenza di base che, frequentemente, anche in ragione dell'assorbimento ancora elevato di risorse da parte del livello ospedaliero, non appare pienamente idonea a garantire prestazioni di sufficiente qualità ed efficacia.

Se il servizio sanitario va orientato verso la erogazione di prestazioni di sicura efficacia e queste, al tempo stesso, devono rispondere a criteri di economicità, non si può fare a meno di prospettare un diverso Sistema di Tutela della Salute nel quale, insieme alla disponibilità di *Ospedali Umanizzati*, efficienti ed ad alta specializzazione, viene richiesto un qualificato presidio integrato delle funzioni di prevenzione, di diagnosi e di finalizzazione delle procedure diagnostiche - terapeutiche, materie rispetto alle quali, ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta, fiduciari dei Cittadini, la Regione attribuisce rinnovati ruoli e mandati di primaria rilevanza rispetto agli obiettivi di salute.

Complessivamente la scelta è quella di confermare il modello generale di funzionamento del Servizio sanitario regionale, basato sul finanziamento per quota capitaria delle Aziende USL e remunerazione degli erogatori esterni alle prime, mediante tariffe, previ accordi contrattuali e contratti ex artt. 8 *quinquies* e *sexies* del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.

Circa gli ambiti territoriali ed il numero delle Aziende Sanitarie, nel corso del 2002 se ne verificherà la congruità in relazione al riordino ospedaliero ed alla rete dei distretti.

La corretta applicazione del modello presuppone una valorizzazione delle azioni di programmazione, verifica e controllo ed il correlato consolidamento a tal fine delle funzioni della Camera di Controllo e Compensazione. Al riguardo, alle Aziende Sanitarie è fatto obbligo di trasmettere annualmente, entro il 10 Gennaio, il *Piano Attuativo Locale* o i suoi aggiornamenti, entro il 31 Ottobre lo stato di attuazione della programmazione rilevata al 30 Settembre ed entro un mese dalla chiusura di ciascun trimestre, lo stato d'avanzamento del budget, con puntuale relazione sull'utilizzo delle risorse rese loro disponibili.

In sede di prima attuazione del presente *Piano*, le Aziende Sanitarie adottano i *Piani Attuativi Locali* e *Metropolitani* (PAL e PAM) entro 90 giorni dalla definizione della Rete Ospedaliera, nel rispetto dei principi, indirizzi e scelte del presente Atto di Regolamentazione Generale, dei Documenti di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF), annuali e triennali di cui alla LR 28/00 ed alla LR 32/01.

L'utilizzo della quota di riequilibrio per le Aziende USL dovrà abbandonare il criterio del "piè di lista" a seguito dei disavanzi, per avviarsi verso un impiego dello stesso in funzione di altri parametri, quali la popolazione pesata, la densità della popolazione, le condizioni geomorfologiche, le caratteristiche metropolitane, etc.

La quota per ricerca ed obiettivi dovrà essere utilizzata, oltre che per la ricerca, per le funzioni da remunerare a costo standard (malattie rare, emergenza, trapianti ed altre).

Conseguentemente la scelta, più che in una modifica del sistema, è orientata verso la valorizzazione della prevenzione e verso soluzioni innovative sul piano dell'offerta di servizi sanitari, realizzando una rete integrata di servizi, con una diversa articolazione dei *Distretti*, che deve garantire appropriatezza ed equità di accesso.

Ferma restando la attuale tipologia organizzativa del Sistema, i *Soggetti Istituzionali* del Servizio sanitario regionale restano la *Regione*, le *Aziende Unità Sanitarie Locali*, le *Aziende Ospedaliere* ed *IRCCS pubblici*, nonché gli *Enti Locali* e le *Università*.

Le competenze della *Regione*, che ne assicura l'esercizio anche attraverso la funzione strumentale dell'ARES, sono individuate nel D.Lgs 502/92 e successive modificazioni.

La *Regione*, anche al fine di raccordare in maniera più sistematica la programmazione regionale a quella attuativa locale, adotterà specifici provvedimenti tendenti a dare piena esecuzione alle norme ed agli istituti di cui al citato D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, ad assicurare l'attuazione della pianificazione strategica ed operativa delle *Aziende*, l'esecuzione degli atti di regolamentazione conseguenti al piano stesso, nonché a garantire il rispetto dei vincoli e degli indirizzi di programmazione e controllo, compresi quelli di cui alla LR 28/01 di riforma dell'ordinamento regionale in materia.

Le competenze e strutturazioni delle *Aziende sanitarie* sono individuate nel medesimo decreto legislativo, nella legislazione regionale, come integrata nei principi dal presente Piano e dagli emanandi indirizzi per l'adozione degli *atti aziendali*.

La *Regione* attiva specifici strumenti di verifica nell'utilizzo delle risorse e sullo stato di attuazione della programmazione anche a livello locale e territoriale.

La partecipazione delle *Autonomie Locali* e degli *Organismi Rappresentativi* è garantita ai tre livelli di programmazione costituiti dal Piano Sanitario Regionale, Piano Attuativo Locale, *Piano per le Attività Territoriali* (PAT), oltre che per le materie specificatamente previste dalle norme.

Ai fini di una maggior efficacia degli effetti, i piani attuativi locali ed i piani per le attività territoriali, vanno definiti tenendo conto anche degli obiettivi di programmazione dei servizi sociali e dei piani di zona, con cui si integrano.

1.1 Le Autonomie Locali

Nel contesto descritto va fortemente rivalutato il ruolo delle *Autonomie Locali*, in particolare dei *Comuni*, in applicazione del D.Lgs 502/92, così come successivamente modificato dal D.Lgs 229/99, e delle correlate norme per l'integrazione socio-sanitaria di cui alla L. 8 Novembre 2000, n.328 e successive disposizioni di attuazione. A norma del suddetto D.Lgs, la *Regione* istituisce e

disciplina la *Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio - Sanitaria Regionale*.

La rivalutazione ed il coinvolgimento deve interessare sia la programmazione dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria, sia la possibilità, da parte delle Amministrazioni Comunali, di finanziare la quota parte di assistenza sociale, ovvero prestazioni aggiuntive, collaborando attivamente con le strutture sanitarie.

Per favorire la più ampia partecipazione istituzionale alle finalità ed obiettivi del PSR e per valorizzarne il contributo nella realizzazione dei nuovi servizi socio-assistenziali integrati, le Province, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, con particolare riferimento alla definizione ed attuazione dei piani di zona.

1.2 Rapporti tra Università e Servizio Sanitario Regionale

Scelta fondamentale è, altresì, quella di garantire la partecipazione, e maggiore qualificazione del ruolo, delle *Università* della regione nonché una più idonea definizione dei reciproci apporti, in particolare interessanti le Aziende ospedaliero-universitarie, la formazione, la ricerca e la pronta diffusione dei relativi esiti negli *ambiti operativi distrettuali*.

Le Facoltà di Medicina e chirurgia delle Università presenti sul territorio regionale garantiscono l'apporto alle attività assistenziali del Servizio sanitario, nel rispetto delle proprie finalità istituzionali didattiche e scientifiche.

Detto apporto deve avvenire nelle forme e modalità definite nei protocolli di intesa di cui all'art. 1 del D.Lgs 517/99 ed, in particolare, nell'atto di indirizzo previsto al co. 2 dello stesso articolo e, comunque, nel rispetto della programmazione regionale.

La Regione riconosce che le Università sono istituzionalmente e strutturalmente deputate alla formazione delle professionalità mediche e delle altre professionalità sanitarie ed hanno, contestualmente, il compito di garantire, insieme alle strutture sanitarie nelle quali operano, le attività di ricerca, didattica ed assistenza.

La Regione garantisce, conseguentemente, che la programmazione del SSR è realizzata, per quanto di interesse, in armonia con i fini istituzionali universitari secondo il principio di leale cooperazione fra gli ordinamenti voluto dal D.Lgs n.517/99.

In tale ottica, la Regione assume i seguenti principi:

- le Facoltà di medicina e chirurgia hanno come riferimento centrale non solo la formazione dello studente e dello specializzando che presuppone l'esercizio di attività assistenziali di competenza del Servizio sanitario regionale, ma anche la formazione post-laurea del personale che opera nel SSR;
- l'attività assistenziale svolta ai fini della formazione deve necessariamente essere caratterizzata da avanzato livello di qualità;
- il personale docente ha come compiti istituzionali inscindibili la didattica, la ricerca e l'assistenza, che devono essere sviluppati in maniera equilibrata.

Nel rispetto dei suddetti principi e della programmazione sanitaria, nei nuovi protocolli di intesa vengono garantiti:

- l'individuazione di livelli di collaborazione dell'Università per le iniziative di formazione avviate dalla Regione nel campo della organizzazione e gestione dei

servizi sanitari e nel campo della formazione e dell'aggiornamento del personale assistenziale di base e specialistico;

- la collaborazione, all'interno della *Commissione Paritetica per l'Individuazione ed il Monitoraggio dei Centri di Eccellenza e/o* di riferimento regionali;
- lo sviluppo della ricerca di base e clinica finalizzata all'ottimizzazione diagnostica, all'innovazione terapeutica ed allo sviluppo delle biotecnologie;
- il supporto assistenziale all'Università per lo svolgimento dei compiti istituzionali;
- la individuazione dei criteri valutativi sull'opportunità di sviluppare poli assistenziali a direzione universitaria;
- l'intervento economico per i maggiori costi indotti sull'assistenza dalle funzioni di didattica e ricerca nonché gli altri interventi per far fronte alle esigenze connesse alla formazione del personale sanitario.

2. OBIETTIVI

Con il *Piano* parte un processo positivo che, da un lato rimodula ed integra la rete dei presidi ospedalieri secondo criteri che sostengano una razionale utilizzazione delle risorse, del personale, delle tecnologie e delle strutture, dall'altro, consentano di realizzare e di rendere effettivamente operativa la rete dell'assistenza primaria, guardando agli *Obiettivi di Salute* di ogni Cittadino.

In questa ottica, vanno individuati ambiti di intervento di prevenzione primaria e secondaria che investano anche l'*Ambiente*, la promozione di comportamenti e stili di vita e che favoriscano la conservazione della salute (dietologia e nutrizione, attività fisica e psico-fisica, limitazione dell'alcol, del fumo, delle inapproprietezze alimentari, etc), la diagnosi precoce delle principali cause patologiche, il rafforzamento della tutela dei soggetti deboli, l'intervento sanitario in condizioni di emergenza (118) e Maxi-emergenza.

Conseguentemente sono obiettivi del Piano Sanitario:

- ⇒ il potenziamento dei fattori di conoscenza ed interpretazione sistematica delle situazioni epidemiologiche, demografiche e socio-economiche quale necessario complemento delle funzioni di programmazione e controllo interessanti l'appropriato impiego delle risorse da parte del sistema;
- ⇒ l'adozione di procedure di pianificazione strategica, tattica e logistica, per la riduzione del rischio e l'attuazione dell'intervento sanitario, con particolare riferimento all'emergenza intraospedaliera;
- ⇒ la promozione della *Salute* e la *Prevenzione* delle malattie attraverso interventi che non siano limitati ai soli servizi sanitari, attraverso il potenziamento delle relative attività, nonché di quelle di formazione ed informazione sistematica sui principi di igiene nelle scuole, nei luoghi di vita e di lavoro;
- ⇒ La riconfigurazione dell'offerta di servizi in un sistema basato sulle **cure primarie** con un **nuovo ruolo del Distretto**,
- ⇒ l'armonizzazione della **prevenzione**, dell' **assistenza ospedaliera, distrettuale e domiciliare**, la contestuale riduzione delle liste di attesa interessanti le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'avvio del processo di accreditamento, la regolazione ed integrazione dei potenziali di erogazione esprimibili dalla componente pubblica e privata, il controllo della mobilità extraregionale dei pazienti;
- ⇒ la **riconfigurazione della Rete Ospedaliera**, ridisegnata nella sua architettura ed integrata nella funzionalità dai **Distretti**, di modo che "il sistema" raggiunga un grado di efficacia dell'assistenza, coerente con gli obiettivi di ottimizzazione nell'impiego delle risorse economiche e di progressiva ed uniforme espansione delle garanzie di tutela della salute dei Cittadini;
- ⇒ la individuazione dei posti letto "per acuti", eccedenti rispetto all'effettivo bisogno di assistenza, stabilendo principi per la finalizzazione delle dotazioni in esubero (nell'imprescindibile obiettivo di equilibrio economico di gestione) al

soddisfacimento di bisogni "non acuti", attraverso il monitoraggio e la gestione diretta e capillare da parte dei Distretti di dette ultime tipologie assistenziali, nel rispetto dei budget loro attribuiti;

- ➔ **l'integrazione delle responsabilità e delle funzioni ospedaliere e territoriali** anche in materia di assistenza residenziale, di prevenzione e cura delle tossicodipendenze, di lungodegenza, di assistenza agli anziani ed ai disabili e domiciliare;

Col presente Piano si avvia anche un processo di innovazione organizzativa e di integrazione degli interventi Sanitari e Socio-Sanitari, con lo scopo di garantire nell'ambito della programmazione e del modello adottato per l'esercizio del Sistema sanitario regionale, il diritto costituzionale alla tutela della salute, con particolare attenzione a:

- la *Promozione della Salute* attraverso servizi qualificati ed efficienti e non semplicemente "promozione di prestazioni";
- la corretta allocazione e l'efficace impiego delle risorse correlate ai livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
- la efficacia, l'appropriatezza e la economicità delle modalità organizzative ed operative di erogazione dell'assistenza, per l'innalzamento dei livelli standard di qualità attesi;
- l'Innovazione intesa come Risorsa del Sistema Sanitario, attraverso la crescita professionale del personale, lo scambio sistematico delle esperienze ed il coerente adeguamento delle tecnologie, delle strutture, delle modalità operative alla dinamica dei nuovi bisogni emergenti;
- il principio della sussidiarietà e della complementarietà solidale tra Cittadini, Organismi rappresentativi della Collettività, Organizzazioni di Categoria, Organizzazioni no-profit, Autonomie Locali, Sistema Universitario e di Ricerca della Puglia, Aziende ed Istituti Sanitari, Soggetti privati accreditati, Personale del SSR, al fine di fornire, mediante la **cooperazione**, supporti e prestazioni sempre più finalizzati ai bisogni socio-sanitari degli Assistiti;
- una migliore qualificazione del personale medico e di comparto con particolare attenzione alla formazione di figure professionali nel campo della economia sanitaria.

Il modello di Piano tende, pertanto, a realizzare, in un quadro di compatibilità economica, una **organizzazione** regionale «**a rete**», «**organica**», «**dinamica**», «**unitaria**» ed «**efficiente**» della capacità di assistenza sanitaria con crescenti livelli di integrazione e complementarietà funzionale, anche attraverso una capillare informatizzazione al fine di confermare o cambiare precocemente le scelte operative, organizzative e finanziarie.

Per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, obiettivo del Piano è quello di ristrutturare la **Rete di Ospedali**, dandole una connotazione di medio – alta specializzazione al fine di migliorare l'autosufficienza della Puglia nelle capacità erogative di alta specialità, mediante potenziamento e depotenziamento di unità operative ospedaliere, dipartimentalizzazione e cooperazione anche interaziendale, con *applicazione del principio di unitarietà del SSR*.

2.1 Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000

Con riferimento agli obiettivi prioritari nei quali si articola il PSN 1998 - 2000, il presente piano ne qualifica le azioni definendo le priorità di intervento.

I. Promuovere comportamenti e stili di vita per la Salute

La Regione promuove l'adozione di comportamenti e stili di vita, in grado di favorire la salute e di ridurre i fattori di rischio, quali:

- corrette abitudini alimentari improntate al conseguimento di standards nutrizionali, finalizzate a significative riduzioni dell'incidenza di patologie cardiache, cerebrovascolari, neoplastiche ed a rilevanza sociale;
- interventi di educazione alimentare e nutrizionale;
- diffusione di misure ed azioni dissuasive dal fumo, con particolare riferimento ad interventi educativi diretti alle fasce scolari;
- azioni di prevenzione dell'abitudine all'alcol;
- iniziative dirette a promuovere l'attività fisica e sportiva;

Al riguardo, la Regione definisce una strategia articolata in azioni di prevenzione primaria che coinvolgono le attività di assistenza sanitaria di base, la rete degli ambulatori della medicina specialistica e le articolazioni territoriali della medicina sportiva.

II. Contrastare le principali patologie

La Regione, attraverso interventi di prevenzione primaria o/e secondaria, si prefigge di contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione pugliese e provocano una maggiore incidenza delle cause di disabilità e di morte.

Nel Piano nazionale sono individuate le patologie da contrastare e specificamente quelle cerebro-vascolari, i tumori, le malattie infettive ed AIDS, incidenti e malattie professionali.

In relazione alle caratteristiche epidemiologiche della Puglia sono individuate, tra le aree di prioritario intervento, accanto a quelle previste dal PSN 1998 - 2000, le azioni specificamente orientate a contrastare anche il diabete, la Talassemia maior, le malattie allergiche e del sistema immunitario.

III. Migliorare il Contesto Ambientale

Gli interventi sui fattori ambientali per il mantenimento ed il miglioramento della salute richiedono approcci multisettoriali di medio e lungo termine in relazione alle problematiche connesse alla promozione della qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo, degli alimenti ed alle azioni per il controllo dei fattori inquinanti.

Qualità dell'Aria

Il traffico veicolare, i sistemi di riscaldamento e quelli di produzione e trasformazione industriale sono alla base dell'inquinamento atmosferico. E' stata chiaramente definita la relazione tra concentrazione degli inquinanti ambientali registrata in alcune aree ed il conseguenziale incremento di morbilità e mortalità, in particolare, correlata alle patologie respiratorie.

Rispetto agli impianti che danno luogo ad emissioni inquinanti, le articolazioni del Servizio sanitario regionale accertano la conformità a norma dei sistemi di abbattimento

autorizzati ed installati per assicurare il contenimento delle emissioni entro i limiti fissati dalle direttive nazionali e comunitarie disciplinanti la materia.

Al riguardo, la Regione promuove programmi sistematici di monitoraggio dei fattori inquinanti dell'aria e di miglioramento ambientale.

Qualità dell'Acqua

Rispetto alle crescenti esigenze di approvvigionamento idrico della Puglia scaturenti dall'espandersi degli impieghi nelle attività produttive industriali e manifatturiere, dalla crescita della filiera agro-industriale ed agro-alimentare, dalla concentrazione dei servizi, dal modificarsi dei costumi di vita, la limitatezza delle provviste di acqua di cui la regione dispone, comporta la necessità di porre particolare attenzione nella ricerca continua di soluzioni idonee nel breve e lungo periodo a garantire la disponibilità di tale risorsa.

Da sempre la Puglia, che dipende per la quasi totalità dei propri fabbisogni di acqua dalle regioni contermini, è impegnata ad ottimizzare l'impiego del bene ed a sviluppare programmi di cooperazione con quest'ultime dotate di maggiore disponibilità idrica .

In questo contesto acquisisce grande rilevanza ai fini della tutela della salute il complesso ed articolato sistema di captazione, adduzione, potabilizzazione, distribuzione, raccolta e depurazione reflui (ciclo integrato delle acque) a cui sovrintende il più grande organismo di gestione idrica d'Europa, l'Ente Autonomo Acquedotto Pugliese (oggi AQP), cui è affidato dalla Legge 7 Luglio 1902, n.245 e successive norme, l'esercizio perpetuo dell'acquedotto pugliese e del ciclo integrato delle acque.

Nel rilevare che la qualità e la purezza delle acque distribuite in Puglia è tra le migliori del Paese, occorre dar luogo ad interventi multisettoriali ed interdisciplinari che garantiscano:

- continuità ed ulteriore sistematicità al miglioramento raggiunto negli ultimi 15 anni nella qualità delle acque potabili e di balneazione;
- la conservazione ed il miglioramento, relativamente al trattamento ed alla depurazione dei reflui, dei livelli medi di compatibilità dei carichi inquinanti rispetto ai valori guida, rispetto ai quali la Puglia evidenzia una situazione complessiva pienamente in linea con le direttive nazionali e comunitarie regolanti la materia, comprese quelle del Testo Unico sulle acque del 1999.

Qualità degli Alimenti

La Regione intende garantire la qualità nella filiera agro – alimentare ed agro – industriale, comprese le fasi della conservazione, distribuzione e somministrazione delle bevande e degli alimenti. Le correlate azioni da intraprendersi sono definite nel quadro delle competenze del Dipartimento di Prevenzione.

Radiazioni

Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche circa i danni causati dalle radiazioni rendono necessaria la diffusione di una corretta conoscenza delle problematiche per un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie. La Regione è pertanto impegnata a:

- promuovere campagne di educazione sanitaria volte alla prevenzione degli effetti dannosi delle radiazioni ultraviolette;
- migliorare il livello di protezione della popolazione ed, in particolare, dei lavoratori, dall'esposizione agli agenti radianti;
- garantire lo smaltimento dei rifiuti radioattivi in condizioni di sicurezza.

Rifiuti

Il rischio per la salute correlato ai rifiuti, in particolare quelli speciali, si manifesta quando siano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale.

Le azioni da intraprendere sono rivolte al monitoraggio dei fattori inquinanti correlati al processo di trattamento dei rifiuti ed alla promozione di comportamenti che incoraggino il riuso ed il riciclo, con conseguente limitazione del volume e pericolosità ambientale dei rifiuti generati.

IV. Rafforzare la Tutela dei Soggetti Deboli

Il PSN 1998 – 2000 pone l'esigenza di affrontare i temi connessi alla tutela dei soggetti deboli con particolare riferimento alle fasi della vita in cui le persone sono più vulnerabili.

In relazione ai soggetti individuati dal PSN 1998 – 2000 rispetto ai quali assicurare particolare tutela, il presente Piano individua le azioni necessarie a garantire adeguati livelli di intervento in materia di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, con particolare riferimento a:

- stranieri immigrati (nell'ambito dei livelli di assistenza riferiti a particolari categorie di individui);
- salute materno – infantile;
- dipendenze da sostanze di abuso;
- salute mentale;
- promozione dell'integrazione socio – sanitaria;
- cure domiciliari, in particolare per anziani e non autosufficienti;
- tutela dei malati terminali.

La Regione, con l'attuazione del Piano intende far propri, rafforzare e sviluppare i principi ed i valori di solidarietà che caratterizzano la storia della Gente della Puglia, a tal fine prevedendo specifiche forme di partecipazione diretta dei cittadini ed in particolare, delle Associazioni e delle Organizzazioni di volontariato.

V. Portare la Sanità Italiana in Europa

Il Piano sanitario regionale mutua le iniziative previste dal PSN 1998 – 2000 e le qualifica con particolare riferimento a:

- i trapianti d'organo, individuati tra le azioni prioritarie;
- la riabilitazione, con particolare attenzione allo sviluppo di Centri di Alta Specialità;
- la innovazione tecnologica, individuata come finalità strategica del piano straordinario degli investimenti per l'ammodernamento del servizio sanitario e la realizzazione del nuovo *Sistema di salute* ;
- la sorveglianza delle patologie rare, individuata come area prioritaria di intervento e correlata valorizzazione, anche a tale fine, del ruolo dell'OER, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- la autosufficienza rispetto al fabbisogno di sangue ed emoderivati, con l'adozione del piano sangue e plasma;
- la sanità veterinaria pubblica, specificamente trattata con riferimento alla direttive nazionali e comunitarie in materia, nell'ambito della sezione interessante il Dipartimento di prevenzione;
- sistema informativo, di pianificazione e controllo sanitario, le implementazioni dei cui contesti operativi, tecnologici e di rete sono individuate quali azioni strumentali della programmazione regionale.

3. CONTENUTI DEL PIANO

Come si è detto in premessa, per le grandi trasformazioni che il Piano di Salute Regionale 2002-2007 prevede, la sua attuazione è conseguentemente organizzata in due fasi:

FASE 1: PSR – triennio 2002- 2004	considerato Programma a Medio Termine, con ampia considerazione dell'integrazione socio-sanitaria;
FASE 2: PSSR – triennio 2005- 2007	che, in considerazione di quanto si dirà in materia di integrazione socio-sanitaria, diventerà Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), con le realizzazioni di lungo periodo.

Il PSR per il periodo 2002-2004 è, quindi, il primo segmento del "Piano di Salute Regionale" e di realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari 2002 –2007 della Puglia.

Nell'attuazione del Piano 2002-2004 vengono quindi trattati e definiti:

- criteri per la ridefinizione del sistema e per la trasformazione del suo assetto, orientandolo verso la prevenzione e l'assistenza di base, per adeguarlo ai mutamenti intervenuti negli ultimi decenni;
- i tre livelli dell'assistenza individuati in sede nazionale e le funzioni che devono essere garantite dal Servizio sanitario regionale, nei limiti delle risorse assegnate;
- criteri per la ridefinizione degli ambiti distrettuali, in funzione degli obiettivi di salute e di integrazione dei livelli di assistenza e del percorso di razionalizzazione strutturale costituente l'obiettivo primario del primo triennio di piano, nonché dei fattori di finalizzazione, depotenziamento e potenziamento delle strutture di offerta;
- principi e fattori alla base del nuovo Piano della Rete Ospedaliera, per la conseguente successiva ridefinizione delle Discipline e dei posti letto, in esecuzione di quanto disposto in materia dalla programmazione nazionale e regionale ed, in particolare, dal D.L. 18 Settembre 2001 n.347;
- principi di qualificazione degli investimenti straordinari per il conseguenziale adeguamento strutturale, tecnologico ed organizzativo delle Unità Locali delle Aziende Sanitarie e delle eventuali riallocazioni operative e di destinazione d'uso;
- principi di orientamento in materia di accreditamento delle strutture e dei soggetti privati che opereranno nell'ambito del nuovo Sistema Sanitario della Puglia;
- principi di orientamento da assumersi quale riferimento nell'ambito dei Documenti Triennali di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF) di cui alla LR. 28/00, tenuto conto di alcuni aspetti di natura gestionale e strategica presenti nel D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, di cui è in atto lo studio normativo per l'adeguamento della LR 36/94;
- impiego delle risorse, previa definizione di target economici alla portata delle strategie aziendali, orientandone territorialmente la destinazione in ragione della loro massima utilità sociale, monitorandone l'utilizzo rispetto ad obiettivi specifici di armonizzazione;
- principi per un più efficace impiego delle risorse professionali operanti nell'ambito del SSR, prioritariamente nel periodo 2002-2004;

Il Piano tende, inoltre, a rendere visibile alla popolazione della Puglia, l'impegno assunto da tutti gli operatori pubblici e privati del settore, favorendone, mediante specifiche campagne di informazione, anche attraverso le scuole dei diversi ordini e gradi, l'educazione ed il miglior comportamento sanitario, anche dal punto di vista economico.

A tal fine non si può trascurare l'obiettivo di aumentare il livello di consapevolezza e di compartecipazione del personale operante nel settore pubblico della sanità rispetto al fondamentale obiettivo primario di sviluppare "il senso di appartenenza", "il ruolo di agente primario del cambiamento" e la socializzazione "a tutti i livelli" dell'obiettivo di miglioramento dei livelli di salute regionale.

E' altresì necessario rafforzare il principio di responsabilità e fiduciarità derivante dal rapporto di pubblico impiego e da quelli di natura civilistica regolanti i rapporti negoziali e convenzionali con le parti ed i soggetti operanti nel SSR, con impegno ad un efficace impiego delle risorse loro assegnate, con rapporto di mandato.

4. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO, PROGRAMMAZIONE E INDIRIZZI NAZIONALI E REGIONALI

4.1 QUADRO NORMATIVO

Circa il **Quadro Normativo Sanitario**, il Piano tiene conto, in particolare, oltre che dei contenuti del PSN 1998-2000, della seguente produzione normativa:

Leggi, Accordi e Regolamentazioni Nazionali, Comunitarie ed Internazionali:

- D.Lgs 502/92 e successive modificazioni;
- altre fonti normative dello Stato;
- Accordo Stato - Regioni 8 Agosto 2001;
- DL 347/01;
- Accordi della Conferenza Stato Regioni;
- L. 328/00;
- Direttive Comunitarie e dell'OMS sulla Sanità;
- D.Lgs 517/99;
- D.P.C.M. 24 Maggio 2001 - Linee guida concernenti i protocolli di intesa Regione - Università.

Normative e Regolamentari Regionali

- Legge regionale n. 36/94 (*e successive modificazioni ed integrazioni*);
- Legge regionale n. 38/94(*e successive modificazioni ed integrazioni*);
- Legge regionale n. 30/98;
- Leggi regionali n. 28/00 e 32/01;
- Legge regionale n. 24/01;
- Atti di Indirizzo & Coordinamento della Regione Puglia in materia di Programmazione Sanitaria;
- DCR 244/97, DGR 380/99 (Riconversione Ospedali Psichiatrici, DCR 379/99 (Riordino Rete Ospedaliera), DCR 382/99 (Emergenza - Urgenza 118);
- Legge regionale n.28/01, di riforma dell'ordinamento regionale in materia di programmazione, bilancio, contabilità e controlli.

Il PSR nelle sue linee tiene, inoltre, conto di quanto contenuto nell'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano dell'8 Agosto 2001, col quale è stata fatta chiarezza in materia di:

- **individuazione delle responsabilità economiche;**
- **risorse economiche globalmente attribuite al SSN;**
- **qualificazione e definizione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);**
- **razionalizzazione e di controllo della spesa;**
- **Federalismo** e, quindi, di potestà operativa delle Regioni.

4.2 CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA NAZIONALE

Il PSR considera, per quanto ancora attuali, i contenuti del PSN 1998-2000 e le **innovazioni** presenti nella versione preliminare del PSN 2001-2003, approvata dal Consiglio dei Ministri il 7 febbraio 2001, in particolare, quanto è rilevante in materia di strategie per la salute e di programmazione di un **"sistema decentrato di responsabilità"** a livello territoriale.

Rispetto a tale orientamento, si inserisce il complesso tema del decentramento istituzionale, che con il richiamato Accordo dell' 8 Agosto 2001, di fatto, pone in essere una forte responsabilizzazione economica delle Regioni nell'esercizio della tutela della salute della popolazione.

La nuova visione si basa sulla integrazione delle politiche sanitarie, economiche, sociali, ambientali e produttive che, congiuntamente, possono meglio garantire i risultati attesi di salute, nonché prevenire e ridurre le disuguaglianze per orientare il sistema verso un assetto complessivamente affidabile.

Dall'ipotesi di PSN 2001-2003, viene mutuato il principio del potenziamento dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università, in particolare con le Facoltà di Medicina e Chirurgia, perseguendo la necessaria collaborazione operativa affinché l'università sia sede non soltanto della formazione di base, ma possa cooperare con tutti i soggetti interessati alla formazione continua, impegnandosi per un ulteriore miglioramento del livello di preparazione delle scuole di specializzazione e in generale dei corsi di studio delle professioni sanitarie per le quali è prevista la laurea.

Tale collaborazione va realizzata anche con:

- l'interscambio dei ricercatori, favorendo la partecipazione di personale sanitario non universitario a progetti che vedano quale capofila l'Università, come pure la partecipazione di personale universitario a progetti con attori principali provenienti da altre strutture;
- l'integrazione delle competenze medico-sanitarie, finalizzando i risultati della ricerca preclinica ai risultati clinici, valutando l'appropriatezza delle attività scientifiche di base nell'ottica delle prestazioni assistenziali, al fine di incrementare la utilizzazione dei risultati ottenuti, con l'obiettivo di assicurare un'opera di diffusione e formazione a vantaggio di tutto il Servizio Sanitario.

4.3 CONTESTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Negli ultimi anni è stato avviato nella Regione Puglia un complesso percorso di trasformazione e riorientamento del Servizio sanitario regionale che, pur non raggiungendo tutti gli obiettivi previsti, ha comunque consentito di realizzare nel quadriennio:

- Il progetto di piano sanitario regionale, di cui si è tenuto conto nella stesura del presente documento di programmazione;
- una prima ipotesi di riordino della rete ospedaliera (DCR 379/99);
- l'adozione di nuovi criteri di riparto del FSR;
- l'istituzione della Camera di Controllo e Compensazione;
- l'avvio del nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- il primo consolidamento dei conti economici di tutte le Aziende Sanitarie della Regione;
- l'avvio dei sistemi di monitoraggio sistematico dello stato di avanzamento dei lavori della Fase 1 dell'art.20 della L.67/88 e l'inquadramento qualitativo, funzionale e quantitativo degli interventi proposti dalle strutture del SSR ai fini dell'ammodernamento strutturale tecnologico ed organizzativo con i mezzi resi disponibili per l'articolazione della seconda fase del piano di ammodernamento delle strutture sanitarie;
- la costituzione della prima matrice consolidata delle prestazioni ospedaliere interessante l'intero ambito regionale, comprensiva degli autoconsumi, ed una chiara identificazione del grado di appropriatezza delle stesse e dei relativi punti di erogazione;

- il consolidamento e lo sviluppo delle azioni di controllo di gestione, fortemente accelerate nel 2001 dal processo di razionalizzazione attivato dalla LR 28/00;
- l'Atto n.1392 del 5 Ottobre 2001 di approvazione del Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il Triennio 2001-2003, in esecuzione della LR 28/00.

In particolare, con la LR 28/00, sono state introdotte specifiche norme in materia di razionalizzazione, contenimento e qualificazione della spesa sanitaria, con:

- individuazione delle funzioni assistenziali finanziate a costo standard e ridefinizione del sistema tariffario in materia di prestazioni ospedaliere;
- azioni di potenziamento e depotenziamento;
- programma delle prestazioni e fissazione dei tetti massimi invalicabili di remunerazione;
- utilizzo dei protocolli per le prestazioni in day hospital;
- regimentazione nell'acquisto di beni durevoli e servizi;
- appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria;
- disciplina e razionalizzazione delle dotazioni organiche e del numero di dipendenti delle strutture del SSR;
- perentorietà degli adempimenti riguardanti i bilanci e le rendicontazioni periodiche;
- disciplina delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere del settore privato:

Inoltre con la L.R. 13 Agosto 2001 n. 24, istitutiva dell' ARES, quale azienda strumentale della Regione, è stato individuato il soggetto istituzionale cui è demandata la missione di fornire il supporto tecnico-operativo per la programmazione, il controllo ed il monitoraggio dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale (SSR) e la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi erogati.

Un accenno particolare va fatto al Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il 2001-2003 di cui alla deliberazione 5 Ottobre 2001 n.1392, col quale l'Esecutivo regionale ha definito un percorso "strutturalmente" sostenibile volto alla progressiva modifica delle risorse destinabili alle funzioni essenziali dell'assistenza territoriale, ospedaliera e della prevenzione.

Livello	2001	2002	2003
Prevenzione	3,5%	4,0%	5,0%
Assistenza Territoriale	43,5%	47,0%	49,0%
Assistenza Ospedaliera (*)	53,0%	49,0%	46,0%
Totale	100%	100%	100%

(*) La percentuale del Livello Ospedaliero relativa al 2001 tiene conto della Mobilità Passiva Extraregionale (c.a 0,5% del FSR)

Coerentemente all'obiettivo previsto dal PSR di sviluppare l'assistenza territoriale quale "sistema di filtro e di regolazione" dei bisogni di salute, con l'atto di indirizzo economico - funzionale per il 2001 è stato introdotto, a partire dal 2002, l'obbligo di definizione dei budget distrettuali, in attuazione dell'accordo Stato-Regioni dell' 8 Agosto u.s., e di quanto previsto, ancorché in via sperimentale, dalla Legge 388/2000.

5. ASPETTI DEMOGRAFICI E SANITARI DELLA POPOLAZIONE PUGLIESE

Popolazione residente

In Puglia risiedono 4.085.239 abitanti (fonte ISTAT, 01/01/2000) (tabella 1).

Tabella 1 - Situazione demografica al 1° gennaio 2000 e previsione per il 2005

Anno	Italia		Puglia	
	2000	prev 2005	2000	prev 2005
Popolazione residente	57.679.895	58.172.305	4.085.239	4.104.217
N° famiglie anagrafiche	22.226.115	-	1.404.335	-
Composizione famiglie	2,6	-	2,9	-
Indice di vecchiaia	124,5%	136,5%	87,5%	101,4%
Indice di dipendenza	47,9%	51,0%	47,8%	49,4%
>= 65 anni	18,0%	19,5%	15,1%	16,6%
>= 80 anni	3,9%	5,0%	3,0%	3,9%

La densità abitativa di 211 ab/Kmq pone la nostra regione al sesto posto in Italia ed al secondo posto fra le regioni meridionali. E' da segnalare comunque la presenza di aree a scarsa densità abitativa nelle zone sub-appenniniche della provincia di Foggia (tabella2).

Tabella 2 - Situazione demografica al 1° gennaio 2000: dettaglio per provincia

	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
Popolazione residente	1.576.050	411.563	693.900	815.855	587.871
N° famiglie anagrafiche	538.096	138.669	225.591	284.049	217.930
Composizione famiglie	2,9	3,0	3,1	2,9	2,7
Indice di vecchiaia	82,2%	87,5%	84,8%	104,1%	84,1%
Indice di dipendenza	47,1%	48,4%	50,3%	48,1%	46,2%
>= 65 anni	14,4%	15,2%	15,3%	16,6%	14,4%
>= 80 anni	3,0%	3,0%	3,2%	3,3%	2,7%

L'80,5% della popolazione (dato nazionale:78,9%) risiede in centri urbani (tabella 3).

Tabella 3 - Percentuale di popolazione residente in centri urbani

Italia	78,9%
Puglia	80,5%

I nuclei familiari ammontano a 1.404.335 e sono più numerosi rispetto alla media nazionale (2,9 vs 2,6 componenti).

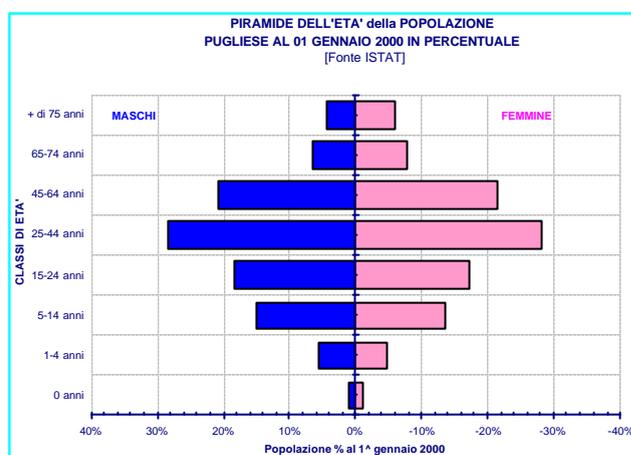
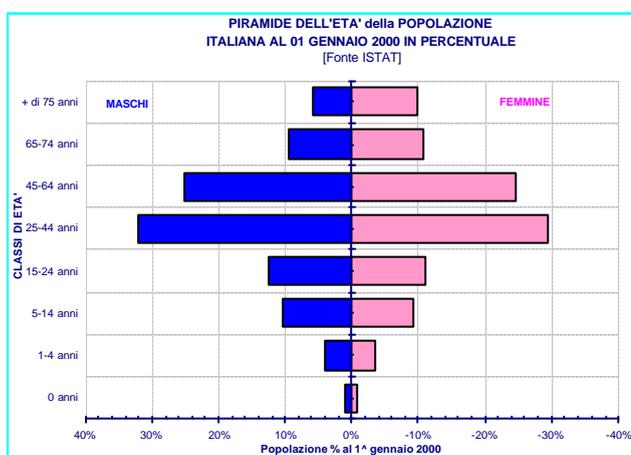
Gli stranieri residenti, secondo le stime ufficiali, ammontano a 33.455 pari allo 0,8% della popolazione generale, rispetto al dato nazionale del 2,2% (tabella 4).

Tabella 4 - Stranieri residenti

	M	F	Totale	%
Italia	690.239	580.314	1.270.553	2,2%
Puglia	19.732	13.723	33.455	0,8%

Composizione in età della popolazione residente

La distribuzione in età della popolazione pugliese è attualmente caratterizzata in entrambi i sessi da una maggiore prevalenza delle prime quattro classi di età (= 24 anni) rispetto al dato nazionale. Contestualmente risultano meno rappresentate le classi di età superiori, con differenti divari per M e F (figura 1).



ITALIA PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE AL 01.01.2000 [ISTAT]

PUGLIA: PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE AL 01.01.2000 [ISTAT]



	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	
M 0	274.636	F 0	260.096	534.732
M 1-4	1.097.482	F 1-4	1.035.757	2.133.239
M 5-14	2.907.122	F 5-14	2.751.634	5.658.756
M 15-24	3.482.942	F 15-24	3.332.190	6.815.132
M 25-44	8.957.598	F 25-44	8.789.771	17.747.369
M 45-64	7.062.488	F 45-64	7.364.720	14.427.208
M 65-74	2.620.521	F 65-74	3.243.621	5.864.142
M + di 75	1.600.523	F + di 75	2.898.794	4.499.317
	28.003.312	29.676.583	57.679.895	



	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	
M 0	21.912	F 0	20.532	42.444
M 1-4	106.692	F 1-4	99.831	206.523
M 5-14	298.688	F 5-14	283.456	582.144
M 15-24	365.085	F 15-24	360.157	725.242
M 25-44	567.203	F 25-44	593.856	1.161.059
M 45-64	413.441	F 45-64	451.280	864.721
M 65-74	131.952	F 65-74	161.343	293.295
M + di 75	84.359	F + di 75	125.450	209.809
	1.989.333	2.095.906	4.085.239	

Il 15,1% ed il 3,0% della popolazione residente ha un'età superiore, rispettivamente, a 65 ed 80 anni. L'indice di vecchiaia risulta pari all'87,5% rispetto al 124,5% del dato nazionale. La provincia di Lecce si discosta, significativamente dal dato medio regionale, con un indice di vecchiaia pari a 104,1% (tabella 2).

L'indice di dipendenza, pari al 47,8%, presenta invece valori sovrapponibili alla media nazionale. Questo dato è giustificato dalla numerosa presenza di soggetti di età inferiore a 14 anni che, insieme ai soggetti anziani, rappresentano la quota di popolazione dipendente sul piano economico.

Considerando le previsioni ISTAT per i prossimi anni, l'andamento demografico della popolazione pugliese mostrerebbe già nel 2005 una tendenza all'allineamento con i dati nazionali caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione (tabella 1), coerente con le previsioni di ulteriore senilizzazione della popolazione pugliese al 2014.

Indicatori sanitari

I dati più recenti di mortalità infantile, confrontabili con il dato nazionale, risalgono al 1997 ed indicano valori più elevati rispetto al tasso medio italiano in entrambi i sessi: 6,9 ‰ nei maschi e 5,3 ‰ nelle femmine contro 5,0 ‰ e 5,1 ‰ rispettivamente nei maschi e nelle femmine in Italia nello stesso anno (tabella 5).

Tabella 5 - Mortalità infantile (1997)

	M	F
Italia	5,9	5,1
Puglia	6,9	5,3

La speranza di vita alla nascita, invece, risulta sovrapponibile al dato nazionale (tabella 6).

Tabella 6 - Speranza di vita alla nascita (1997)

	M	F
Italia	75,35	81,73
Puglia	75,99	81,55

Particolarmente elevato risulta il tasso di abortività volontaria, che è più elevato del corrispettivo nazionale in ogni classe di età. Il tasso di abortività totale standardizzato per età risulta pari a 14,0 ‰ (dato nazionale 9,6 ‰). Il rapporto di abortività volontaria rispetto a 1000 nati vivi è pari a 363,9 (dato nazionale: 247,5) (tabella 7).

Tabella 7 - Tasso di abortività volontaria per classi di età per 1.000 donne. 1999

	CLASSI DI ETÀ							Tasso totale standardizzato	Rapporto di abortività volontaria per 1000 nati vivi
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Italia	7,1	14,2	13,7	12,9	11,2	5,2	0,5	9,6	247,5
Puglia	9,7	18,3	19,1	19,8	18,3	9,0	1,0	14,0	363,9

Sebbene la popolazione pugliese risulti complessivamente più giovane rispetto ad altre regioni, la quota di soggetti portatori di malattie croniche sulla popolazione generale è sovrapponibile al dato medio nazionale (tabella 8).

Tabella 8 - Soggetti portatori di malattie croniche

	Con una malattia cronica o più		Con due malattie croniche o più		Cronici in buona salute	
	Num	%	Num	%	Num	%
Italia	17.504.000	30,3%	9.590.000	16,6%	8.011.000	13,9%
Puglia	1.169.000	28,6%	660.000	16,2%	559.000	13,7%

Per quanto riguarda i principali fattori di rischio per malattie cronicodegenerative, risulta più elevata rispetto al dato nazionale la quota di soggetti con età maggiore

di 15 anni con sovrappeso e/o obesi (tabelle 9 e 10), così come la prevalenza di fumatori fra i maschi in tutte le classi di età (tabella 11).

Tabella 9 - Soggetti in sovrappeso >= 15 anni

Italia	31,2%
Puglia	32,9%

Tabella 10 - Soggetti obesi >= 15 anni

Italia	8,4%
Puglia	9,4%

Tabella 11 - Soggetti fumatori >= 15 anni

	CLASSI DI ETÀ						Totale
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	
	<i>Maschi</i>						
Italia	29,7	39,8	38,7	39,1	30,9	17,3	32,8
Puglia	28,1	45,3	40,8	48,6	37,6	18,6	36,6
	<i>Femmine</i>						
Italia	16,5	20,8	28,0	21,2	15,1	5,9	17,3
Puglia	11,5	13,7	17,7	15,8	8,0	2,9	11,4
	<i>Totale</i>						
Italia	23,2	30,4	33,4	30,0	22,8	10,6	24,7
Puglia	19,8	29,3	29,1	32,6	21,4	9,6	23,5

Cause di morte e mortalità evitabile

Come si evince dalla tabella 12, elaborata in base ai dati del Registro regionale delle cause di morte (Osservatorio epidemiologico regionale) per il 1998, le principali cause di morte nella nostra regione, in linea con il trend nazionale, sono rappresentate dalle Malattie del sistema circolatorio, con una proporzione del 42,5%, e dai Tumori con il 26,0%, seguite dalle Malattie dell'apparato respiratorio (7,5%) e delle Malattie dell'apparato digerente (5,9%).

Tabella 12 - Distribuzione percentuale delle cause di morte nelle diverse fasce di età. 1998

Cause di Morte	CLASSI DI ETÀ									Totale
	0	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	
Malattie Infettive	0,42%	4,62%	0,73%	1,10%	1,86%	1,17%	0,78%	0,59%	0,56%	0,63%
Tumori	0,84%	24,62%	15,33%	13,81%	28,14%	44,52%	48,22%	43,16%	20,65%	26,02%
Mal. Gh. Endocrine, Metab., Nutriz., Immunità	0,84%	1,54%	2,92%	0,83%	1,40%	0,78%	1,67%	2,22%	2,26%	2,15%
Malattie Sangue ed Organi Ematopoietici	0,00%	0,00%	3,65%	1,38%	0,93%	0,39%	0,37%	0,30%	0,38%	0,40%
Disturbi Psicici	0,42%	1,54%	0,00%	0,28%	0,47%	0,13%	0,26%	0,13%	0,75%	0,60%
Malattie Sistema Nervoso ed Organi dei Sensi	1,27%	12,31%	3,65%	2,76%	2,33%	1,70%	1,26%	1,65%	1,32%	1,44%
Malattie Sistema Circolatorio	5,49%	6,15%	6,57%	2,76%	11,63%	21,28%	25,47%	30,93%	48,72%	42,45%
Malattie Apparato Respiratorio	2,11%	4,62%	2,92%	4,14%	2,33%	3,00%	2,41%	4,26%	8,89%	7,46%
Malattie Apparato Digerente	0,84%	1,54%	0,00%	1,93%	7,67%	5,61%	7,37%	8,45%	5,42%	5,91%
Malattie Apparato Genito-Urinario	0,42%	1,54%	2,19%	0,00%	0,23%	1,44%	1,36%	1,52%	2,85%	2,44%
Complic. della Gravidanza, del Parto e del Puero	0,00%	0,00%	0,00%	0,28%	0,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
Malattie della Pelle	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,23%	0,00%	0,00%	0,07%	0,03%	0,03%
Malattie del Sist. Osteom. e Tess. Connettivo	0,00%	1,54%	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	0,10%	0,15%	0,10%	0,11%
Malformazioni Congenite	27,00%	9,23%	2,19%	0,00%	0,23%	0,26%	0,21%	0,11%	0,06%	0,32%
Condizioni Morbose perinatali	46,41%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,35%
Sintomi e Stati morbosi mal definiti	6,33%	3,08%	1,46%	1,66%	1,63%	2,22%	1,78%	2,15%	4,85%	4,12%
Traumatismi ed avvelenamenti	0,00%	23,08%	53,28%	63,81%	32,79%	13,97%	6,90%	2,63%	1,93%	4,00%
Altro	7,59%	4,62%	5,11%	5,25%	7,67%	3,26%	1,83%	1,67%	1,21%	1,57%

Per quel che riguarda la distribuzione delle cause di morte per fascia d'età, emerge come le patologie a carico del sistema cardio circolatorio siano le prime responsabili di mortalità nelle classi d'età più avanzate (oltre i 70 anni).

Le patologie neoplastiche in toto rappresentano la principale causa di decesso nella fascia preadolescenziale e tra i 40 ed i 60 anni di età.

Le malattie respiratorie colpiscono prevalentemente le due fasce estreme della vita, mentre quelle dell'apparato digerente, le classi adulta e anziana.

Le condizioni morbose perinatali (46,4%) sono la prima causa di mortalità infantile, seguite dalle malformazioni congenite (27,0%).

Nelle fasce di età tra 10 e 40 anni, la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi, principalmente a causa di incidenti della strada (tabella 13).

Tabella 13 - Distribuzione in valore assoluto delle cause di morte nelle diverse fasce di età. 1998

Cause di Morte	CLASSI DI ETÀ									Totale
	0	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	
Malattie Infettive	1	3	1	4	8	9	15	27	130	198
Tumori	2	16	21	50	121	341	922	1.986	4.782	8.241
Mal. Gh. Endocrine, Metab., Nutriz., Immunità	2	1	4	3	6	6	32	102	524	680
Malattie Sangue ed Organi Ematopoietici	-	-	5	5	4	3	7	14	89	127
Disturbi Psicici	1	1	-	1	2	1	5	6	174	191
Malattie Sistema Nervoso ed Organi dei Sensi	3	8	5	10	10	13	24	76	306	455
Malattie Sistema Circolatorio	13	4	9	10	50	163	487	1.423	11.284	13.443
Malattie Apparato Respiratorio	5	3	4	15	10	23	46	196	2.060	2.362
Malattie Apparato Digerente	2	1	-	7	33	43	141	389	1.256	1.872
Malattie Apparato Genito-Urinario	1	1	3	-	1	11	26	70	659	772
Complic. della Gravidanza, del Parto e del Puerp	-	-	-	1	2	-	-	-	-	3
Malattie della Pelle	-	-	-	-	1	-	-	3	7	11
Malattie del Sist. Osteom. e Tess. Connettivo	-	1	-	-	-	2	2	7	23	35
Malformazioni Congenite	64	6	3	-	1	2	4	5	15	100
Condizioni Morbose perinatali	110	-	-	-	-	-	-	-	-	110
Sintomi e Stati morbosi mal definiti	15	2	2	6	7	17	34	99	1.123	1.305
Traumatismi ed avvelenamenti	-	15	73	231	141	107	132	121	448	1.268
Altro	18	3	7	19	33	25	35	77	280	497
Totale	237	65	137	362	430	766	1.912	4.601	23.160	31.670

Facendo riferimento all'indagine "Prometeo Atlante della Sanità Italiana 1999", dall'analisi della mortalità evitabile, emerge per la Puglia una situazione globale del tutto sovrapponibile alla media nazionale.

Si evidenziano comunque notevoli differenze sul territorio con alcune peculiarità da sottolineare:

- negli ambiti territoriali delle Aziende USL Fg/3, Ta/1, Le/1 e Br/1 è risultato un tasso di mortalità superiore alla media nazionale per quanto riguarda le cause evitabili con interventi di prevenzione primaria nei maschi (tasso medio 119,7 per 100.000);
- del tutto sovrapponibili alla situazione nazionale sono invece i tassi mortalità per cause prevenibili con interventi di screening nelle donne (tasso medio 26,2 per 100.000);
- per quanto riguarda la mortalità evitabile per tutte le cause, invece, i dati più allarmanti sono registrati nei territori delle Aziende USL Br/1, Fg/3 e Ta/1, con particolare riferimento al sesso maschile (172,4 per 100.000 nei maschi; 69,7 per 100.000 nelle femmine).

Malattie infettive

Le malattie infettive si presentano nella regione con frequenza elevata, spesso superiore alla media nazionale (tabella 14). In particolare è da segnalare un'incidenza elevata di malattie a trasmissione fecale-orale.

**Tabella 14 - Principali malattie infettive
notificate nel quinquennio 1996-2000**

Malattia	Numero notifiche	Tasso medio annuo x100.000
Bruellosi	1.076	5,3
Diarrea infettiva	1.414	6,9
Epatite A	12.700	62,3
Epatite B	418	2,0
Epatite NANB	333	1,6
Epatite virale non specificata	215	1,1
Febbre tifoide	1.112	5,5
Meningite meningococcica	57	0,3
Meningo-encefalite virale	240	1,2
Morbillo	8.955	43,9
Parotite epidemica	11.144	54,6
Pertosse	1.643	8,1
Rosolia	3.179	15,6
Salmonellosi non tifoidea	2.164	10,6
Scarlattina	1.132	5,5
Varicella	22.211	108,9
Totale	67.993	333,3

L'epatite A si è manifestata nel quinquennio 1996/2000 con un'incidenza media annuale pari a 62,3 casi per 100.000 residenti (tasso medio nazionale: < 10 casi per 100.000).

Anche la febbre tifoide continua a presentare valori di incidenza elevati (superiori a 5 per 100.000, soglia considerata a livello nazionale per definire le aree ad endemia elevata).

Per quanto riguarda le malattie dell'infanzia, anche se i dati posseduti sono sottostimanti a causa della ben nota sottotitola, esse mostrano livelli elevati, specie se confrontati con quelli delle regioni del centro nord. Positivo è, di converso, il risultato dell'indagine campionaria ICONA da cui emerge in Puglia un quadro vaccinale dell'infanzia sovrapponibile a quello nazionale per le vaccinazioni dell'obbligo, con livelli di immunizzazione soddisfacenti.

**Tabella 15 - Studio ICONA
sulla copertura vaccinale nell'infanzia**

	Puglia	Italia
Difterite	92,5%	94,8%
Tetano	92,5%	94,8%
Poliomielite	92,5%	94,6%
Epatite B	93,0%	94,5%
Pertosse	82,7%	87,9%
Morbillo	50,6%	56,4%
Haemophilus influenzae b	14,0%	19,8%

6. I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'art.1,comma 2 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni stabilisce che il SSN assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti a livello centrale, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ne consegue che la definizione dei suddetti livelli di assistenza è contestuale all'individuazione delle risorse finanziarie disponibili e che le prestazioni in essi comprese sono garantite dal Sistema Sanitario Nazionale.

I livelli essenziali di assistenza quali aree di offerta, così come individuati dal vigente Piano sanitario nazionale 1998-2000, comprendono:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

I livelli di assistenza di cui sopra includono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni così come di seguito riportato:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
- servizio medico legale.

b) assistenza distrettuale:

- assistenza sanitaria di base;
- attività di emergenza sanitaria territoriale;
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale;
- assistenza termale.

c) assistenza ospedaliera:

- pronto soccorso;
- degenza ordinaria;
- day hospital;
- day surgery;
- interventi ospedalieri a domicilio;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali;
- attività di prelievo, conservazione, distribuzione e trapianto di organi e tessuti.

d) assistenza a categorie particolari:

Nell'ambito delle tre macro aree è prevista l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di soggetti ovvero particolari condizioni di assistenza (invalidi, anziani, soggetti affetti da fibrosi cistica, nefropatici cronici in trattamento dialitico, soggetti affetti da diabete mellito, soggetti affetti da morbo di Hansen, assistenza sanitaria prestata all'estero).

Tra le categorie per le quali sono previsti interventi assistenziali specifici, un particolare cenno va fatto a quelle degli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Nel loro complesso gli stranieri sono considerati dal PSN soggetti deboli nei confronti dei quali assicurare specifica tutela.

La Regione Puglia, quale regione di confine, non può trascurare la rilevanza del fenomeno sia per i soggetti stessi, quali "individui" cui l'art. 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute pur non essendo cittadini, sia per i riflessi di tipo epidemiologico che ne comporta la relativa tutela.

Il D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286, all'art. 35, prevede forme di assistenza sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale consistenti in:

- interventi di medicina preventiva;
- tutela della gravidanza;
- tutela della salute dei minori;
- vaccinazioni;
- profilassi internazionale;
- prevenzione diagnosi e cura delle malattie infettive.

La realizzazione dei suddetti interventi potrà essere realizzata concretamente, attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione che vede impegnate le strutture del Dipartimento di prevenzione, distrettuali ed ospedaliere, con la imprescindibile collaborazione dei Comuni e delle Associazioni di volontariato.

La Regione definisce il fabbisogno di assistenza relativo alle funzioni sanitarie di cui sopra, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'art. 9 del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

Il presente Piano sanitario regionale contiene principi e criteri per garantire i suddetti livelli di assistenza e gli stessi verranno successivamente individuati per ciascuno di essi.

La Regione assicura i livelli essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende universitario-ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-*quater* e nel rispetto dell'art. 8-*quinquies* del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

Il Piano prevede di seguito, per ciascun anno del triennio il valore di riferimento di costi per ciascun livello assistenziale.

6.1 LE RISORSE DESTINATE ALLA GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'Accordo dell'8 agosto 2001 tra Governo e Regioni, con la rivalutazione del fabbisogno finanziario complessivo del SSN fissato in Lit. 146.376 MLD per l'anno 2002 e con la previsione dell'incremento previsto nei successivi due anni, ha segnato un riallineamento tra livelli di assistenza sanitaria erogati e relativi costi.

Tale riallineamento, tuttavia non potrà considerarsi di carattere strutturale a meno che non intervengano, accanto all'insieme delle azioni previste nello stesso accordo dell'8 agosto, misure di ridefinizione dei livelli stessi, in grado di correggere la parte di diseconomie o di eccessivo assorbimento di risorse legata all'attuale strutturazione dei livelli stessi, in attuazione di quanto previsto dai punti 6 e 15 del medesimo Accordo.

Ai fini della programmazione delle risorse destinate al finanziamento dei livelli di assistenza, si è tenuto conto dell'esito dei lavori del "Tavolo" costituito a livello nazionale a seguito del richiamato accordo Governo-Regioni, col compito di associare ai diversi livelli di assistenza i relativi costi.

I lavori del "Tavolo", riportati in apposita relazione, sono stati ratificati nella Conferenza Stato-Regioni del 25 ottobre 2001. Detta relazione costituisce una valida base per l'individuazione dei contenuti dei LEA e dei relativi finanziamenti su base prospettica.

Il "Tavolo" ha proceduto ad una rilevazione dei dati riguardanti un gruppo di 11 Regioni, pari ad una copertura del 67% della popolazione italiana.

E' doveroso tenere presente che la rilevazione non è pienamente rappresentativa dell'intero Paese in quanto le Regioni che hanno trasmesso i dati sono state prevalentemente quelle del Centro Nord, con la sola eccezione della Puglia, unica tra le Regioni meridionali ed insulari che sia stata in grado di fornire i dati.

Ciononostante, i risultati della rilevazione sono utili per una analisi delle tendenze nazionali e di quelle da definire nella regione Puglia per una coerente finalizzazione delle risorse disponibili.

Sulla scorta di quanto sopra, tenuto conto dell'Accordo dell'8 agosto, che ha dato una, seppur relativa, certezza delle risorse disponibili nel triennio 2002-2004, è possibile programmare, con una sufficiente approssimazione alla realtà, le risorse da destinare a copertura dei livelli assistenziali nel triennio di riferimento del Piano.

Nell'anno 2000 i costi sostenuti nella regione Puglia per la garanzia dei livelli di assistenza sono quantificabili, al lordo, in circa 9.100 miliardi, comprensivi dei costi direttamente sostenuti dalla Regione (pari a circa 8.600 miliardi al netto delle entrate proprie).

Il costo per Cittadino, è pari a poco più di 2.200.000 lire e rappresenta uno dei valori più bassi in ambito nazionale, coerentemente alla rigorosa politica di rispetto del *Patto di Stabilità* a cui l'Esecutivo Regionale ha improntato la propria azione di governo.

Nell'anno 2001, per effetto dei maggiori oneri del settore farmaceutico e di quelli derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro del personale dipendente e di alcune categorie di personale convenzionato, il livello netto dei costi raggiungerà quasi 9200 miliardi, a fronte di un finanziamento che si aggirerà intorno a 8.800

miliardi, comprensivo di tutti i trasferimenti statali previsti, inclusi quelli relativi ad accantonamenti per progetti.

Detratti gli accantonamenti, le spese dirette regionali, le spese per programmi speciali e gli imprevisti, nel triennio di validità del Piano, si possono quantificare le seguenti risorse da destinare alle Aziende Sanitarie a copertura dei livelli assistenziali:

MLD FSR	Anno		Media regionale x Abitante
9.100	2002	Lit.	2.228.000
9.400	2003	Lit.	2.301.000
9.600	2004	Lit.	2.350.000

A tal fine le risorse assegnate alle Aziende Sanitarie, secondo parametri e pesi che tengano conto dei bisogni di salute e delle caratteristiche della popolazione e del territorio, dovranno ritenersi invalicabili.

L'obiettivo fondamentale del presente Piano sul versante economico è infatti costituito, sin dal primo anno di riferimento e, quindi nelle prospettive di pronta attuazione, dal 2002, dalla realizzazione dell'equilibrio risorse disponibili/costi sostenuti dal sistema sanitario pugliese.

Tale risultato potrà realizzarsi grazie alla combinazione di una serie di elementi quali:

- primi effetti dell'azione di depotenziamento delle eccedenze di offerta in alcuni settori di assistenza;
- incremento delle risorse disponibili a seguito dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni dell' 8 Agosto 2001;
- iniziative di razionalizzazione previste nella LR n.28/2000, nell'atto di indirizzo economico funzionale 2001 (Delibera di Giunta 5 Ottobre 2001 n. 1392), producenti effetti anche negli anni successivi;
- ulteriori interventi di razionalizzazione contenuti nella legislazione finanziaria regionale;
- riduzione di prestazioni inappropriate;
- avvio sistematico di sistemi di controllo di gestione;
- effetti dell'adozione di procedure centralizzate di acquisti
- introduzione del controllo della mobilità extraregionale dei pazienti e riduzione di prestazioni inappropriate.

Tenuto conto dei dati così come ricavati dal Tavolo di lavoro, rispetto ai singoli livelli di assistenza, nel 2000 la Regione Puglia ha ripartito le risorse come segue:

	VALORE REGIONALE			VALORE NAZIONALE	
	TOTALE	%	per CITTADINO	%	per CITTADINO
Prevenzione	272.781	3,1	66.750	3,6	85.695
Territoriale	3.891.384	43,1	952.228	46,6	1.101.267
Ospedaliera	4.867.257	53,8	1.191.026	49,8	1.176.869
TOTALE	9.031.422	100,0	2.210.004	100,0	2.363.831

Va rilevato che, al di là del valore assoluto, la spesa pro-capite ospedaliera è piuttosto elevata specie se si tiene conto della distribuzione per classi di età della popolazione pugliese, oggi più giovane rispetto alla media del Paese.

Come è stato evidenziato nelle considerazioni generali, col Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il 2001 è stato definito un percorso volto alla modifica delle risorse destinabili ai tre livelli di assistenza. Ad integrazione ed ulteriore affinamento di detto percorso, vanno tenute presenti le seguenti considerazioni:

– **I° LIVELLO - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**

Il valore medio rilevato dal costo del livello su base nazionale è pari a 3,6% dei costi complessivi, corrispondente ad un costo medio pro-capite di lire 85.695.

La Regione Puglia destina all'assistenza collettiva Lire 66.750 per Cittadino ed una quota del 3,1% del Fondo Sanitario Regionale. A partire dal PSN 1994-96, la programmazione nazionale prevede di destinare al livello il 5% del fondo.

Rispetto agli anni precedenti le risorse destinate dalle Regioni nel 2000 alla "prevenzione" sono in progressivo aumento, anche se solo quattro di queste presentano valori superiori al 4%.

Alla quota tendenziale del 5% destinata alla prevenzione, si aggiungono i finanziamenti relativi ai programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori all'apparato genitale femminile, del carcinoma del colon-retto e delle patologie neoplastiche nell'età giovanile in soggetti a rischio.

L'obiettivo per la Regione Puglia è quello di superare la quota del 4% entro il triennio della prima fase dal presente Piano. Ciò comporta lo storno di circa 100 miliardi dall'assistenza ospedaliera ed il loro trasferimento nell'ambito della prevenzione, tendendo ad impegnare gradualmente, rispetto ai circa 273 MLD del 2000, risorse intorno a 400 miliardi che consentiranno di migliorare la prevenzione collettiva, ivi compresa la realizzazione di *Piani di Emergenza* interni alle Aziende.

– **II° LIVELLO – Assistenza Territoriale**

All'interno dell'assistenza territoriale, nell'ambito del *Tavolo*, sono state rilevate notevoli differenze tra le regioni nella destinazione delle risorse alle diverse funzioni assistenziali, fatta eccezione per l'assistenza sanitaria di base che, sul territorio nazionale, risulta omogenea quanto ad assorbimento delle stesse.

L'orientamento nazionale è quello di pervenire alla destinazione di circa il 49% delle risorse del fondo al livello dell'assistenza territoriale. Il *Tavolo* tecnico suggerisce un valore percentuale di riferimento, non vincolante, del 49,5%, considerata la riduzione del numero dei posti letto per acuti prevista dal D.L. 347/2001.

Per la Regione Puglia si tratta di avviare un percorso che nel triennio tenda all'obiettivo intermedio del 48%, partendo dal 43,1% dell'anno 2000.

Si tratta di spostare risorse corrispondenti a 5 punti percentuali dal livello di assistenza ospedaliera a quello distrettuale, per un valore assoluto di circa 450 miliardi. Ciò è quanto assolutamente necessario per realizzare nel triennio la prima fase di transizione verso il modello di Servizio sanitario regionale progettato col presente Piano.

Particolare attenzione dovrà riservarsi all'assistenza domiciliare, al fine di ridurre i disagi dei cittadini ed offrire loro una valida alternativa al ricovero ospedaliero.

Alla fase successiva, riguardante il triennio 2005-2007 è affidato l'obiettivo di pervenire ai valori tendenziali definiti dal quadro nazionale.

Va tenuto conto che il trasferimento non riguarda solo l'aspetto finanziario ma, essenzialmente, quello delle risorse umane, degli investimenti, delle strutture e delle dotazioni strumentali da razionalizzare.

– III° LIVELLO – Assistenza Ospedaliera

I costi rilevati su base nazionale mostrano una certa variabilità, con riferimento sia al confronto tra le diverse regioni che all'incidenza percentuale sui costi complessivi nell'ambito di ciascuna regione.

In particolare, il costo pro-capite dell'assistenza erogata ai residenti varia da un minimo di Lire 1.032.785 ad un massimo di Lire 1.630.160, con una media di 1.176.870 (Puglia Lire 1.191.026). L'incidenza percentuale sui costi complessivi varia da un minimo del 44,5% ad un massimo del 59%, con un valore medio del 49,7%.

Per la Puglia il valore rilevato è del 53,8%. Col documento di indirizzo economico funzionale di cui alla DGR n.1392/2001 è stata prospettata la riduzione al 53% già nel 2001.

Tendenzialmente obiettivo del Piano è quello di pervenire alla fine del triennio ad una quota percentuale intorno al 48 %, con una riduzione di quasi 6 punti percentuali e valori intorno a 550 miliardi da destinare agli altri livelli.

Il raggiungimento di tale obiettivo è confortato dai dati rilevati in relazione ai livelli di appropriatezza dei ricoveri ed all'elevato tasso di ospedalizzazione in Puglia, fattori questi che dimostrano, come meglio evidenziato in appresso, l'esistenza di ampi margini di intervento sul dimensionamento strutturale della rete ospedaliera.

6.2 INVESTIMENTI STRAORDINARI

Agli aspetti gestionali ed economici di parte corrente alla base del Piano, vanno aggiunti quelli non meno rilevanti di natura strumentale per la umanizzazione, l'ammodernamento strutturale ed il miglioramento ambientale e tecnologico ed organizzativo del Sistema Sanitario.

La Regione Puglia è impegnata nella realizzazione del programma di investimenti ex art. 20 della L.67/88 (Edilizia Sanitaria) avviato con la DCR n. 1122 del 16 Febbraio 1990.

Il perseguimento dell'organicità strutturale è obiettivo prioritario per la Regione Puglia, rispetto al quale è operativo il monitoraggio sistematico delle realizzazioni in corso di esecuzione a valere sulle disponibilità previste per la Fase 1 dell'art.20 della citata legge.

Il finanziamento statale a copertura della seconda fase di detto programma ammonta a circa MLD 1.660, ivi compresa la quota del 5% a carico della Regione ed al lordo degli impieghi già realizzati a stralcio della seconda fase, per un netto di MLD. 1570.

Le informazioni raccolte direttamente dalle Aziende Sanitarie costituiscono un'utile base di partenza per la definizione degli interventi da compiersi in attuazione del

Piano, atteso che la Fase 2 dell'art. 20 della Legge n. 67/88 esaurisce le disponibilità scaturenti dal finanziamento dello Stato, sicché quanto si intenderà attuare dovrà dar luogo a realizzazioni definitive, prontamente utilizzabili, economicamente sostenibili e funzionalmente efficaci.

A tale fine i criteri a cui dovrà ispirarsi il programma di utilizzo delle risorse disponibili possono essere così riepilogati:

- riconversione delle attuali strutture in modo da garantire l'estensione ed il completamento della rete deputata all'assistenza extra-ospedaliera;
- riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso sul territorio regionale;
- riqualificazione in termini di complessità specialistica e di elevazione tecnologica della rete ospedaliera.

Definiti i macro obiettivi come innanzi evidenziati, alcuni principi e priorità circa gli interventi da compiersi, anche con la compartecipazione del privato, possono così essere sintetizzati:

- dar vita utile a quanto già realizzato e non ancora utilizzato, eventualmente anche cambiandone la destinazione d'uso, in un quadro di rigorosa compatibilità economico funzionale con l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, salvaguardando l'emergenza, l'umanizzazione dell'ospedale ed i Centri di eccellenza regionali;
- dar luogo al completamento delle opere principali di nuova realizzazione, dotando prontamente le stesse di tecnologie adeguate ai bisogni reali;
- procedere alla messa a norma ed all'ammodernamento strumentale di tutti i punti che costituiranno l'assetto del nuovo Sistema sanitario regionale;
- ridestinare, mediante l'esercizio del potere sostitutivo della Regione, le risorse non spese relative alla Fase 1, incrementando così le risorse disponibili per il riassetto strutturale del Sistema sanitario regionale.

Ai mezzi già disponibili ex art. 20 L.67/88 per la realizzazione degli interventi di ammodernamento, potranno essere acquisite le ulteriori disponibilità previste dai seguenti specifici finanziamenti statali:

- art. 71 della L. 448/98 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani;
- dal Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative, (*hospice*);
- per la realizzazione di strutture finalizzate alla libera professione intramuraria.

Ad integrazione delle suddette risorse, la Regione promuoverà azioni per l'alienazione delle strutture di proprietà delle Aziende Sanitarie, non utilizzate per fini sanitari, che consentirà l'acquisizione di ulteriori risorse finalizzate a rafforzare e migliorare l'organizzazione complessiva del Servizio Sanitario Regionale, compresa la realizzazione del servizio per le emergenze - urgenze (118).

Una volta definiti i nuovi assetti localizzativi, è quindi funzionale che le risorse disponibili in materia di investimento siano destinate a comporre un più equilibrato assetto del sistema rispetto alle garanzie di salute, tenendo conto delle seguenti destinazioni e priorità:

- **livello della prevenzione:**

- a) dipartimenti di prevenzione e pertinenti strutture organizzative di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria;
- b) Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

– **livello dell’assistenza territoriale:**

- a) distretti e pertinenti ambulatori di assistenza sanitaria di base ed ambulatori polispecialistici compresi i consultori;
- b) altre strutture territoriali sovradistrettuali (salute mentale, dipendenze patologiche, etc.);
- c) tecnologie;
- d) Residenze sanitarie assistenziali per anziani disabili e non autosufficienti, lungodegenza, riabilitazione ex art 26 L. 833/78, anche con la partecipazione del privato e delle Autonomie locali.

– **livello dell’assistenza ospedaliera:**

- a) completamento, infrastrutturazione, dotazione tecnologica, delle attrezzature e degli arredi interessanti le opere di nuova edificazione ospedaliera secondo le destinazioni di piano;
- b) interventi di riorganizzazione funzionale delle strutture dei presidi delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Universitario-ospedaliere e dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, sedi di dipartimenti di emergenza di secondo livello;
- c) interventi ad integrazione di quelli già programmati per la rete dell’emergenza – 118, prevedendo una riserva per l’eventuale finanziamento delle realizzazioni non coperte dallo stanziamento statale di cui agli Artt. 34 e 34 bis delle L.662/96 e 449/97;
- d) completamento degli interventi già finanziati nella Fase 1 e degli interventi per il mantenimento in efficienza, riorganizzazione, umanizzazione e comfort degli altri presidi ospedalieri coerenti con il PSR ed il correlato Piano di Riordino della Rete Ospedaliera.

6.3 SPERIMENTAZIONI E NUOVI MODELLI GESTIONALI

Per il perseguimento delle finalità del presente Piano, la Regione può adottare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario regionale e soggetti privati ex art. 9 bis del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, nonché iniziative ex art.43 della L.449/97.

A norma dell’ art.3 del D.L. 18.9.2001, n.347, convertito con modificazioni nella Legge 16 Novembre 2001, n.405, la Regione adotta i programmi di sperimentazione aventi ad oggetto i nuovi modelli gestionali ex art. 9 bis del D.Lgs 30 Dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, prevedendo la cooperazione tra sistema pubblico e privato nelle diverse forme possibili quali la costituzione di società miste, la concessione di costruzione e/o gestione, l’associazione in partecipazione, il project financing, la costituzione di fondazioni. In tali sperimentazioni dovranno essere adottate prevalentemente procedure di evidenza pubblica e comunque individuati idonei strumenti di garanzia del processo di collaborazione pubblico – privato.

Al riguardo, individuandosi nello strumento della sperimentazione e dell’innovazione gestionale un fattore che può significativamente concorrere alla accelerazione del processo di evoluzione del Sistema sanitario regionale, si prevede di attivare, nel triennio di vigenza del Piano, almeno tre sperimentazioni da attuarsi nelle macro – aree geografiche del Nord, Centro e Sud della Puglia.

7. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Il Servizio sanitario nazionale ed in particolare le strutture operative deputate alla tutela della salute collettiva devono tenere conto delle profonde trasformazioni degli ultimi decenni che hanno interessato il contesto epidemiologico.

In particolare quest'ultimo è oggi caratterizzato dai seguenti aspetti:

- cambiamento dei fattori di rischio (sono diminuiti quelli da infezione e cresciuti a dismisura quelli ambientali, comportamentali, sociali e tecnologici);
- invecchiamento della popolazione;
- esplosione della patologia cronico-degenerativa;
- abbattimento della letalità precoce indotta da tali affezioni, grazie ai progressi delle cure;
- allungamento della storia naturale delle malattie a seguito dei due precedenti aspetti;
- diffusione degli stati di invalidità, disabilità ed emarginazione.

Nei confronti di questo scenario restano validi ed attuali i principi e gli obiettivi sanciti dalla L. n. 833/78 (artt. 1 e 2).

Ne consegue che le strutture preposte a garantire le attività di prevenzione e di sanità pubblica devono adeguare sia la propria distribuzione territoriale che la propria organizzazione.

Nello specifico, il Dipartimento di prevenzione, quale struttura operativa dell'Azienda USL, che istituzionalmente è chiamata a garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, nonché di miglioramento della qualità della vita, dovrà dare risposte ai bisogni della popolazione caratterizzandosi per le seguenti connotazioni:

- finalità decisamente orientate in senso trasformativo, evitando l'assunzione di modelli operativi riduttivamente appiattiti sull'attività ispettiva, di polizia amministrativa e di supporto all'Autorità giudiziaria;
- carattere unitario degli aspetti ambientali e di quelli igienico-sanitari, nella convinzione che solo in tale modo possono essere raggiunti e conservati risultati stabili di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro;
- profilo interdisciplinare degli interventi, quale requisito essenziale per un approccio non settoriale alle problematiche di rischio e di danno alla salute, nonché quale mezzo per garantire l'economicità nell'utilizzo delle risorse e l'efficacia degli interventi;
- carattere fortemente partecipato degli interventi di prevenzione, sia rispetto ai destinatari della tutela della salute (cittadini e lavoratori), sia rispetto alle esperienze organizzate del mondo del lavoro (lavoratori e datori di lavoro), dell'associazionismo, del volontariato, delle rappresentanze professionali e di categoria;
- realizzazione di piani di emergenza interni alle Aziende e, particolarmente, agli insediamenti industriali ad elevato rischio.

Pertanto, il Dipartimento di prevenzione si caratterizza come entità specifica nel "sistema", nell'ambito del quale funge da vero e proprio supporto informativo ai fini della programmazione sanitaria.

Il Dipartimento di prevenzione ha, in linea generale, compiti di programmazione, coordinamento e direzione delle attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute pubblica con l'obiettivo di:

- assicurare una programmazione unitaria delle strategie e degli obiettivi di sanità pubblica;
- garantire la qualità e l'efficacia degli interventi, nonché l'omogeneità e l'uniformità operativa;
- assicurare l'integrazione e la sinergia interdisciplinare;
- ottimizzare l'uso delle risorse.

Per il Dipartimento di prevenzione costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

- la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione ed il miglioramento delle relazioni col pubblico, anche attraverso uffici informativi (es. sportelli, articolazioni dell'Ufficio relazioni con il pubblico);
- l'adeguamento delle funzioni di vigilanza caratterizzato dal coinvolgimento e dall'informazione;
- il miglioramento continuo della qualità dei servizi;
- la formazione degli operatori.

Tra le funzioni e le attività dipartimentali assumono rilievo primario quelle di ordine epidemiologico, per cui presso il Dipartimento di prevenzione va adeguatamente organizzata l'osservazione, la ricerca e la sorveglianza epidemiologica, non solo ai fini epidemiologico-diagnostici, ma più compiutamente quale strumento direzionale e di supporto operativo metodologico alle strutture e, più complessivamente, alle attività sanitarie dell'Azienda.

E' quindi inderogabile l'esigenza che, a livello dipartimentale, sia realizzato un sistema informativo integrato, in grado di garantire i debiti informativi istituzionali e, nel contempo, di assicurare il patrimonio informativo necessario sia all'esercizio delle funzioni di governo del sistema, sia al processo di qualificazione operativa.

Altra attività dipartimentale di rilevante interesse è quella di coordinamento delle attività di educazione sanitaria rivolte alla popolazione su problemi prioritari di salute o su determinate forme morbose anche relativamente alla prevenzione del rischio ed all'organizzazione dei soccorsi in corso di calamità.

Il Dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Vengono previste con disciplina regionale strutture organizzative specificatamente dedicate a:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi di cui al presente *Piano*, le Aziende USL procedono, ove non vi abbiano provveduto, alla organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e delle sue articolazioni, secondo quanto qui previsto nonché dalla LR 36/94 e dal relativo Regolamento regionale di organizzazione

Nell'ambito del Dipartimento di prevenzione, le funzioni di medicina legale e necroscopica, vengono espletate nella struttura "Igiene e Sanità Pubblica".

7.1 IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Alla struttura "*Igiene e sanità pubblica*" sono attribuite le funzioni di cui alla legge regionale n. 36/84 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per la suddetta struttura costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

- l'approfondimento sulle caratteristiche demografiche della popolazione;
- la raccolta ed il controllo diagnostico delle notifiche di malattie infettive; informatizzazione dei dati e trasferimento telematico all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER);
- l'approfondimento epidemiologico sulle patologie prevalenti nella popolazione;
- il collegamento funzionale ai gruppi regionali di studio sugli indicatori dei bisogni sanitari della popolazione;
- la messa a punto di nuovi flussi informativi anche in collegamento con le altre strutture territoriali e le strutture ospedaliere;
- la mappatura delle principali problematiche connesse all'igiene e sicurezza degli ambienti di vita, con particolare riguardo a quelli ad uso collettivo;
- la riorganizzazione del programma aziendale delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative; la standardizzazione delle metodiche di controllo delle malattie infettive e diffuse; la progettazione di un programma per la profilassi internazionale dei soggetti a rischio
- i programmi di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria delle malattie cronicodegenerative;
- l'organizzazione degli interventi di Educazione Sanitaria per la prevenzione delle patologie infettive, neoplastiche, cronicodegenerative e di carattere ambientale e comportamentale, con particolare interesse per la formazione in età scolare.

7.2 IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Alla struttura "*Igiene degli alimenti e della nutrizione*" sono attribuite le funzioni di cui alla L. n. 36/84 e successive modificazioni ed integrazioni e di cui al D.M. 16/10/1998.

Per la suddetta struttura costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

- il censimento delle attività di produzione, distribuzione e somministrazione e commercio degli alimenti anche in collaborazione con la struttura "Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati";
- la mappatura dei rischi;
- il controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande , comprese le verifiche sui sistemi di autocontrollo adottati nell'intera filiera produttiva (produzione→preparazione→trasformazione→confezionamento→deposito→trasporto→distribuzione→manipolazione→vendita/somministrazione);
- l'allerta alimentare, per l'attuazione di tutti gli interventi di competenza previsti dall' art. 11 del D.Lgs 123/93;
- la sorveglianza sui prodotti fito-sanitari e sulla raccolta e commercializzazione dei funghi epigei spontanei;
- l'informazione ai cittadini anche in collaborazione con altre strutture del SSN e con le associazioni di categoria e di consumatori;
- la formazione degli alimentaristi con particolare riferimento agli addetti alle cucine degli ospedali, delle residenze sanitarie , delle case di riposo e delle mense scolastiche;
- sorveglianza nutrizionale della popolazione;
- sorveglianza sulle acque potabili, in collaborazione con la struttura di "Igiene e Sanità Pubblica".

7.3 PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Alla struttura "*Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro*" sono attribuite le funzioni di cui alla L.R. n. 36/84 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché quelle di cui al D.Lgs n. 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni.

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è un obiettivo prioritario che va perseguito privilegiando politiche di prevenzione mediante azioni sia a livello istituzionale, sia a livello periferico tramite un efficace sistema di relazioni tra i soggetti in carica.

Per rilanciare con il massimo rigore l'impegno congiunto delle istituzioni di governo che a livello centrale e locale hanno responsabilità in materia, l'Accordo tra Ministero del lavoro e della previdenza sociale e le Regioni, approvato con provvedimento del 21/12/2000 (G.U. del 18/01/2001 n. 14), ha assegnato ai Presidenti delle Regioni il coordinamento delle iniziative rivolte all'informazione, alla formazione, all'assistenza ed alla vigilanza dei fenomeni connessi alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e alla emersione del lavoro sommerso, attraverso il Comitato di coordinamento ex art. 27 del D.Lgs 626/94 e successive modificazioni.

L'impegno per la prevenzione, tuttavia, ha bisogno di essere supportato da un sistema capace:

- di riconoscere ed analizzare dati (epidemiologia);
- di azioni che coinvolgano più soggetti al fine di determinare il miglioramento della salute dei lavoratori mediante la riduzione degli infortuni e delle malattie professionali.

Gli infortuni sul lavoro in Puglia sono passati da 42.230 del 1997 a 46.544 del 1999 (banca dati INAIL), con un incremento più accentuato nel settore industria e servizi dove si è passati da 34.526 infortuni del 1997 a 39.400 infortuni del 1999.

Gli infortuni mortali sono passati nello stesso periodo da 88 a 94 casi l'anno, quasi quanto il Piemonte che ha tuttavia una forza lavoro molto più elevata. In questi dati non sono compresi gli infortuni sul lavoro che coinvolgono i lavoratori in nero e irregolari che nella regione rappresentano una entità di tutto rilievo. I comparti maggiormente colpiti risultano essere quello metalmeccanico, del legno, delle costruzioni, l'agricoltura ed i trasporti.

Per quanto concerne le **malattie da lavoro**, in Italia ed in Puglia quelle più diffuse sono l'ipoacusia da rumore, mentre nel resto dell'Europa e negli USA i problemi di salute più frequenti riguardano le malattie muscolo-scheletriche e lo stress.

La Regione Puglia dal 1995 ha attivato i Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nell'ambito dei Dipartimenti di prevenzione con le scarse risorse disponibili di mezzi e di personale riveniente dai precedenti Servizi di Igiene pubblica. Tale esiguità persiste tuttora con particolare riguardo per i settori tecnico-professionale e di vigilanza.

Alla luce di quanto fin qui detto, rappresentano obiettivi generali nel campo della tutela della salute dei lavoratori la riduzione degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali e delle malattie correlate al lavoro.

Le strutture vanno pertanto adeguate alle necessità operative richieste dalla pianificazione e dalla normativa.

Tali obiettivi richiedono interventi di miglioramento delle condizioni di sicurezza ed igiene dei luoghi di lavoro con particolare riferimento ai comparti delle costruzioni del legno, della metalmeccanica, della sanità e dell'agricoltura, unitamente ad iniziative di formazione ed informazione nei confronti dei lavoratori.

Le modalità attuative per perseguire gli obiettivi di cui innanzi sono contenute fondamentalmente nei seguenti strumenti di lavoro:

- Piano di monitoraggio e controllo sull'applicazione del D.Lgs 626/94, così come approvato dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome;
- piani mirati attuati sulla base di rilevazioni epidemiologiche dei fenomeni infortunistici e delle malattie professionali nei comparti agricoltura, costruzioni, sanità, metalmeccanica, etc;
- attività erogata sulla base di richieste di altri soggetti (Autorità giudiziaria, Organizzazioni sindacali, Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, etc.).

Costituisce altresì modalità attuativa il monitoraggio della salute della popolazione lavorativa.

Per consentire un'efficace azione di prevenzione e tutela della salute negli ambienti di lavoro, occorre elaborare una strategia di alleanze che, sia a livello regionale che in ciascuna realtà territoriale, consenta la costruzione di una rete di soggetti diversi che interagiscano sulla base di specifici accordi e protocolli di intesa.

I partner di tale sistema sono le Pubbliche Amministrazioni (rappresentate nel Comitato di coordinamento regionale istituito ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs 626/94), le parti sociali, l'INPS, le Associazioni e gli Ordini professionali cui aderiscono o sono iscritti i professionisti della prevenzione.

7.4 SANITA' ANIMALE

Alla struttura "Sanità animale", sono attribuite le funzioni di tutela del patrimonio zootecnico, delle malattie infettive e diffuse, della tutela della popolazione animale dalle antropozoonosi, di cui alla Legge n. 833/78 e successive modificazioni e di cui al *Regolamento* regionale delle Aziende USL del 5 Settembre 1996 ex art.14 della L.R. 28 Dicembre 1994, n. 36 e successive modificazioni, nonché quelle conseguenti alle direttive nazionali e comunitarie disciplinanti la materia.

Per la suddetta struttura costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

➔ *nel campo delle emergenze sanitarie:*

- la tutela sanitaria del patrimonio zootecnico;
- le garanzie sanitarie nei confronti della restante parte del patrimonio zootecnico dell'Unione Europea;
- l'elaborazione di piani di emergenza per disastri e di protezione civile nell'ambito della sanità veterinaria a valenza regionale e/o locale;
- quello di garantire la libera circolazione delle merci;
- la lotta alle malattie altamente diffuse (es. afta epizootica, etc.), secondo la normativa vigente e mediante la dotazione delle necessarie attrezzature;
- la lotta alla febbre catarrale degli ovini attraverso la predisposizione di appositi piani di monitoraggio e sorveglianza per i singoli ambiti regionali (Gargano, Murge, etc.) o per determinati periodi stagionali, nonché mediante l'intensificazione dell'attività di sorveglianza e profilassi;
- l'eradicazione della encefalopatia spongiforme bovina e la sorveglianza delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (scrapie, etc.), attraverso il miglioramento dell'efficienza della sorveglianza sui mangimi e sullo smaltimento degli scarti di macellazione, nonché mediante la corretta individuazione degli animali da sottoporre a test diagnostici e l'intensificazione della sorveglianza sulla tracciabilità degli alimenti;
- l'azzeramento dell'incidenza dei casi di brucellosi umana nel territorio regionale e la riduzione del rischio di tubercolosi umana sul territorio regionale attraverso l'eradicazione della brucellosi bovina, della brucellosi ovicaprina e della tubercolosi, che necessitano dell'intensificazione dell'attività dei servizi veterinari, nonché del rafforzamento dell'intervento di coordinamento per il rapido riallineamento con il trend nazionale in modo da rispettare i tempi approvati dalla Unione Europea;
- l'eradicazione della leucosi bovina enzootica attraverso il rafforzamento dell'intervento di coordinamento per il rapido riallineamento con il trend nazionale in modo da rispettare i tempi approvati dalla Unione Europea;
- l'azzeramento dell'incidenza dei casi di carbonchio nell'uomo a causa di malattia negli animali attraverso la lotta al carbonchio negli animali che dovrà avvenire mediante l'attuazione di appositi piani;
- il mantenimento della qualifica di regione ufficialmente indenne da malattia vescicolare dei suini attraverso l'attività di monitoraggio prevista dallo specifico Piano nazionale di eradicazione;
- l'eradicazione della arterite equina attraverso l'attività prevista dallo specifico Piano nazionale di eradicazione;

⇒ *nel settore randagismo:*

- la lotta al randagismo per ragioni di ordine sanitario, ambientale e di tutela dell'incolumità dei cittadini, la tutela del benessere animale, nonché quello di garantire la qualità del rapporto cittadini - ambiente, attraverso la costituzione dell'anagrafe canina regionale, la riduzione ed il controllo delle nascite mediante l'intensificazione dell'azione di sterilizzazione dei cani di proprietà e non, l'adeguamento del numero dei canili all'effettivo fabbisogno, il miglioramento delle condizioni di ospitalità dei canili e l'intensificazione della supervisione veterinaria sulla conduzione dei canili;

⇒ *per quanto riguarda l'anagrafe animali da reddito:*

- quello di garantire l'efficacia del controllo sanitario delle produzioni zootecniche ed alimentari, nonché quello di assicurare la tracciabilità delle carni, attraverso il rapido aggiornamento delle banche dati, il miglioramento della definizione delle procedure per i controlli e le registrazioni, e la correttezza dei flussi dei dati.

7.5 IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

Alla struttura "Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati " sono attribuite le funzioni di controllo degli alimenti di origine animale al fine di garantirne l'igienicità e salubrità, di cui alla L. n. 833/78 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per la suddetta struttura costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

- la verifica dell'idoneità strutturale e funzionale degli stabilimenti del settore, per gli aspetti di propria competenza;
- la facilitazione del processo di evoluzione del sistema dei controlli veterinari e del sistema di autocontrollo dei produttori di settore, anche nell'ottica di promuovere la tradizione gastronomica pugliese in Italia ed all'estero;
- la revisione del Piano di monitoraggio e sorveglianza delle acque di produzione di molluschi e prodotti ittici;
- la revisione della classificazione delle acque di produzione di molluschi e prodotti ittici;
- la sorveglianza nelle fasi di vendita al dettaglio e somministrazione;
- nel campo dell'allerta alimentare:
 - il rintracciamento tempestivo di prodotti per i quali è necessario provvedere al ritiro dal mercato, attraverso l'assicurazione della tracciabilità dei prodotti alimentari e rendendo efficiente il flusso informativo nell'ambito della Pubblica amministrazione;

7.6 IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Alla struttura "*Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*" sono attribuite le funzioni di cui alla L. n. 833/78 e successive modificazioni ed integrazioni e di cui alla L.R. n. 36/84 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché quelle conseguenti alle direttive nazionali e comunitarie disciplinanti la materia.

Per la suddetta struttura costituiscono, tra gli altri, compiti di particolare rilevanza:

- nel settore **autorizzazioni farmaci**:
 - quello di garantire il corretto utilizzo del farmaco veterinario e quello di garantire l'acquisizione di informazioni rivenienti dall'uso corrente dei farmaci, attraverso l'intensificazione dell'azione di farmacosorveglianza, l'intensificazione di farmacovigilanza, nonché mediante la corretta gestione autorizzativa della produzione e della commercializzazione;
- nel settore **mangimi**:
 - quello di fornire garanzie sanitarie alla filiera delle produzioni degli alimenti di origine animale attraverso la supervisione veterinaria nel processo produttivo degli alimenti destinati agli animali da reddito e agli animali familiari, la corretta gestione autorizzativa della produzione e commercializzazione, e l'esecuzione del Piano nazionale mangimi;
- nel settore **latte e produzioni lattiero-casearie**:
 - il miglioramento della qualità igienico-sanitaria della produzione delle materie prime attraverso l'intensificazione dell'attività di sorveglianza veterinaria;
- nel campo del **benessere animale**:
 - quello di garantire il benessere degli animali per i trasporti nei lunghi tragitti in transito nel territorio regionale attraverso l'intensificazione dell'attività di vigilanza presso i punti di sosta autorizzati e gli impianti di destinazione.
- nel settore dei **rifiuti di origine animale**:
 - l'accertamento della eliminazione dal circuito dell'alimentazione animale del materiale specifico ad alto e basso rischio di origine animale attraverso l'eliminazione dei fattori economici e strutturali che sino ad oggi hanno impedito il corretto smaltimento.
- gli **adempimenti del Piano nazionale residui**.

8. ASSISTENZA TERRITORIALE (Distrettuale e Sovradistrettuale)

Si è già messo in evidenza come i bisogni di salute espressi dalla popolazione, intesi come bisogni di assistenza ovvero di cure adeguate che possono affrontare il problema salute sono in continua crescita.

La limitatezza delle risorse disponibili, sia oggettiva che conseguente all'aumento della domanda sanitaria, pone le istituzioni preposte di fronte alla necessità di effettuare le scelte strategiche evidenziate e stabilire priorità di intervento.

Trattasi di scelte di politica sanitaria che, in linea con gli indirizzi di programmazione nazionale, assegnano al livello di assistenza territoriale un ruolo di primo piano, invertendo il rapporto esistente tra risorse assegnate al livello di assistenza ospedaliero e risorse assegnate al livello assistenziale territoriale.

In tale ottica di riorganizzazione, competeranno al livello territoriale, per i prossimi anni, gli obiettivi di:

- utilizzare le risorse che si renderanno disponibili a seguito della razionalizzazione della rete ospedaliera e dell'uso più appropriato dell'ospedale;
- diminuire gli sprechi e migliorare l'efficienza dei servizi;
- garantire la qualità dell'assistenza;
- garantire la libera scelta e assicurare che il suo esercizio da parte dell'assistito nei confronti delle strutture e dei professionisti accreditati, con i quali il Sistema sanitario regionale intrattiene appositi rapporti contrattuali, si svolga nell'ambito della programmazione regionale.

Il livello assistenziale territoriale viene garantito:

- dal Distretto
- dalle strutture territoriali sovradistrettuali che sono le seguenti:
 - struttura territoriale per la salute mentale;
 - struttura territoriale per la prevenzione e la cura delle dipendenze patologiche;
 - struttura territoriale di medicina fisica e riabilitazione.

Le strutture sovradistrettuali operano in maniera integrata con i distretti sia ai fini di una più coerente organizzazione delle funzioni loro assegnate, sia per una migliore gestione delle risorse complessivamente correlate ai cittadini residenti nel comprensorio.

In particolare:

- la struttura territoriale per la salute mentale e la struttura territoriale per la prevenzione e la cura delle dipendenze patologiche operano mediante la loro integrazione funzionale.
- la struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione opera funzionalmente integrata con le altre strutture riabilitative del sistema.

8.1 IL DISTRETTO

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'organizzazione sanitaria dove vengono date risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute e costituisce punto di riferimento socio-sanitario.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Le funzioni strategiche del Distretto sono:

- l'analisi della domanda ed il governo dell'offerta sanitaria di sviluppo del benessere sanitario e socio sanitario con particolare riguardo alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, alla prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, alla tutela delle categorie deboli;
- il coordinamento, la gestione e l'ottimizzazione delle risorse assegnate nell'ottica del raggiungimento di un sempre più elevato grado di efficienza.

A tale proposito, nell'ambito del Distretto vanno perseguiti obiettivi di:

- efficienza economica, intesa quale rapporto favorevole tra prestazioni e servizi resi e risorse impiegate;
- efficienza allocativa, intesa quale destinazione delle risorse in precise aree di intervento inserite organicamente nel Programma delle attività territoriali;
- efficienza organizzativa, intesa quale funzionamento ottimale della struttura e delle sue articolazioni interne con particolare riguardo al momento dell'approccio con l'utente.

L'accoglienza, l'informazione e l'orientamento delle istanze costituiscono un momento importante che dà reale visibilità al principio della centralità del cittadino nel contesto del Sistema sanitario regionale.

Sul piano gestionale sono attribuite al Distretto le seguenti funzioni:

- il coordinamento delle attività relative all'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale;
- le azioni di integrazione assistenziale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata;
- le attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale;
- le attività ad elevata integrazione socio-sanitaria.

In particolare, l'integrazione tra le professioni è la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno.

Il Distretto riveste un ruolo centrale nel coordinamento e nell'integrazione di tutte le attività assistenziali sanitarie di carattere extraospedaliero e realizza l'integrazione dei servizi e delle risorse presenti in ambito distrettuale, assicurando

la continuità delle cure e l'integrazione dei servizi distrettuali con quelli sociali dei Comuni.

Il Distretto, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, predispone il Programma delle attività territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Il programma delle attività territoriali viene proposto nel rispetto delle indicazioni regionali e approvato previo parere del Comitato dei sindaci di distretto.

L'organizzazione ed il funzionamento del Comitato dei sindaci di distretto e, in alternativa, il Comitato dei presidenti di circoscrizione, sono disciplinati con provvedimento regionale.

Il coinvolgimento dei Comuni nella formazione del Programma delle attività territoriali rappresenta momento fondamentale e qualificante del reintegro delle autonomie locali nel sistema sanitario, sia finalizzato ad una programmazione partecipata, sia finalizzato alla gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.

La Regione emana indirizzi per rendere uniforme nei diversi ambiti territoriali l'organizzazione dei distretti ed i relativi livelli di attività e prestazioni.

Con specifico atto di regolamentazione, previa analisi sullo stato di operatività e rilevazione delle criticità presenti nei distretti attivati in esecuzione della Deliberazione n.1008/95 del Consiglio Regionale, la Regione individua le soluzioni idonee, tra le quali quelle di formazione, per il dimensionamento, l'organizzazione ed il funzionamento dei nuovi organismi di presidio territoriale, in linea con gli indirizzi del presente Piano, tenendo conto della rilevanza che il Distretto assume sia in termini di risposta ai bisogni, sia in termini di assorbimento e gestione diretta di risorse.

Il dimensionamento e l'organizzazione del Distretto

Il dimensionamento del Distretto, in ragione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio pugliese e della diversa densità della popolazione residente, può essere collocato in un range di norma compreso tra sessantamila e centomila residenti:

- il dimensionamento prossimo al livello minimo riguarda, in particolare, i Distretti coincidenti con zone montane e a difficile percorrenza;
- il dimensionamento intermedio è riferibile ai Distretti coincidenti con i comuni di media grandezza;
- il dimensionamento massimo può interessare i grandi comuni e le aree metropolitane.

L'organizzazione del Distretto deve garantire i seguenti sottolivelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza di emergenza territoriale;
- assistenza farmaceutica;

- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare;
- assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale;
- assistenza termale;
- assistenza nell’ambito dei programmi riferiti alle aree di intervento specifiche.

L’assetto organizzativo del Distretto deve tenere conto della intersettorialità delle azioni necessarie a garantire i sottolivelli assistenziali e pertanto deve essere costituito da strutture caratterizzate da flessibilità operativa e grande capacità di integrazione con i servizi territoriali dipartimentalizzati, con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere e con l’ambito socio-assistenziale perseguendo l’integrazione socio-sanitaria.

Le azioni per qualificare l’assistenza distrettuale si sostanziano nella presa in carico del cittadino-utente e si esprimono attraverso la garanzia:

- di una migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi;
- di una migliore accoglienza della domanda e suo indirizzo;
- della valutazione integrata del bisogno assistenziale;
- della predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- della continuità assistenziale coordinata con l’offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati;
- della qualificazione delle cure domiciliari;
- del pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell’organizzazione distrettuale.

Particolare rilevanza, in relazione alle scelte di politica sanitaria regionale, rivestono l’assistenza sanitaria di base, l’assistenza domiciliare, l’assistenza specialistica con particolare riferimento alla riabilitazione, l’assistenza residenziale e semiresidenziale e l’assistenza farmaceutica.

La Regione, già nel corso del primo anno di validità del piano, onde assicurare la presenza nel SSR di livelli di professionalità funzionali al rinnovato ruolo delle strutture territoriali (che divengono garanti anche dell’appropriatezza diagnostico – terapeutica ed economica delle prestazioni erogate), avvia specifici percorsi formativi per i dirigenti sanitari.

8.1.1 Assistenza Sanitaria di Base

Questo sub livello di assistenza comprende tutte le prestazioni assicurate a cura dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, nonché le prestazioni che rientrano nell’ambito delle cure domiciliari.

Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di continuità assistenziale costituiscono unitariamente l’elemento di contatto e intermediazione tra il sistema sanitario ed il cittadino. Questo ruolo di importanza strategica per lo sviluppo delle politiche di assistenza territoriale si estrinseca:

- nella valorizzazione della funzione educativa e di promozione della salute;
- nella capacità di conciliare la libertà di cura con comportamenti che, a parità di efficacia ed efficienza, rispondano a criteri di economicità;
- nel governo della domanda attraverso l'orientamento del bisogno espresso, l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e la riduzione della domanda impropria.

La Regione e le Aziende USL dovranno mettere in atto ogni utile iniziativa per lo sviluppo delle forme associative tra medici e per la loro integrazione nell'ambito degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

Da tale azione possono derivare concrete possibilità di ottimizzazione dei processi assistenziali con particolare riguardo agli accessi impropri al pronto soccorso, ai ricoveri evitabili e/o ripetuti e alla effettiva continuità delle cure.

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, nel rispetto delle norme regolanti la materia dei livelli di spesa programmati e nelle forme previste dalla Regione, sono responsabili della spesa sanitaria dei propri assistiti.

Al fine di valutare quantitativamente e qualitativamente la domanda di assistenza, la Regione e le Aziende USL sono impegnate nello sviluppo e potenziamento degli standard informativi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Sempre al fine del governo della domanda e della programmazione, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta forniscono alle aziende sanitarie territoriali, per il tramite del Distretto, tutte le informazioni che, raccolte e aggiornate nella scheda sanitaria individuale, consentono di monitorare le necessità assistenziali e l'appropriatezza prescrittiva anche in relazione ai rapporti tra medicina di base, medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico - terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco.

8.1.2 L'assistenza domiciliare.

L'uso appropriato delle risorse disponibili consente di consolidare il principio generale che la casa resta il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione, rendendo imprescindibile lo sviluppo di forme di cure domiciliari alternative all'uso dell'ospedale.

Tra i principali obiettivi del Distretto vi sono, quindi, il potenziamento dell'assistenza continuativa e la promozione e lo sviluppo di forme alternative al ricovero, azioni queste che meglio qualificano l'assistenza territoriale.

L'assistenza domiciliare viene erogata nelle seguenti forme:

- assistenza domiciliare programmata (ADP) che assicura la presenza periodica del medico di assistenza primaria al domicilio del paziente non ambulabile e nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività, nei casi in cui si rende necessario un monitoraggio intensivo;

- assistenza domiciliare sanitaria (ADS) che consiste nell'erogazione di assistenza infermieristica e riabilitativa;
- assistenza domiciliare integrata (ADI) che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati;
- ospedalizzazione domiciliare attraverso la quale le strutture ospedaliere seguono con proprio personale pazienti che necessitano di prestazioni caratterizzate da particolare complessità, come la terapia del dolore e le cure palliative, l'ossigeno terapia domiciliare, etc. e che, in considerazione di specifiche valutazioni, è possibile erogare direttamente a domicilio;
- *Ospedale di Comunità*, utilizzando posti letto specificatamente individuati nelle RSA o in altre strutture ospedaliere, facendo riferimento anche a sperimentazioni gestionali già realizzate nella regione Puglia .

La Regione si prefigge quale obiettivo prioritario la realizzazione di un sistema integrato di cure domiciliari, inteso anche come risorsa strategica per incrementare l'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario regionale.

Per questa finalità devono essere definiti contenuti e modalità organizzative differenziate per livelli di intensità delle cure domiciliari.

Le **azioni regionali** per il perseguimento del suddetto obiettivo consistono in:

- indirizzo e supporto regionale per promuovere un maggior coinvolgimento dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta;
- indirizzo e supporto regionale per diffondere e potenziare un modello omogeneo di assistenza domiciliare nel territorio pugliese;
- formulazione di linee guida tecnico-professionali ed assistenziali;
- individuazione di un sistema di monitoraggio e di valutazione regionale delle cure domiciliari in termini di:
 - livelli di qualità percepita dalle famiglie e dai pazienti;
 - contesto distrettuale (livelli di ospedalizzazione distrettuali, struttura demografica, etc.);
 - andamento della domanda di cure domiciliari (tipologia degli utenti, patologie, etc.);
 - progetto d'offerta (servizi, ore, giorni, accessibilità, etc.);
 - attività (numero degli accessi e qualità delle prestazioni);
 - risultati (efficacia sanitaria, efficienza organizzativa, efficienza economica);
- pianificazione di risorse domiciliari adeguate alle esigenze della popolazione.

E' necessario, pertanto, sviluppare un modello unitario e integrato delle cure domiciliari che abbia le seguenti caratteristiche :

- **Obiettivi :**
- mantenere i pazienti non autosufficienti al proprio domicilio;
- assistere le persone di ogni età con patologie trattabili al domicilio, evitando il ricovero ospedaliero o le strutture residenziali, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione con gli altri livelli di assistenza;
- favorire il recupero e il mantenimento delle capacità di autonomia relazionale, in accordo con le famiglie, per migliorare la qualità della vita dei pazienti;
- sostenere in maniera significativa le famiglie e gli altri soggetti che prestano l'assistenza mediante iniziative varie, tra le quali la diffusione intensiva di competenze ed abilità per una loro autonomia d'intervento;

- pianificazione continua delle risorse, in particolare di quelle professionali, con attenzione prioritaria a quelle infermieristiche.

- **Destinatari:**

L'assistenza domiciliare è rivolta in particolare alle persone di ogni età affette da: patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio, patologie in fase terminale; riacutizzazioni di patologie croniche o che siano interessate da dimissioni protette da strutture residenziali.

La Giunta regionale individua le modalità per la definizione di uno specifico protocollo d'intesa tra Distretto e Comuni per la individuazione del percorso assistenziale integrato domiciliare per anziani non autosufficienti, ai sensi dell'art.15, comma 3 della L.328/2000 e del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (Obiettivo 4 – Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti).

- **Pianificazione delle risorse domiciliari:**

Il costante monitoraggio dei piani assistenziali personalizzati predisposti dall'équipe distrettuale (numero dei pazienti, livello di intensità assistenziale delle varie prestazioni professionali richiesto per i vari quadri clinici e loro presumibile durata media di presa in carico, ore di assistenza media per ogni accesso infermieristico) permettono di pianificare le diverse risorse professionali necessarie e di programmare un servizio domiciliare costantemente adeguato alle esigenze della popolazione del Distretto.

L'assistenza domiciliare, quale componente della rete dei servizi del Distretto, assicura la continuità delle cure al cittadino nelle sue diverse fasi della malattia nei vari percorsi assistenziali a seguito:

- di dimissione ospedaliera, con particolare riguardo alle unità di lungodegenza post acuta e di riabilitazione estensiva, di geriatria, di oncologia, di malattie infettive;
- di completamento e/o d'integrazione del programma socio-assistenziale di tipo residenziale, semiresidenziale, presso residenze protette.

8.1.3 Assistenza Specialistica

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale vengono erogate nei poliambulatori distrettuali, nelle strutture ospedaliere pubbliche e presso strutture private e professionisti accreditati.

Obiettivo strategico della programmazione regionale è quello di coinvolgere tutti gli attori di questo sub-livello assistenziale in una effettiva competizione collaborativa.

Nella funzione di assistenza specialistica sono presenti aree prestazionali che presentano aspetti di criticità e di non sicura appropriatezza. I nomenclatori di riferimento appaiono non aggiornati, sicché si palesa la necessità di revisione degli stessi.

Nella definizione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali vanno, pertanto, considerate:

- l'appropriatezza delle prestazioni alla luce della evidenza scientifica;

- l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

La definizione dell'appropriatezza delle prestazioni costituisce la base di partenza per la definizione della tipologia di prestazioni da includere nel nomenclatore regionale, nonché per la gestione delle liste di attesa differenziate per priorità.

La ottimizzazione dell'uso delle risorse prevede le seguenti azioni:

- revisione del tariffario regionale;
- individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici con il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici specialisti;
- monitoraggio delle prestazioni specialistiche erogate;
- promozione delle politiche di budget.

Il sublivello assistenziale specialistico viene attualmente assicurato nella regione, relativamente alla ripartizione pubblico-privato, per circa 2/3 dalle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e per circa 1/3 dalle strutture private e professionisti accreditati. L'offerta riguardo alla ripartizione nelle diverse province avviene in forma disomogenea in considerazione:

- della presenza di strutture ospedaliere a varia complessità e diversa capacità erogativa esterna in ragione del carico di lavoro istituzionale;
- dello sviluppo della rete poliambulatoriale pubblica nel territorio;
- della distribuzione e della tipologia di strutture private e professionisti accreditati.

Conseguentemente le scelte regionali in materia dovranno tenere conto:

- della complessità organizzativa che deve tendere a rendere compatibili i diritti ed i bisogni dei cittadini con le convenienze economiche;
- della esigenza di garantire le prestazioni secondo una scala di priorità anche al fine della corretta gestione delle liste di attesa;
- della promozione e sviluppo della qualità tecnologica, tecnica e professionale.

La necessità di contemperare le risorse alla esigenza di assicurare un livello assistenziale accessibile, equo, efficace ed efficiente rende sempre più attuale e rafforza la politica dei tetti di spesa, già avviata dalla Regione, sia nei confronti degli erogatori pubblici che di quelli privati.

Nell'ambito del sublivello assistenza specialistica, come si è visto, particolare rilievo assume la erogazione di prestazioni riabilitative, in relazione sia alle considerazioni di carattere clinico che alle implicazioni organizzative. Le prestazioni riabilitative vengono infatti erogate attraverso:

- gli ambulatori ospedalieri di medicina fisica e riabilitazione;
- le unità specialistiche dei poliambulatori territoriali;
- le strutture specialistiche private accreditate (per le prestazioni ex art. 25 ed art. 26 L. n. 833/78);
- gli ambulatoriali della struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione.

Le strutture ambulatoriali ospedaliere, dei poliambulatori territoriali e gli ambulatori privati accreditati per le prestazioni ex art. 25 L. n. 833/78 sono preposti ad assistere:

- pazienti con disabilità transitorie o minimali che richiedono un programma terapeutico-riabilitativo di norma a breve termine;

- pazienti dimessi da strutture ospedaliere per acuti per i quali si rende necessaria la prosecuzione del trattamento riabilitativo impostato;
- pazienti dimessi da strutture ospedaliere riabilitative per i quali si ritiene opportuno il completamento del programma riabilitativo in regime ambulatoriale.

Gli ambulatori della struttura di Medicina fisica e riabilitazione e gli ambulatori privati accreditati per le prestazioni ex art. 26 L. n. 833/78 sono preposti ad assistere pazienti con disabilità importanti che richiedono un programma terapeutico riabilitativo con grado di complessità medio elevato.

L'assetto organizzativo tiene conto delle modalità di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale, nonché dei compiti di verifica del progetto riabilitativo e del programma riabilitativo, nel rispetto degli indirizzi regionali.

8.1.4 L'assistenza nelle residenze sanitarie

L'uso appropriato dell'ospedale richiede che questo venga limitato ai ricoveri in fase acuta, e post acuta (lungodegenza e riabilitazione), restando a carico delle strutture residenziali i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata non effettuabili a domicilio.

Le residenze sanitarie pubbliche e private accreditate sono funzionalmente integrate con la rete ospedaliera e strutturano la loro organizzazione in considerazione della minore intensità delle cure da erogare .

La tipologia delle strutture residenziali è correlata al grado di intensità dell'assistenza da erogare e tiene conto dell'autonomia del paziente, della complessità clinica e dell'impegno degli interventi richiesti, nonché della necessità della valutazione dei tempi necessari al recupero psico-fisico.

Le residenze sanitarie si distinguono in:

- residenza sanitaria assistenziale (RSA) nella quale l'accesso è riservato a pazienti non autosufficienti o che comunque si trovano nella impossibilità, anche temporanea, di usufruire di forme alternative di assistenza (assistenza domiciliare o in strutture semiresidenziali);
- residenza sanitaria protetta (es. casa protetta) nella quale l'accesso è riservato a pazienti parzialmente non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio;
- residenza sanitaria per le cure palliative (Hospice) che eroga prestazioni di tipo palliativo unitamente a quelle assistenziali a pazienti in fase terminale;
- *Ospedale di Comunità*, nel quale l'accesso è riservato a pazienti che comunque si trovano nella impossibilità, anche temporanea, di usufruire di forme alternative di assistenza.

La Giunta regionale regola in ordine:

- alle modalità di accesso;
- alla erogazione dell'assistenza sanitaria;
- alla erogazione degli interventi riabilitativi;
- all'organizzazione delle attività socio-assistenziali.

8.1.5 Assistenza Farmaceutica

L'assistenza farmaceutica svolge un ruolo centrale nella fase di cura.

La politica del farmaco deve svilupparsi affermando un nuovo modello di funzionamento che consenta l'integrazione tra il rigore scientifico e la corretta gestione organizzativa ed economica, in una logica innovativa, capace di coinvolgere proficuamente operatori e popolazione.

L'uso razionale dei farmaci rappresenta di conseguenza un obiettivo prioritario che concorre a garantire al cittadino elevati livelli di sicurezza, attraverso l'appropriatezza della prescrizione e della dispensazione, la verifica dell'efficacia terapeutica, l'aderenza terapeutica.

L'assistenza farmaceutica costituisce altresì per il bilancio regionale un capitolo rilevante di spesa che, in ragione dell'aumento dell'offerta legato al progresso scientifico, delle dinamiche economiche e delle scelte politiche, in questi ultimi anni ha registrato un preoccupante incremento.

Il contenimento e la qualificazione della spesa farmaceutica rappresentano, quindi, un obiettivo strategico che la Regione intende perseguire coniugando appropriatezza ed efficacia con economicità.

Le azioni regionali per il perseguimento dei suddetti obiettivi consistono in:

- pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici specialisti e dei farmacisti;
- sviluppo delle politiche di budget;
- promozione e rafforzamento della farmacovigilanza;
- promozione di una fonte di informazione e documentazione indipendente sul farmaco;
- monitoraggio dei consumi di farmaci, suddivisi per classi terapeutiche, singoli medici prescrittori e costi.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto la Regione adotta le necessarie iniziative per garantire il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, prevedendo anche sanzioni a carico dei soggetti che abbiano omesso gli adempimenti connessi allo stesso monitoraggio e che abbiano effettuato prescrizioni in difformità dai criteri di appropriatezza.

Un'assistenza farmaceutica evoluta ed efficiente, capace di coniugare le risorse disponibili con le crescenti esigenze di una popolazione con costante aumento di aspettativa di vita, in termini di quantità e qualità, deve valorizzare e potenziare il ruolo delle strutture farmaceutiche territoriali, ospedaliere, delle farmacie convenzionate del territorio e deve riorganizzare le funzioni farmaceutiche regionali.

L'assetto organizzativo che garantisce il livello assistenziale farmaceutico fa riferimento:

- alle farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario regionale che assicurano il servizio farmaceutico territoriale, garantendo la continuità assistenziale farmaceutica, partecipando altresì, anche sulla base di specifici accordi con la Regione e/o le Aziende USL, ai programmi di sviluppo delle politiche del farmaco, con riguardo tra l'altro, alle problematiche inerenti l'assistenza domiciliare;
- alle farmacie delle Aziende Ospedaliere e strutture equiparate e dei presidi ospedalieri pubblici che assicurano le funzioni individuate dalla normativa vigente nell'ambito dell'assistenza farmaceutica territoriale.

Questo sistema deve essere inteso come un tutt'uno integrato e cooperante, con l'obiettivo di contenere la spesa farmaceutica e garantire la qualità del livello assistenziale nel rispetto dei diritti del cittadino.

La Regione individua le modalità e detta gli indirizzi con i quali l'assistenza farmaceutica viene erogata:

- riconoscendo l'efficienza delle farmacie convenzionate che, anche per la capillare distribuzione sul territorio, costituiscono risorsa rilevante del SSR;
- assegnando alle farmacie delle Aziende ospedaliere, delle strutture equiparate e dei presidi ospedalieri pubblici funzioni integrative con riferimento all'attività di informazione e documentazione sui farmaci e di dispensazione riferita a particolari categorie di farmaci e specifiche modalità erogative, secondo quanto previsto da norme e convenzioni, ferme restando le valutazioni di economicità, appropriatezza ed efficienza, con particolare riferimento ai costi sociali ed all'esigenza prioritaria di assicurare l'immediato e facile accesso alla prestazione farmaceutica;
- promuovendo politiche di budget per la spesa farmaceutica convenzionata, sentita la rappresentanza sindacale delle farmacie convenzionate pubbliche e private;
- individuando modalità distributive integrate pubblico-privato.

La Regione interviene nella regolamentazione di tutti gli aspetti relativi a:

- (a) educazione sanitaria attraverso iniziative rivolte alla popolazione;
- (b) ricerca farmaco-epidemiologica;
- (c) ricerca e sperimentazione clinica;
- (d) educazione permanente e formazione continua degli operatori;
- (e) regolamentazione e disciplina dell'attività di informazione medico - scientifica sul farmaco,

definendo appositi programmi, di concerto con i competenti Ordini Professionali e le Associazioni di categoria, anche con riferimento a quanto stabilito dalla Convenzione nazionale farmaceutica.

8.2 ATTIVITA' SOVRADISTRETTUALI

8.2.1 SALUTE MENTALE

I dati disponibili sulla malattia mentale sono frutto di studi parziali e di rilevazioni campionarie che, comunque, contribuiscono a dare una immagine delle dimensioni del problema.

Secondo gli oltre 45 studi realizzati dagli anni '70 ad oggi a livello internazionale, emerge che circa il 20-25% della popolazione di età superiore ai 18 anni, nel corso di un anno soffre almeno una volta di un disturbo mentale clinicamente significativo.

A fronte di questo dato, si scopre però che solo il 2-2,5% della popolazione adulta viene trattato in servizi psichiatrici pubblici o privati: le strutture sanitarie trattano dunque appena il 10% delle persone affette.

Ciò indica che occorre incrementare la promozione della salute mentale, prevenire la disabilità psichica, migliorare l'accessibilità ai Servizi, facilitare la presa in cura globale, garantire la cura completa, permettere la riabilitazione e risocializzazione della persona, tutelandone i diritti umani fondamentali.

Il Piano sanitario nazionale, nel rinviare al Progetto obiettivo "Tutela della Salute Mentale" la definizione di dettaglio degli obiettivi e delle linee d'intervento specifiche, fissa due obiettivi prioritari, che vengono integralmente assunti nel presente Piano sanitario regionale:

- migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali;
- ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Le azioni finalizzate al perseguimento di questi obiettivi vanno approntate a più livelli ed attraverso programmi interistituzionali, intersettoriali, pluridisciplinari.

Il Progetto obiettivo nazionale "Tutela della salute mentale" (DPR 10/9/99) integra il Piano sanitario nazionale 1998-2000 indicando gli obiettivi e gli interventi prioritari che di seguito si riportano e che devono essere realizzati attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute mentale:

- attività di educazione sanitaria, promozione della salute mentale e interventi di prevenzione, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di rischio;
- attivazione delle risorse relazionali dei soggetti affetti da disturbo mentale e del contesto di appartenenza;
- interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi;
- salvaguardia della salute mentale e della qualità della vita di tutto il nucleo familiare del paziente;
- tutela della salute mentale nell'età evolutiva.

I più recenti provvedimenti di pianificazione del settore da parte della Regione Puglia (Linee-guida regionali per il superamento degli Ospedali psichiatrici; Requisiti minimi delle strutture di riabilitazione psichiatrica; L.R. n. 30/98 di organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale; Progetto obiettivo regionale per il miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali), hanno permesso, nel decorso triennio, il perseguimento di importanti obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza psichiatrica.

Sono stati definitivamente chiusi gli Ospedali psichiatrici pubblici di Lecce e Latiano (Br) ed è stato completato il superamento dell'Ospedale psichiatrico Casa della Divina Provvidenza di Foggia; restano da dimettere dall'Ospedale psichiatrico Casa Divina Provvidenza di Bisceglie un centinaio di pazienti per completare definitivamente il processo di chiusura delle strutture manicomiali del territorio regionale.

Le Aziende USL hanno approvato l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale, articolato nelle Unità operative individuate dalla L.R. n. 30/98 e, nel rispetto dei vincoli posti dalla normativa in termini di reperimento delle risorse ed istituzione delle unità operative, stanno procedendo all'implementazione dei servizi.

Le strutture residenziali e diurne di riabilitazione psichiatrica provvisoriamente accreditate hanno assunto i requisiti minimi strutturali ed organizzativi stabiliti dal Consiglio regionale con la deliberazione n. 244/97.

E' in corso di attuazione il Progetto obiettivo regionale "Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali", che persegue, nello specifico:

- la creazione del sistema informativo salute mentale;
- la realizzazione di un programma di valutazione regionale della qualità delle strutture di riabilitazione psichiatrica residenziale;
- l'avvio di interventi di riabilitazione e prevenzione dei disturbi psichiatrici in età evolutiva;
- il potenziamento dei centri diurni, il sostegno alle associazioni dei familiari ed ai gruppi di auto aiuto, l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici;
- la realizzazione di un progetto di miglioramento della qualità della vita nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Pertanto, nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, ai fini del perseguimento degli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale, le azioni prioritarie da portare a termine sono le seguenti:

- piena integrazione delle attività delle articolazioni del Dipartimento di salute mentale nell'ambito delle attività distrettuali, con un più ampio coinvolgimento dei servizi distrettuali nei problemi di salute mentale della popolazione e col coordinamento delle funzioni del Dipartimento di salute mentale con quelle affini afferenti al settore materno infantile, alla struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione ed ai servizi per la tutela degli anziani, nei modi previsti dall'art. 3 quinquies, commi 2 e 3 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, basandosi sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative, cosicché dall'integrazione derivi la completezza e la qualità dell'offerta;
- completamento della rete di servizi e strutture del Dipartimento di salute mentale secondo gli standard individuati dalla L.R. n. 30/98, perseguendo il miglioramento della qualità e dell'organizzazione;
- iniziative tese a facilitare l'accesso ed il percorso della rete assistenziale; in questo contesto va inserita e sviluppata la collaborazione con la Medicina generale e la Pediatria di libera scelta;
- prassi ed atteggiamenti non di attesa, ma mirati ad intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, quartiere, etc.), in collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociali, le associazioni dei familiari, il volontariato e le altre agenzie presenti sul territorio impegnate nella lotta all'esclusione, attivando programmi specifici di contatto e di recupero dei pazienti che rifiutano la cura o che abbandonano il servizio;
- realizzazione di iniziative di lotta allo stigma, attraverso la promozione di campagne di informazione sui disturbi mentali gravi e sui Dipartimenti di salute mentale;
- costante monitoraggio sulle strutture riabilitative psichiatriche residenziali (requisiti, livelli assistenziali, dimissioni-ammissioni) al fine di evitare la riproposizione di modelli di tipo manicomiale;
- prevenzione del rischio che i servizi psichiatrici di diagnosi e cura reiterino prassi di contenzione meccanica, in quanto lesiva della dignità del paziente;
- pronta e completa risposta alla emergenza-urgenza psichiatrica nell'arco delle 24 ore;

- specifica attenzione alla realizzazione degli interventi di tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, in stretta integrazione con i servizi distrettuali materno-infantili e per l'handicap, con i servizi scolastici, gli enti locali ed ogni agenzia territoriale interessata alle problematiche minorili;
- garantire e mantenere la presa in carico dei casi più gravi e difficili, anche quando il trattamento non è accettato dagli interessati;
- sostegno alle famiglie degli utenti, interventi finalizzati ad un graduale reinserimento del paziente nel nucleo e nella comunità sociale, attraverso la predisposizione di specifici programmi di aiuto alle famiglie dei malati mentali;
- supporto alle associazioni di utenti e familiari ed ai gruppi di auto-aiuto;
- sostegno alle politiche ed ai programmi territoriali finalizzati al reinserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici;
- azioni di miglioramento continuo della qualità;
- superamento definitivo ed urgente del solo ospedale psichiatrico ancora attivo in Puglia, vale a dire l'Ospedale psichiatrico di Bisceglie.

8.2.2 DIPENDENZA DA SOSTANZE DI ABUSO

Per l'area d'intervento della dipendenza da sostanze di abuso è stata emanata la L.R. 6/9/99, n.27, che ha istituito il Dipartimento delle dipendenze patologiche. Occorre adeguare tale atto normativo ai principi introdotti dal D.Lgs n. 229/99 e dal Piano sanitario nazionale 1998/2000.

In tale ambito, gli obiettivi che l'amministrazione regionale intende porre in essere nel prossimo triennio mirano:

- alla realizzazione di un sistema integrato preventivo/assistenziale a favore dei soggetti dipendenti da sostanze di abuso, formato da componenti pubbliche e private con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi, capace comunque di garantire una continuità assistenziale che parte dall'intervento sulla strada, dall'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, fino al reinserimento sociale del soggetto sottoposto a trattamento, garantendo a tutti i livelli il possesso dei requisiti minimi standard. Il coordinamento di tali processi organizzativi è da attribuire a ciascun Dipartimento delle dipendenze patologiche istituito in ogni singola Azienda USL, correlando tale area d'intervento con altre aree quali la salute mentale e l'handicap;
- al recepimento dell'Atto d'intesa Stato-Regioni del 5/8/1999, in materia di requisiti per l'autorizzazione, il funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso ed all'emanazione di norme regionali di dettaglio in materia di verifica del possesso dei requisiti minimi standard da parte di enti ed associazioni che svolgono attività di prevenzione, cura e riabilitazione nei confronti di persone con problemi di uso o dipendenza da sostanze psicoattive;
- al recepimento della Legge n. 125/01 che detta disposizioni in materia di alcol e di problemi correlati, assumendo gli obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale 1998/2000 per la realizzazione, attraverso l'attivazione di strutture dedicate nell'ambito del Dipartimento per le dipendenze patologiche e le patologie alcool-correlate nell'ambito delle strutture ospedaliere ed universitarie, dei seguenti obiettivi specifici:
 - prevenzione dell'abitudine all'alcol tra gli studenti delle scuole;

- prevenzione dell'abitudine all'alcol nei confronti della popolazione in generale ed in particolari luoghi di aggregazione;
 - trattamenti per la disassuefazione dall'alcol;
- all'aumento della quota di soggetti che, dopo il contatto con il sistema di assistenza, iniziano e completano i trattamenti previsti e recuperano un accettabile livello di integrazione sociale, con particolare riferimento al reinserimento lavorativo;
 - alla riduzione della percentuale dei fumatori, in particolare tra gli adolescenti e tra le donne gravide, attraverso interventi di prevenzione finalizzati a perseguire obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale, promuovendo l'applicazione di un modello di intervento basato sulla intersectorialità e l'integrazione tra competenze sanitarie e sociali diverse, tramite i servizi specialistici competenti per il tabagismo delle Aziende USL, il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, la Pediatria di libera scelta e di comunità, le altre strutture socio-sanitarie territoriali, le strutture scolastiche, con specifica attenzione alla prevenzione in età evolutiva;
 - alla disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sul numero e le caratteristiche delle persone sottoposte a trattamento, acquisibili attraverso la realizzazione di un efficace sistema informativo regionale.

8.2.3 ASSISTENZA RIABILITATIVA

Nella nostra regione, il sistema di offerta delle prestazioni riabilitative si è sviluppato attraverso un percorso non programmato, né tantomeno integrato, che vede coesistere:

- unità operative ospedaliere pubbliche in numero insufficiente;
- una rete territoriale pubblica che presenta forti squilibri;
- strutture private in gran parte extraospedaliere che in alcuni casi si limitano a fornire prestazioni nelle quali prevale l'aspetto assistenziale, se non quello custodialistico.

Aspetti di inappropriatezza sono individuabili nel settore della Medicina fisica e riabilitazione per una serie di motivi quali:

- prestazioni rivolte a problemi clinici non ben definiti;
- prestazioni rivolte a problemi clinici poco rilevanti;
- prestazioni per le quali esistono seri dubbi di efficacia o modalità alternative più efficaci di trattamento;
- prestazioni la cui erogazione deve essere condizionata alla sussistenza di alcuni presupposti o specifiche modalità di erogazione.

Ne consegue la necessità di provvedere alla riorganizzazione del settore con l'obiettivo di:

- qualificare le funzioni dei diversi soggetti erogatori, definendo gli spazi di complementarità che ne consentano l'integrazione;
- precisare la metodologia con la quale l'intervento riabilitativo deve essere assicurato;
- definire fruitori dell'intervento, i disabili fisici, psichici e sensoriali, con l'obiettivo del recupero funzionale globale della persona

La Regione, tenuto conto delle indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale e delle linee guida ministeriali, programma e detta indirizzi al fine di garantire la continuità terapeutica, ovvero il massimo recupero funzionale e lo sviluppo di competenze sostitutive.

In particolare, così come citato nella premessa delle "Linee Guida", bisogna attivare un "percorso integrato socio-sanitario" che implica "l'intima connessione dei programmi di intervento sanitario, finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo, con interventi sociali orientati a sviluppare e rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali, che amplificano e rinforzano l'intervento riabilitativo consentendo l'inserimento o il reinserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale ed il miglioramento della sua qualità della vita e della sopravvivenza".

La Regione, a tale scopo, si impegna a realizzare una rete integrata per l'assistenza riabilitativa, utilizzando le strutture ospedaliere ed extraospedaliere pubbliche e private ed i servizi territoriali.

Questi ultimi "svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva.

Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche di cui al D.M. 22 Luglio 1996 e successive modificazioni ed integrazioni, per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il Progetto Riabilitativo individuale".

La Regione preciserà, altresì, procedure e percorsi in modo da affrontare la fase acuta, intensiva ed estensiva, dalla diagnosi alla riabilitazione, garantendo la qualità delle prestazioni, l'efficacia dell'intervento riabilitativo nel suo complesso, nonché l'integrazione socio-sanitaria.

Le azioni da intraprendere fanno riferimento alle seguenti aree di intervento:

– *disabilità dell'età evolutiva:*

la riabilitazione del soggetto in età evolutiva si pone in termini di ottimizzazione delle condizioni necessarie per raggiungere il massimo sviluppo possibile. Il modello organizzativo deve tenere conto degli aspetti relativi a:

- centralità dell'intervento riabilitativo che mantenga il bambino nel suo ambiente naturale di vita;
- globalità dell'intervento che preveda interagenze multidisciplinari tese al recupero degli aspetti sia fisici, sia psichici che sociali (riabilitazione neuromotoria, psicomotoria, psicologica, pedagogica e sociale, intesa come integrazione scolastica e lavorativa).
- presa in carico anche prolungata nei casi di patologie a maggiore complessità clinica;
- definizione del progetto riabilitativo con il coinvolgimento della famiglia e verifiche a breve, medio e lungo termine;
- specifici progetti di aiuto alle famiglie, nell'ottica del counseling psicologico e del mutuo-aiuto.

– *disabilità dell'età adulta e disabilità stabilizzata:*

nell'ambito di questa area si realizzano interventi di prevenzione e cura secondo linee guida condivise con l'obiettivo di assicurare il miglior livello di vita possibile sul piano

fisico, funzionale ed emozionale; sul piano assistenziale devono essere garantite le prestazioni di riabilitazione:

- nella fase dell'immediata post-acuzie;
- nella fase di completamento del processo di recupero;
- nelle disabilità cronico-evolutive, con l'obiettivo di rallentare la progressione della malattia;
- nelle disabilità stabilizzate.

– *alta specialità riabilitativa:*

Le attività di alta specialità riabilitativa sono rivolte al trattamento delle disabilità congenite o acquisite più gravi e complesse che richiedono particolari competenze professionali, maggiori investimenti tecnologici ed organizzativi, personale specificatamente formato.

Nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera sono individuati specifici centri che costituiscono la rete assistenziale per la cura delle gravi disabilità, con particolare riguardo alle Aziende ospedaliero-universitarie.

Tra le lesioni acquisite che producono gravi disabilità vanno annoverati gli eventi traumatici vertebro midollari che, sia per l'incidenza che per gli elevati costi sociali, costituiscono una particolare area di intervento per la quale la Regione è impegnata, in via prioritaria, ad individuare le azioni necessarie ad affrontare in modo efficace ed efficiente le relative problematiche. L'obiettivo è quello di realizzare una rete regionale di unità operative e servizi in grado di garantire:

- l'intervento riabilitativo sin dalle prime ore dall'insorgere dell'evento lesivo;
- la appropriata prosecuzione delle cure nella fase di post-acuzie;
- l'assistenza riabilitativa dopo la dimissione per la gestione degli esiti e delle eventuali complicanze.

Rientrano altresì nei centri per la cura delle gravi disabilità quelli deputati all'assistenza degli esiti di gravi eventi vascolari e traumatici a livello cerebrale, le gravi turbe neuropsicologiche e le gravi disabilità in età evolutiva.

La rete regionale di unità operative e strutture che garantisce l'assistenza riabilitativa, si integra con le strutture residenziali socio-assistenziali al fine di garantire la continuità assistenziale.

La Regione detta gli indirizzi per la individuazione delle strutture socio-riabilitative, distinte per tipologia, al fine di assicurare l'inserimento e l'integrazione sociale della persona portatrice di handicap.

8.2.4 Tutela dell'Attività Sportiva

La Regione Puglia, in attuazione delle finalità e degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, provvede alla promozione ed alla tutela sanitaria nelle attività sportive, anche in riferimento ed applicazione a quanto previsto dall'Art. 5 della L. n. 376/2000.

Persegue altresì la promozione degli interventi relativi alla medicina dello sport nonché la diffusione dell'educazione sanitaria sulla corretta pratica dell'attività motoria e sportiva quale strumento di idoneo sviluppo psicofisico, di miglioramento dello stato di salute, della qualità della vita e dei fattori di prevenzione.

9. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 indica la strategia di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria secondo tre dimensioni: istituzionale, gestionale e professionale, mediante linee guida, protocolli operativi, piani personalizzati di assistenza.

Il D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ha definito ulteriori strumenti per lo sviluppo dell'integrazione, 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 rappresentate da:
 - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
 - prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
 - prestazioni sociali a rilievo sanitario.

L'Atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria di cui al DPCM 14 .02.01 sancisce:

- la responsabilità dei costi delle prestazioni a carico dell'Azienda USL e dei Comuni;
- l'intensità assistenziale delle prestazioni sia sanitarie che sociali predisposte dai progetti personalizzati, ove è indicata la natura del bisogno e l'articolazione temporale dell'erogazione;

La L. n. 328/00 sul Sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisce ulteriori strumenti per qualificare l'integrazione dei Comuni con le Aziende USL a diversi livelli:

- a livello strategico con la predisposizione dei Piani di zona dei servizi sociali e socio-sanitari;
- a 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;
- a livello operativo con la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza.

Il Piano sociale nazionale 2001-2003 ha come suo motivo dominante l'integrazione. L'art.18, comma 3, lettera c) della L. n. 328/00 afferma che il Piano deve indicare le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie dell'istruzione, della formazione e del lavoro; un Piano che non può prescindere dal Piano sanitario che va, quindi, pensato in armonia con la L. n. 328/2000.

9.1 Principi

La strategia finalizzata a promuovere e garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale trova il suo presupposto nelle seguenti valutazioni:

- l'integrazione aggiunge valore all'assistenza sanitaria poiché consente di migliorarne l'efficacia , di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario la

qualità di vita del cittadino, in una visione multidimensionale del concetto di salute che va oltre il benessere fisico, psichico e sociale e che è intesa come potenzialità e capacità di progettare la propria vita sia durante le fasi libere da patologie, cronicità e perdite funzionali, che durante i periodi di perdita del benessere;

- l'integrazione promuove la solidarietà e valorizza le risorse e gli investimenti per la salute delle comunità locali;
- l'integrazione valorizza le responsabilità della comunità stimolando altresì sinergie sia a livello istituzionale che organizzativo dell'Azienda USL e dei Comuni;
- la sede territoriale più appropriata per l'erogazione delle prestazioni e degli interventi integrati è il Distretto.

Le caratteristiche demografico - epidemiologiche della comunità pugliese impongono di dover privilegiare forme di assistenza multidisciplinari, mirate alle patologie invalidanti e cronico - degenerative, per le quali il mantenimento dell'autonomia o comunque la permanenza nel proprio ambiente di vita, con la prevalenza di cure domiciliari, assume il significato di indicatore strategico della qualità di vita.

L'invalidità, la malattia mentale, il ritardo psichico, la demenza configurano spesso quadri clinici che si consolidano in tempi medio-lunghi; inoltre, l'inazione terapeutica e sociale limitano il miglioramento e la stabilizzazione degli esiti, per cui sono necessarie, proprio per la qualità della vita, alcune azioni di sostegno psico-fisico che possono essere messe in atto solo da un intervento congiunto tra sistema sanitario e sistema sociale.

L'integrazione, quindi, tra i settori della sanità e delle politiche sociali, in particolare quelle socio-assistenziali degli Enti Locali, in quanto direttamente collegati al concetto di salute, si pone come una necessità imprescindibile.

9.2 Le prestazioni e le aree socio-sanitarie

Nell'ambito della legislazione sanitaria e sociale s'individuano varie tipologie d'interventi che concorrono in misura diversa al perseguimento di obiettivi di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di natura sociale, assistenziale ed educativa.

Interventi sociali a carico dei Comuni

Interventi socio-assistenziali

Sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio d'alterazione permanente sia fisica che psichica.

La competenza istituzionale e finanziaria è ascrivibile al comparto sociale dei Comuni.

Tali interventi, tuttavia, possono interessare le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria, sia durante il percorso terapeutico che al suo termine, per quegli aspetti d'esclusivo carattere economico, abitativo o lavorativo.

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Tali prestazioni comprendono tutte quelle attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Tali prestazioni sono:

- il sostegno economico e sociale a favore dell'infanzia, dell'adolescenza, della famiglia, del disabile e dell'anziano;
- l'aiuto domestico e familiare e le forme di sostegno alla domiciliarità, l'ospitalità di tipo alberghiero presso le strutture diurne e residenziali per persone con limitazione dell'autonomia non assistibili a domicilio, gli interventi di natura economica che si configurano per la facilitazione dell'inclusione sociale (nella vita quotidiana o in attività produttive) per fasce deboli e di emarginazione, per stimolare le risorse personali per il superamento delle criticità socio - economiche.

Queste prestazioni sono finalizzate al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale, atti a rimuovere o ridurre le condizioni di dipendenza derivate da stati patologici o prepatologici a rischio o da menomazione permanente sia fisica che psichica.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono svolte in forma integrata, in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale. Infatti, pur richiedendo personale e modalità d'intervento propri dei servizi di assistenza sociale comunale, sono diretti in via prevalente alla tutela della salute e si estrinsecano in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e riabilitazione fisica e psichica in assenza dei quali l'attività non può svolgersi o produrre effetti desiderati.

Ne consegue che dette prestazioni devono essere considerate co-sostanziali ai livelli essenziali di assistenza sanitaria, in quanto concorrono ad assicurare il livello qualitativo di base in coerenza con la programmazione regionale.

Prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a carico dell'Azienda USL

Prestazioni sanitarie a rilievo sociale sono tutte quelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Si tratta di aree d'intervento nelle quali sono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali, o perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili, o perché in alcune fasi dell'azione sanitaria s'inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario.

Al loro interno le problematiche si modificano nel corso del tempo per l'evolversi delle condizioni dei soggetti seguiti o per il modificarsi del quadro epidemiologico.

Le aree suddette sono individuate in relazione a diverse componenti quali :

- le caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali;
- le caratteristiche dell'intervento che richiede un elevato livello d'integrazione tra attività sociali e sanitarie nonché di assistenza tutelare ;
- le finalità legate in prevalenza a obiettivi di natura socio-assistenziale e socio-riabilitativa;
- le modalità di valutazione multidimensionale per l'accesso ai servizi e alle prestazioni che richiede l'integrazione professionale fra area sanitaria e sociale mediante unità di valutazione multidimensionale (u.v. geriatrica per gli anziani; u.v. per i disabili; u.v. medico psicosociali per malati di mente; u.v. medico psicosociali per tossicodipendenti alcol-dipendenti; équipe consultoriale per donne e infanzia).

I trattamenti previsti, per la sede di erogazione delle prestazioni e per i tempi di continuità assistenziale delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione, possono essere:

- intensivi, richiedenti un impegno clinico specialistico e complesso effettuato in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera e ,laddove consentito, a domicilio di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative;
- estensivi o intermedi, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, effettuati a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera, che richiedono la presa in carico multiprofessionale, con elevata assistenza alla persona, ai fini della prosecuzione del processo riabilitativo e di reinserimento sociale, con un programma assistenziale di medio/lungo periodo;
- di lunga assistenza o di mantenimento, in forma integrata o meno, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno socio-sanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile, effettuati a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera, a fronte di un programma di lungo periodo, verificabile in tempi definiti per modulare l'intensità delle prestazioni sanitarie, assistenziali e tutelari.

I suddetti trattamenti devono integrarsi organicamente nel processo esistenziale favorendone lo sviluppo e la miglior qualità di vita.

Particolare rilevanza in quest'area ad elevata integrazione socio-sanitaria devono assumere:

- lo sviluppo di interventi e servizi innovativi finalizzati a ridurre i danni ed i rischi, individuali e collettivi, che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e disagio ad esse correlate procurano in campo sanitario e sociale;
- la sperimentazione di forme d'intervento a sostegno delle famiglie che si prendono cura di soggetti dipendenti.

9.3 Modalità e percorsi per pervenire all'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione, ormai consolidata a livello teorico e con un consenso generalizzato, incontra seri ostacoli sul piano pratico, nel senso che l'offerta è tuttora contrassegnata da tratti prevalenti di autoreferenzialità.

Le ragioni riguardano, da una parte, l'appartenenza dei due ambiti a sistemi istituzionali differenti, con diversità di riferimenti gerarchici, di responsabilità e di coordinamento, nonché di imputazione della spesa; dall'altra, la sostanziale eterogeneità dell'approccio ai problemi di salute e di benessere, più standardizzato per i servizi sanitari, più flessibile per i servizi socio-assistenziali.

Ulteriori difficoltà derivano dall'esistenza di vari livelli d'integrazione, tra di loro interconnessi, che inducono a ritenere improponibili modalità di coordinamento e di integrazione valide in tutte le situazioni.

L'integrazione, infatti, può realizzarsi in grado diverso all'interno di alcuni percorsi così individuabili:

- dall'integrazione strategico-istituzionale all'integrazione operativa;
- dall'integrazione sistemica a quella in ogni singola area problematica;
- dall'integrazione permanente a quella saltuaria e/o riferita a casi particolari;
- dall'integrazione formale a quella informale.

Il riconoscimento dei suddetti aspetti dell'integrazione e degli strumenti per realizzarli non porta alla spontanea realizzazione per legge; anzi, il processo comporta una perdita di libertà a carico dei soggetti che sono coinvolti nei processi di integrazione.

Si richiede, pertanto, lo sviluppo di conseguenti specifiche azioni su vari livelli d'integrazione strategico-istituzionale, gestionale e professionale.

➤ *Integrazione strategico-istituzionale:*

Il percorso di integrazione istituzionale prevede le seguenti azioni rivolte a :

Obiettivi di salute:

La definizione degli obiettivi di salute costituisce l'azione con cui le diverse istituzioni e soggetti interessati identificano i risultati attesi in termini di salute e definiscono le azioni necessarie per conseguirli.

Tali obiettivi di salute vengono definiti tenendo conto delle documentazioni disponibili sulla loro efficacia e le attività da sviluppare, coerentemente agli obiettivi che s'intendono conseguire.

Risorse:

Il processo di definizione delle risorse individua non solo l'ammontare dei fattori produttivi, che le diverse istituzioni s'impegnano a garantire, ma anche i diversi livelli di competenza e di responsabilità.

Valutazione dei risultati:

La valutazione dei risultati monitorizza, prioritariamente, i risultati di salute e, qualora non sia possibile, documenta l'applicazione di processi assistenziali di efficacia dimostrata.

La qualità percepita e l'efficienza dei processi assistenziali devono essere oggetto di costante valutazione.

La Conferenza sanitaria ed il Comitato di Distretto sono gli organismi deputati a realizzare la suddetta integrazione istituzionale.

➔ *Integrazione gestionale*

L'integrazione gestionale si sviluppa secondo i seguenti orientamenti :

- il Distretto orienta il suo modello organizzativo secondo la direzione per obiettivi ed il lavoro per progetti;
- l'approccio multidisciplinare viene perseguito sia all'interno del Distretto che nei rapporti con i partner esterni (associazioni di volontariato, etc.); l'integrazione viene realizzata sia definendo accordi di programma che stabiliscono con precisione l'apporto delle diverse professionalità, sia individuando protocolli operativi che consentono di operare secondo modalità definite e condivise, riducendo così la variabilità dei comportamenti assistenziali.

➔ *Integrazione professionale*

L'integrazione si sviluppa e consolida attraverso le seguenti modalità professionali:

- Sviluppo di attività multidisciplinari
Allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e di favorire l'integrazione professionale degli operatori, viene attivata e potenziata la modalità di valutazione multidisciplinare dei bisogni assistenziali; in particolare, per le dimensioni della salute per le quali mancano linee guida, occorre sviluppare consenso e documenti di indirizzo.
- Linee guida e protocolli assistenziali
La variabilità ingiustificata dei comportamenti assistenziali, largamente documentata in letteratura, richiede che si sviluppino iniziative per ridurla e per garantire modalità assistenziali più uniformi.

Il processo di integrazione va sviluppato mediante la progettualità condivisa tra operatori, utenti, caregiver, erogatori, attraverso l'individuazione di operatori-case manager con responsabilità progettuale a garanzia di chi fruisce del processo assistenziale.

L'unitarietà e l'integrazione dei processi di pianificazione sociale e sanitaria rappresenta la strategia centrale da perseguire per coinvolgere gli Enti locali e le Aziende USL.

Il Piano sociale regionale si sviluppa in alta sinergia con quello sanitario nella prospettiva di un unico piano socio-sanitario nel successivo triennio.

L'organo previsto per l'integrazione delle responsabilità e delle risorse è la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

Il rapporto tra la programmazione regionale e quella locale viene espresso con il Piano attuativo locale dell'Azienda USL in termini di definizione di procedure, di proposta, adozione ed approvazione, nonché con il Piano di zona ex art.19, L. n. 328/2000 degli Enti locali interessati.

A livello distrettuale il Programma delle attività territoriali è il Piano per la salute distrettuale e, nello stesso tempo, il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

A questo livello il Distretto:

- definisce i bisogni prioritari della popolazione ;
- presenta organicamente le proprie attività;
- prevede la localizzazione dei servizi del Distretto;
- determina le risorse specifiche per l'integrazione socio-sanitaria;
- stabilisce la localizzazione dei presidi nel territorio.

Quindi, va garantito che i due strumenti di pianificazione dei Comuni e dell'Azienda USL possano essere sia predisposti che gestiti all'interno di un'unica strategia di pianificazione finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie nella comunità locale.

Pertanto, l'Accordo di programma tra i due Enti :

- recepisce i contenuti socio-sanitari del Programma delle attività territoriali e del Piano di zona intercomunale con l'individuazione e la definizione delle soluzioni per condividere le responsabilità in ordine al conseguimento dei risultati attesi;
- individua e recepisce unitariamente gli impegni previsti dai due strumenti programmatici, per quanto attiene all'integrazione socio-sanitaria, evidenziando:
 - le prestazioni ed i processi assistenziali da attivare;
 - le modalità di realizzazione di livelli di assistenza socio-sanitaria;
 - le risorse necessarie per garantirli rispettivamente a carico dell'Azienda USL e dei Comuni coinvolti.

9.4 Azioni di Piano

La Regione promuove, qualifica e sostiene l'integrazione socio-sanitaria, sul piano degli indirizzi, delle risorse, dell'organizzazione e della formazione mediante uno specifico Programma regionale dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, quale risultato degli Accordi di programma espressi dalle Aziende USL con i Comuni interessati.

Il programma regionale dei servizi ad alta integrazione socio – sanitaria orienta la sua azione riconoscendo ed agevolando il ruolo dei soggetti del Terzo Settore, ivi comprese le Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza.

Tale programma deve espressamente individuare:

- gli obiettivi strategici e le aree prioritarie d'intervento maggiormente da integrare tra Piani delle attività territoriali dei Distretti e Piani di zona dei Comuni;
- i livelli essenziali ed essenziali di assistenza per l'integrazione socio-sanitaria relativi ad ognuna delle aree socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria previste dal presente Piano o comunque successivamente individuate dal livello centrale;
- le risorse destinate a:
 - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale delle Aziende USL, messe a disposizione per la realizzazione dei piani integrati;

- prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria su base procapite;
 - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria dei Comuni, su base procapite, in modo da garantire livelli uniformi di assistenza sociale in ambito distrettuale.
- le forme di concertazione tra Comune, Azienda USL e soggetti privati e del privato sociale, le quali garantiscono l'unitarietà dei processi di pianificazione tra Piani attuativi locali, Piani delle attività territoriali distrettuali e Piani di zona dei Comuni;
 - gli indirizzi organizzativi;
 - iniziative sperimentali tra servizi socio-sanitari ad elevata integrazione distrettuali e Servizi sociali dei Comuni che individuano adeguati protocolli operativi di prestazioni integrate ed i requisiti di verifica e miglioramento continuo della qualità;
 - programmi di formazione e aggiornamento continuo specifici per la complessità dei processi d'integrazione con forme di verifica continua, anche dei risultati della valutazione svolta sulle stesse esperienze d'integrazione ;
 - protocolli d'intesa per coordinare gli interventi con gli altri soggetti delle amministrazioni pubbliche interessate e con i soggetti della solidarietà sociale.

10. ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Ospedale, componente essenziale del sistema sanitario, garantisce l'attività di diagnosi, terapia e riabilitazione nei confronti di patologie in fase acuta e/o gravi e complesse, attraverso l'alta specializzazione e le moderne tecnologie, sia in emergenza ed urgenza che in modo programmato, in regime di ricovero ordinario, di ricovero diurno, ambulatoriale e domiciliare.

La rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche ed il continuo progresso tecnologico hanno determinato l'oggettiva necessità di modificare i percorsi assistenziali e quindi di ripensare in modo profondo il ruolo dell'Ospedale facendo evolvere lo stesso da luogo di riferimento per qualunque problema, ad organizzazione di alto livello tecnologico deputata a fornire risposte a situazioni acute e gravi.

Tanto, peraltro, dovrà avvenire in un quadro di politica sanitaria tesa a determinare liberazione di risorse proprio dal livello assistenziale più complesso e pertanto più costoso, da destinarsi alla prevenzione ed all'assistenza di primo livello.

Nel settore dell'assistenza ospedaliera il rapporto tra domanda e offerta è stato sempre condizionato dall'offerta per cui, in questo ambito, vanno essenzialmente indirizzati gli interventi, contestualmente al potenziamento dell'offerta nelle aree della prevenzione e della assistenza territoriale.

In altri termini l'Ospedale, in quanto struttura ad elevata complessità specialistica e tecnologica, dovrà essere destinato ai pazienti affetti da patologie importanti che versino in grave situazione di rischio e/o che si trovino in fase acuta, e comunque in condizioni non affrontabili dai livelli assistenziali diversi dall'ospedaliero.

Quanto sopra dovrà avvenire contestualmente alla:

- promozione di:
 - incisivi programmi di miglioramento del grado di appropriatezza;
 - percorsi diagnostico terapeutici che riducano gli accessi impropri;
 - collegamenti in rete tra ospedali e territorio;
 - politiche di formazione e aggiornamento;
- implementazione del sistema informativo finalizzato alla verifica della efficienza e della qualità;
- perfezionamento a regime del sistema di remunerazione e controllo.

Allo stato attuale, purtroppo, il sistema ospedaliero pugliese, che pure è connotato dalla presenza di eccellenti professionalità ed elevate tecnologie, è caratterizzato da un'abbondanza di servizi analoghi, da carenza di strutture importanti ed assenza di funzioni essenziali ai fini della tutela complessiva della salute dei cittadini.

Il tutto in presenza di aspetti di disorganicità in termini di collegamenti organizzativi e funzionali della rete, di insufficiente integrazione col territorio e di inappropriata del ruolo spesso vicariante di altre funzioni, se non volutamente tale per giustificare l'esistenza delle strutture stesse.

A tale proposito, la seconda fase dell'indagine regionale con metodo P.R.U.O. (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale), pur con i suoi limiti concettuali, di cui si dovrà tener conto nella fase di intervento, ha fatto registrare preoccupanti livelli di inappropriata (56,8% all'ammissione e 40,6% per i ricoveri totalmente inappropriati).

Alla luce di quanto sopra, appare indispensabile ridefinire la rete ospedaliera sia in ragione del rapporto domanda/offerta che in relazione ai vincoli normativi.

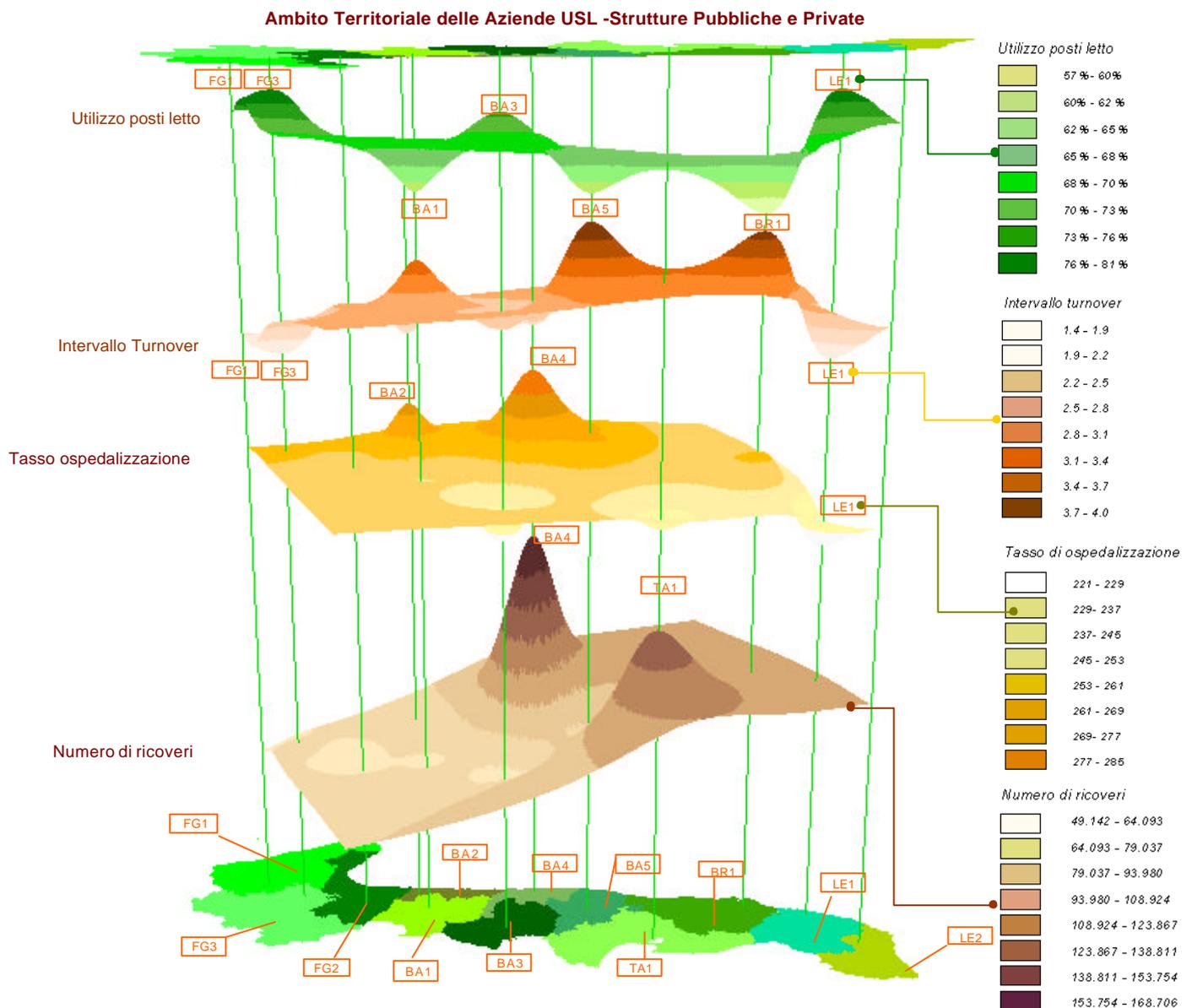
Nell'atto di regolamentazione che sarà adottato in esecuzione del presente piano per pervenire al riordino della rete ospedaliera, la Regione terrà conto dei suggerimenti del Ministero della Salute, mediante la previsione di un programma di interventi che individui gli Ospedali sui quali operare le riduzioni di posti letto e di Unità Operative, a cui dare successiva e tempestiva esecuzione nel quadro degli strumenti di programmazione operativa costituiti dai Piani attuativi locali delle Aziende Sanitarie.

Specifica attenzione sarà data alla individuazione di *Punti di Eccellenza*, con l'obiettivo di creare Centri di Alta Specializzazione costituendo, unitamente alle strutture esistenti, una *Rete di Eccellenza* rivolta a patologie e/o trattamenti complessi che richiedono specifiche concentrazioni di conoscenza.

10.1 RAPPORTO DOMANDA / OFFERTA

La relazione tra la domanda e l'offerta costituisce la base di conoscenza oggettiva di cui si dispone per individuare gli obiettivi di razionalizzazione che costituiscono presupposto del Piano.

In questa sede si riportano alcuni macro-indicatori che, pur nella loro sinteticità, danno luogo ad una chiara visione di quanto si verifica in ambito ospedaliero. Rispetto a tali indicatori e con riferimento a confini territoriali coincidenti con quelli delle attuali Aziende USL, si rappresentano, mediante curve di livello, 4 fenomeni.



Da tali curve di livello, omogenee in quanto riferite esclusivamente ai residenti negli ambiti territoriali di ciascun comprensorio di USL, si rileva come in numerosi di questi si evidenzia un utilizzo dei posti letto (PL) inferiore alla fascia 74-78 % e la presenza di un *outlier*, con un valore che supera la soglia dell' 81%.

Correlatamente l'intervallo di turnover, che esprime il numero di giorni in cui un posto letto è vuoto tra un ricovero ed un altro, in numerosi casi, pone in risalto come tale periodo ecceda i due giorni, nonostante il tasso di ospedalizzazione rilevato sia largamente eccedente quello di riferimento (160 x 1000 Abitanti).

POPOLAZIONE (Istat 31.12.99)	STRUTTURA	Ricoveri x Anno	x 1000 Abitanti	gg/Anno	gg	Ricoveri/PL
		RICOVERI di RESIDENTI USL in PUGLIA e Fuori Regione	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE	UTILIZZO PL	INTERVALLO TURNOVER	ROTAZIONE DEI PL
242.026	BA/1-ANDRIA	58.549	241,9	61,0%	3,3	43,6
281.450	BA/2-BARLETTA	76.685	272,5	69,7%	2,0	61,6
218.708	BA/3-ALTAMURA	49.142	224,7	74,0%	2,2	44,0
591.410	BA/4-BARI	168.706	285,3	71,1%	2,1	52,8
242.456	BA/5-PUTIGNANO	63.773	263,0	60,7%	4,0	37,2
411.563	BR/1-BRINDISI	105.295	255,8	57,1%	3,8	44,1
218.583	FG/1-SAN SEVERO	57.237	261,9	81,0%	1,4	52,0
215.624	FG/2-CERIGNOLA	53.710	249,1	69,3%	2,6	47,0
259.693	FG/3-FOGGIA	65.955	254,0	78,4%	1,6	51,2
472.813	LE/1-LECCE	104.407	220,8	78,0%	1,6	53,4
343.042	LE/2-MAGLIE	89.186	260,0	65,0%	2,7	50,7
587.871	TA/1-TARANTO	136.230	231,7	65,8%	3,0	44,0
4.085.239	PUGLIA	1.028.875	251,9	69,3%	2,4	48,8

(*) Tutti gli indici si riferiscono al complesso di Strutture Pubbliche e Private presenti nel territorio di ciascuna Azienda USL

10.1.1 ATTUALE DOMANDA DI RICOVERO

L'attuale domanda di ricovero può essere analizzata da diversi punti di prospettiva, ognuno dei quali contribuisce a definire fattori che concorrono nel loro complesso a qualificare il bisogno di ricovero e conseguentemente ad individuare, sul versante dell'offerta, una più adeguata copertura.

Nella essenzialità che richiede il Piano sanitario regionale, per gli effetti che da tali elementi discendono, appare opportuno compiere alcune riflessioni sulla base dei dati a cui ci si riferisce.

Domanda di ricovero rispetto all'età

Nel quadro seguente è riportata la popolazione per classi di età della popolazione pugliese, la cui composizione si differenzia tra i diversi ambiti territoriali.

Parallelamente alla numerosità di ciascuna coorte, sono stati evidenziati alcuni indicatori di sintesi di cui si terrà conto nell'attuazione del Piano, ai fini della determinazione sia delle quote pesate, sia delle azioni per il riordino della rete territoriale ed ospedaliera, sia degli interventi da adottarsi per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'utilizzo delle risorse e dell'uso degli ospedali.

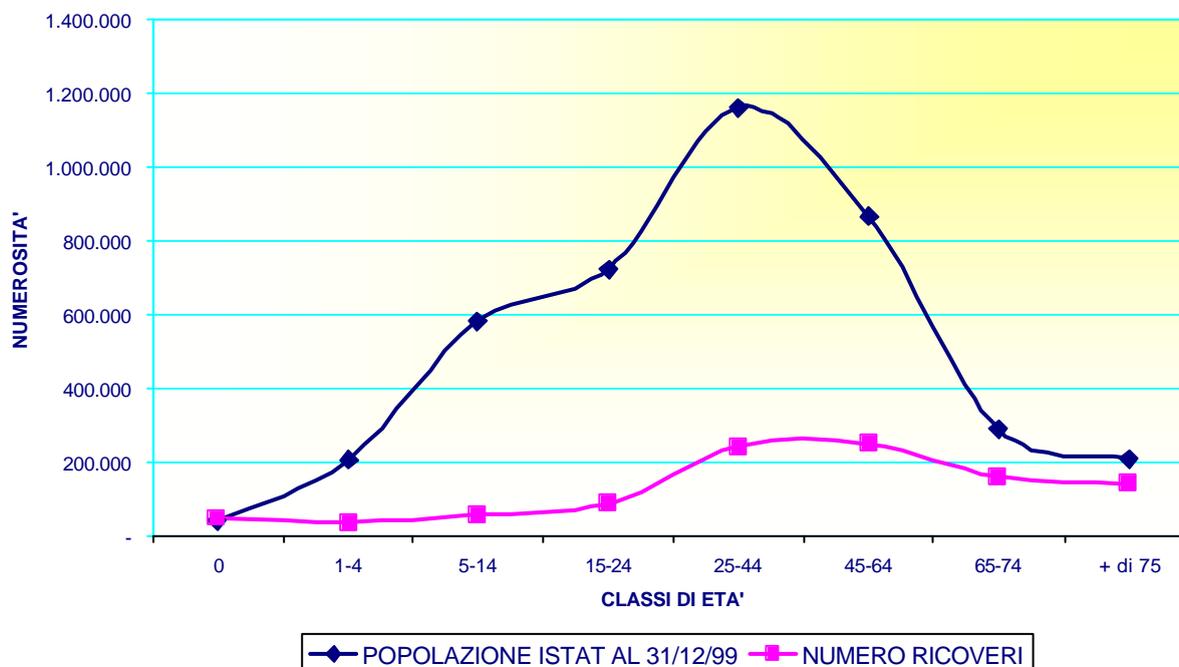
Dagli indicatori di sintesi qui riportati si può osservare come le ultime due fasce di età che racchiudono poco più di 500.000 persone, assorbono oltre 2.300.000 giorni di degenza, quantità all'incirca pari a quella richiesta dagli oltre 2.000.000 di residenti delle due classi di età immediatamente precedenti.

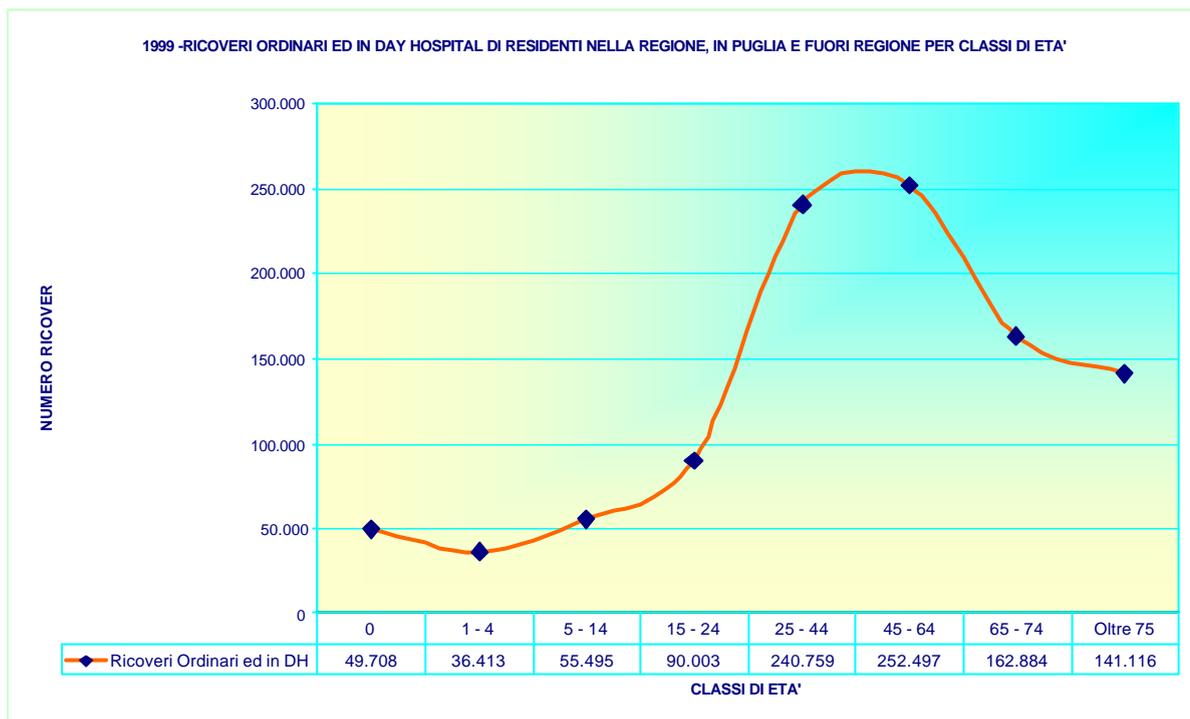
FASCE DI ETÀ	POPOLAZIONE ISTAT AL 31/12/99	INCIDENZA DELLE COORTI	NUMERO RICOVERI	% DI DOMANDA ACCESSO	IMPORTO DEGENZA (Valore DRGs)	GIORNI DEGENZA	DEGENZA MEDIA	DEV. DEG. MEDIA	INTENSITA' MEDIA (Peso DRG)	DEV. STANDARD INTENSITA' MEDIA
0	42.444	1,0%	49.708	4,8%	136.441.629.001	244.540	4,95	5,82	0,64	0,70
1-4	206.523	5,1%	36.413	3,5%	101.601.759.951	148.154	4,07	6,01	0,67	0,58
5-14	582.144	14,2%	55.495	5,4%	147.970.391.157	194.050	3,49	4,34	0,67	0,60
15-24	725.242	17,8%	90.003	8,7%	268.337.649.859	367.414	4,08	5,38	0,75	0,61
25-44	1.161.059	28,4%	240.759	23,4%	740.991.881.674	1.070.933	4,45	5,75	0,81	0,65
45-64	864.721	21,2%	252.497	24,5%	987.465.069.149	1.398.645	5,54	6,75	1,00	0,95
65-74	293.295	7,2%	162.884	15,8%	779.467.445.858	1.169.616	7,18	8,08	1,15	0,99
+ di 75	209.809	5,1%	141.116	13,7%	709.172.340.908	1.142.927	8,10	8,26	1,20	0,93
Puglia	4.085.239	100%	1.028.875	100%	3.871.766.592.017	5.736.879	5,58			

Proiettando tali dati al 2014, in cui è prevista una popolazione della Puglia nella quale il numero degli ultrasessantacinquenni sarà di circa il 30% maggiore di quello attuale, si possono intuire gli effetti devastanti sul sistema, in difetto di azioni di razionalizzazione.

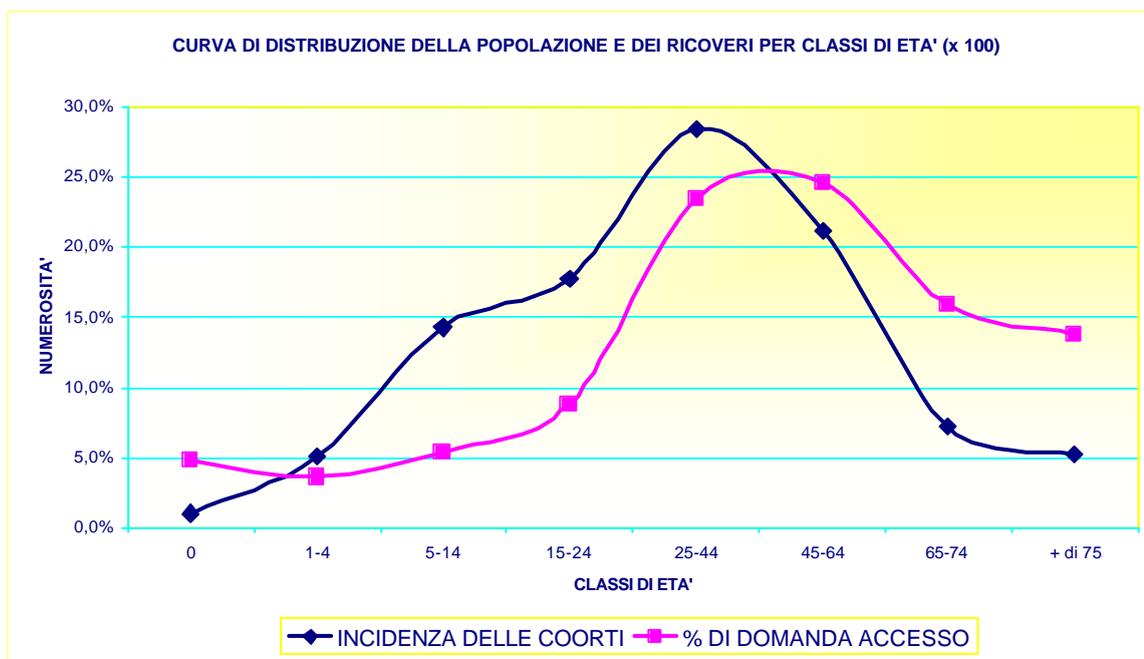
Le distribuzioni sottostanti permettono di evidenziare chiaramente come si modifichi il numero di ricoveri in ragione delle classi di età e della loro numerosità.

CURVA DI DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE E DEI RICOVERI PER CLASSI DI ETÀ



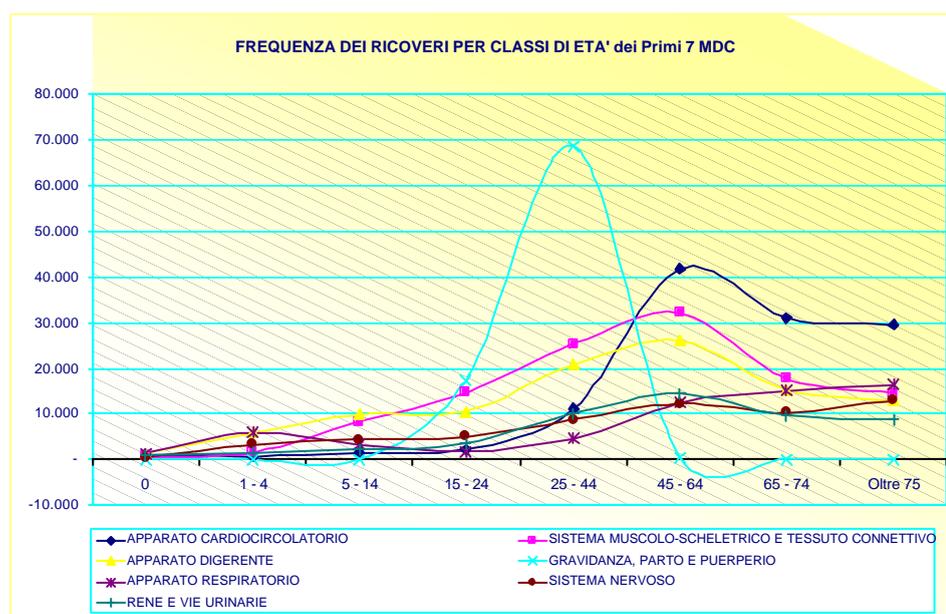


Il fenomeno è reso ancora più evidente dalla sovrapposizione della curva di distribuzione delle classi di età rispetto a quella di accesso a prestazioni di ricovero in ragione, proprio, dell'età. Si evince chiaramente come, ad es., le persone che oggi hanno più di 75 anni di età (c.a 5%) determinino un livello di accesso ospedaliero 3 volte superiore (circa 15%) al loro peso demografico, a conferma di quanto prima indicato.



Le distribuzioni che seguono riguardano il numero dei ricoveri per i principali raggruppamenti diagnostici (nelle curve i primi 7 per frequenza) in relazione alle classi di età.

DESCRIZIONE MDC	INDICE DI ACCESSO	CLASSE DI ETA'									TOTALE NUMERO RICOVERI
		0 NUMERO RICOVERI	1 - 4 NUMERO RICOVERI	5 - 14 NUMERO RICOVERI	15 - 24 NUMERO RICOVERI	25 - 44 NUMERO RICOVERI	45 - 64 NUMERO RICOVERI	65 - 74 NUMERO RICOVERI	Oltre 75 NUMERO RICOVERI		
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	5,6%	417	3.226	4.320	5.133	8.751	12.183	10.256	12.990	57.276	
MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	3,8%	184	494	715	1.296	3.863	8.637	11.688	11.970	38.847	
MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	4,8%	1.145	6.849	8.015	6.568	10.277	9.398	4.284	2.592	49.128	
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	5,9%	1.333	5.956	3.344	1.699	4.590	12.588	15.066	16.535	61.111	
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	11,6%	1.048	749	1.542	2.223	11.160	41.859	31.158	29.505	119.244	
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	10,0%	1.307	5.970	9.803	10.510	20.888	26.004	15.275	13.043	102.800	
MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	4,1%	77	173	385	1.321	7.986	15.997	9.545	6.230	41.714	
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	11,2%	659	1.530	8.276	14.731	25.449	32.060	17.813	14.525	115.043	
MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	4,9%	746	1.384	3.198	8.571	12.028	12.138	6.430	5.414	49.909	
MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	3,5%	297	1.308	3.887	2.026	5.460	12.590	6.416	3.722	35.706	
MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	5,0%	931	1.553	2.216	3.505	10.097	14.364	9.680	8.740	51.086	
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1,7%	261	1.175	1.796	2.602	2.796	3.136	3.541	2.430	17.737	
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	4,3%	46	77	309	2.846	16.713	20.044	2.662	1.170	43.867	
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	8,4%	-	-	68	17.349	68.603	540	-	-	86.560	
MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	3,9%	38.985	881	-	-	-	-	-	-	39.866	
MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMOPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	1,1%	153	1.043	1.245	1.190	1.929	2.095	1.802	2.202	11.659	
MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	3,4%	34	379	1.203	1.012	3.833	13.443	10.224	4.504	34.632	
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	0,7%	264	1.519	1.341	755	1.042	847	558	531	6.857	
MALATTIE E DISTURBI MENTALI	1,9%	100	431	1.350	2.164	7.052	4.785	1.861	1.847	19.590	
ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	0,2%	3	6	30	430	1.243	533	64	32	2.341	
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	0,8%	67	654	763	1.363	2.148	1.678	842	637	8.152	
USTIONI	0,1%	4	144	83	95	182	159	56	34	757	
FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	2,7%	1.619	816	1.404	2.027	11.656	6.003	2.833	1.695	28.053	
TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0,1%	-	4	24	143	165	123	72	75	606	
INFEZIONI DA H.I.V.	0,2%	3	25	58	60	1.901	152	12	7	2.218	
DRG NON CLASSIFICATI	0,4%	25	67	120	384	947	1.141	746	686	4.116	
	100,0%	49.708	36.413	55.495	90.003	240.759	252.497	162.884	141.116	1.028.875	



La relativa analisi per sesso completa il quadro dell'attuale domanda di ricovero.

CODICE MDC	DESCRIZIONE MDC	INDICE DI ACCESSO	REGIONE PUGLIA		
			NUMERO RICOVERI	di cui NUMERO RICOVERI MASCHI	di cui NUMERO RICOVERI FEMMINE
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	5,6%	57.276	28.267	29.009
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	3,8%	38.847	18.879	19.968
3	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	4,8%	49.128	26.553	22.575
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	5,9%	61.111	37.996	23.115
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	11,6%	119.244	60.842	58.402
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	10,0%	102.800	55.997	46.803
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	4,1%	41.714	21.826	19.888
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	11,2%	115.043	56.345	58.698
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	4,9%	49.909	23.752	26.157
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	3,5%	35.706	13.611	22.095
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	5,0%	51.086	28.611	22.475
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	1,7%	17.737	17.737	-
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	4,3%	43.867	-	43.867
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	8,4%	86.560	-	86.560
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	3,9%	39.866	20.011	19.855
16	MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	1,1%	11.659	5.366	6.293
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	3,4%	34.632	17.166	17.466
18	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	0,7%	6.857	3.567	3.290
19	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	1,9%	19.590	9.200	10.390
20	ABUSO DI ALCOL/DROGHE E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	0,2%	2.341	1.882	459
21	TRAUMATISMI, AVVELENAMENTO ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	0,8%	8.152	4.763	3.389
22	USTIONI	0,1%	757	438	319
23	FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	2,7%	28.053	9.917	18.136
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	0,1%	606	402	204
25	INFEZIONI DA H.I.V.	0,2%	2.218	1.616	602
n.c.	DRG NON CLASSIFICATI	0,4%	4.116	2.186	1.930
Σ		100,0%	1.028.875	466.930	561.945

10.1.2 ATTUALE OFFERTA DI RICOVERO

Sul versante dell'offerta, la Puglia, con riferimento al 1999, evidenzia la seguente composizione del proprio potenziale di ricovero:

NUMERO REPARTI	P.L. ordinari (modelli HSP 99)	P.L. DH (modelli HSP 99)	TOTALE P.L.ORD + DH (HSP 99)	A		B		C	D	E = A / POP * 1000	F = C / (A + C)
				NUMERO RICOVERI (AUTOCONSUMO + INFRAREGIONALE + PASSIVA EXTRA)		RICOVERI PASSIVA EXTRA					
				NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione	NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione				
858	19.649	1.133	20.782	1.028.875	3.871.767	59.934	334.044	251,9	5,8%		

I dati qui riportati si riferiscono ad informazioni ufficiali fornite dalle strutture censite, riferite al 1999. Nei casi in cui sia stato necessario, si è provveduto ad assumere riferimenti al 1998 (come per le strutture della ospedalità privata) o al 2000, incrociando le dichiarazioni con le produzioni dichiarate, al fine di disporre di un quadro di riferimento il più attendibile possibile rispetto alle valutazioni di Piano che, evidentemente, in fase esecutiva, saranno ulteriormente affinate, ricomprendendo anche quelli delle strutture attualmente non operanti in regime di accreditamento provvisorio.

Tanto premesso, la dotazione di POSTI LETTO, partitamente per strutture del settore privato e del settore pubblico può essere così rappresentata:

Offerta Ospedaliera Privata

Ambiti Territoriali	STRUTTURE PRIVATE												TOTALE STRUTTURE E POSTI LETTO PRIVATI				
	IRCCS Privato				Enti Ecclesiastici				Case di Cura Private				Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	Totale P.L. ACUTI E DH	
	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE					
BA/1-ANDRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BA/2-BARLETTA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	35	-	35	1	35	-	-	35
BA/3-ALTAMURA	1	220	6	226	1	655	-	655	-	-	-	-	2	875	6	-	881
BA/4-BARI	-	-	-	-	-	-	-	-	13	965	-	965	13	965	-	-	965
BA/5-PUTIGNANO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	145	-	145	2	145	-	-	145
BR/1-BRINDISI	-	-	-	-	-	-	-	-	1	60	-	60	1	60	-	-	60
FG/1-SAN SEVERO	1	1.171	29	1.200	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.171	29	-	1.200
FG/2-CERIGNOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	40	-	40	1	40	-	-	40
FG/3-FOGGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	4	140	-	140	4	140	-	-	140
LE/1-LECCE	-	-	-	-	-	-	-	-	4	170	-	170	4	170	-	-	170
LE/2-MAGLIE	-	-	-	-	1	401	42	443	-	-	-	-	1	401	42	-	443
TA/1-TARANTO	-	-	-	-	-	-	-	-	9	432	-	432	9	432	-	-	432
Puglia	2	1.391	35	1.426	2	1.056	42	1.098	35	1.987	-	1.987	39	4.434	77	-	4.511

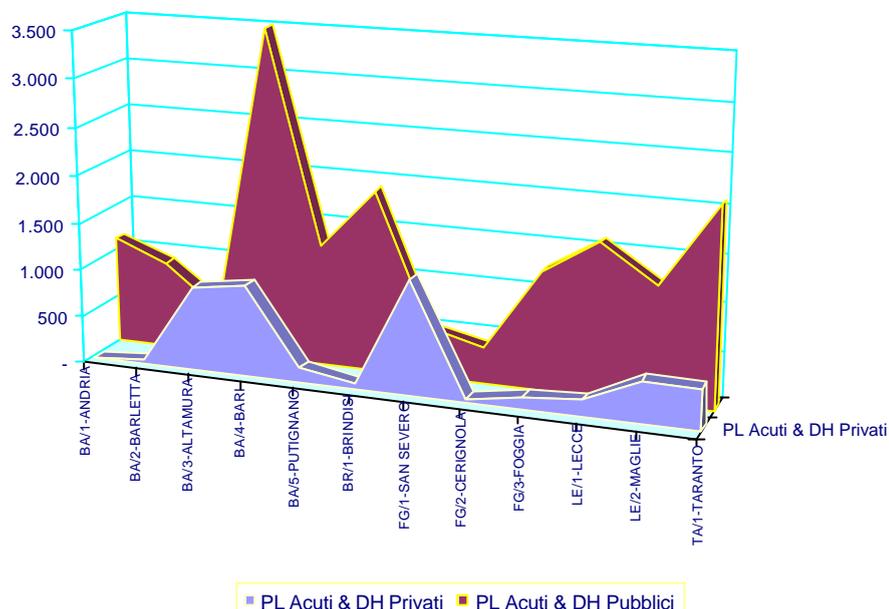
(*) Nota: non vengono riportati i posti letto delle Case di cura private che non risultano transitoriamente accreditate.

Offerta Ospedaliera Pubblica

Ambiti Territoriali	STRUTTURE PUBBLICHE												TOTALE STRUTTURE E POSTI LETTO PUBBLICI				
	Presidi Ospedalieri				Aziende Ospedaliere				IRCCS Pubblici				Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	Totale P.L. ACUTI E DH	
	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	TOTALE					
BA/1-ANDRIA	7	1.114	18	1.132	-	-	-	-	-	-	-	-	7	1.114	18	-	1.132
BA/2-BARLETTA	4	830	92	922	-	-	-	-	-	-	-	-	4	830	92	-	922
BA/3-ALTAMURA	4	483	-	483	-	-	-	-	-	-	-	-	4	483	-	-	483
BA/4-BARI	5	762	39	801	2	2.309	232	2.541	1	137	13	150	8	3.208	284	-	3.492
BA/5-PUTIGNANO	6	1.090	50	1.140	-	-	-	-	1	148	-	148	7	1.238	50	-	1.288
BR/1-BRINDISI	7	1.003	50	1.053	1	763	98	861	-	-	-	-	8	1.766	148	-	1.914
FG/1-SAN SEVERO	3	508	10	518	-	-	-	-	-	-	-	-	3	508	10	-	518
FG/2-CERIGNOLA	3	349	30	379	-	-	-	-	-	-	-	-	3	349	30	-	379
FG/3-FOGGIA	1	209	9	218	1	972	53	1.025	-	-	-	-	2	1.181	62	-	1.243
LE/1-LECCE	5	841	99	940	1	635	29	664	-	-	-	-	6	1.476	128	-	1.604
LE/2-MAGLIE	6	1.113	107	1.220	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.113	107	-	1.220
TA/1-TARANTO	6	1.170	107	1.277	1	779	20	799	-	-	-	-	7	1.949	127	-	2.076
Puglia	57	9.472	611	10.083	6	5.458	432	5.890	2	285	13	298	65	15.215	1.056	-	16.271

Il seguente areogramma evidenzia la concentrazione di posti letto riportata nelle precedenti tabelle con separata evidenza per il settore pubblico e per il settore privato. La rappresentazione è compiuta assumendo come ambito territoriale di riferimento quello individuato dai confini amministrativi di ciascuna Azienda USL.

PL Pubblici & Privati x Acuti & DH - Puglia



Nella seguente tabella sono riepilogati i valori complessivi.

Ambiti Territoriali	STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE											
	TOTALE STRUTTURE E POSTI LETTO PRIVATI				TOTALE STRUTTURE E POSTI LETTO PUBBLICI				TOTALE STRUTTURE E POSTI LETTO PUBBLICI PRIVATI			
	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	Totale P.L. Acuti E Dh	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	Totale P.L. Acuti E Dh	Numero	Posti letto acuti	Posti letto DH	Totale P.L. ACUTI E DH
BA/1-ANDRIA	-	-	-	-	7	1.114	18	1.132	7	1.114	18	1.132
BA/2-BARLETTA	1	35	-	35	4	830	92	922	5	865	92	957
BA/3-ALTAMURA	2	875	6	881	4	483	-	483	6	1.358	6	1.364
BA/4-BARI	13	965	-	965	8	3.208	284	3.492	21	4.173	284	4.457
BA/5-PUTIGNANO	2	145	-	145	7	1.238	50	1.288	9	1.383	50	1.433
BR/1-BRINDISI	1	60	-	60	8	1.766	148	1.914	9	1.826	148	1.974
FG/1-SAN SEVERO	1	1.171	29	1.200	3	508	10	518	4	1.679	39	1.718
FG/2-CERIGNOLA	1	40	-	40	3	349	30	379	4	389	30	419
FG/3-FOGGIA	4	140	-	140	2	1.181	62	1.243	6	1.321	62	1.383
LE/1-LECCE	4	170	-	170	6	1.476	128	1.604	10	1.646	128	1.774
LE/2-MAGLIE	1	401	42	443	6	1.113	107	1.220	7	1.514	149	1.663
TA/1-TARANTO	9	432	-	432	7	1.949	127	2.076	16	2.381	127	2.508
Puglia	39	4.434	77	4.511	65	15.215	1.056	16.271	104	19.649	1.133	20.782

Offerta ospedaliera per disciplina

Nella matrice che segue è stato determinato l'incrocio tra il potenziale di offerta regionale per disciplina e quello di domanda, evidenziando per ciascuna disciplina, numero di ricoveri, valore della produzione ed indice di fuga.

Da tale incrocio si rileva come le prime **16** discipline per probabilità di accesso, assorbono **l'85,3%** del potenziale di domanda, con prevalenza di prestazioni di bassa intensità. Tali indicatori, congiuntamente a quelli strutturali e di distanza tra luogo di origine della domanda e punto di erogazione della prestazione costituiscono alcune delle variabili che, congiuntamente a quelle economiche, definiranno la allocazione sul territorio della rete dei punti di offerta.

DENOMINAZIONE DISCIPLINA	NUMERO REPARTI	PL ordinari (mod. HSP 99)	PL DH (mod. HSP 99)	TOTALE PL ORD + DH (HSP 99)	A		B		C		D		E = A / POP * 1000	G = E / Tot E	F = C / (A + C)	h				
					NUMERO RICOVERI (AUTOCONSUMO + INFRAREGIONALE + PASSIVA EXTRA)				RICOVERI PASSIVA EXTRA								PROBABILITA' DI ACCESSO * 1000 ABITANTI	RIPARTIZIONE % RISPETTO alla PROB di ACCESSO	INDICE DI FUGA	RANGO PROBAB DI ACCESSO
					NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione	NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione	NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione	NUM. Prestazioni	VALORE Prestazione								
					MLIT				MLIT											
Allergologia	-	-	-	-	227	307,2	41	106,0	0,1	0,0%	18,1%	49								
Day Hospital	-	-	-	-	422	404,1	422	404,1	0,1	0,0%	100,0%	44								
Anatomia ed Istologia Patologica	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0%	0,0%	66								
Angiologia	-	-	-	-	40	271,2	40	271,2	0,0	0,0%	100,0%	58								
Cardiochirurgia Pediatrica	1	11	-	11	249	3.159,1	111	1.309,6	0,1	0,0%	44,6%	47								
Cardiologia	3	46	1	47	4.477	88.184,7	1.361	28.981,8	1,1	0,4%	30,4%	30								
Cardiologia	29	336	50	386	30.691	154.457,5	2.823	18.061,4	7,5	3,0%	9,2%	8								
Chirurgia generale	82	2.577	138	2.715	136.268	513.890,7	6.518	38.515,8	33,4	13,2%	4,8%	2								
Chirurgia maxillo-facciale	-	-	-	-	246	1.261,1	238	1.261,1	0,1	0,0%	96,7%	48								
Chirurgia pediatrica	5	74	4	78	5.881	18.027,4	698	3.555,4	1,4	0,6%	11,9%	28								
Chirurgia plastica	9	121	11	132	6.424	25.751,1	472	2.066,9	1,6	0,6%	7,3%	25								
Chirurgia toracica	5	89	3	92	3.784	26.298,0	323	3.590,6	0,9	0,4%	8,5%	31								
Chirurgia vascolare	7	142	6	148	6.049	40.442,2	647	4.757,6	1,5	0,6%	10,7%	27								
Medicina sportiva	-	-	-	-	7	5,1	7	5,1	0,0	0,0%	100,0%	62								
Ematologia	11	121	35	156	9.316	62.481,0	876	10.149,9	2,3	0,9%	9,4%	22								
Malattie endocrine, del ricambio	10	116	12	128	11.555	35.039,6	933	2.755,9	2,8	1,1%	8,1%	19								
Immunologia	1	-	1	1	28	110,2	28	110,2	0,0	0,0%	100,0%	59								
Geriatria	14	388	35	423	21.047	97.941,9	345	1.693,6	5,2	2,0%	1,6%	11								
Residuale manicomiale	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0%	0,0%	66								
Malattie infettive e tropicali	13	375	41	416	17.833	66.892,8	840	4.215,6	4,4	1,7%	4,7%	13								
Medicina del Lavoro	4	41	4	45	749	2.866,7	115	400,5	0,2	0,1%	15,4%	43								
Medicina generale	76	2.764	156	2.920	162.543	566.540,6	5.603	21.963,7	39,8	15,8%	3,4%	1								
Medicina legale	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0%	0,0%	66								
Unità spinale	-	-	-	-	49	1.003,2	49	1.003,2	0,0	0,0%	100,0%	57								
Nefrologia	27	373	29	402	19.116	81.573,6	267	1.173,9	4,7	1,9%	1,4%	12								
Neurochirurgia	9	218	6	224	11.368	68.235,2	726	7.804,9	2,8	1,1%	6,4%	20								
Nido	3	41	-	41	8.549	12.190,8	206	222,9	2,1	0,8%	2,4%	24								
Neurologia	27	579	30	609	26.894	120.828,6	1.311	5.933,1	6,6	2,6%	4,9%	10								
Neuropsichiatria infantile	1	19	2	21	1.899	7.112,3	559	2.352,1	0,5	0,2%	29,4%	37								
Oculistica	29	542	30	572	37.159	112.449,7	3.829	11.165,7	9,1	3,6%	10,3%	6								
Odontoiatria e stomatologia	6	68	4	72	4.670	14.021,0	106	373,2	1,1	0,5%	2,3%	29								
Ortopedia e traumatologia	60	1.907	94	2.001	108.281	385.130,5	7.993	43.573,7	26,5	10,5%	7,4%	4								
Ostetricia e ginecologia	66	2.008	115	2.123	135.346	363.625,8	4.289	12.318,1	33,1	13,2%	3,2%	3								
Otorinolaringoiatria	35	514	34	548	29.608	89.896,1	2.149	9.249,5	7,2	2,9%	7,3%	9								
Pediatria	60	1.177	91	1.268	72.367	172.112,2	2.729	9.663,3	17,7	7,0%	3,8%	5								
Psichiatria	16	164	14	178	6.315	26.891,1	688	3.404,8	1,5	0,6%	10,9%	26								
Medicina termale	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0%	0,0%	66								
Tossicologia	-	-	-	-	17	15,6	17	15,6	0,0	0,0%	100,0%	61								
Urologia	29	674	42	716	33.164	128.203,7	1.745	7.164,6	8,1	3,2%	5,3%	7								
Grandi ustionati	1	10	-	10	53	887,6	11	348,4	0,0	0,0%	20,8%	56								
Nefrologia (abilitato al trapianto rene) / Grandi ustioni	-	-	-	-	318	2.833,9	318	2.833,9	0,1	0,0%	100,0%	45								
Terapia intensiva	23	166	6	172	3.202	67.105,2	255	5.986,8	0,8	0,3%	8,0%	33								
Unità coronarica	21	203	5	208	8.771	48.947,3	189	1.273,3	2,1	0,9%	2,2%	23								
Astanteria	9	37	9	46	3.375	11.649,8	494	962,9	0,8	0,3%	14,6%	32								
Dermatologia	10	180	8	188	11.276	46.267,8	791	3.506,9	2,8	1,1%	7,0%	21								
Emodialisi	1	15	2	17	23	33,1	23	33,1	0,0	0,0%	100,0%	60								
Farmacologia clinica	-	-	-	-	3	4,8	3	4,8	0,0	0,0%	100,0%	64								
Recupero e riabilitazione	8	76	19	95	12.623	82.016,1	2.718	25.266,6	3,1	1,2%	21,5%	18								
Fisiopatologia della riproduzione	-	-	-	-	69	250,9	69	250,9	0,0	0,0%	100,0%	55								
Gastroenterologia	11	260	12	272	16.912	56.008,4	578	2.824,1	4,1	1,6%	3,4%	14								
Lunodegenti	7	205	8	213	1.921	14.368,2	116	985,4	0,5	0,2%	6,0%	36								
Medicina nucleare	-	-	-	-	98	422,9	98	422,9	0,0	0,0%	100,0%	52								
Neonatalogia	18	318	5	323	14.993	45.129,1	254	980,0	3,7	1,5%	1,7%	17								
Oncologia	7	102	39	141	15.034	70.294,7	2.415	13.961,5	3,7	1,5%	16,1%	16								
Oncoematologia pediatrica	-	-	-	-	292	1.817,6	292	1.817,6	0,1	0,0%	100,0%	46								
Oncoematologia	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0%	0,0%	66								
Pensionati	-	-	-	-	134	1.118,9	134	1.118,9	0,0	0,0%	100,0%	51								
Pneumologia	20	384	18	402	15.842	73.409,6	697	3.613,2	3,9	1,5%	4,4%	15								
Radiologia	-	-	-	-	5	25,4	5	25,4	0,0	0,0%	100,0%	63								
Radioterapia	3	24	4	28	1.342	7.083,7	309	1.818,8	0,3	0,1%	23,0%	39								
Reumatologia	3	22	4	26	1.586	4.888,8	249	906,4	0,4	0,2%	15,7%	38								
Terapia intensiva neonatale	9	140	2	142	2.321	18.539,4	33	599,1	0,6	0,2%	1,4%	35								
Radioterapia oncologica	1	10	2	12	96	368,1	71	333,0	0,0	0,0%	74,0%	53								
Neuro-riabilitazione	-	-	-	-	81	1.291,5	81	1.291,5	0,0	0,0%	100,0%	54								
Neurochirurgia pediatrica	-	-	-	-	194	1.147,9	194	1.147,9	0,0	0,0%	100,0%	50								
Nefrologia pediatrica	1	7	1	8	1.036	3.712,6	190	1.009,5	0,3	0,1%	18,3%	40								
Urologia pediatrica	1	12	1	13	849	3.309,6	177	703,0	0,2	0,1%	20,8%	42								
Rianimazione	-	-	-	-	945	6.428,9	18	203,7	0,2	0,1%	1,9%	41								
Detenuti	1	6	-	6	1	0,4	1	0,4	0,0	0,0%	100,0%	65								
ALTRO	65	1.987	-	1.987	2.822	14.983,0	47	219,8	0,7	0,3%	1,7%	34								
TOTALE	858	19.649	1.133	20.782	1.028.875	3.871.766,6	59.934	334.044,0	251,9	100,0%	5,8%									

Appare evidente, quindi, come dalle sintetiche informazioni riepilogate nelle tabelle precedenti, sia necessario un consistente intervento di razionalizzazione e riconversione rispetto al quale, ben si esprime il Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il 2001-2003 di cui alla DGR 1392/01.

Il Piano, per oggettività di riscontro rispetto al reale, nella ricomposizione dell'assetto generale del Sistema sanitario regionale, terrà pieno conto dell'obiettivo primario di liberare e riallocare risorse, altrimenti inefficaci, ma anche degli effetti che nel volgere già di un decennio, modificheranno sostanzialmente la struttura della popolazione pugliese.

10.2 IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA

La necessità del riordino della rete ospedaliera deriva pertanto, accanto ad adempimenti normativi tra cui ultimi quelli del DL 347/01, dai seguenti fattori che, come evidenziato dai precedenti paragrafi, caratterizzano l'attuale assetto funzionale:

- distribuzione disomogenea dell'offerta sul territorio regionale in senso quantitativo e per specialità;
- sperequazione tecnologica sul territorio;
- elevata mobilità sanitaria infra ed extraregionale;
- carenze e disomogeneità delle risorse umane in relazione all'assetto organizzativo esistente;
- scarsa efficienza;
- elevati livelli dei costi;
- necessità di garantire l'assistenza omogenea sul territorio regionale con riferimento ai livelli essenziali.
- mandato normativo.

Obiettivi generali del riordino della rete ospedaliera, sono quindi:

1. la realizzazione di un razionale e qualificato sistema di assistenza ospedaliera distribuito sul territorio nel quadro di un riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
2. la riorganizzazione delle attività interne dei presidi ospedalieri, superando la frammentazione degli stabilimenti e le situazioni ripetitive delle strutture esistenti;
3. la contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;
4. l'accorpamento funzionale di strutture ospedaliere in un unico Presidio ospedaliero, ove ne ricorrano le condizioni;
5. l'unificazione dei servizi di diagnosi e cura, ove ne ricorrano le condizioni;
6. la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera anche attraverso la dipartimentalizzazione;
7. l'attivazione di strutture costituenti centri di alta specializzazione di cui la regione è allo stato carente;

8. l'attivazione di strutture assistenziali necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia;
9. la realizzazione di piani intra-ospedalieri per un rapido adeguamento ad esigenze assistenziali connesse ad eventi calamitosi o di maxi-emergenze.

La dotazione dei posti letto dovrà essere ricondotta nel limite massimo di 5 per mille abitanti, dei quali 1 da destinare alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie.

Complessivamente 20.425 posti letto (di cui 4.085 di riabilitazione e lungodegenza) rispetto a 20.782 attivi come risulta dai dati forniti dalle aziende.

Pertanto non più di 4 posti letto per mille abitanti saranno destinati ai pazienti acuti e di detti Posti Letto, almeno il 10% va destinato a ricoveri a ciclo diurno.

All'interno delle Aziende Ospedaliere e dei Presidi ospedalieri dovranno essere riservati spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento nella misura prevista dalla normativa vigente.

L'utilizzo dei fondi ex art. 20 della L. 67/88 dovrà avvenire in coerenza con gli obiettivi ed i vincoli di cui sopra.

Entro 90 giorni dall'adozione del Piano Sanitario, la Giunta adotta il Piano di riordino della rete ospedaliera e nei successivi 90 giorni, il programma straordinario di ammodernamento strutturale e tecnologico ex Art. 20 della L.67/88.

Le riconversioni conseguenti alla definizione del piano di riordino ospedaliero dovranno avvenire con tempestività, in parallelo al potenziamento dell'attività territoriale ed all'avvio delle attività delle RSA, con pronto impiego delle risorse per investimenti e dovranno, comunque, essere completate nel periodo 2002-2004, primo triennio di vigenza del Piano, per quella parte i cui interventi strutturali non richiedono eventuali maggiori tempi tecnici.

10.3 STRUTTURAZIONE DEL SISTEMA OSPEDALIERO

Il sistema ospedaliero pugliese è strutturato in:

- Aziende Ospedaliere;
- Aziende Ospedaliere - Universitarie;
- Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati;
- Presidi ospedalieri dipendenti da Enti Ecclesiastici;
- Strutture ospedaliere private.

Sono strutture interne delle Aziende Ospedaliere e dei Presidi ospedalieri, i dipartimenti, le unità operative e le relative articolazioni.

Le Aziende Ospedaliere

La Giunta regionale costituisce o conferma le Aziende sanitarie, locali ed ospedaliere, nel rispetto della normativa vigente.

Sono individuate quali Aziende ospedaliero-universitarie e denominate Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, quelle nelle quali insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e chirurgia, disciplinate dal D.Lgs n. 517/99. Le Aziende Ospedaliere – Universitarie sono dotate delle unità operative, con e senza posti letto, necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, secondo quanto definito nel protocollo d'intesa Università – Regione.

I Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale

Gli ospedali che non sono costituiti in Azienda Ospedaliera sono Presidi ospedalieri dell'Unità Sanitaria Locale. I Presidi ospedalieri dell'Azienda USL sono integrati con i Distretti al fine di garantire la continuità assistenziale.

Il Presidio ospedaliero è costituito da uno stabilimento singolo o da più stabilimenti funzionalmente accorpati.

Le denominazioni delle unità operative sono quelle previste dal D.M. 30/01/1998 e corrispondono alla denominazione principale di ciascuna disciplina.

In ciascun Presidio ospedaliero sono presenti obbligatoriamente non più di una delle seguenti unità operative:

A) Senza posti letto:

- A (a) Direzione medica di presidio ospedaliero
- A (b) Direzione amministrativa di presidio ospedaliero
- A (c) Anestesia e rianimazione
- A (d) Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza (con luogo di osservazione - letti tecnici)
- A (e) Patologia clinica
- A (f) Radiodiagnostica
- A (g) Farmacia ospedaliera

B) con posti letto:

- B (a) Medicina interna
- B (b) Chirurgia generale
- B (c) Ortopedia e traumatologia
- B (d) Ginecologia e Ostetricia
- B (e) Pediatria-Neonatologia
- B (f) Cardiologia con UTIC

Nell'ambito del provvedimento di riordino della rete ospedaliera sarà individuato il dimensionamento massimo delle unità operative, con o senza posti letto, oltre il quale è possibile istituire una seconda unità operativa.

Delle seguenti discipline possono essere previste più di una unità operativa per il territorio corrispondente a ciascuna Azienda USL (altri erogatori compresi), ma non necessariamente in tutti i Presidi ospedalieri:

A) Senza posti letto:

- A (a) Neuroradiologia
- A (b) Anatomia patologica
- A (c) Fisica sanitaria
- A (d) Psicologia

B) con posti letto:

- B (a) Anestesia e rianimazione
- B (b) Lungodegenza
- B (c) Riabilitazione
- B (d) Psichiatria
- B (e) Nefrologia
- B (f) Malattie dell'apparato respiratorio

Nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda USL sono presenti non più di una delle seguenti unità operative (configurate come strutture complesse o semplici secondo i criteri che saranno fissati nell'atto di indirizzo regionale per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie):

A) Senza posti letto:

- A (a) Allergologia ed immunologia clinica
- A (b) Malattie metaboliche e diabetologia
- A (c) Medicina nucleare
- A (d) Medicina trasfusionale
- A (e) Neurofisiopatologia
- A (f) Scienza dell'alimentazione e dietetica

B) con posti letto:

- B (a) Gastroenterologia
- B (b) Geriatria
- B (c) Neurologia
- B (d) Oftalmologia
- B (e) Otorinolaringoiatria
- B (f) Urologia

Sono a valenza sovra aziendale le seguenti discipline:

A) Senza posti letto:

- A (a) Angiologia
- A (b) Genetica Medica
- A (c) Laboratorio di genetica medica
- A (d) Medicina dello sport
- A (e) Medicina legale
- A (f) Microbiologia e virologia
- A (g) Radioterapia

B) con posti letto:

- B (a) Cardiochirurgia
- B (b) Chirurgia maxillo facciale
- B (c) Chirurgia pediatrica
- B (d) Chirurgia plastica e ricostruttiva
- B (e) Chirurgia toracica
- B (f) Chirurgia vascolare
- B (g) Dermatologia e venerologia
- B (h) Ematologia
- B (i) Endocrinologia
- B (j) Malattie infettive
- B (k) Neonatologia con UTIN (terapia intensiva neonatale)

B (l)	Neurochirurgia
B (m)	Neuropsichiatria infantile
B (n)	Odontoiatria
B (o)	Oncologia
B (p)	Reumatologia
B (q)	Unità spinale

La dotazione minima in posti letto è di:

- 8 PL per le unità operative che erogano cure intensive ;
- 32 PL per le unità operative di Medicina interna, Chirurgia generale, Ginecologia-Ostetricia, Ortopedia-Traumatologia e Lungodegenza post-acuzie;
- 15 PL Psichiatria;
- 20 PL per le unità operative afferenti alle restanti discipline.

Nelle Aziende Ospedaliero – Universitarie, per le unità operative a direzione universitaria, le soglie operative sono definite nel protocollo d'intesa Università-Regione.

LA RIABILITAZIONE E LA LUNGODEGENZA POST ACUZIE

Allo stato attuale la regione Puglia è assolutamente carente di posti letto destinati a riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

Considerato lo standard previsto di 1 posto letto per mille abitanti è conseguenziale la realizzazione, mediante riconversione o nuova istituzione, di un congruo numero di posti letto da attivare nel triennio di validità del Piano e da portare a realizzazione entro il periodo previsto per il Piano di Salute.

Nel quadro della continuità e della gradualità delle cure nei Presidi ospedalieri, sono previste specifiche unità di riabilitazione intensiva destinate a pazienti che, superata la fase acuta di patologie ad alto rischio di esiti menomanti e/o disabilitanti, hanno ancora bisogno di assistenza continua.

La continuità e la gradualità delle cure potrà avvenire anche attraverso l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private.

Gli interventi di riabilitazione estensiva (massimo recupero e mantenimento) sono di competenza delle strutture extra ospedaliere alla cui disciplina si rinvia.

Nei Presidi ospedalieri sono previste altresì specifiche unità di lungodegenza post-acuzie a carattere polivalente destinate a pazienti che, superata la fase acuta, presentano ancora aspetti clinici richiedenti assistenza non erogabile in sede extra-ospedaliera.

La continuità e la gradualità delle cure potrà avvenire anche attraverso l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private, purché le condizioni logistiche consentano al personale dell'unità operativa di provenienza del paziente di effettuare l'attività di consulenza.

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. n. 59/97, fanno parte della rete ospedaliera regionale e garantiscono un apporto coerente con le finalità di politica socio-sanitaria della Regione che con gli stessi definisce accordi contrattuali fondati sulla pari dignità rispetto agli altri soggetti erogatori.

In tal senso, le suddette strutture, confermate in tutto o in parte le attività attualmente svolte per il Servizio sanitario nazionale ovvero riconvertite in tutto o in parte, secondo le esigenze della programmazione regionale, garantiscono forme di complementarità e/o sinergia e/o integrazione con le altre strutture del Sistema sanitario regionale, di modo che le risorse strutturali tecnologiche e di personale eventualmente resesi disponibili contribuiscano al miglioramento della qualità e della distribuzione sul territorio del servizio.

PRESIDI OSPEDALIERI DIPENDENTI DA ENTI ECCLESIASTICI E ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PRIVATO

I presidi ospedalieri dipendenti da Enti ecclesiastici, fanno parte della rete ospedaliera regionale e garantiscono un apporto coerente con le finalità di politica socio-sanitaria della Regione che con gli stessi definisce accordi contrattuali fondati sulla pari dignità rispetto ai soggetti erogatori pubblici.

In tal senso, nel rispetto dei propri fini statutari, le suddette strutture, confermate in tutto o in parte le attività attualmente svolte per il Servizio sanitario nazionale ovvero riconvertite in tutto o in parte, secondo le esigenze della programmazione regionale, garantiscono forme di complementarità e/o sinergia e/o integrazione, per le attività di elezione e/o d'urgenza, con le altre strutture del Sistema sanitario regionale, di modo che le risorse strutturali tecnologiche e di personale eventualmente resesi disponibili contribuiscano al miglioramento della qualità e della distribuzione sul territorio del servizio.

OSPEDALITA' PRIVATA

Le strutture ospedaliere private fanno parte della rete ospedaliera regionale e garantiscono un apporto coerente con le finalità di politica socio-sanitaria della Regione che con le stesse definisce accordi contrattuali fondati sulla pari dignità rispetto ai soggetti erogatori pubblici.

In tal senso, le suddette strutture, confermate in tutto o in parte le attività attualmente svolte per il sistema sanitario nazionale, ovvero riconvertite in tutto o in parte, secondo le esigenze della programmazione regionale, garantiscono forme di complementarità e/o sinergia e/o integrazione con le altre strutture del Sistema sanitario regionale, di modo che le risorse strutturali tecnologiche e di personale resesi disponibili dai suddetti erogatori privati contribuiscano al miglioramento della qualità e della distribuzione sul territorio del servizio.

11. AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO

Al di fuori delle specifiche funzioni rientranti nei livelli di assistenza, il presente Piano individua aree prioritarie di intervento costituite da progetti obiettivo intesi secondo l'accezione dell'art. 2 della L. n. 595/85, azioni programmate quali impegni operativi in specifici settori sanitari e piani di intervento.

11.1 IL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA

Attualmente l'assistenza in emergenza ed urgenza è assicurata in maniera prevalentemente parcellare dalle strutture del Sistema sanitario regionale che dedicano ad essa le risorse disponibili, senza adeguata copertura del livello territoriale dell'intervento ed al di fuori di una definizione programmatica che individui gli ambiti quali-quantitativi e le competenze organizzativo-gestionali ed economiche proprie di ciascuno dei soggetti interessati.

Tale condizione, se da un lato assicura comunque un assetto di base di assistenza sanitaria in emergenza-urgenza, dall'altro non garantisce la complessa, completa ed efficace risposta necessaria.

In ragione di ciò si determina un sistema di risposta distribuito in modo territorialmente e funzionalmente disomogeneo, con evidenti discontinuità della rete di copertura complessiva, allungamento dei tempi di risposta, difficoltà di reperimento della ospedalizzazione idonea del paziente, frequente sovraccarico sul pronto soccorso ospedalieri, con l'effetto di determinare la riduzione sia della efficacia terapeutica che della capacità di "selezione" degli interventi, con sensibili conseguenze sui tassi di ospedalizzazione.

E' noto altresì che il trattamento ottimizzato delle emergenze sanitarie influisce in maniera statisticamente significativa sulla prognosi dei pazienti, non solo in termini di percentuali di sopravvivenza, ma anche in termini di durata di degenza ospedaliera e di entità di sequele.

Proprio per la portata sociale ed economica dipendente dalle modalità operative con le quali viene erogato il servizio, la definizione e la realizzazione di una efficace organizzazione integrata territoriale ed ospedaliera finalizzata a dare risposta all'emergenza ed all'urgenza in campo sanitario, costituiscono obiettivi fondamentali per la Regione.

A tale proposito, il sistema di emergenza sanitaria di cui al D.P.R. 27/3/92, all'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. del 27/3/92 (linee guida n. 1/96) ed alla D.C.R. n. 382/99, dovrà risultare coerente con il riordino della rete ospedaliera.

Il sistema di emergenza sanitaria e la sua attivazione, proprio per l'importanza che riveste nella politica sanitaria regionale in termini strategici e di destinazione di risorse finanziarie, va considerato quale area alla quale garantire prioritariamente risorse umane e tecnologiche, anche rivenienti dalla ristrutturazione della rete ospedaliera.

11.2 SALUTE MATERNO INFANTILE

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 colloca il settore materno infantile tra le aree a cui dedicare maggiore attenzione, riconoscendo la valenza strategica degli interventi di promozione della salute, cura e riabilitazione della donna e dei minori, per il miglioramento della qualità totale del benessere psico-fisico della popolazione generale attuale e futura.

Esso demanda ad apposito progetto-obiettivo l'articolazione degli obiettivi specifici da perseguire e delle azioni da realizzare, in tutte le fasi della vita della donna e del minore.

Di conseguenza, il D.M. 24.4.2000 " Adozione del progetto-obiettivo materno infantile relativo al Piano sanitario nazionale 1998-2000", allo scopo di salvaguardare la donna, la famiglia ed il bambino nelle sue diverse fasi di crescita e fino alla maggiore età e garantire maggiore uniformità dei livelli essenziali di assistenza, indica i seguenti obiettivi generali, che vengono integralmente assunti nel presente Piano sanitario regionale:

- ridurre la mortalità perinatale a livelli inferiori all'otto per mille;
- estendere l'offerta del Pediatra di libera scelta per tutti i bambini, con inserimento immediato alla nascita;
- garantire percorsi preferenziali per l'accesso e la tutela sanitaria e sociale ai soggetti affetti da malattie croniche e disabilità;
- incrementare l'offerta di servizi a favore degli adolescenti;
- fornire la necessaria collaborazione agli enti locali, autorità giudiziarie e istituti scolastici per i problemi connessi al maltrattamento, al disagio, all'abbandono, alla devianza dei minori;
- assicurare l'emergenza-urgenza ostetrico-ginecologica, neonatale e pediatrica;
- garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita, con particolare attenzione alla prevenzione di tumori della sfera genitale femminile;
- promuovere programmi assistenziali di maggiore umanizzazione del parto nel rispetto della sicurezza della partoriente e del nascituro.

Ai fini della riqualificazione e razionalizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri, il DM 24/04/00 individua quale modello organizzativo per l'area materno infantile il Dipartimento tecnico-funzionale interaziendale, disponendo, altresì, l'ulteriore raccordo con gli altri servizi sanitari aziendali (medicina generale, Dipartimento di salute mentale, etc.), con i servizi socio-assistenziali, scolastici, del terzo settore, etc., al fine di garantire maggiore efficacia alla politica di tutela della famiglia.

Pertanto, nel triennio di vigenza del Piano sanitario regionale, le azioni che principalmente devono essere portate a termine per perseguire i suindicati obiettivi sono le seguenti:

- recepimento del Progetto obiettivo nazionale materno infantile e predisposizione del progetto obiettivo regionale;
- istituzione dei Dipartimenti materno-infantili tecnico-funzionali interaziendali;
- adeguamento delle sedi consultoriali ai requisiti minimi strutturali ed organizzativi individuati dal DPR 14.1.97, razionalizzandone la distribuzione territoriale secondo i

- criteri individuati dalla L. n.34/96, favorendo una distribuzione che tenga conto delle caratteristiche geo-morfologiche del territorio e dei collegamenti;
- programmazione regionale delle unità operative neonatologiche e pediatriche e definizione dei relativi livelli assistenziali, secondo gli standard ed i requisiti indicati dal DM 24.4.2000;
 - organizzazione degli interventi di emergenza-urgenza neonatale e pediatrica e trasporto d'urgenza neonatale, nell'ambito di una stretta integrazione funzionale con il sistema di emergenza sanitaria;
 - miglioramento della qualità dell'assistenza in gravidanza, al parto e per il puerperio, sia in sede ospedaliera che territoriale;
 - integrazione tra le unità operative neonatologiche e pediatriche, i Pediatri di libera scelta ed i consultori familiari per favorire la continuità dell'assistenza e la presa in carico immediata dei minori dimessi da parte dei servizi del territorio;
 - promozione dell'informazione e dell'educazione alla salute, con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alla maternità e paternità cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza;
 - attivazione ed estensione della pediatria di comunità, con funzioni di educazione sanitaria, prevenzione, attraverso l'integrazione con le strutture scolastiche e gli altri servizi per i minori presenti sul territorio;
 - realizzazione di interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento e della violenza sui minori e sulle donne, attraverso l'attuazione di progetti integrati sociali e sanitari che coinvolgano i diversi servizi interessati presenti nella comunità;
 - potenziamento dei servizi dedicati agli adolescenti per la prevenzione delle problematiche mediche, psicologiche, sessuologiche e relazionali insorgenti e presenti in età adolescenziale;
 - costituzione di un'area per la riabilitazione e la salute mentale in età evolutiva che integri i servizi del Dipartimento materno infantile con i Dipartimenti di salute mentale, gli Enti locali, le strutture scolastiche, al fine di realizzare un approccio coordinato e globale ai minori portatori di disabilità psicofisiche e/o psichiatriche;
 - prevenzione, diagnosi precoce (prenatale e neonatale), cura e riabilitazione delle malformazioni e delle malattie genetiche, intensificando e potenziando le attività di screening neonatale e l'attivazione dei registri regionali a supporto degli interventi di prevenzione;
 - potenziamento delle attività di prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile, nell'ambito della realizzazione delle azioni connesse all'attuazione del progetto obiettivo regionale "Prevenzione dei tumori femminili", finanziato ai sensi dell'art.1 della L.662/96.

11.3 PIANO SANGUE E PLASMA

Dagli ultimi dati disponibili sulle strutture trasfusionali della regione Puglia (Registro sangue relativo all'anno 2000) risulta che nell'anno 2000 in tutto il territorio regionale sono state raccolte 107.108 unità di sangue intero, sono state acquisite fuori regione 1.137 unità e cedute ad altre regioni 3.588 unità, con un contributo netto all'autosufficienza nazionale di 2.451 unità di emazie.

Questi dati, che apparentemente dimostrano l'autosufficienza del fabbisogno di emazie, non tengono conto della mobilità di ammalati pugliesi in altre regioni, soprattutto per interventi chirurgici di alta specializzazione, notoriamente associati ad un forte fabbisogno di sangue.

Peraltro, esaminando i dati del Registro sangue degli anni precedenti, si nota un piccolo ma significativo incremento delle donazioni e un più sostenuto incremento

del fabbisogno di emazie, cosa che potrebbe essere indicativa di una evoluzione del Sistema sanitario regionale, in termini di maggiore capacità di raccolta ed incrementato numero di interventi di alta specializzazione.

Per quanto attiene la scomposizione del sangue intero in plasma ed emazie, per la quale i piani nazionali 1994-1996 e successivo indicano come obiettivo la scomposizione di oltre il 90% delle unità di sangue intero raccolte, i dati del 1999 e del 2000 indicano una scomposizione rispettivamente del 96 e del 98%.

Al contrario la produzione di plasma per uso industriale nella regione Puglia si caratterizza per alcuni elementi di criticità ed in particolare per la non sufficiente standardizzazione delle procedure di raccolta, gli elevati costi, il rapporto sfavorevole tra la produzione di plasma di tipo A e B ed, infine, per una raccolta ancora insufficiente pari a soli 6 litri per 1000 abitanti.

Tutto ciò rende scarso il peso contrattuale della Regione in sede di stipula di convenzioni con l'industria per scambio plasma con emoderivati.

Le strutture trasfusionali risultano essere nel territorio pugliese in numero elevato ed i costi di gestione del sistema molto onerosi.

Nota positiva è, comunque, rappresentata dal volontariato, componente essenziale del sistema trasfusionale, anche in ragione delle istanze etiche di cui è portatore. Tuttavia non risulta vi sia ancora il pieno coinvolgimento negli aspetti di programmazione dell'autosufficienza, nella promozione con le strutture trasfusionali di un progetto salute e nella raccolta associativa che può costituire, se gestita con criteri di efficienza, un elemento di flessibilità del sistema.

La valutazione dei dati sopra riportati e i riferimenti della L. n. 107/90, del Piano nazionale sangue e plasma 1994-1996 e del Piano nazionale sangue e plasma 1999-2001, permettono di identificare gli obiettivi qui di seguito riportati:

- raggiungere l'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati;
- razionalizzare il modello organizzativo delle strutture trasfusionali regionali;
- garantire la sicurezza trasfusionale.

Autosufficienza

L'autosufficienza di emocomponenti ed emoderivati, fondamentale nelle aree di urgenza/emergenza, trapianti d'organo, interventi di alta specializzazione, ematologia, oncologia, è l'obiettivo prioritario della Regione Puglia.

Per perseguire tale obiettivo, si considerano fondamentali i seguenti aspetti:

Raccolta

A tale proposito la Regione:

- riconosce il ruolo fondamentale e insostituibile del volontariato, rappresentato dalle associazioni di donatori volontari di sangue e dei pazienti emopatici;
- promuove e sostiene iniziative atte a sensibilizzare l'opinione pubblica sui valori umani e di solidarietà che si esprimono nella donazione di sangue volontaria, periodica, anonima e non remunerata;
- promuove l'informazione sul significato e sul contenuto delle procedure aferetiche, con particolare riguardo alla donazione multicomponent;
- promuove campagne per la donazione di sangue, in particolare nei periodi dell'anno notoriamente carenti;

- promuove tutte le iniziative organizzative e le innovazioni tecnologiche atte a creare nei Dipartimenti di medicina trasfusionale centri per la raccolta di cellule staminali;
- individua nel Centro regionale di coordinamento e compensazione, la struttura di riferimento regionale per l'attivazione di una banca per la raccolta e la conservazione di cellule staminali da cordone ombelicale.

– *Informatizzazione*

La Regione promuove l'attivazione di un flusso informatico stabile fra le strutture trasfusionali, coordinato a livello nazionale e collegato con il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità. Ciò al fine, fra l'altro, di favorire il raggiungimento dell'autosufficienza a livello regionale e contribuire all'autosufficienza nazionale.

Lo scambio di dati informatici permette un ottimale utilizzo delle scorte di emocomponenti labili (contribuendo al raggiungimento dell'obiettivo dell'autosufficienza), facilita il monitoraggio dei consumi di emocomponenti ed emoderivati (consentendo la corretta programmazione locale e regionale), fornisce una valutazione dei costi inerenti la spesa farmaceutica per gli emoderivati.

– *Razionalizzazione dei consumi*

La Regione Puglia promuove le azioni atte a portare il fabbisogno trasfusionale della Regione ai parametri internazionali di consumo.

Inoltre, predispone iniziative tese a responsabilizzare la dirigenza dei Presidi ospedalieri sul funzionamento dei Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue, al fine di produrre linee guida sulle indicazioni alla terapia trasfusionale, la revisione degli standard di consumo per le diverse situazioni cliniche considerate, la verifica dei processi di assegnazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati.

Razionalizzazione delle strutture trasfusionali regionali

La razionalizzazione del modello organizzativo delle strutture trasfusionali deve essere correlata al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale pubblica e privata ed al sistema regionale di urgenza/emergenza.

La razionalizzazione comporta:

- il rafforzamento dei compiti del Centro regionale di coordinamento e compensazione, in particolare per le funzioni di coordinamento organizzativo-gestionale e di coordinamento tecnico-scientifico; per quanto attiene il flusso informatico dei dati di Medicina Trasfusionale, il Centro regionale di coordinamento e compensazione effettua il coordinamento fra le strutture trasfusionali, la Regione Puglia e le strutture sovvraregionali;
- la razionalizzazione e l'organizzazione delle strutture trasfusionali pugliesi secondo il modello dipartimentale, secondo quanto previsto dal Piano nazionale sangue e plasma;
- il coordinamento delle strutture trasfusionali con il sistema di urgenza-emergenza;
- l'organizzazione e il coordinamento tra le strutture trasfusionali e le associazioni di donatori.

Sicurezza trasfusionale

Il raggiungimento di una sicurezza trasfusionale, in linea con le più avanzate conoscenze, comporta una serie di processi coordinati fra loro.

In particolare, la Regione Puglia promuove:

- la donazione volontaria, periodica e non remunerata quale obiettivo prioritario anche ai fini della sicurezza trasfusionale, mediante la valorizzazione dello associazionismo volontario in quanto promotore della cultura della solidarietà, di stili di vita e modelli di comportamento tali da favorire la salute e il benessere;
- l'autotrasfusione nelle sue varie forme;
- le tecniche di aferesi produttiva capaci di indurre una diminuzione dell'esposizione dell'ammalato a emocomponenti da più donatori (donazioni multicomponent);
- la standardizzazione di tutti i processi di raccolta, produzione, conservazione, trasporto e distribuzione degli emocomponenti e degli emoderivati; vanno adottati strumenti di controllo e di verifica ed avviati sistemi di controllo della qualità;
- l'attivazione del sistema di coordinamento ispettivo, i cui obiettivi primari siano la verifica dell'adozione di standard specifici e la loro applicazione pratica e il supporto di un meccanismo per il miglioramento continuo della qualità;
- l'accreditamento delle strutture trasfusionali pugliesi, inteso come verifica del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi e la corrispondenza di tali requisiti agli standard prefissati.

11.4 MALATTIE RARE

Nell'ambito delle malattie rare vengono considerati quei disordini che, presi singolarmente, rappresentano patologie talora rarissime ma che, nel loro complesso, colpiscono circa l'uno per mille della popolazione generale.

In letteratura sono identificate circa 5000 malattie rare, per la maggior parte (90%) ad origine genetica e, per lo più, caratterizzate da difficoltà nella diagnosi e da elevati costi di assistenza, che implicano peculiari supporti organizzativi e operativi per trattamenti continuativi e specializzati.

Obiettivi generali individuati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 per l'assistenza alle malattie rare, la cui realizzazione implica l'ottimizzazione di una rete di unità operative di Genetica medica e di Laboratorio di genetica medica distribuiti uniformemente sul territorio, sono i seguenti:

- garantire la diagnosi appropriata e tempestiva;
- garantire un pronto riferimento per la terapia presso centri specialistici, con identificazione di Centri di riferimento regionali;
- la promozione delle attività di prevenzione;
- il sostegno alla ricerca scientifica.

Il Progetto obiettivo nazionale materno infantile, approvato con D.M. 24/4/00, al punto 7, considerato che la precocità della diagnosi e la tempestività dell'intervento sono in questi casi determinanti ai fini della prognosi, individua quali specifici obiettivi da perseguire nel triennio:

- l'identificazione precoce della patologia e le facilitazioni nell'assistenza;
- evitare dispersione di risorse attraverso la programmazione regionale o attraverso accordi interregionali mirati per patologie specifiche.

In ordine all'organizzazione delle strutture deputate alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare, per ultimo, il D.M. 18/05/01, n. 279 "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" prevede che le Regioni individuino una rete di Presidi accreditati quali centri abilitati a sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione.

Tra questi, il Ministro della salute provvederà ad identificare i Centri di riferimento sovregionali che sono il fulcro delle attività di sorveglianza e del flusso delle informazioni e svolgono anche il coordinamento dei Presidi secondo metodologie condivise.

Il presente Piano sanitario regionale fa propri gli obiettivi e gli interventi prioritari indicati dal Piano sanitario nazionale e dal D.M. 24/4/00, da perseguire tramite la istituzione della Rete regionale dei Presidi accreditati, in attuazione del D.M. n. 279/01, e la connessa realizzazione di un programma regionale di assistenza che la L.R. n. 28/00 dispone sia oggetto di specifico progetto obiettivo regionale.

Il modello organizzativo da adottare, ai fini dell'ottimizzazione delle risorse e del miglioramento della qualità dell'assistenza, è il modello dipartimentale funzionale interaziendale che dovrà garantire l'unitarietà dell'approccio assistenziale attraverso un'attività continua e sinergica dell'area ospedaliera e dell'area territoriale per gli stessi gruppi di patologie rare, assicurando l'assistenza al paziente anche per l'età adulta.

L'organizzazione per l'assistenza alle malattie rare va considerata nell'ambito del Progetto obiettivo regionale materno-infantile per quanto riguarda l'età pediatrica e nella interazione del dipartimento funzionale interaziendale per le malattie rare con la rete dei servizi sanitari interessati per quanto riguarda le età successive.

Tale obiettivo potrà essere conseguito attraverso il coordinamento e la cooperazione in senso verticale e trasversale, sui tre livelli assistenziali, delle strutture che compongono il Sistema sanitario regionale.

Gli obiettivi specifici da raggiungere sono:

- assicurare lo screening di massa per le malattie metaboliche con copertura virtualmente totale superiore al 98% della popolazione neonatale;
- provvedere all'accertamento diagnostico e alla validazione della diagnosi;
- provvedere alla fruizione dei farmaci orfani e dei prodotti dietoterapeutici;
- provvedere al follow-up della malattia rara;
- provvedere alla valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutico-riabilitativi;
- provvedere alla identificazione e diagnosi precoce delle condizioni di rischio genetico;
- provvedere alla formulazione ed attivazione dei protocolli diagnostici e terapeutici per ogni singola patologia;
- organizzare i registri regionali ed interregionali di competenza e provvedere all'aggiornamento del Registro nazionale delle malattie rare presso l'Istituto superiore di sanità;
- coinvolgere i consultori familiari, le farmacie, i pediatri di libera scelta e di comunità ed i medici di medicina generale nelle attività di prevenzione, educazione sanitaria ed informazione della popolazione;

- provvedere al collegamento con le associazioni dei pazienti;
- organizzare corsi di formazione e di aggiornamento per il personale sanitario e per le famiglie;
- provvedere alla consulenza ed al supporto agli altri presidi aziendali in ordine alle malattie rare 24 ore su 24.

11.5 ASSISTENZA AI NEFROPATICI CRONICI

La Nefrologia é una branca medica che studia e cura pazienti affetti da nefropatie, in tempi diversi a seconda della fase clinica di malattia o del tipo diverso di terapia (conservativa o sostitutiva) cui sono sottoposti, ma che necessitano di continuità del processo preventivo, diagnostico e terapeutico ad opera di specialisti.

Le particolari caratteristiche cliniche dei nefropatici, sia in terapia conservativa che in terapia sostitutiva, richiedono la presenza di posti letto di degenza e di day hospital, accanto ai posti rene, per assicurare contemporaneità di trattamento farmacologico, dietetico e dialitico.

Al collegamento continuo del processo preventivo, diagnostico e terapeutico è affidata la qualità globale del risultato; ne emerge quindi il concetto dell'inscindibilità tra Nefrologia, Dialisi e Trapianto.

I dati del censimento 1998 del Registro appulo-lucano degli uremici cronici in trattamento dialitico hanno dimostrato che in Puglia vi sono circa 3000 pazienti uremici cronici in trattamento dialitico; la prevalenza era quindi di circa 750 pazienti per milione di popolazione e l'incidenza annuale di 130-140 nuovi ingressi per milione di persone (pmp).

La dinamica di aumento della popolazione dialitica deve tenere conto delle uscite che avvengono per decesso o per trapianto renale; poiché la mortalità è mediamente inferiore al 10%, le uscite per decesso sono circa 75 pmp (totale 300 circa), mentre quelle per trapianto renale sono di circa 25 pmp (totale 100 circa). Sottraendo le uscite ai nuovi ingressi, si ottiene l'incremento annuale che è attualmente di circa 30-40 pazienti pmp (totale 120-160 nuovi ingressi in trattamento dialitico per anno in Puglia) e di cui occorre tenere conto per lo sviluppo del futuro Piano di intervento nel settore nefrologico e dialitico.

L'aumento dell'incidenza e la stabilità della mortalità ha causato quindi un aumento della prevalenza dei pazienti in dialisi; ne consegue che la popolazione degli uremici in trattamento dialitico aumenta ogni anno di circa il 5%.

Infine, la riduzione della mortalità nella popolazione generale per malattie cardiovascolari ha causato l'immissione in un programma di dialisi periodica di pazienti con nefroangiosclerosi e diabete mellito in fasce d'età sempre più elevate, per cui l'età anagrafica media dei pazienti dializzati risulta in costante aumento (circa 72 anni, attualmente).

Le linee di programmazione devono tenere conto della scelta del trattamento più efficace ed efficiente per ogni paziente.

Tre sono i principi irrinunciabili individuati in prima istanza:

- piena utilizzazione dei posti dialisi esistenti;
- potenziamento della dialisi domiciliare (emodialisi e peritoneodialisi);
- potenziamento del trapianto renale.

Al momento attuale vi è una buona utilizzazione dei posti tecnici esistenti. Tenendo presente i valori di crescita dell'attuale popolazione di pazienti in trattamento dialitico (3400), si ritiene che alla fine del triennio 2002-2004 la popolazione dialitica debba aumentare fino a circa 4000 pazienti, con una prevalenza alla fine dell'anno 2004 di circa 1000 pazienti pmp.

Rispettando l'obiettivo di aumentare la percentuale di pazienti in dialisi peritoneale dal 9% al 20%, si avrà una prevalenza di circa 200 pazienti pmp in dialisi peritoneale e 800 pazienti pmp in emodialisi.

Mantenendo un tasso di utilizzazione medio di 3,5:1, ne deriva che il fabbisogno minimo calcolato di posti rene, compresi i posti per acuti (10%), deve essere di almeno 250 posti rene pmp.

Tuttavia, il fabbisogno di 260 posti pmp (totale 1062) darebbe maggiori margini di sicurezza nell'eventualità di una minore diffusione della dialisi peritoneale o di un mancato avvio della emodialisi domiciliare.

Le strategie d'intervento riguardano:

- l'organizzazione delle unità operative di Nefrologia sul territorio;
- l'adeguamento del numero di posti letto nefrologici;
- la promozione dell'attività di prevenzione e diagnosi precoce;
- lo sviluppo dei programmi ambulatoriali per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica
- il pieno utilizzo della rete dialitica esistente e strategie per lo sviluppo futuro;
- la maggiore diffusione della dialisi peritoneale;
- l'avvio dei programmi di emodialisi domiciliare;
- l'utilizzazione delle Residenze sanitarie assistenziali per il trattamento dei pazienti uremici anziani;
- l'ampliamento dei centri pubblici o incremento dei posti dialisi in centri satelliti pubblici o privati, collegati funzionalmente al centro ospedaliero ad elevata assistenza;
- il potenziamento dell'attività di trapianto.

Il continuo progresso nel campo della terapia sostitutiva del paziente uremico cronico e l'impiego di macchine per dialisi (emo- e peritoneodialisi) sempre più sofisticate impongono un continuo aggiornamento sia del personale infermieristico che dei tecnici di dialisi.

E', pertanto, necessario che le Aziende sanitarie provvedano ad organizzare periodicamente dei corsi di riqualificazione, sia per il personale infermieristico, al fine di provvedere all'aggiornamento sulle nuove tecniche dialitiche (emodialisi domiciliare) e le nuove procedure informatiche, che per il personale tecnico relativamente alla gestione di nuove apparecchiature di dialisi fornite di software

sempre più sofisticati ed in grado, talora, di gestire autonomamente la seduta dialitica.

L'avvento di tali tecnologie richiede, pertanto, oltre che un continuo aggiornamento tecnico-professionale, una stretta integrazione tra la figura dell'infermiere e quella del tecnico di dialisi.

11.6 TRAPIANTI DI ORGANI E TESSUTI

L'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti in Puglia nel corso dell'anno 2000 presenta, sia pure in uno scenario di progresso, problemi ancora irrisolti dei quali alcuni generati dalle nuove normative in materia.

La Regione Puglia può contare su un'organizzazione ormai collaudata costituita dal Centro di coordinamento, dal Coordinatore regionale e da 22 Coordinatori locali. Vi è stato un notevole incremento delle donazioni di organi negli ultimi 10 anni.

La Puglia collabora con l'Associazione interregionale trapianti - AIRT. Tra le regioni associate, essa presenta, purtroppo, il più basso indice di donazione percentuale per milione di abitanti (8.1 don./milione ab.).

Tralasciando, in questa sede, i possibili fattori socio-culturali, si possono individuare almeno due elementi di forte impatto negativo:

- la Puglia non ha ancora attivato il sistema dell'emergenza sanitaria che, non solo serve a fornire soccorso tempestivo, ma riveste anche centrale importanza nell'organizzazione dell'attività di trapianto;
- complessivamente le unità operative di Rianimazione della regione sono dotate di circa 100 posti letto, un quarto, quindi, di quelli di regioni con popolazione delle stesse dimensioni come l'Emilia-Romagna (380 posti) ed il Veneto (400 posti).

Le liste d'attesa nazionali per trapianto di organi comprendono 6858 pazienti (ultimo rilevamento 2000 del Centro nazionale trapianti); di questi, almeno 600 sono pugliesi, iscritti nei centri trapianto della Puglia ma anche in quelli di altre regioni.

Risulta da quanto innanzi detto che il trapianto e le prestazioni accessorie costituiscono una voce rilevante per il servizio sanitario regionale in tema di mobilità sanitaria interregionale.

E' pertanto necessario:

- diffondere la cultura della solidarietà, promuovere l'informazione sanitaria e la prevenzione;
- incrementare il numero dei trapianti di organi e degli innesti di tessuti assicurando, nel contempo, elevato standard assistenziale e qualitativo di tali prestazioni e di tutte quelle collegate;
- garantire trasparenza e pari opportunità a tutti i cittadini pugliesi nel settore trapiantologico.

Costituiscono obiettivi:

- l'incremento del numero delle donazioni;
- il miglioramento dell'organizzazione trapiantologica sul territorio;
- la regolamentazione delle attività di prelievo e di innesto di tessuti nelle strutture pubbliche e private.

Per raggiungere gli obiettivi risultano indispensabili:

- il potenziamento dei centri di trapianto esistenti;
- la realizzazione del sistema per la registrazione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini nell'ambito del Sistema informativo dei trapianti, ex L. n.91/99 e D.M. 8/4/2000;
- la realizzazione del sistema dell'emergenza e dell'urgenza;
- l'aumento dei posti letto delle unità operative di Rianimazione esistenti e l'attivazione delle strutture non ancora operative;
- l'individuazione di moduli di terapia intensiva respiratoria al fine di decongestionare le unità operative di rianimazione;
- la riqualificazione dell'attività assistenziale sul potenziale donatore cadavere;
- progetti obiettivo obbligatori per le aziende sanitarie coerenti con quanto sopra specificato;
- il potenziamento delle risorse umane sia in ambito ospedaliero che in ambito distrettuale.

11.7 MALATTIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE

In armonia con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale 1998-2000, la Regione si pone l'obiettivo di contrastare, in particolare con azioni di prevenzione, le principali patologie responsabili del maggior carico di mortalità nonché del maggior numero di casi di malattia che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi ad alto assorbimento di risorse.

Le azioni di prevenzione tese a contrastare le malattie di particolare rilevanza sociale, di seguito, elencate, sono organizzate, dirette e coordinate con la partecipazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, che si avvale delle competenti strutture delle singole Aziende Sanitarie.

11.7.1 Malattie Cardiovascolari

La mortalità per cause riconducibili alle Malattie del sistema cardiocircolatorio è in Puglia del 42,4%, rappresentando la prima causa di morte.

Per quanto riguarda la distribuzione per fasce d'età è da rilevare come tale causa di morte interessi in termini assoluti i cittadini di età superiore ai 65 anni. Non meno importante è il rilievo che questa sia la seconda causa di morte, dopo quella per tumori, nella classe di età 45-64 anni, e che raggiunga l'11% tra le cause di morte nella fascia di età 15-44.

Facendo riferimento ai dati relativi alle dimissioni ospedaliere del 1999, si evince che i ricoveri per malattie dell'apparato cardiocircolatorio sono l'11,6%, collocando tali patologie al primo posto fra tutte le cause di ricovero.

Le malattie cardiovascolari hanno una eziologia multifattoriale e la coesistenza di più fattori aumenta il rischio di esito infausto della malattia.

I fattori di rischio modificabili possono essere favorevolmente influenzati incidendo sullo stile di vita e sulle abitudini alimentari, ricorrendo agli adeguati trattamenti terapeutici.

La Regione si pone l'obiettivo di contrastare le malattie cardiovascolari attraverso azioni di:

- promozione di programmi di educazione sanitaria finalizzati alla eliminazione/riduzione dell'abitudine al fumo, nonché alla riduzione del sovrappeso e dell'obesità attraverso un'adeguata attività fisica ed una sana alimentazione;
- individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per il trattamento della ipertensione, ipercolesterolemia e diabete;
- sviluppo della riabilitazione cardiologica e di individuazione di linee guida che garantiscano l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni da erogare.

Nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera, la Regione assicura l'operatività delle unità operative di Cardiologia con terapia intensiva coronarica (UTIC) secondo il criterio della omogenea e funzionale distribuzione sul territorio.

La Regione inoltre favorisce, anche allo scopo di ridurre la degenza ospedaliera cardiocirurgica, il ricorso a tecniche non invasive o scarsamente invasive per il trattamento delle coronaropatie e delle patologie maggiori dell'aorta.

11.7.2 Malattie Invalidanti del Sistema Nervoso

Malattie Cerebrovascolari

L'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie ed è causa, nel 35% dei pazienti, di una grave invalidità residua. Ogni anno si verificano in Puglia circa 8.000 nuovi ictus. Ad incidenza costante, questo numero è destinato ad aumentare nel 2008 del 30%.

L'ictus cerebrale è una delle patologie più onerose sia in termini di qualità della vita per il paziente e la famiglia che in termini monetari per la società. L'assistenza ospedaliera nella fase acuta è spesso riportata quale unica componente di costo, mentre un'analisi più puntuale mostra come la spesa ospedaliera rappresenti solo il 20% dei costi totali.

La Regione si pone l'obiettivo di contrastare le malattie cerebrovascolari, promuovendo interventi mirati di prevenzione, di cura per la fase acuta e post-acuta di malattia e di riabilitazione.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera promuove programmi di attivazione di moduli organizzativi (stroke unit), nei quali i malati con ictus possano

essere seguiti da un team multidisciplinare di infermieri, tecnici della riabilitazione e di medici competenti ed esclusivamente dedicati alle malattie cerebrovascolari.

Disordini Cognitivi e Cronici del Movimento

La Demenza è una malattia cronica invalidante, caratterizzata dal diffuso deterioramento delle funzioni cognitive. Essa è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento delle popolazioni. La prevalenza della demenza si stima del 5-10% nei soggetti oltre i 65 anni ed aumenta sino al 30-40% oltre gli 85.

Le due più frequenti cause di demenza sono la Malattia di Alzheimer (50-70 % dei casi) e la Demenza Vascolare (10-20%). A parte la Malattia di Alzheimer ed altre demenze degenerative irreversibili, esiste una percentuale dall'1 al 10% di condizioni dementigene secondarie, potenzialmente reversibili dovute a cause metaboliche, strutturali ed infettive. Esse vanno prontamente riconosciute e trattate per impedire la progressione del deficit cognitivo.

I Disordini del Movimento (tra cui Morbo di Parkinson, Tremore Essenziale e Distonie, Sindromi con spasticità ed incoordinazione motoria) rappresentano un gruppo di patologie ad alta incidenza destinate a divenire sempre più frequenti col progressivo invecchiamento della popolazione. I tassi di prevalenza crudi oscillano tra 56-234 casi per 100.000 abitanti per il Morbo di Parkinson e 50 casi per 100.000 abitanti per le Distonie.

La Sclerosi Multipla è la causa più frequente di invalidità con spasticità, ad esordio giovanile. La prevalenza in Puglia è stimata nell'ordine di 80-90 casi ogni centomila abitanti con 2-3 nuovi casi ogni centomila abitanti per anno. Metà dei pazienti diviene non autonomo dopo dieci anni di malattia.

Il variabile livello di morbilità, mortalità ed invalidità delle suddette patologie rende necessaria l'adozione di percorsi diagnostici e terapeutici specifici e standardizzati, specie nella fase acuta, uniformemente distribuiti ed articolati da Centri di eccellenza, utili ai fini dell'efficacia e della razionalizzazione della spesa sanitaria.

La programmazione sanitaria regionale si propone l'obiettivo di organizzare una efficiente rete che garantisca l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale ed il coordinamento dei livelli di assistenza sociale e sanitaria.

11.7.3 Tumori

In Puglia la mortalità per Tumori è del 26,0%, collocandosi al secondo posto dopo quella per malattie del sistema circolatorio. La fascia di età più colpita è quella tra i 45-64 anni con il 47,1%.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliere del 1999, risulta che nel 13,7% di tutti i ricoveri si segnalano diagnosi di tumore e che la gran parte dei trattamenti chemioterapici viene effettuata in regime ospedaliero prevalentemente diurno.

La lotta ai tumori dovrà avvenire attraverso azioni preventive di:

- promozione di programmi di educazione sanitaria finalizzati alla favorevole modificazione degli stili di vita (abolizione del fumo, riduzione del consumo di alcol entro limiti accettabili) e delle abitudini alimentari;
- intervento nell'ambito delle esposizioni a rischio in ambienti di lavoro;

- individuazione di programmi di screening e di linee guida per l'approfondimento diagnostico, fermi restando quelli già programmati riguardanti la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma del colon - retto e delle patologie neoplastiche nell'età giovanile nei soggetti a rischio
- valutazione, nei provvedimenti attuativi di piano, dell'opportunità di creare Centri di eccellenza con finalità diagnostico - terapeutiche.

Attraverso l'articolazione dei servizi ospedalieri e territoriali dovrà essere garantita l'assistenza ai pazienti affetti da patologie tumorali, con particolare riferimento alle attività di Radiodiagnostica, Radioterapia e riabilitazione nei soggetti portatori di disabilità, con particolare riferimento alla fornitura di materiali protesici.

Parte dei pazienti affetti da patologia tumorale entrano in fase terminale e quindi necessitano di assistenza palliativa. In questa particolare fase della malattia si rendono necessarie cure continuative che abbiano principalmente lo scopo di ridurre il dolore e la sofferenza.

La Regione detta indirizzi in materia con l'obiettivo di dotarsi, attraverso le Aziende sanitarie, di una rete di assistenza domiciliare e residenziale (hospice oncologico) rivolta ai malati terminali che:

- sia gestita da personale adeguatamente formato;
- sia flessibile ovvero preveda forme di collaborazione fra i diversi attori dell'assistenza sanitaria (personale infermieristico e medico, ospedaliero e territoriale e medici di medicina generale, etc.);
- garantisca la qualità della vita residua nei suoi aspetti fisici, psicologici e spirituali, con particolare riferimento alla terapia del dolore, avvalendosi anche della collaborazione delle *Associazioni di Volontariato*.

11.7.4 Malattie Infettive e AIDS

Le mutate condizioni sociali ed epidemiologiche (facilità di spostamento, flussi migratori, etc.) e l'incompleta adozione di pratiche preventive (es. vaccinazioni) sono tra le principali cause della persistente rilevanza delle malattie infettive, quale fenomeno sanitario che condiziona negativamente lo stato di salute della popolazione pugliese.

Nella regione è stato attivato sin dal 1996 il sistema informatizzato delle malattie infettive (SIMI) e negli anni successivi sono diventati operativi diversi sistemi speciali di sorveglianza tra i quali quello delle meningiti batteriche, delle epatiti virali acute e delle infezioni da HIV.

Tra le principali malattie notificate nel quinquennio 1996-2000, quelle che presentano il più alto tasso medio annuale/100.000 abitanti sono la varicella, l'epatite virale A, la parotite epidemica ed il morbillo.

In ragione dei suddetti dati epidemiologici sono obiettivi della Regione:

- la realizzazione del programma vaccinale finalizzato alla eliminazione della malattia morbillosa;
- la realizzazione del programma di vaccinazione anti-epatite A, confermando il carattere della gratuità e della volontarietà.

La Regione assicura inoltre, secondo i programmi già attivati, la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni immigrate e l'operatività del Telefono verde alimenti.

Per quanto riguarda l'AIDS, dai dati del Registro regionale si evince come negli ultimi anni in Puglia si stia assistendo ad un decremento del tasso di incidenza, così come viene confermato un netto interessamento del sesso maschile e della categoria dei tossicodipendenti.

Questo quadro epidemiologico non fa che avvalorare l'importanza delle azioni di prevenzione e informazione che la Regione si impegna a sviluppare nelle loro più ampie articolazioni, in attuazione del Progetto obiettivo nazionale Aids 1998-2000.

Nella ristrutturazione della rete ospedaliera, la Regione tiene conto della necessità di adeguare le unità operative dedicate e detta indirizzi per il potenziamento delle attività di day hospital, ambulatoriali e domiciliari e per la promozione delle attività di volontariato.

11.7.5 Diabete

Si stima che in Puglia vi siano circa 120.000 diabetici.

Il diabete è la principale causa di retinopatia, insufficienza renale cronica e di cardiopatia ischemica ed il numero di pazienti è in continua crescita.

Le azioni da intraprendere per contrastare questa malattia sono:

- l'attivazione di programmi di educazione alla salute ed informazione sanitaria;
- la corretta gestione terapeutica e la prevenzione delle complicanze.

A tale scopo la Regione promuove, attraverso l'individuazione di linee guida, l'adozione da parte delle Aziende USL di programmi di trattamento e prevenzione finalizzati al miglioramento della qualità di vita dei pazienti diabetici.

11.7.6 Talassemia Mayor

La talassemia mayor è una emopatia cronica di origine genetica, ampiamente presente nella regione Puglia.

Si tratta di malattia sociale endemica nel nostro territorio, con pazienti di età compresa tra i 6 mesi di vita ed adulti la cui speranza di vita, tranne casi isolati, non supera i 50 anni.

Le particolari caratteristiche di questi emopatici, sia per la terapia emotrasfusionale sostitutiva, sia per la multidisciplinarietà degli aspetti clinici, richiedono la indispensabile presenza di posti letto di Day Hospital per assicurare le prestazioni sanitarie di cui necessitano.

In continuità con i precedenti indirizzi regionali, con cui sono state individuate strutture provinciali di riferimento che garantissero l'adozione degli standard più idonei per il trattamento di questa categoria di pazienti, il *Piano* prevede lo stabile raccordo tra dette unità e le altre strutture sanitarie aziendali, sia per gli aspetti preventivi, sia per quelli diagnostici e terapeutici.

In Puglia si contano circa 1000 pazienti talassemici, trasfusioni-dipendenti, per la massima parte assistiti dai Centri provinciali di riferimento e, per la restante, da altre strutture sanitarie aziendali o Universitarie.

L'assistenza al paziente talassemico necessita di ambienti dove effettuare la terapia trasfusionale sostitutiva, dove somministrare le varie terapie ospedaliere e centralizzare i necessari follow up.

La sopravvivenza e la qualità di vita degli stessi, è affidata al corretto regime trasfusionale ed all'attenta valutazione delle varie terapie sostitutive e di supporto dei vari organi ed apparati.

Le linee di Piano in tale settore tengono, quindi, conto della esigenza di:

- confermare nelle strutture provinciali già esistenti, i riferimenti regionali;
- adeguare il numero dei posti letto di Day hospital alle esigenze territoriali;
- quantizzare nel piano sangue regionale, il fabbisogno trasfusionale di questi pazienti.
- ottimizzare il livello assistenziale, anche attraverso dipartimenti funzionali interaziendali, tra i presidi territoriali ed ospedalieri, al fine di garantire una assistenza di elevata qualità specialistica 24h su 24;

11.7.7 Malattie allergiche e del Sistema immunitario

Le malattie allergiche ed immunologiche sono in continuo aumento nei Paesi ad elevato tasso di sviluppo. Nella Unione Europea così come nel Nord America e in Australia la prevalenza di malattia è del 25% della popolazione.

Come dato estrapolato, si calcola per la Puglia che 700.000 - 1.000.000 di abitanti possa essere affetto da forme più o meno severe di malattie immunoallergiche, con costi sociali, in termini di assistenza diretta ed indiretta, che possono valutarci inferiori solo a quelli riguardanti tumori e malattie cardiovascolari.

La Regione si pone l'obiettivo di controllare le malattie allergiche ed immunologiche attraverso le seguenti azioni:

- creazione di una rete territoriale per il monitoraggio epidemiologico,
- elaborazione di programmi di educazione sanitaria finalizzati a diffondere la conoscenza sulla importanza della prevenzione (ambientale, alimentare e dello stile di vita);
- individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici che rendano appropriata ed omogenea l'assistenza in ambito regionale, con particolare riguardo agli aspetti di farmacoterapia e di terapia iposensibilizzante specifica.

Nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera, la Regione assicura la presenza delle unità operative di Allergologia e Immunologia Clinica, secondo il criteri di opportuna distribuzione sul territorio.

12. AZIONI STRUMENTALI

12.1 AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ED ACCORDI CONTRATTUALI

La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate ad autorizzazione ai sensi dell'art. 8-ter del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni, rilasciata a seguito di verifica di compatibilità in relazione al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale.

La Regione rilascia l'accreditamento istituzionale per l'effettuazione di attività e per l'erogazione di prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale alle strutture autorizzate pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, nonché all'utilizzo di personale specificamente formato.

La Regione provvede altresì al rilascio dell'accreditamento alle strutture private non lucrative di cui all'art. 1, comma 18 del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni, e alle strutture private lucrative.

La Regione definisce l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individua i soggetti interessati ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 1 del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

La Regione e le Aziende USL, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

Dopo l'adozione del presente piano quale regolamento generale in materia sanitaria e del conseguente riordino della rete ospedaliera, comunque, entro il primo semestre del 2002, la Regione avvierà il procedimento per l'accreditamento definitivo.

12.2 LA POLITICA PER LA QUALITA'

L'esigenza di qualificazione del sistema, in coerenza con gli indirizzi del Programma nazionale per la qualità indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, è finalizzata a rendere sistematico l'orientamento del Servizio sanitario regionale, a tutti i suoi livelli, verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza ed a favorire il coinvolgimento e la partecipazione consapevole dei cittadini-utenti e degli operatori al conseguimento degli obiettivi di salute.

La realizzazione di un'alleanza tra utenti ed operatori e la definizione di un patto per la salute è una condizione indispensabile per creare il clima di fiducia necessario per affrontare un programma di trasformazione difficile e complesso, tuttavia

inevitabile, per rilanciare il Servizio sanitario regionale in termini di efficienza, efficacia ed umanizzazione delle prestazioni assistenziali.

Obiettivo prioritario per il miglioramento della qualità dell'assistenza è l'avvio di una strategia regionale orientata a prevedere omogeneamente in tutte le aziende:

- strutture organizzative per la promozione delle politiche della qualità e per l'implementazione di iniziative per il miglioramento, che si concretizzano nella realizzazione periodica di obiettivi di efficienza ed efficacia, anche attraverso l'utilizzo degli istituti incentivanti;
- requisiti di qualità e modelli organizzativi, definiti a livello regionale, per garantire standard di funzionamento dei servizi, periodicamente verificabili ed aggiornabili, quale premessa per il raggiungimento degli obiettivi della pianificazione regionale ed aziendale: obiettivi prioritari sono la definizione dei requisiti per l'accreditamento istituzionale di strutture e servizi, la definizione di documenti organizzativi in tutte le strutture aziendali, l'attivazione di forme di autovalutazione interna e di modalità di valutazione esterna;
- obiettivi di miglioramento delle procedure e prestazioni, anche attraverso l'adozione nel settore amministrativo di regolamenti e procedure, per garantire la regolarità e lo snellimento degli atti amministrativi, ed in quello sanitario di linee guida e protocolli, per attivare un governo clinico basato sulla medicina dell'evidenza e per perseguire la prevenzione degli errori e la sicurezza nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale: per questo la programmazione regionale fissa le priorità d'intervento, in base a frequenza e gravità della condizione patologica o del problema organizzativo, assegnando le risorse necessarie al conseguimento di obiettivi prefissati di salute;
- la definizione di profili assistenziali per l'integrazione tra ospedale e territorio, in particolare per patologie cronico-degenerative e condizioni (anziani, disabili, assistenza materno-infantile, etc.) che richiedono un approccio di diverse professionalità, specialità e livelli di assistenza;
- l'avvio di interventi tesi ad assicurare al cittadino l'erogazione delle prestazioni all'interno delle strutture pubbliche e private del Sistema sanitario regionale, nel rispetto dei tempi d'attesa previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza, ai sensi della L. n. 124/98; ciò si realizza attraverso iniziative tese alla razionalizzazione della domanda, all'aumento dei tempi di effettivo utilizzo delle strutture ed apparecchiature, all'incremento delle capacità d'offerta da parte delle aziende;
- lo sviluppo di un sistema di comunicazione bidirezionale tra sistema sanitario e cittadini, pazienti e utilizzatori dei servizi che consenta una definizione adeguata circa la priorità degli interventi necessari, il grado di pertinenza e la rilevanza che deve essere attribuita ai diversi livelli assistenziali, in considerazione delle aspettative e delle preferenze espresse dai cittadini: per questo l'indirizzo regionale sarà rivolto verso il processo di revisione e diffusione delle Carte dei Servizi e la definizione di piani di comunicazione esterna;
- modalità e strumenti per la partecipazione e la corresponsabilizzazione degli utenti (sia cittadini-utenti che operatori) alla valutazione ed autovalutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi: ciò si realizza attraverso la raccolta degli indicatori relativi al rispetto dei diritti dei cittadini e la loro valutazione nelle Conferenze dei servizi (ex art. 14 D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni), il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e di tutela in organismi di consultazione, la definizione di strategie comuni d'azione in settori particolari dell'assistenza sanitaria,

consentendo la loro presenza all'interno delle aziende sanitarie ed, infine, favorendo l'accesso alle convenzioni di cui alla L. n. 266/91;

- processi formativi funzionali alle competenze richieste, sia per l'effettiva implementazione di azioni di miglioramento (che richiedono l'acquisizione di tecniche differenziate, rispettivamente, per qualità tecnico-professionale, organizzativo-aziendale e relazionale nell'erogazione delle prestazioni), sia per il conseguimento dei risultati previsti per obiettivi specifici e settoriali di qualità, particolarmente nelle aree prioritarie definite nella programmazione regionale e locale;
- realizzazione di modelli sperimentali di processo formativo, per l'implementazione, sul territorio regionale, di nuovi profili professionali;
- azioni di sostegno degli operatori per una corretta gestione del potenziale umano e professionale, in particolare per sviluppare il senso di appartenenza e la capacità di lavoro di gruppo, per prevenire le condizioni di mobbing e burn-out e per favorire la flessibilità organizzativa, anche necessaria per garantire l'eguaglianza nelle opportunità del personale femminile:

ciò si realizza attraverso l'adozione di piani della comunicazione interna, piani della formazione e per l'inserimento dei nuovi assunti, l'attivazione di forme di lavoro di gruppo per la creazione di reti di operatori impegnati su obiettivi trasversali all'interno delle aziende (qualità, controllo di gestione, appropriatezza etc.), l'utilizzo di strumenti di monitoraggio della qualità delle prestazioni infermieristiche, l'attivazione di strutture per promuovere la qualità della vita lavorativa e per il sostegno psicologico di gruppi di operatori, ed anche di pazienti e loro familiari, coinvolti in settori particolari dell'assistenza;

- sistemi informativi che consentano la raccolta dei dati necessari alla produzione di indicatori di struttura, di processo e di esito, individuati per la misurazione, analisi e miglioramento delle iniziative in corso di sviluppo: per questo a livello regionale si definiscono sia il sistema degli indicatori (ivi inclusi quelli già previsti dai Decreti attuativi degli artt. 10 e 14 del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, anche ai fini dell'accreditamento istituzionale) che le modalità per la loro raccolta, elaborazione e valutazione, finalizzata al monitoraggio dei programmi ed alla definizione di eventuali azioni correttive.

12.3 LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

In ogni Azienda dovranno essere attivati organismi di consultazione dei cittadini e delle loro associazioni di volontariato e di tutela, anche al fine di favorire l'interscambio di informazioni per l'analisi delle principali attese ed esigenze del territorio e per la definizione degli obiettivi di miglioramento.

Lo strumento per la definizione degli impegni aziendali rimane quello della diffusione delle Carte dei servizi e dei piani di comunicazione, attraverso i quali siano rese disponibili le informazioni necessarie ai cittadini per soddisfare i propri bisogni, orientando nel contempo la propria scelta in modo pertinente circa i livelli di assistenza appropriati alla richiesta.

A tale proposito, si dovrà procedere ad una sistematica e periodica revisione delle Carte dei servizi, anche sulla base della rilevazione degli indicatori di qualità, di cui al D.M. 15.10.96 ex art. 14 del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

La Regione, pertanto, fornirà un supporto metodologico agli Uffici relazioni con il pubblico ed alle strutture per la qualità che consenta di ricavare indirizzi omogenei circa la raccolta e la valutazione degli indicatori in ogni azienda, la definizione di impegni comuni a livello regionale e specifici a livello locale e la definizione di piani di comunicazione che integrino le informazioni disponibili nelle Carte dei servizi.

Oltre ai suddetti strumenti di partecipazione dei cittadini, si dovranno favorire a livello aziendale forme di valutazione dei servizi in comune tra cittadini ed operatori dei servizi. Per questo si procederà alla diffusione di metodiche partecipate di raccolta di informazioni per la produzione di indicatori di qualità, all'attivazione di circoli della qualità aperti alle associazioni di volontariato e di tutela per una valutazione comune delle informazioni raccolte e per la definizione di programmi che vedano coinvolte le parti interessate, secondo la propria competenza, in progetti di miglioramento.

Alcune tematiche, quali la sicurezza all'interno degli ospedali, la prevenzione degli errori nell'esercizio della pratica medica ed assistenziale e la riduzione delle liste d'attesa, sono di prioritario interesse e sono sostenute da un'esperienza già consolidata a livello nazionale, rappresentata da progetti realizzati o in fase di realizzazione con il coinvolgimento di operatori e associazioni di volontariato e di tutela, che può favorire l'avvio di attività analoghe nella nostra regione.

Nella programmazione locale, inoltre, devono essere curate con particolare interesse le iniziative di collaborazione orientate a diffondere Linee guida rivolte ai pazienti (per supportare decisioni circa i comportamenti individuali e gli stili di vita in particolari condizioni patologiche) ed a favorire processi preventivi di educazione alla salute, anche con il concorso di Enti ed Istituzioni, in primo luogo la Scuola.

Iniziative di collaborazione tra aziende, enti, istituzioni e associazioni di volontariato e di tutela sono già una realtà diffusa in settori particolari di assistenza, da cui è possibile ricavare utili indicazioni circa i modelli e l'efficacia degli interventi.

Lo strumento delle intese e delle convenzioni con le associazioni di volontariato e di tutela deve essere considerato di grandissima utilità ed efficacia per promuovere l'umanizzazione delle strutture e dell'assistenza. Per questo scopo, anche nell'organizzazione delle attività formative degli operatori, le Aziende sanitarie devono utilizzare come risorse le associazioni di volontariato e di tutela in quanto portatrici di uno specifico punto di vista e di una cultura, frutto dell'esperienza maturata nell'ambito dei servizi resi ai cittadini ed ai malati.

Per realizzare, quindi, una concreta partecipazione dei cittadini, a livello regionale e locale si dovrà dare applicazione integrale alle indicazioni normative previste dall'art. 14 del D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni e favorire in modo estensivo la stipula delle convenzioni previste dalla L. n. 266/91 e da specifiche norme nazionali e regionali di settore.

La Regione, anche in questo campo di interventi, individuerà azioni di prioritario interesse su cui attivare, sostenere e monitorare programmi di lavoro comuni sull'intero territorio.

12.4 LA RICERCA

Il miglioramento dello stato di salute della popolazione è in gran parte correlato ai risultati della ricerca e del conseguente progresso scientifico che ha permesso la individuazione di nuovi procedimenti diagnostici e terapeutici, rendendo sempre più attuale l'esigenza di un adeguamento del modello organizzativo.

Pienamente consapevole della importanza della ricerca, anche epidemiologica, la Regione Puglia è impegnata con tutte le strutture e le risorse umane del Sistema sanitario regionale a partecipare ai programmi elaborati dal Ministero della sanità, contribuendovi con il massimo impegno e sforzo organizzativo.

La Regione, a cui l'Università deve dare il supporto necessario nel rispetto dei ruoli istituzionali, attraverso programmi tesi alla piena collaborazione di tutte le componenti istituzionali del Sistema sanitario regionale, ivi compresa l'Università, individua quali obiettivi prioritari i seguenti:

- l'avvio di studi epidemiologici sulle malattie infettive di più frequente riscontro nella nostra Regione;
- lo studio delle malattie rare presenti nel nostro territorio;
- lo studio dell'efficacia dei farmaci e dei suoi effetti collaterali;
- l'avvio di indagini e di esercitazioni pratiche al fine di identificare modelli organizzativi che siano in grado di migliorare sul piano dell'efficacia e dell'efficienza le risposte del Sistema sanitario regionale ai bisogni di salute della popolazione e di intervento in situazioni critiche.

Le azioni da intraprendere sono, in particolare:

- il coinvolgimento dei medici di base e dei pediatri di libera scelta nella individuazione e nella realizzazione di programmi per il monitoraggio della efficacia dei farmaci;
- il potenziamento delle attività dell'Osservatorio epidemiologico regionale, con l'avvio dei Registri di Malattia;
- l'individuazione di protocolli di intesa con le Facoltà di Medicina e chirurgia e con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, finalizzati all'integrazione di tutte le strutture del Servizio sanitario regionale nello svolgimento dei programmi di ricerca di interesse regionale;
- la promozione di programmi di prevenzione, diagnosi e terapia innovative in campo neoplastico;
- lo sviluppo della ricerca in tutti i settori della trapiantologia di organi e tessuti e della implantologia.

Le Università e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che hanno precisi compiti istituzionali nel campo della ricerca scientifica, partecipano ai programmi di ricerca regionali tenendo conto, sia dell'individuazione delle tematiche prioritarie, sia delle indicazioni che pervengono dal livello comunitario.

La ricerca universitaria spazia in tutti i settori sanitari, dalla ricerca biomedica a quella più propriamente traslazionale, fino all'impiego di nuove biotecnologie e di modelli gestionali.

La ricerca clinico farmacologica si basa su una regolamentazione procedurale consolidata. Al contrario, la ricerca che ha come scopo la messa a punto, lo sviluppo

e l'utilizzo di nuove tecnologie necessita di criteri che certifichino la qualità e la validità delle sperimentazioni. A tal fine è necessario il coinvolgimento delle Università, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle Aziende sanitarie.

Sarà compito della Regione promuovere la ricerca attraverso finanziamenti e diffusione di bandi che garantiscano una ricaduta elevata per quanto concerne sia l'innovazione che il contenuto scientifico e/o tecnologico dei progetti accettati.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione garantisce il raccordo tra Università, Comunità Europea, Ministeri, Enti di ricerca ed altri soggetti istituzionali competenti e/o interessati.

La Regione è impegnata, altresì, nel potenziamento delle attività di ricerca dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata con sede a Foggia, anche al fine di migliorare nel territorio il livello di tutela sanitaria della popolazione animale e dell'igiene degli alimenti di origine animale.

12.5 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Una buona politica di gestione delle risorse umane rappresenta un elemento essenziale per la realizzazione del cambiamento.

Una razionalizzazione dei servizi ed una corretta definizione del fabbisogno di personale sono gli elementi su cui si esercita la competenza programmatoria regionale ed organizzativa aziendale, per consentire una idonea attribuzione dei compiti e un'omogenea distribuzione dei carichi di lavoro.

In tutte le strutture organizzative aziendali la gestione delle risorse umane deve ispirarsi ai seguenti criteri:

- definizione di strumenti e modalità organizzative attraverso cui fornire informazioni complete e tempestive agli operatori (piani della comunicazione interna) per partecipare alle scelte, per accrescere le competenze e per realizzare i programmi di lavoro;
- formulazione di programmi di attività formative (piani della formazione) adeguate ai compiti da svolgere ed agli obiettivi da raggiungere, anche in un più generale quadro regionale;
- definizione di piani per l'inserimento dei nuovi assunti;
- definizione di modelli organizzativi che consentano la flessibilità del lavoro degli operatori funzionale al conseguimento dei risultati previsti e necessaria anche per garantire l'eguaglianza nelle opportunità del personale femminile;
- attivazione di forme di lavoro di gruppo, anche attraverso percorsi formativi teorico-pratici per la creazione di reti di operatori con obiettivi trasversali a livello aziendale (qualità, controllo di gestione, appropriatezza delle prestazioni, sistema di intervento in situazioni di maxi - emergenza sia regionale che extra-regionale, etc.);
- attivazione di strutture organizzative per la promozione della qualità della vita lavorativa (secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale e dell'Istituto superiore per la prevenzione della salute e la sicurezza del Lavoro nell'ambito del "European Network for Work Health Promotion") e per il sostegno nei confronti di quei gruppi di operatori più esposti al rischio di burn-out e mobbing, in particolare nei settori di terapia intensiva, oncologia, psichiatria, dialisi/trapianto ed ove sono affrontate patologie acute e croniche spesso a prognosi infausta: tali attività di sostegno possono coinvolgere anche gruppi di pazienti e/o i loro familiari.

Le strutture aziendali perseguono pertanto obiettivi che si concretizzano in attività orientate a:

- promuovere la salute psicologica dell'operatore sanitario;
- alleviare lo stress da carichi di lavoro e mantenere il benessere acquisito;
- facilitare la comunicazione nell'ambiente di lavoro tra operatori che svolgono funzioni diverse, valorizzando la pluralità dei differenti percorsi formativi e stimolando il confronto nel rispetto delle rispettive competenze;
- facilitare la comunicazione tra operatori sanitari e fruitori del servizio;
- diminuire il disagio e le insoddisfazioni legate ad un riconoscimento non sempre esprimibile del ruolo professionale degli operatori, anche in relazione alle aspettative che gli utenti interni ed esterni ripongono nel sistema;
- aumentare la motivazione al lavoro ed il senso di appartenenza.

Questa strategia deve essere supportata da modelli metodologici e da indirizzi organizzativi omogenei a livello regionale.

12.6 LA FORMAZIONE

Nell'ottica di una "learning organization" (le organizzazioni che imparano pianificando, lavorando, valutando, scambiando informazioni e agendo per il cambiamento) ed in considerazione dei rapidi cambiamenti che si stanno verificando in ambito sanitario e nel settore assistenziale, la formazione, come leva di sensibilizzazione e coinvolgimento, assume un valore strategico per l'arricchimento professionale e il miglioramento delle prestazioni degli operatori sanitari.

Le ricadute della formazione sono ben dimostrate nelle esperienze nelle quali, da un lato si riscontrano segni positivi sul piano della motivazione, della collaborazione, del senso di responsabilità e della cultura del servizio e dall'altro diminuiscono le forme di assenteismo da disaffezione al lavoro e di burn-out.

Il D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni, nel ribadire l'importanza della educazione continua del personale, fornisce una traccia su come procedere in tutto il percorso della impostazione, progettazione, attuazione e valutazione della formazione continua.

Le due componenti della formazione continua, come è chiarito nel testo del decreto, sono l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, distinta dalla formazione manageriale esclusiva dei dirigenti.

L'aggiornamento professionale è indirizzato ad adeguare le conoscenze e le capacità operative ai progressi della medicina, mentre la formazione permanente riguarda anche l'area pragmatica e relazionale. Gli obiettivi formativi in ambedue i casi si possono sintetizzare in:

- mantenimento della motivazione professionale;
- adeguamento delle capacità professionali dei singoli al proprio livello di maturazione;
- adeguamento al rapido progresso delle conoscenze e delle tecnologie sanitarie;
- maturazione delle competenze idonee per il conseguimento degli obiettivi pianificati, anche con riferimento all'economia sanitaria;
- miglioramento continuo dell'organizzazione, della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dell'intero Sistema sanitario.

Inoltre, secondo gli indirizzi dell'Organizzazione mondiale della sanità, un'attività di formazione continua, deve avere i seguenti connotati:

- essere disponibile per tutti i profili professionali;
- basarsi sull'analisi dei bisogni di salute della comunità;
- essere continuativa;
- essere coordinata globalmente, se attuata da più soggetti.

La progettazione e l'attuazione dei programmi formativi seguono gli indirizzi generali, definiti a cura della Commissione nazionale per la formazione continua, i criteri di accreditamento e gli obiettivi regionali; spetta, quindi, alla Regione, anche in collaborazione e su proposta dell'Università, l'elaborazione della programmazione generale, la definizione delle linee di indirizzo e l'approvazione di progetti specifici.

Allo stato attuale, in attesa che l'intero sistema venga attivato e in assenza di disposizioni a livello nazionale, la Regione fa propri gli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale 1998–2000:

- promuovere comportamenti e stili di vita per la salute;
- contrastare le principali patologie;
- migliorare il contesto ambientale;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli;
- portare la sanità italiana in Europa.

Gli obiettivi individuati non esauriscono tutti i bisogni di salute del cittadino: per le necessità prevalenti del proprio territorio, la Regione definisce altri programmi formativi specifici, a partire da analisi epidemiologiche mirate.

Nella pianificazione, per ciascun obiettivo di salute, sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare. A questo scopo è necessario collegare i programmi di formazione con verifiche preliminari di impatto ed efficacia attesa, con strumenti di rilevazione ed indicatori che consentano di verificare nel tempo l'effettiva traduzione operativa di quanto proposto.

Nell'ambito delle tecniche di valutazione, il monitoraggio si rivela determinante per realizzare un sistema in grado di apportare correzioni continue per assicurare l'efficacia del progetto.

Da sottolineare che una pianificazione dell'attività formativa deve esplicitare:

- la definizione dell'argomento e dei contenuti;
- la scelta delle metodologie didattiche;
- l'individuazione dei docenti;
- l'individuazione dei criteri di verifica;
- il costo.

Le aziende coinvolte nell'attuazione dei programmi di formazione dovranno predisporre un piano di formazione obbligatoria e dare indicazioni e sostegno per la formazione facoltativa, anch'essa orientata al conseguimento di obiettivi di miglioramento organizzativo ed assistenziale, utilizzando elementi incentivanti (anche attraverso l'assegnazione di budget specifici alle strutture) e prevedendo forme di monitoraggio delle attività.

Una riflessione dovrebbe essere fatta circa i tipi di professionisti per i quali preparare i progetti formativi.

Infatti, sovente si tende a limitare la formazione continua alla figura del medico, non favorendo il processo di creazione del team multiprofessionale che partecipa all'assistenza.

I progetti, pertanto, potrebbero essere, di diverse tipologie:

- in parte rivolti a categorie professionali;

- in parte rivolti a gruppi multiprofessionali;
- in parte rivolti a singoli operatori.

Un progetto d'intervento formativo che sia in grado di connettere domanda e offerta può essere realizzato solo attraverso un organico collegamento tra indagine conoscitiva dei bisogni oggettivi dell'organizzazione e soggettivi degli operatori, intervento sperimentale e formazione in servizio (con progetti programmati, coordinati e condivisi), per mantenere convergenti gli interessi dei singoli con quelli dell'organizzazione.

In tal senso devono essere valorizzate le esperienze degli stessi operatori anche in funzione didattica e favorite attività di confronto tra conoscenze e competenze diverse (anche tra amministratori ed operatori), per offrire nuove possibilità di apprendimento, consentire la creazione di reti integrate di assistenza che condividono risorse ed esperienze professionali e favorire sistematicamente il coinvolgimento nell'analisi delle necessità assistenziali e nella definizione delle priorità.

Adeguate riconoscimento e facilitazione devono essere garantiti a forme individuali di studio e ricerca per lo sviluppo delle competenze professionali.

Per questo, nelle Aziende vanno sviluppati i piani della comunicazione interna, affinché sia reso disponibile l'accesso al patrimonio delle ricerche, delle sperimentazioni e delle documentazioni esistenti, anche in sede locale, al contempo valorizzando le esperienze d'eccellenza: funzionali a questo obiettivo sono la costituzione di settori operativi nell'ambito dello staff direzionale e la formazione di figure professionali capaci di guidare gli altri operatori nell'organizzazione e nell'utilizzazione delle diverse opportunità, anche secondo le tecniche della formazione a distanza.

Il Servizio sanitario regionale, inoltre, richiede ed offre possibilità di sviluppo alla ricerca scientifica con vantaggi rilevanti per la qualità dei servizi e la credibilità dell'organizzazione. La ricerca, infatti, è un'occasione di approfondimento che spinge tutta l'organizzazione ad adeguarsi a livelli di competenze progressive ed a ridefinire il proprio modo di operare verso traguardi d'eccellenza.

I programmi di attuazione della pianificazione, in ambito formativo, devono vedere il coinvolgimento degli Enti pubblici e privati che hanno competenze sui processi di formazione continua, quali le Società Scientifiche, gli Ordini e le Organizzazioni professionali ed, in particolare, le Università.

12.7 II SISTEMA INFORMATIVO

Nelle prospettive di Piano e delle azioni sulla *Società dell'Informazione* previste dal POR Puglia e dai relativi *Complementi*, nella realizzazione del Piano sanitario regionale è necessario sostenere l'utilizzo e la integrazione degli strumenti di informazione e comunicazione tecnologica operanti nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

L'attuale grado di informatizzazione raggiunto autonomamente dalle singole Aziende e dal Servizio sanitario regionale nel suo complesso, oggi può definirsi caratterizzato da un sufficiente grado di affidabilità.

Con il Piano sanitario regionale si intende quindi dare un ulteriore impulso agli strumenti di informazione e comunicazione tecnologica individuandosi in tale innovazione una importante risorsa per il perseguimento dei nuovi obiettivi di salute, mediante lo sviluppo di:

- le relazioni tra i diversi settori operativi delle Aziende sanitarie e tra le Aziende sanitarie stesse, prevedendo idonei modelli di integrazione cooperativa che favoriscano, ai fini della programmazione e del controllo, la interscambiabilità e la comparabilità delle informazioni provenienti da diverse fonti (programmazione e controllo);
- la realizzazione del concetto di percorso assistenziale mediante la integrazione operativa e telematica tra i diversi soggetti ed Istituzioni che devono garantire adeguati livelli di prestazioni verso l'utente (efficacia);
- il miglioramento delle modalità di fruizione dei servizi da parte dell'utente, in termini di conoscenza ed accessibilità ai servizi disponibili (comunicazione ed umanizzazione);
- la conoscenza sul funzionamento dello stesso sistema sanitario nel suo complesso e nelle sue parti, al fine di misurarne sia l'efficienza economico gestionale, sia la sua efficacia in termini di capacità di mantenere adeguati livelli di salute in ragione delle risorse a ciò dedicate (razionalizzazione e miglioramento), sia i livelli di appropriatezza delle prestazioni.

In un contesto di rete quale quello definito dal Piano sanitario regionale, emerge l'esigenza di orientare consistenti investimenti, non solo verso i nodi di essa, ma anche verso le infrastrutture di connessione essenziali per accrescere la rapidità e la funzionalità di collegamento dei nodi stessi.

Rispetto a tali requisiti, la Puglia, disponendo già a livello centrale di nodi e reti territoriali, parte da una posizione di notevole vantaggio, potendosi a dette reti interconnettere quelle locali delle diverse Aziende sanitarie.

Si vengono così a creare maglie costituite da reti di reti a cui, per esempio, possono direttamente accedere i diversi soggetti impegnati nella tutela della salute - Medici di Medicina generale, specialisti, sistemi di prenotazione, emergenza-urgenza, etc. (integrazione di rete).

Per realizzare questi obiettivi a livello regionale si deve passare da una caratterizzazione che interpreta i sistemi informativi come puri generatori di dati ad una visione di rete che li vede come sistemi di relazione tra gli agenti del Sistema sanitario.

Riguardo a detto percorso, nel breve, si definiranno forme specifiche di integrazione organizzativa e telematica tra le Aziende sanitarie che, attraverso il coordinamento del livello regionale, definiscano standard, sia sotto il profilo tecnologico che funzionale, con la specifica finalità di generare flussi ed utilizzare tecnologie che favoriscano il raggiungimento di adeguati livelli di interoperabilità.

Allo stato attuale sono individuate diverse aree di automazione in parte già avviate, di prossimo avvio o da avviare, come riportato nella seguente tabella:

<i>AREE AVVIATE</i>	<i>AREE DI PROSSIMO AVVIO</i>
Anagrafe assistiti	Gestione dotazioni organiche
Medicina di base	Osservatorio prezzi e tecnologie
Medicina spec. ambulatoriale interna	Osservatorio Epidemiologico
Medicina spec. privata accreditata	
Farmaceutica	
Guardia medica	
Medicina dei servizi	
SDO/DGR	
Medicina specialistica ospedaliera	<i>AREE DA AVVIARE</i>
Office automation	Monitoraggio contabile
Banca dati regionale del sangue	Sistema informativo direzionale

Gli ambiti di automazione dovranno garantire l'integrazione delle funzioni dei livelli di assistenza, in particolare tra l'attività distrettuale, quella ospedaliera, quella di assistenza farmaceutica e delle farmacie, dei medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta, il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche, il sistematico aggiornamento dell'anagrafe degli assistiti, la gestione uniforme delle prestazioni, garantendo appropriate forme di interconnessione con le reti ed i sistemi regionali di programmazione e controllo economico-funzionale in materia sanitaria.

Rispetto a questo scenario costituito dalle aree di cui sopra e da quelle omologhe e/o complementari sviluppate dalle Aziende sanitarie, la Regione intende, in una logica di razionalizzazione, distribuzione ed integrazione delle competenze che il programmato censimento delle tecnologie informatiche disponibili nel campo sanitario permetterà di comporre, dare un ulteriore impulso agli strumenti di informazione e comunicazione tecnologica individuandosi in tale innovazione, come si è già detto, una importante risorsa per il perseguimento dei nuovi obiettivi di salute nel quadro della società dell'informazione.