

PIANO ATTUATIVO LOCALE
2008 – 2010



INDICE

Premessa	pag. 4
1. Introduzione	pag. 10
2. Dati epidemiologici	pag. 14
3. Analisi dei bisogni	pag. 27
3.1 Le fragilità	pag. 29
3.2 Le malattie croniche	pag. 29
3.3 La popolazione immigrata	pag. 31
3.4 L'assistenza sanitaria carceraria	pag. 32
3.5 La prevenzione della salute collettiva	pag. 34
3.6 Lo sviluppo delle attività di prevenzione	pag. 35
4. Il sistema di comunicazione e d'informazione	pag. 39
4.1. La comunicazione interna	pag. 39
4.2. La comunicazione con il cittadino	pag. 40
4.3. La comunicazione per la promozione della salute	pag. 41
4.4. La comunicazione verso i media	pag. 41
4.5. Il Piano di comunicazione e la valutazione della comunicazione	pag. 42
5. La Formazione	pag. 43
6. La rete ospedaliera	pag. 45
7. La rete dei servizi territoriali	pag. 49
7.1. La Medicina fisica e la riabilitazione	pag. 50
7.2. La Salute mentale	pag. 53

7.3. Le Dipendenze	pag. 55
7.4. La rete dei Consultori	pag. 56
7.5. La rete integrata – il progetto Alzheimer	pag. 60
7.6. La rete integrata - ospedale/territorio	pag. 61
7.7. La rete oncologica	pag. 62
8. Analisi territoriale	pag. 64
8.1. Andria	pag. 64
8.2. Barletta	pag. 65
8.3. Bisceglie	pag. 67
8.4. Canosa di Puglia	pag. 67
8.5. Margherita di Savoia – San Ferdinando – Trinitapoli	pag. 68
8.6. Minervino Murge	pag. 69
8.7. Spinazzola	pag. 70
8.8. Trani	pag. 70
9. Analisi economica, costi–ricavi	pag. 71
9.1. Ospedali	pag. 71
9.2. Territorio	pag. 73
10. La Sanità informatica	pag. 84
11. Conclusioni	pag.102

Premessa

Come espressamente prevede l'art. 2 della Legge Regionale n. 26/2006 "...la programmazione sanitaria e sociosanitaria della Regione Puglia si esplica nel documento di indirizzo del piano regionale di salute."

Il Piano Regionale di Salute 2008-2010 (PRS), approvato con Legge Regionale 19 settembre 2008 n. 23, ha individuato quali azioni del processo le seguenti aree di intervento:

- fragilità
- assistenza territoriale
- prevenzione
- assistenza ospedaliera
- governo del sistema
- semplificazione del procedimento
- partecipazione attiva dei cittadini.

Il "Piano Attuativo Locale" (PAL) è lo strumento di programmazione strategica, riferito allo spazio temporale di un triennio. E' denominato "attuativo" proprio perché ha lo scopo di rendere concreti nella realtà locale gli indirizzi generali dettati dal piano nazionale e regionale.

L'elaborazione di questo documento, dunque, si basa sui principi generali del PRS, i quali, non vengono pedissequamente ripetuti e, nello stesso tempo viene costantemente percorsa dall'idea che una organizzazione sanitaria deve avere al centro la "promozione della Salute" e non solo la "riparazione del danno".

La Carta di Ottawa, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1986, definisce la "promozione della salute" come il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Ciò, in particolare, implica:

- la creazione di ambienti che consentano di offrire adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute nei contesti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione;
- il rafforzamento dell'azione delle comunità che devono essere adeguatamente sostenute per poter operare scelte autonome per quanto riguarda i problemi relativi alla salute;

- il ri-orientamento dei servizi sanitari nella logica di renderli più adeguati a interagire con gli altri settori, in modo che si possano realizzare azioni comuni finalizzate alla salute delle comunità di riferimento.

La promozione della salute mira soprattutto all'eguaglianza nella salute.

I suoi interventi si prefiggono di ridurre le differenze evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a ciascuno eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute.

Questo comprende un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. In questa logica non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare i fattori che la determinano.

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo personale, sociale ed economico, e costituisce l'aspetto fondamentale della qualità della vita.

I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla, così come possono lederla.

Anche gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute, quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi.

La promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, dovendo coinvolgere anche i settori che influiscono sulla salute stessa con un approccio definito "intersectoriale" che prevede, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, trasporti, agricoltura, turismo, ecc.) per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze sul piano della salute di ogni loro decisione, e a una precisa assunzione di responsabilità nel merito.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute.

I fattori socio-economici (che influenzano anche gli stili di vita), contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-33%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Il gradiente socio-economico, dunque, risulta essere un fattore più importante del ruolo dei servizi sanitari in favore della quantità e della qualità di vita di una popolazione.

Una serie di fattori ha già cambiato il volto della medicina e dell'assistenza sanitaria negli ultimi vent'anni.

Ne citiamo alcuni:

- l'evoluzione demografica, con l'invecchiamento progressivo della popolazione;
- l'impatto dell'immigrazione, con il problema del confronto con la diversità culturale di persone provenienti da mondi diversi;
- l'irrompere di protocolli e linee guida sullo scenario dell'efficacia clinica, con lo sviluppo della Medicina basata sull'Evidenza;
- lo sviluppo dell'informatica, con l'avvento della telemedicina e l'accelerazione delle procedure diagnostico-terapeutiche;
- l'evoluzione della tecnologia medica, con introduzione di strumentazioni sempre più sofisticate;
- la scoperta di nuovi farmaci, spesso più costosi;
- l'attenzione crescente dei mass media ai problemi della salute;

I fenomeni che sono stati precedentemente descritti hanno avuto un'enorme influenza anche sull'organizzazione dei servizi sanitari.

Le persone da tempo ritengono, perché lo vivono sulla propria pelle, che l'ospedale non sia l'unica risposta efficace alle proprie domande di salute, gli amministratori si rendono conto che i costi dell'assistenza sono in costante crescita, i tecnici verificano che non sempre le risposte ospedaliere sono efficaci. Sia affacciano, pertanto, sullo scenario della sanità, forme di assistenza alternative all'ospedale: sono le risposte territoriali, le quali, però, per essere efficaci, necessitano di continuità nel tempo; devono, infatti occuparsi delle malattie croniche (che rappresentano oltre i 2/3 di tutte le malattie) e nello stesso tempo prevenire la comparsa di quelle nuove. Il ruolo del Distretto Socio-Sanitario e del Dipartimento di Prevenzione diventa centrale in un'organizzazione sanitaria orientata alla produzione della salute.

Com'è noto, l'ubicazione dei posti letto delle varie specialità ospedaliere previste dal PRS, è decisa dal Direttore Generale in accordo con la Conferenza dei Sindaci.

La nostra idea è che ogni ospedale si caratterizzi per una prevalente peculiarità assistenziale e che possa avere delle specialità di eccellenza, a prescindere dalla sua classificazione.

Gli operatori dell'ospedale, quelli del territorio, i medici specialisti, i medici di medicina generale i pediatri di libera scelta devono sentirsi parte di un sistema sanitario integrato che veda il rapporto ospedale/territorio come un utile strumento per offrire alle persone prestazioni efficaci.

E' indiscutibile che solo un Territorio che funzioni rende possibile la "mission" propria dell'Ospedale: il trattamento delle persone affette da patologie acute, evitando ricoveri inappropriati e costosi.

Un elemento strategico della nostra ASL è la formazione.

La formazione deve essere coerente con gli obiettivi strategici aziendali e con gli obiettivi specifici dei Dipartimenti e/o delle singole Unità Operative.

Non può consistere solo in un'acquisizione di tecniche, ma deve anche e soprattutto fornire strumenti agli operatori per imparare a lavorare in gruppo, a gestire i conflitti, ad essere fiduciosi gli uni degli altri, a sentire la responsabilità nel proprio impegno, a saper maneggiare le risorse umane ed economiche, a pensare che ogni giorno si ha a che fare con persone che soffrono, a confrontarsi con il dolore e con la morte.

Gli ambiti lavorativi che promuovono l'apprendimento sono quelli che non mettono al bando l'affettività, ma ne favoriscono l'esplorazione e riconoscono che tra le esigenze primarie dell'uomo vi è quella di essere accettati ed amati.

Tutte queste proposte di lavoro che qui produciamo si possono sintetizzare nell'obiettivo strategico di "medicina sostenibile" (Daniel Callahan).

E' questa una medicina in grado di conseguire una condizione di equilibrio economicamente sopportabile, equamente accessibile e psicologicamente sostenibile, tale, cioè, da soddisfare la maggior parte dei bisogni e delle aspettative concernenti la salute.

Usiamo l'aggettivo "sostenibile", per definire una modalità di sviluppo (come per l'ambiente) in grado di soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare, a loro volta, i propri.

Le principali modalità di attuazione della medicina sostenibile sono:

- a) sviluppare le attività di prevenzione delle malattie, ma soprattutto di promozione della salute mantenendo la preminenza della sanità pubblica. Ciò implica che l'assistenza sanitaria sia organizzata tenendo conto di quali siano le cause statisticamente più probabili di morte prematura e disabilità;
- b) sviluppare una maggiore responsabilità individuale nei confronti della salute attraverso un'azione diretta a convincere ciascuno a prendersi cura della propria salute, proponendo corretti stili di vita;
- c) cambiare il paradigma culturale in termini di attese nei confronti della medicina, in modo da aiutare le persone a convivere con la malattia e la disabilità, potenziando la vita stessa e le "zone sane" della persona;

- d) perseguire, tramite il finanziamento pubblico, scopi sanitari definiti e stabili e avere aspirazioni limitate di innovazione tecnologica.

➤ Il percorso

Il Direttore Generale, sulla base delle risorse assegnate, propone il Piano attuativo locale (PAL) e il Piano annuale delle attività.

La Legge Regionale n. 23/2008, che ha approvato il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010, ha stabilito che il PAL ha lo stesso periodo di vigenza del Piano regionale di salute, in quanto traduce in termini di obiettivi di salute le linee di sviluppo, le azioni, gli indirizzi e le indicazioni del Piano, coordinando sinergicamente le attività delle strutture e dei dipartimenti dislocate sul territorio.

Il Piano annuale delle attività individua gli obiettivi annuali e le risorse che necessitano per raggiungerli. Il Piano annuale, costituito dal programma di attività e bilancio economico preventivo, rappresenta lo strumento principale di collegamento e raccordo con la pianificazione strategica garantendo la coerenza dei singoli obiettivi delle strutture e dei Dipartimenti con la programmazione aziendale.”

I Comuni, attraverso la Conferenza dei sindaci, esprimono parere obbligatorio sul PAL nonché, attraverso il Comitato dei sindaci di distretto, sul Piano attuativo territoriale (PAT).

Si rende, pertanto, necessario ridefinire il PAL già approvato secondo le indicazioni del nuovo PRS e proiettandolo sull'arco temporale 2008-2010.

È stata attivata la consultazione preventiva della Conferenza dei Sindaci e delle Associazioni per raccogliere proposte, suggerimenti, ma, soprattutto, indicazioni sui bisogni di salute delle Comunità facenti parte del territorio della ASL, per poter costruire il modello organizzativo complessivo da sottoporre alle valutazioni delle parti prima dell'approvazione definitiva.

I contenuti del Piano attuativo territoriale sono stati discussi all'interno di una Commissione tecnica coordinata dal Direttore Sanitario aziendale e composta per la ASL:

- dal Coordinatore dei Presidi ospedalieri, da un Direttore di Distretto, da un rappresentante dei medici di medicina generale e da uno dei pediatri di libera scelta, espressione del Collegio di Direzione, dal Dirigente dell'Ufficio Legale, dal Responsabile dell'URP e dell'Ufficio Stampa;
- per i Comuni: dai Sindaci o da loro delegati tecnici, con pieni poteri di rappresentanza e con l'obbligo di rapportarsi con il Dirigente dei Servizi sociali del rispettivo Comune;
- per le associazioni dei cittadini: dal Presidente del Comitato consultivo misto.

Un importante contributo all'elaborazione del PAL è pervenuto dall' "Audit Civico", cui la ASL BAT ha aderito nel maggio 2007, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza acquisendo il punto di vista dei cittadini-utenti.

Così sono state colte e recepite alcune criticità del sistema sanità, relativamente alle strutture territoriali (Distretti, SerT, CSM), non propriamente legate alla prestazione sanitaria in sé stessa, ma non per questo meno rilevanti.

La proposta elaborata dalla Commissione tecnica è stata presentata alla Conferenza dei Sindaci nella seduta del 25 febbraio 2009.

I Sindaci, valutata la proposta della Commissione tecnica, nella seduta del 12 marzo 2009 hanno presentato le proprie osservazioni e proposte, che sono state tutte fatte proprie dall'Amministrazione nel presente documento, ed hanno quindi approvato all'unanimità la bozza definitiva di Piano

1. Introduzione

L'ASL BAT coincide con il territorio della costituenda Provincia di Barletta, Andria e Trani, e comprende i Comuni di Andria, Barletta, Bisceglie, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Minervino Murge, San Ferdinando di Puglia, Spinazzola, Trani, Trinitapoli. Si estende su un territorio di complessivi Km² 1.538,6 ed annovera numero 390.651 abitanti (al 31 dicembre 2008).

Nel territorio dell'ASL sono presenti quattro presidi ospedalieri:

- Andria
- Barletta
- Bisceglie - Trani
- Canosa di Puglia - Minervino Murge - Spinazzola

e cinque Distretti Socio-Sanitari:

- Il Distretto n. 1 comprende i Comuni di Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia, Trinitapoli
- Il Distretto n. 2 comprende il Comune di Andria
- Il Distretto n. 3 comprende i Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola
- Il Distretto n. 4 comprende il Comune di Barletta
- Il Distretto n. 5 comprende i Comuni di Bisceglie e Trani.

La popolazione nei cinque Distretti socio sanitari è così distribuita:

DSS 1	DSS 2	DSS 3	DSS 4	DSS 5
Margherita Trinitapoli S.Ferdinando	Andria	Canosa Minervino Spinazzola	Barletta	Trani Bisceglie
Popolazione al 31/12/2003	Popolazione al 31/12/2003	Popolazione al 31/12/2003	Popolazione al 31/12/2003	Popolazione al 31/12/2003
41.589	96.910	48.832	92.783	106.375
Popolazione al 31/12/2008	Popolazione al 31/12/2008	Popolazione al 31/12/2008	Popolazione al 31/12/2008	Popolazione al 31/12/2008
41.730	99.249	47.877	94.236	107.559

POSTI LETTO OSPEDALIERI ATTIVI AL 1 GENNAIO 2009

OSPEDALE/REPARTO	ANDRIA	CANOSA	MINERVINO	SPINAZZOLA	BARLETTA	BISCEGLIE	TRANI	TOTALE	Don Uva
Cardiologia	6	6			25		5	42	10
Ematologia							10	10	
Endocrinologia								0	
Geriatria		19						19	
Malattie infettive						40		40	
Medicina generale	27	25		13	32	10	10	117	
Nefrologia	8				12			20	
Neurologia	8				20			28	10
Dermatologia								---	
Gastroenterologia							20	20	
Oncologia									
Pneumologia									10
Radioterapia								---	
Reumatologia								---	
Cardiochirurgia								---	
Chirurgia generale	16	14		2	32	22	13	99	
Chirurgia plastica	5							5	
Chirurgia toracica									
Chirurgia vascolare									
Neurochirurgia	12							12	
Oculistica	7				7			14	
Odontoiatria								---	
Ortopedia	19	14			34	14	17	98	
Otorinolaringoiatria	5				13			18	
Urologia	7						7	14	
Cardiochirurgia pediat.								---	
Chirurgia pediatrica								---	
Neuropsichiat. infantile								---	
Ostetricia e ginecologia	16	18			36	28	1	99	
Pediatria	13	14			20	12	0	59	
Neonatologia	4				5	4		13	
Nefrologia pediatrica								---	
Urologia pediatrica								---	
Grandi ustionati								---	
Terapia intensiva	8				8		6	22	
Rianimazione pediatrica								---	
TIPO									
Unità coronarica	8	4			8			20	
UTIN									
Psichiatria				8	12	8		28	
Unità spinale								---	
Riabilitazione 56									70
Riabilitazione cardiolog.								---	
Riabilitazione pneumol.								---	
Neuroriabilitaz. 75									
Lungodegenza		2	24	10		12	15	63	
Hospice									
TOTALE	163	116	24	33	264	160	104	866	100

Strutture di nuova attivazione
Strutture soppresse

AMBULATORI OSPEDALIERI ATTIVI AL 31 DICEMBRE 2008

	AMBULATORI	Andria	Canosa	Minervino	Spinazzola	Barletta	Bisceglie	Trani
1	Allergologia		X				X	X
2	Anatomia patologica	X				X		
3	Angiologia	X						
4	Anestesia	X				X		X
5	Andrologia	X						
6	Cardiologia	X	X	X	X	X	X	X
7	Chirurgia Generale	X	X		X	X	X	X
8	Chirurgia Plastica	X					X	
9	Chirurgia vascolare-Angiologia	X				X		
10	Diabetologia							X
11	Dialisi	X		X	X	X		X
12	Ematologia		X					X
13	Endocrinologia							X
14	Edoscopia digestiva	X	X			X		
15	Fisiatria		X					
16	Fisiokinesiterapia		X	X	X	X		X
17	Gastroenterologia		X					
18	Geriatría							X
19	Immunoematologia					x		
20	Laboratorio analisi	X	X	X	X	X	X	X
21	Malattie infettive	X					X	
22	Medicina del Lavoro							
23	Medicina Interna	X	X	X	X	X	X	X
24	Medicina nucleare					X		
25	Medicina trasfusionale	X	X			X		X
26	Nefrologia	X			X	X	X	X
27	Neurochirurgia	X						
28	Neurologia	X	X			X	X	X
29	Oculistica	X	X			X		
30	Odontoiatra - Ortodonzia					X		
31	Oncologia		X				X	X
32	Ortopedia e Traum.	X	X		X	X	X	X
33	Ostetricia Ginecologia	X	X			X	X	
34	Otorinolaringoiatria	X	X			X	X	
35	Pediatria	X	X			X	X	X
36	Pneumologica						X	X
37	Psichiatria					X	X	
38	Diagnostica per immagini	X	X	X	X	X	X	X
39	Radioterapia oncologica					X		
40	Senologia chirurgica		X					X
41	Urologia	X	X				X	X

**BRANCHE SPECIALISTICHE ATTIVE AL 31 DICEMBRE 2008 NEI
POLIAMBULATORI DISTRETTUALI (ore settimanali)**

N.	Branca	Distretto N. 1			Distretto N. 2	Distretto N. 3			Distretto N. 4	Distretto N. 5	
		Margherita	San Ferdinando	Trinitapoli	Andria	Canosa	Minervino	Spinazzola	Barletta	Bisceglie	Trani
1	Allergologia	4				3					
2	Cardiologia	11	3	3	28				24	X	24
3	Chirurgia Generale	8		3	8	X	X	X	6	6	2
4	Chirurgia Plastica								7		
5	Dermatologia	6	3	3	36	15	5	3	21	10,5	15
6	Diabetologia	6	2	2							
7	Endocrinologia	4				14	12		6	7	7
8	Fisiatria	X	X	X					6		
9	Fisiokinesiterapia	9	5	6	10				6		
10	Gastroenterologia								X		
11	Geriatrica								12		
12	Medicina del Lavoro	X			4	9			15		7
13	Medicina dello Sport										12
14	Medicina Fisica e Riabilitazione	X							X		
15	Medicina Interna				21				14		
16	Nefrologia	X		X							
17	Neurologia	11,5			10	11	3,5	2	18	15	20,5
18	Oculistica	15			43	5	X	X	41	11,5	14,5
19	Odontoiatra - Ortodonzia	50			4	23,5	17		12	X	12
20	Ortopedia e Traum.	5	5	5	10	10,5	3,5		X	X	X
21	Ostetricia Ginecologia	6			X			X	24		
22	Otorinolaringoiatria	17			18	X	2,5	1,5		19,5	12,5
23	Pedagogia				21						
24	Pediatria	X			5						
25	Pneumologica	X			X	X	X				
26	Radiologia - Ecografia	X	X						18		
27	Reumatologica	X				7			X		
28	Urologia		2	3					8	4	5

X Ambulatori attivi con personale ospedaliero

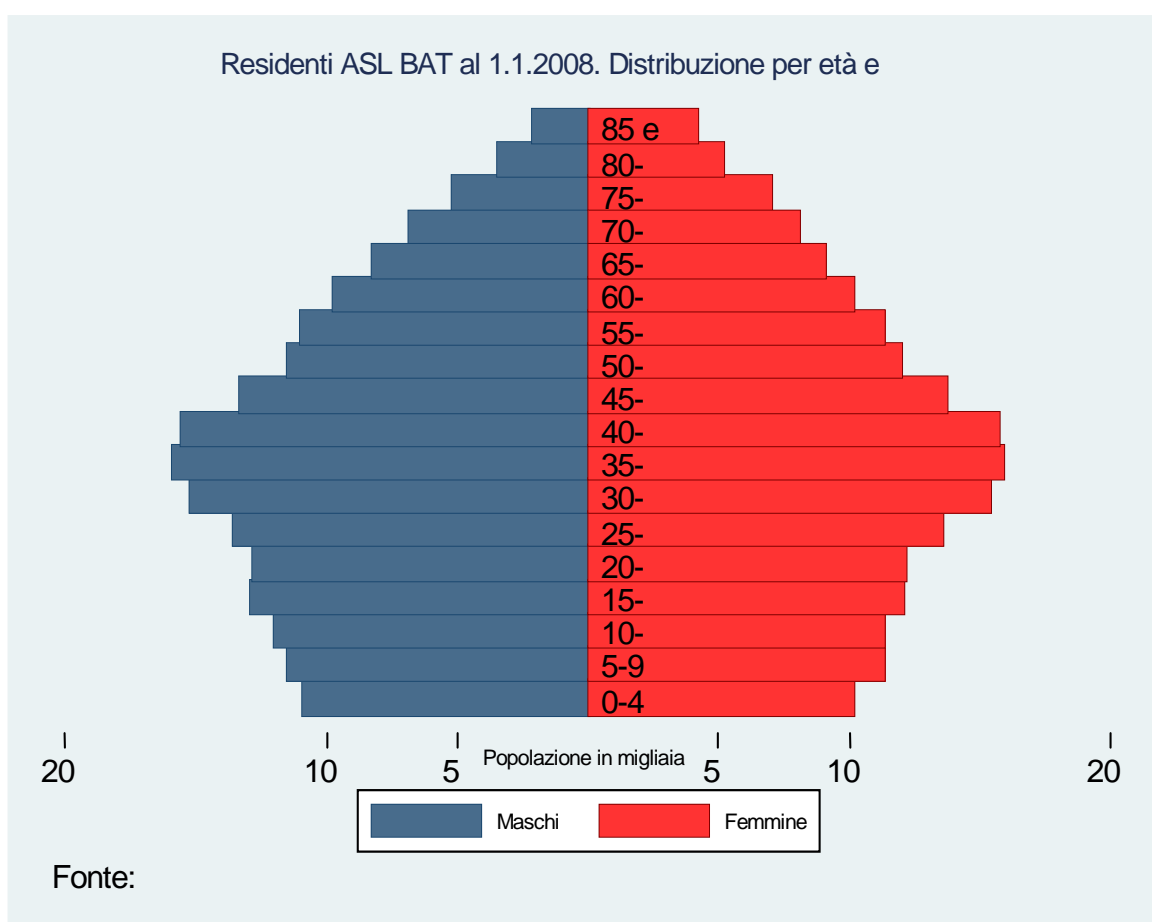
2. Dati epidemiologici

Al 31 dicembre 2003 la popolazione dell'ASL BAT ammontava a 386.489 abitanti.

Al 31 dicembre 2008 la popolazione dell'ASL BAT ammonta a 390.651 abitanti (+ 4.000).

La popolazione è cresciuta nel periodo 2004-2007 dell' 1,1 % grazie al saldo attivo che si è mantenuto ancorché la natalità è diminuita del 2%. Il contributo maggiore a tale crescita è derivato dai distretti di Andria, Barletta e Trani – Bisceglie.

L'attuale struttura per età della popolazione dell'ASL BAT è rappresentata nel sottostante grafico a piramide:



Si nota che le classi di età fra 0 e 14 anni sono ancora ben rappresentate, ma appaiono comunque numericamente molto inferiori a quelle fra i 25 e 39. Le nascite sono pertanto in progressiva riduzione a partire dagli anni '80. La contrazione della popolazione nelle fasce di età comprese fra i 40 e i 60 anni è con molta probabilità attribuibile all'emigrazione, che ha interessato il nostro territorio a partire dal dopoguerra fino agli

inizi degli anni '60. Nelle classi di età più anziane, dai 75 anni in su è evidente la crescente prevalenza delle donne sugli uomini, espressione della loro maggiore speranza di vita.

La natalità, come in altre parti d'Italia, mostra un forte trend in diminuzione. Il dato più recente riferito alla provincia di Bari si colloca su valori intorno all' 10,4 ‰ comunque abbastanza al di sopra del dato medio nazionale (9,7 ‰). La nuova provincia ha una natalità ancora superiore (10,52 ‰) con distribuzione abbastanza disomogenea fra i comuni che la compongono: si passa da comuni con valori intorno all' 8 ‰ ad altri con valori nettamente superiori all' 11 ‰.

Comune	Natalità (*1000)
ANDRIA	11,17
BARLETTA	10,76
BISCEGLIE	10,16
CANOSA DI PUGLIA	9,84
MARGHERITA DI SAVOIA	9,04
MINERVINO MURGE	8,51
SAN FERDINANDO	9,96
SPINAZZOLA	7,52
TRANI	10,81
TRINITAPOLI	10,88
PROVINCIA BAT	10,52

La mortalità infantile (morti nel primo anno sul totale dei nati vivi) è un'importante misura riassuntiva della salute di una popolazione. All'evidente forte tendenza al decremento dei tassi si accompagna un dato tuttora non incoraggiante, che pone le nostre zone fra quelle in cui il fenomeno è ancora più frequente della media nazionale e molto lontano, addirittura superiore al doppio, di quello registrato in aree del Nord Italia.

La mortalità è un tradizionale indicatore dei bisogni di una popolazione. Nel Meridione in generale il tasso grezzo di mortalità è più basso del dato medio nazionale, essendo condizionato dalla maggiore prevalenza di giovani in questa parte del territorio nazionale. La nuova provincia BAT ha in questo caso quasi un primato con un valore (7.96 ‰) ai limiti inferiori del range nazionale. Anche per la mortalità emergono differenze di non secondaria importanza fra i diversi ambiti comunali che dovranno essere oggetto di separati approfondimenti.

Comune	Mortalità (*1000)
ANDRIA	7,48
BARLETTA	6,76
BISCEGLIE	8,39
CANOSA DI PUGLIA	8,44
MARGHERITA DI SAVOIA	9,96
MINERVINO MURGE	10,75
SAN FERDINANDO	9,47
SPINAZZOLA	9,34
TRANI	8,95
TRINITAPOLI	9,35
PROVINCIA BAT	7,96

Altro tradizionale indicatore sanitario complessivo della salute di un territorio è la speranza di vita. L'attesa di vita alla nascita è andata progressivamente aumentando in tutti i Paesi sviluppati e si colloca nel 2004 in Puglia poco al di sotto dei 79 anni nei maschi e poco oltre gli 84 anni nelle donne. La salute complessiva del nostro territorio appare sovrapponibile al dato complessivo nazionale e in costante miglioramento. L'impegno è quello di continuare questo trend e di aggiungere qualità al progressivo allungamento della vita.

Consumi di prestazioni ospedaliere

La prima tabella riepiloga il numero dei ricoveri erogati dai Presidi dell'ASL BAT nell'anno 2007, espressi per presidio e modalità di ricovero.

NUMERO DI RICOVERI						
EROGATORI BAT	Day-Hospital	%	Ordinario	%	Totale	%
CASA DIVINA PROVVIDENZA BISCEGLIE		0,00%	2.446	100,00%	2.446	4,18%
OSP. TRANI-BISCEGLIE	5.555	30,91%	12.414	69,09%	17.969	30,69%
OSP. CANOSA MINERVINO SPINAZZOLA	1.389	15,34%	7.667	84,66%	9.056	15,47%
OSP. ANDRIA	2.903	23,67%	9.364	76,33%	12.267	20,95%
OSP. BARLETTA	3.359	19,98%	13.456	80,02%	16.815	28,72%
Totali ASL BAT	13.206	22,55%	45.347	100,00%	58.553	100,00%

Fonte: Dati SVIM 2008

Tabella 1: Ricoveri erogati in degenza ordinaria e day-hospital nel 2008 nei presidi della ASIT

In totale nella BAT sono stati maturati 58.553 ricoveri ospedalieri. Nel 2007 il presidio con il maggior numero di ricoveri è quello di Barletta.

Si deve poi considerare che il numero di questi ricoveri si riferisce alle prestazioni rese sia a favore di cittadini residenti nella ASL (n. 49.853), sia a favore di cittadini non residenti nella ASL (n. 8.700, corrispondenti alla mobilità cosiddetta attiva).

La seconda tabella riepiloga il valore dei ricoveri erogati dai Presidi dell' ASL BAT nell'anno 2007.

IMPORTO RICOVERI						
EROGATORI BAT	Day-Hospital	%	Ordinario	%	Totale	%
CASA DIVINA PROVVIDENZA BISCEGLIE		0,00%	€ 9.921.764	100,%	€ 9.921.764	7,75%
OSP. TRANI-BISCEGLIE	€ 2.915.691	8,60%	€ 30.982.713	91,40%	€ 33.898.404	26,48%
OSP. CANOSA MINERVINO SPINAZZOLA	€ 1.384.278	7,55%	€ 16.946.418	92,45%	€ 18.330.696	14,32%
OSP. ANDRIA	€ 3.071.064	10,26%	€ 26.851.063	89,74%	€ 29.922.126	23,37%
OSP. BARLETTA	€ 2.881.796	8,01%	€ 33.077.842	91,99%	€ 35.959.638	28,09%
Totali ASL BAT	€ 10.252.829	8,01%	€ 117.779.800	91,99%	€ 128.032.629	100%

Fonte: Dati SVIM 2008

Tabella 2: Importo dei ricoveri erogati in degenza ordinaria e day-hospital nel 2008 nei presidi della ASL EL BAT

La terza tabella è riferita al numero di ricoveri effettuati nel 2007 dai residenti nella ASL.

COMUNE DI RESIDENZA	NUMERO RICOVERI				
	D-H	%	ORDINARI	%	TOTALE
Andria	3.327	19,02%	14.162	80,98%	17.489
Barletta	4.379	22,10%	15.438	77,90%	19.817
Bisceglie	3.143	25,41%	9.228	74,59%	12.371
Canosa di Puglia	1.255	16,56%	6.324	83,44%	7.579
Margherita di Savoia	637	22,03%	2.254	77,97%	2.891
Minervino Murge	420	19,36%	1.749	80,64%	2.169
San Ferdinando	637	18,29%	2.845	81,71%	3.482
Spinazzola	715	31,30%	1.569	68,70%	2.284
Trani	3.004	25,44%	8.803	74,56%	11.807
Trinitapoli	587	17,43%	2.780	82,57%	3.367
Totali ASL BAT	18.104		65.152		83.256

Fonte: Dati SVIM 2007

Tabella 3: Ricoveri effettuati dai residenti nei comuni della ASL BAT nel 2007 in degenza

ordinaria e day-hospital

La quarta tabella riepiloga il valore dei ricoveri effettuati nel 2007 dai residenti nella ASL.

COMUNE DI RESIDENZA	D-H	%	ORDINARI	%	TOTALE
Andria	€ 3.396.387,57	7,45%	€ 42.186.286,08	92,55%	€ 45.582.673,65
Barletta	€ 3.923.112,09	8,17%	€ 44.097.413,43	91,83%	€ 48.020.525,52
Bisceglie	€ 1.978.062,65	6,61%	€ 27.947.100,87	93,39%	€ 29.925.163,52
Canosa di Puglia	€ 1.189.830,05	6,46%	€ 17.228.089,29	93,54%	€ 18.417.919,34
Margherita di Savoia	€ 575.604,85	7,54%	€ 7.060.997,74	92,46%	€ 7.636.602,59
Minervino Murge	€ 386.374,16	6,97%	€ 5.157.849,35	93,03%	€ 5.544.223,51
San Ferdinando	€ 568.738,65	6,35%	€ 8.384.535,14	93,65%	€ 8.953.273,79
Spinazzola	€ 448.820,26	9,50%	€ 4.277.652,14	90,50%	€ 4.726.472,40
Trani	€ 2.191.743,27	8,10%	€ 24.851.138,46	91,90%	€ 27.042.881,73
Trinitapoli	€ 551.252,29	6,51%	€ 7.922.904,80	93,49%	€ 8.474.157,09
Totali ASL BAT	€ 15.209.925,84	7,44%	€ 189.113.967,30	92,56%	€ 204.323.893,14

Fonte: Dati SVIM 2007

Tabella 4: Importo dei ricoveri effettuati dai residenti nei comuni della ASL BAT nel 2007 in degenza ordinaria e day-hospital

I residenti nell'ASL BAT nel 2007 hanno maturato complessivamente n. 83.256 episodi di ricoveri ospedalieri.

Le cifre riportate in questa e nella precedente tabella danno idea della quantità di prestazioni che sono in gioco, sia come offerta da parte degli erogatori che come consumi richiesti dalla popolazione residente.

Si deve inoltre considerare che circa 8.700 ricoveri erogati dai presidi della ASL riguardano pazienti non residenti. L'intero ammontare delle prestazioni ospedaliere richieste dai residenti nella ASL fuori dal territorio di riferimento raggiunge quindi la ragguardevole cifra di 33.403 ricoveri.

Una parte almeno di questi ricoveri si sarebbe potuta effettuare all'interno dei presidi della ASL, il cui tasso di utilizzazione dei posti letto (tabella 5) indica la possibilità di erogare in un maggior numero di ricoveri.

Ospedale	gg. Degenza	P.L.	Tasso occupazione p.l.
Andria	55.079	150,8	100,07%
Canosa-inervino-Spinazzola	42.503	162	71,88%
Barletta	64.706	233	76,08%
Trani	29.436	93	86,72%
Bisceglie	44.105	136	88,85%
BAT	235.829	774,8	83,39%

Dati 2008

Il tasso di ospedalizzazione supera il 197 ‰. Di questo solo il 60% è rappresentato da prestazioni rese dai presidi ospedalieri interni della ASL. Poco oltre il 30% dei ricoveri dei residenti avviene emigrando all'interno della regione e circa 1 volta su 10 emigrando fuori Regione.

Il ricorso all'ospedale è ancora molto elevato rispetto ai parametri fissati a livello nazionale (160 per mille). Tale tasso è particolarmente elevato nei comuni in cui non c'è presidio ospedaliero, oppure dove esso è stato depotenziato. Ciò dimostra che si deve realizzare un'alternativa territoriale all'ospedale.

Passando alla mobilità passiva della nostra ASL, uno studio particolareggiato permette di conoscere meglio la domanda di prestazioni dei nostri assistiti, in questo caso di ricoveri ospedalieri ordinari, le carenze del nostro sistema in termini di mancanza di specifici servizi o reparti, la scarsa attrazione di alcuni settori, le attività che bisogna sviluppare sia attraverso un supporto di professionalità o di tecnologie sia attraverso la loro istituzione ex novo .

I dati più recenti disponibili per l'analisi sono quelli del 2007 e sono stati estratti dal Servizio Informativo Direzionale della Regione Puglia ed analizzati dal nostro Ufficio Controllo di Gestione (UCG).

Nel 2007 sono stati consumati dai cittadini residenti nella BAT 83.256 ricoveri ospedalieri di cui 50.972 nei presidi ospedalieri della ASL, 25.403 in strutture sanitarie di altre ASL della Regione Puglia e 6.926 in strutture sanitarie al di fuori della Regione.

I ricoveri consumati al di fuori dell'ASL hanno prodotto un costo di € 96.885.263, di cui 23.273.146 per mobilità extraregionale, costo che rappresenta una perdita netta dalle assegnazioni che la Regione destina al nostro sistema sanitario aziendale. Anche per questa ragione lo studio della tipologia delle prestazioni e delle cause della mobilità passiva costituisce un necessario esercizio per una razionalizzazione della spesa. I dati

proposti sono stati approfonditi per diagnosi di dimissione e per categorie principali di malattia.

Qui si riportano, degli oltre 33.000 ricoveri consumati al di fuori della ASL, in ordine decrescente di numerosità le principali diagnosi riportate nelle schede di dimissione ospedaliera. Si tratta di un dettaglio relativo ai ricoveri con oltre 400 eventi.

DESCRIZIONE-DRG	Extra	Intra	Totali
chemioterapia	205	940	1145
interventi sul cristallino	256	780	1036
Aborto	41	623	664
cateterismo cardiaco		614	614
interventi su utero non per neoplasie	71	472	543
neonato sano	24	508	532
interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	190	311	501
interventi su ginocchio	165	316	481
parto cesareo	15	421	436
interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea		430	430
disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	30	393	423
parto vaginale	22	392	414

L'analisi si è poi spostata sui cittadini residenti nei singoli comuni, dove sono state analizzate le prime dieci categorie diagnostiche principali in ordine decrescente di numerosità, in riferimento all'anno 2007.

Accanto a ciascuna categoria è stata indicata la frequenza percentuale per ciascuna categoria, cioè la percentuale di ricoveri, sul totale dei ricoveri, afferenti a quella categoria diagnostica principale.

Comune di Andria

MDC		N. Ricoveri	%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2905	16,61%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	2737	15,65%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2202	12,59%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	1799	10,29%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1344	7,68%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1326	7,58%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1235	7,06%
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	1467	8,39%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	1081	6,18%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	1060	6,06%
		17489	100,00%

Comune di Barletta

MDC		N. Ricoveri	%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	3799	19,17%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	3458	17,45%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1860	9,39%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	1816	9,16%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	1551	7,83%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	1738	8,77%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	1220	6,16%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	1232	6,22%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1167	5,89%
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	1103	5,57%
		19817	100,00%

Comune di Trani

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	1541	13,05%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1247	10,56%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1141	9,66%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	920	7,79%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	747	6,33%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	640	5,42%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	631	5,34%
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	619	5,24%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	593	5,02%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	562	4,76%
		11807	100,00%

Comune di Bisceglie

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	1989	16,08%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1122	9,07%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	986	7,97%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	903	7,30%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	876	7,08%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	726	5,87%
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	722	5,84%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	702	5,67%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	601	4,86%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	579	4,68%
		12371	100,00%

Comune di Canosa

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	1524	20,11%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	1100	14,51%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	847	11,18%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	712	9,39%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	600	7,92%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	493	6,50%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	532	7,02%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	442	5,83%
3	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	440	5,81%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	376	4,96%
		7579	100,00%

Comune di Margherita di Savoia

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	391	13,52%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	373	12,90%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	221	7,64%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	206	7,13%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	201	6,95%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	170	5,88%
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	145	5,02%
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	128	4,43%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	125	4,32%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	122	4,22%
		2891	100,00%

Comune di Trinitapoli

MDC		N. Ricoveri	%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	438	13,01%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	376	11,17%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	295	8,76%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	259	7,69%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	235	6,98%
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	196	5,82%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	186	5,52%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	186	5,52%
15	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	164	4,87%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	149	4,43%
		3367	100,00%

Comune di San Ferdinando di Puglia

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	477	5,63%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	409	4,83%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	304	3,59%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	284	3,35%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	258	3,05%
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	257	3,04%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	181	2,14%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	155	1,83%
9	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	148	1,75%
11	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	141	1,67%
		8465	100,00%

Comune di Minervino Murge

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	404	17,69%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	199	8,71%
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	176	7,71%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	147	6,44%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	144	6,30%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	141	6,17%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	124	5,43%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	120	5,25%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	94	4,12%
19	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	89	3,90%
		2284	100,00%

Comune di Spinazzola

MDC		N. Ricoveri	%
5	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	329	15,17%
8	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	269	12,40%
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	179	8,25%
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	138	6,36%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	137	6,32%
6	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	135	6,22%
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	111	5,12%
7	MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	106	4,89%
10	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	94	4,33%
17	MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZIATE	87	4,01%
		2169	100,00%

Si è poi approfondita l'analisi sui ricoveri ospedalieri erogati nell'anno 2007 ai residenti della ASL BAT, tenendo conto dei seguenti criteri:

- principali categorie diagnostiche (primi dieci DRG per singola categoria);
- struttura di erogazione (Ospedale, Comune, Regione);

- ricoveri in autoconsumo (quelli cioè erogati da strutture della ASL stessa), in mobilità infraregionale (cioè quei ricoveri effettuati in strutture della Regione Puglia, ma non della ASL BAT), in mobilità extraregionale (ricoveri effettuati in altre regioni d'Italia).

I dati qui sinteticamente presentati inducono ad alcune considerazioni:

- a) il ricorso da parte dei residenti nella BAT a strutture sanitarie situate al di fuori della ASL è un fenomeno di notevoli dimensioni, anche nei comuni sede di ospedale, pur dotati di numerose specialità;
- b) la mobilità passiva riguarda in larga parte prestazioni che possono essere già oggi erogate all'interno delle strutture sanitarie della ASL;
- c) le malattie cardiocircolatorie e le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico sono tra le prime 4 cause di ricovero in 8 su 10 comuni;
- d) le malattie del sistema nervoso sono tra le prime quattro cause di ricovero in 6 su 10 comuni;
- e) le malattie dell'apparato respiratorio e quelle dell'occhio sono tra le prime 4 cause di ricovero rispettivamente in 3 comuni su dieci;
- f) tra i primi quattro ricoveri risultano quelli per la gravidanza e il parto nei comuni di Trani e Minervino;
- g) tra i ricoveri consumati al di fuori della ASL spiccano per numerosità quelli per chemioterapia antitumorale e per interventi sul cristallino;
- h) i valori più bassi di autoconsumo si riscontrano nel Distretto n. 1 (Margherita, Trinitapoli, San Ferdinando), forse per la tradizionale tendenza a fare riferimento ad ospedali del versante foggiano;
- i) è di chiara evidenza la carenza di una struttura oncologica attraente, dal momento che il consumo di ricoveri per chemioterapia antineoplastica all'interno della ASL varia dall'8% al 35% del consumo totale. Da qui la indiscutibile indicazione per l'attivazione di una unità operativa complessa di Oncologia medica.

3. Analisi dei bisogni

Il Piano Regionale della Salute (P.S.R.) 2008-2010 ha posto come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione pugliese nella compatibilità delle risorse disponibili unitamente ad obiettivi di innovazione del sistema.

La salute, intesa non solo come assenza di malattia, ma come condizione di benessere psicofisico complessivo, è il risultato di diversi fattori, alcuni non modificabili, quali l'età e il sesso, altri suscettibili di intervento.

La promozione della salute, però, mira soprattutto all'eguaglianza nella fruizione delle prestazioni di salute.

I suoi interventi si prefiggono di ridurre le differenze evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a ciascuno eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute.

Questo significa garantire a tutti un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute.

In questa logica non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare i fattori che la determinano.

Il P.S.R. 2008-2010 classifica i fattori modificabili, molteplici e spesso dinamicamente in reciproca interazione, in:

- socio-economici: condizione economica, condizione occupazionale, condizione sociale;
- ambientali: qualità dell'aria, delle acque, degli alimenti, dell'abitato, contesto socio-culturale;
- stili di vita: alimentazione, attività fisica, dipendenze, attività sessuale, uso/abuso di farmaci, tempo libero;
- accesso ai servizi: istruzione, assistenza sanitaria, servizi sociali, trasporti.

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo personale, sociale ed economico e costituisce l'aspetto fondamentale della qualità della vita.

Il monolitismo su cui si basavano le modalità di cura, affidandosi in modo prevalente all'assistenza erogata all'interno degli ospedali, comincia a cambiare.

Vi è una maggiore articolazione dell'offerta che si organizza in modalità più adeguate alle esigenze delle persone portatrici dei bisogni.

Gli ospedali si scompongono e si sviluppano in nuove tipologie di servizi: il day hospital, il day surgery, il day service, le strutture orientate alla riabilitazione, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Comincia anche a svilupparsi in modo deciso l'assistenza territoriale, con l'associazionismo dei medici di medicina generale, con l'assistenza domiciliare integrata e con la diffusione delle cure palliative.

E' necessario, allora, rendersi conto, che il processo di "territorializzazione" della medicina è inarrestabile.

Appare del tutto evidente come ampiamente dimostrato dagli studi e dall'esperienza, che i benefici maggiori si ottengono con investimenti nella promozione della salute, nella prevenzione delle malattie e nell'assistenza sanitaria di base.

Lo sviluppo di una medicina ad elevato contenuto tecnologico, a fronte di investimenti notevoli, produce benefici ridotti.

Questa impostazione è totalmente in linea con il "Piano Regionale della Salute 2008 - 2010", il quale tra i principi fondanti pone "la centralità del territorio" e "l'attenzione ai più deboli", tenendo in debito conto le fragilità di carattere psicofisico, economico, culturale, sociale, ambientale".

In quest'ottica il ruolo del Distretto Socio-Sanitario (DSS) è centrale.

Il compito istituzionale del Distretto è la presa in carico globale della domanda socio-sanitaria e nei fatti deve essere la vera cabina di regia delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Assicura, così, la continuità delle cure nei vari setting (domicilio, ospedale, servizi territoriali), accompagnando il paziente in tutto il suo percorso.

Diventa protagonista nell'elaborazione e nell'implementazione dei Piani Sociali di Zona, cura i rapporti con il Servizio delle Cure Primarie e i Dipartimenti funzionali e strutturali della ASL.

Siamo di fronte ad un compito enorme, talora difficoltoso a realizzarsi a ragione delle limitate risorse a disposizione.

Per troppo tempo il DSS, nell'organizzazione sanitaria attuale, è stato considerato come una struttura subalterna a quella ospedaliera. Fortunatamente questa mentalità sta cambiando, ma più lentamente del necessario.

L'impegno di questa ASL è di potenziare la struttura del Distretto attraverso un'adeguata dotazione di personale e di risorse economiche. L'obiettivo è rendere funzionanti i Distretti 12 ore al giorno e per sei giorni la settimana.

Concordiamo pienamente con il Piano Regionale della Salute nel quale si afferma che "il modello organizzativo del Distretto deve essere in grado di assicurare l'integrazione ospedale-territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria partendo dal suo nucleo fondamentale, il medico di medicina generale".

3.1 Le fragilità

L'attenzione di questa Azienda è fortemente orientata al potenziamento di quei servizi territoriali che ancora oggi sono strutturalmente e funzionalmente deboli, alla pari dei loro utenti.

Ci riferiamo ai servizi per i malati mentali, per i tossicodipendenti, per i diversamente abili, per gli anziani, per i detenuti, per gli immigrati, ai servizi per le donne.

L'organizzazione sanitaria, fino a poco tempo fa prevalentemente incentrata sull'ospedale, ne ha quasi rimosso la loro presenza, considerandola residuale.

Sostenendo, nei fatti, la scarsa importanza dei servizi a loro dedicati, ci si difende dalle diversità che ci inquieta: se sono poco visibili non si deve porsi il problema di dare risposte dignitose, rispettose di una condizione umana che non rientra nella normalità, nell'idea di una società ripulita dalle scorie.

Invece è necessario rilanciare il concetto di "diversità" come ricchezza e non come disuguaglianza.

Dobbiamo riconoscere nel disabile (nell'accezione più ampia del termine) la nostra fragilità. Imparare a rispettare il disabile significa preservare, nel tempo, la stima di sé stessi, poiché tutti siamo a rischio di disabilità (basti pensare alla vecchiaia).

La disabilità va quindi accolta, supportata, compresa nella sua universalità, nelle sue forme più nascoste e in quelle più visibili. Viviamo in un modo che ha la pretesa onnipotente di superare ogni limite, di costruire il delirio di oltrepassare quello della morte. La disabilità ci richiama alla nostra finitezza e ridimensiona la nostra superbia.

3.2 Le malattie croniche

I servizi territoriali si occupano prevalentemente di malattie croniche.

Secondo alcune stime le malattie croniche assorbono circa il 70% dei costi dei servizi sanitari, sfatando in parte il mito delle conquiste straordinarie della medicina. Ma nonostante i notevoli progressi scientifici non riusciamo ancora a sconfiggerle.

L'ammalato cronico, infatti, non ha bisogno solo di farmaci o interventi una tantum, come l'ammalato acuto. Necessita di essere sorretto, seguito passo passo, incoraggiato. Le implicazioni di natura psicologica e sociale sono evidenti.

E' necessario, allora, per affrontare le problematiche connesse alla cronicità, mettere insieme saperi diversi, superando una tendenza ormai diffusa della medicina: quella della iperspecializzazione e della separazione delle competenze.

Acquista senso, così, la costituzione di équipes territoriali multidisciplinari, di professionisti che lavorano insieme nello stesso luogo.

Nella proposta della nostra ASL questo luogo ha tutte le caratteristiche della "casa della salute".

Abbiamo in programma di realizzare due "case della salute" nella nostra ASL, utilizzando i finanziamenti dei Fondi Europei già disponibili per la Regione Puglia.

Allo stesso modo il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), inclusa l'assistenza domiciliare per i pazienti oncologici, va nella direzione di assicurare un sostegno continuativo a chi necessita di lungoassistenza.

L'ADI inoltre offre la possibilità di evitare prolungate istituzionalizzazioni in strutture residenziali come le RSA, le Case Protette o, perfino, in maniera impropria, in ospedale.

Sappiamo, infatti, sia dall'esperienza sia da ricerche sul campo, che in queste strutture, a prescindere dalla buona volontà degli operatori, si riproducono gli stessi meccanismi di mortificazione della dignità e della privacy tipici delle istituzioni totali, come carcere e manicomio.

Orari rigidi, scarsa personalizzazione degli spazi di vita, regole inflessibili della struttura, oggettivazione della sofferenza sono spesso frequenti nelle strutture "normali" di ricovero (inclusi gli ospedali generali).

Le esigenze soggettive dei pazienti sono ignorate, in nome di una pratica disciplinare dell'istituzione. Per questo può essere "normale" che in un ospedale si possa cenare alle ore 17, che un infermiere maschio possa denudare una paziente per cambiarne gli indumenti, che un malato non cosciente possa essere legato a letto: corpi assoggettati a regole estranee all'individuo.

Il potere disciplinare dell'ospedale, come ogni altro potere disciplinare, obbliga l'individuo ad una condizione permanente di visibilità. Il paziente è continuamente osservato, ispezionato con annotazioni e registrazioni continue. La sua soggettività scompare poiché cancellata dalla scienza medica tesa a far coincidere i sintomi con la diagnosi e, dunque, con la malattia.

Prendere coscienza di questi dispositivi (l'insieme di azioni atte ad imporre una regola), rompere con una routine, troppo spesso data per scontata, deve diventare un imperativo categorico ed un obiettivo strategico per gli operatori di questa ASL.

3.3 La popolazione immigrata

Particolare attenzione va dedicata alla tutela della salute delle popolazioni migranti.

La Regione Puglia ha emanato specifici provvedimenti in materia, in contrasto con diversi e non condivisi provvedimenti nazionali che possono creare importanti problemi sanitari anche per i residenti di nazionalità italiana.

Bisognerà, invece, favorire e potenziare l'interazione delle persone immigrate con i servizi socio-sanitari e gli operatori e rimuovere gli ostacoli all'accesso dei servizi sanitari, tenendo in conto le differenze culturali di provenienza degli immigrati.

Quale che sia il patrimonio di salute iniziale del migrante, esso viene più o meno rapidamente minato da una serie di fattori di rischio legati alle generali condizioni di vita.

Il PRS 2008-2010 ha stabilito che nel triennio nelle ASL, e nei rispettivi distretti sanitari, devono essere assicurati, anche per tale fascia di popolazione, livelli essenziali di copertura delle prestazioni.

Pertanto, la progettualità che s'intende mettere in campo si pone l'obiettivo di valorizzare l'inclusione sociale degli immigrati, anche attraverso una politica di tutela della salute volta ad attuare una piena parità degli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

La promozione e il mantenimento della salute pubblica, come attività di prevenzione delle malattie, si assicura anche con il mantenimento dello stato di salute degli stranieri immigrati, anche irregolari.

Un'area di particolare attenzione è quella comprendente la salute della donna e del bambino, quella occupazionale e quella delle malattie infettive. Molto preoccupante, ad esempio, è l'elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza (I.V.G.) fra le donne in età fertile, con un tasso superiore di circa 3 volte quello rilevato nelle donne italiane. Per questo motivo un'azione peculiare concerne l'organizzazione di una offerta di assistenza volta a favorire gli interventi di natura preventiva, la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

Nei dettagli s'intende promuovere un'attività d'informazione e orientamento, fornendo un supporto per la creazione nella ASL di servizi informativi socio-sanitari transculturali, che

operino anche nei Pronto Soccorso, con mediatori culturali in grado di interpretare anche linguisticamente i bisogni degli immigrati, specie nella fase di accesso ai servizi.

Saranno predisposti programmi di formazione degli operatori sanitari in ordine alle problematiche emergenti dai bisogni di salute espressi da queste nuove fasce di popolazione.

Riprendendo e rilanciando quanto già previsto dal PAL 2007-2009, saranno individuate strutture per la lunga degenza per immigrati, regolari e non, senza fissa dimora, affetti da patologie infettive per i quali la precoce dimissione dalla struttura ospedaliera non permette il recupero della salute a causa della mancanza di luoghi salubri dove poter soggiornare per favorirne il ristabilimento.

Sarà potenziata l'attività di ricerca rivolta alla rilevazione dei bisogni di salute di tali fasce marginali della popolazione. Si tratta di indurre l'utenza ad attuare comportamenti protettivi per la salute e a massimizzare l'orientamento ai servizi esistenti, in particolare attraverso la produzione di materiale informativo ad hoc, l'adeguamento della Carta dei Servizi Aziendali, l'organizzazione e la gestione degli Uffici Relazione con il Pubblico (URP) prevedendo l'utilizzo di personale in grado di dare informazioni nelle principali lingue di uso internazionale.

In tutte le attività sarà sempre ricercato il coordinamento e la collaborazione con i soggetti istituzionali e quelli privati impegnati nel sociale a favore dei soggetti senza dimora e dei nomadi.

3.4 L'assistenza sanitaria carceraria

La Regione Puglia ha recentemente recepito, con la deliberazione 23 settembre 2008 n.1747, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria".

Tale riforma, complessa e difficile, porta nelle carceri italiane l'impostazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e consente alle regioni e agli enti locali di assumere competenze e responsabilità per la salute dei detenuti.

Ma il trasferimento delle competenze è solo l'inizio del riordino della medicina penitenziaria, cui debbono seguire, da parte dello Stato, trasferimenti di congrue risorse finanziarie e, da parte delle Regioni, modelli organizzativi che consentano di armonizzare

la compresenza nel carcere di due ordinamenti distinti, quello penitenziario e quello sanitario.

L'obiettivo della ASL BAT è quello di favorire una progressiva, necessaria e funzionale condivisione di conoscenze, procedure e accordi, secondo le modalità in parte previste nelle Linee di indirizzo allegate al DPCM stesso ed in parte sulla base dei fabbisogni emergenti.

La complessa riforma della Sanità penitenziaria infatti, porta con sé il bisogno di una contaminazione progressiva e consapevole, basata sulla collaborazione tra il Ministero della Giustizia, che mantiene le competenze della sicurezza e del trattamento, e le Regioni che assumono direttamente le competenze della tutela della salute, con pari dignità, autonomia e reciproco rispetto, ma anche il bisogno di un percorso più omogeneo e snello tra le Regioni stesse, in modo da garantire al contempo la reale e concreta tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati.

Il modello organizzativo adottato dalla ASL BAT si configura come coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione presso le strutture penitenziarie del proprio territorio. Ma, prima di tutto, si propone di operare avendo come linea guida l'assoluta eguaglianza fra cittadino libero e cittadino in regime di detenzione nel godimento del diritto alle prestazioni sanitarie.

L'area territoriale è caratterizzata dalla presenza di tre Istituti Penitenziari:

- Casa Circondariale di Trani, che attualmente ospita circa 190 detenuti ed ha un tasso di capienza tollerabile massima di 270 detenuti;
- Casa di Reclusione Femminile di Trani, che attualmente ospita 16 detenute e ha un tasso di capienza tollerabile massima di 62 detenute;
- Istituto Penitenziario di Spinazzola, con una presenza attuale di 27 detenuti (per reati a sfondo sessuale) ed un tasso di capienza tollerabile massima di 68 posti letto.

Per poter garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), pur dovendo affrontare le problematiche connesse alle differenti tipologie di detenuti, oggi assicurati puntualmente e prevalentemente dai Distretti Socio Sanitari di competenza, la ASL BAT sta avviando un percorso operativo volto all'intervento in diversi campi:

- assistenza primaria di base ed emergenze;
- regole di accoglienza per detenuti nuovi giunti;
- erogazione di prestazioni specialistiche e risposta alle urgenze;

- prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche e per la salute mentale;
- tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e per la loro prole;
- tutela della salute delle persone immigrate.

In conseguenza dell'incremento negli ultimi mesi del numero dei detenuti presenti nella struttura maschile di Trani, per la perdita graduale dell'effetto dell'indulto, la ASL sta valutando la possibilità di istituire una idonea struttura complessa, con autonomia organizzativa ed amministrativa ed eventualmente con proprio personale, che garantisca la fruibilità dei LEA.

3.5 La promozione della salute collettiva

La prevenzione, è ben noto, per troppo tempo è stata una "cenerentola" del nostro sistema sanitario, forse perché le attività di prevenzione, i cui risultati sono visibili solo nel lungo periodo, non pagano in termini di consenso, forse perché gli interessi economici che ruotano intorno agli ospedali tagliano via gli investimenti per la promozione della salute collettiva, o per altre e diverse motivazioni.

Il PSR 2009-E' ora di cambiare decisamente rotta.

Abbiamo tutti gli strumenti normativi per poter agire. Il Piano Regionale della Salute contiene delle indicazioni molto avanzate in tema di prevenzione. Più precisamente si afferma: "I Dipartimenti di Prevenzione riconoscono nei Distretti il luogo dell'integrazione e della condivisione dei programmi, proprio in quanto il Distretto – espressione dell'assistenza primaria- costituisce lo snodo dell'integrazione sociosanitaria, come è opportuno che accada ad esempio, nell'organizzazione delle campagne di screening con l'obiettivo di garantire l'accesso ai servizi di diagnosi precoce a tutti i soggetti delle fasce d'età a rischio".

Non si può sottacere, tuttavia, che salubrità dell'ambiente e corretti stili di vita siano alla base della prevenzione di molte malattie. E' del tutto evidente, pertanto, che un'azione di prevenzione a largo raggio deve vedere coinvolti molti soggetti istituzionali e non soltanto il sistema sanitario.

ATTUALE DISTRIBUZIONE TERRITORIALE SERVIZI MEDICI E VETERINARI

Distretto n.1			Distretto n.2			Distretto n.3	Distretto n.4	Distretto n.5	
Margherita	Trinitapoli	S.Ferdinando	Canosa	Minervino	Spinazzola	Andria	Barletta	Trani	Bisceglie
SERVIZIO DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA									
X	x	x	x	X	x	x	x	x	x
SERVIZIO DI PREVENZIONE SUI LUOGHI DI LAVORO									
						x	x		
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE									
						x	x	x	x
SERVIZIO VETERINARIO AREA SANITA' ANIMALE									
			x		x	x	x	x	
SERVIZIO VETERINARIO AREA IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE									
*			x			x	x	x	x
SERVIZIO VETERINARIO AREA IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE (servizio centralizzato con due *sportelli per l'utenza presso gli uff. veterinari già esistenti)									
						x	*	*	
COMMISSIONI INVALIDI CIVILI									
	x		x			x	x	x	x

3.6 Lo sviluppo delle attività di prevenzione**AREA MEDICA****Igiene e Sanità Pubblica:**

Oltre all'attività istituzionale, le risorse saranno orientate prevalentemente allo svolgimento delle seguenti azioni:

- supporto ai Comuni nelle scelte di programmazione e pianificazione dell'uso del territorio, in relazione a determinanti di rischio ambientali quali inquinamento atmosferico da impianti fissi e da traffico veicolare, campi elettromagnetici e rumore;
- informazione e sensibilizzazione sui rischi per la salute e la sicurezza negli ambienti confinati;
- sorveglianza e controllo delle malattie infettive emergenti e riemergenti;
- sorveglianza e controllo della tubercolosi nei suoi aspetti di prevenzione, diagnosi e cura;
- ulteriore potenziamento delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative nell'adulto e nell'anziano con particolare riferimento alla campagna di vaccinazione antinfluenzale;
- partecipazione alla realizzazione dei progetti UAP;

Medicina Legale

- I tempi di attesa per l'accertamento dello stato di invalidità civile, cecità, sordomutismo ed handicap devono essere costantemente mantenuti sotto i 3 mesi, e, nel caso, anche ridotti.
- Saranno rispettate le procedure e i tempi stabiliti dalla regione in materia di indennizzi in favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile, a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.
- Saranno contenuti i tempi di attesa per l'accertamento ai fini del collocamento mirato al lavoro delle persone disabili entro 60 giorni dalla richiesta e sarà garantito che almeno il 70% delle visite avvenga entro 30 giorni.

Sicurezza alimentare e nutrizionale

I più recenti provvedimenti legislativi conseguenti al recepimento di direttive comunitarie, hanno introdotto importanti innovazioni culturali, tecnico scientifiche, procedurali ed organizzative, che hanno comportano la necessità di adeguamenti coerenti nelle attività di controllo.

L'innovazione costituita dall'autocontrollo, quale significativa responsabilizzazione del produttore in materia, ha costituito l'occasione per riconsiderare il ruolo delle strutture pubbliche deputate al controllo ufficiale dei prodotti alimentari. In tale prospettiva le strutture dipartimentali addette al controllo sono chiamate a garantire sinergia di comportamenti con i produttori per perseguire lo scopo della tutela dei consumatori:

- saranno condotte campagne informative dei cittadini, anche attraverso lo sportello della prevenzione, e di educazione sanitaria in tema di sicurezza ed igiene degli alimenti e per la promozione di corrette abitudini alimentari, in sinergia con i rappresentanti dei consumatori;
- sarà messo a punto un programma di interventi mirati soprattutto al comparto ristorazione collettiva, al fine di verificare la qualità nutrizionale degli alimenti offerti.

Sicurezza sui Luoghi di Lavoro

- saranno attuati piani di intervento mirati ai settori lavorativi a maggior rischio infortunistico e tecnopatico, individuati a livello locale (edilizia, legno, metalmeccanica, agricoltura). Nei piani saranno dichiarati gli obiettivi da perseguire, i tempi di realizzazione, le azioni necessarie e gli indicatori da utilizzare nella verifica del raggiungimento dei risultati attesi;

- saranno realizzate iniziative formative a supporto degli operatori dell'area di tutela della salute in ambienti di lavoro, al fine di rendere possibile l'aggiornamento degli strumenti e delle metodologie di lavoro, in relazione alle modificazioni intervenute nel contesto sociale e normativo;
- sarà incrementato il livello qualitativo degli interventi di vigilanza, attraverso una selezione delle imprese e degli interventi, in funzione della natura e della densità del rischio infortunistico e/o tecnopatologico;
- saranno attivate forme di coinvolgimento attivo delle imprese a maggior rischio infortunistico, con la progettazione di iniziative di prevenzione primaria mirate alle specifiche condizioni di rischio, ed il concorso delle associazioni imprenditoriali e sindacali rappresentative;
- verrà attivato un tavolo di confronto permanente con le associazioni imprenditoriali e sindacali sui temi della salute e sicurezza del lavoro nei comparti più significativi, al fine di condividere la progettazione e la realizzazione delle strategie di prevenzione più efficaci;
- operando sui rischi lavorativi, verranno condotti studi sul campo di valutazione dell'efficacia, azioni di prevenzione progettate e/o realizzate;
- verranno progettati e realizzati in maniera sistematica interventi di formazione nei confronti dei soggetti che detengono responsabilità in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

AREA VETERINARIA

La Sanità Pubblica Veterinaria, attraverso la propria articolazione in discipline specialistiche (Servizio Veterinario Area Sanità Animale – Servizio Veterinario Area Igiene degli alimenti di origine animale – Servizio Veterinario Area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche), oltre alle proprie attività di mandato, svilupperà la propria attività su alcune direttrici principali, quali ad esempio:

- implementazione dell'anagrafe zootecnica da parte del Servizio Veterinario di Area Sanità Animale attraverso la identificazione elettronica del patrimonio ovi-caprino al fine della identificazione univoca degli animali con l'obiettivo di rendere la nostra Regione ufficialmente indenne da brucellosi;
- definizione di un modello di tracciabilità degli alimenti di o. a. da parte del Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, per poter garantire che un alimento a base di

carne, prelevato in una mensa scolastica, abbia avuto origine da un animale nato e allevato in un allevamento determinato del territorio;

- intensificazione del sistema di vigilanza per il controllo del randagismo, con l'attivazione di campagne di sterilizzazione dei cani randagi (L.R. 26/06) e di sensibilizzazione sull'affidamento di cani randagi e la gestione delle colonie feline;
- attuazione sistemi di controllo per la ricerca dei residui negli alimenti di o. a. e presenza di farmaci utilizzati impropriamente in ambito zootecnico;
- controllo del benessere animale e dell'igiene degli allevamenti.

La nuova politica europea in tema alimentare, adottando linee programmatiche strategicamente volte ad un radicale cambiamento nella politica di controllo degli alimenti, sarà fonte di importanti e significative innovazioni. Il Libro bianco sulla sicurezza alimentare che, come ben noto, assume, quale principio innovatore, l'analisi del rischio per la valutazione, gestione e comunicazione dei problemi di sicurezza alimentare, ha già avuto, nel corso del 2002, una prima regolamentazione mediante l'emanazione del Regolamento (CE) 178/2002 "che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare", introducendo numerosi principi innovatori, quali ad esempio:

- tracciabilità completa degli alimenti "dal campo al piatto";
- libera circolazione di alimenti e di mangimi sicuri sul territorio della Comunità;
- ricerca di un elevato livello di salute e di benessere degli animali;
- informazione ai cittadini.

Scopo principale del Regolamento è quindi stimolare una nuova organizzazione del sistema di controllo ufficiale degli alimenti, attraverso comunque l'applicazione della legislazione alimentare vigente. Come applicazione pratica del Regolamento i nostri Servizi lavoreranno per consentire al consumatore finale di avere garanzie sull'origine e quindi sulla qualità dell'alimentazione degli animali stessi.

4. Il sistema di comunicazione e di informazione

L'esigenza di informazioni espressa dai cittadini-utenti, il bisogno di comunicazione interna presentato dai dipendenti, la trasparenza richiesta dai mezzi di comunicazione di massa e la necessità di esprimere strategie e politiche della Direzione sono i fili conduttori di un apparato di comunicazione e di informazione che si struttura come "sistema". Pensato a supporto della direzione strategica aziendale, il sistema di comunicazione sarà in grado di garantire uno stile unitario e omogeneo su cui improntare gli strumenti e le modalità per veicolare messaggi diretti tanto ai dipendenti quanto ai cittadini, ai portatori di interessi (istituzioni, associazioni), al sistema dei mass-media. Se quindi i destinatari della comunicazione devono essere diversi, e per questo fortemente caratterizzati anche nella domanda, il sistema della comunicazione necessita di un linguaggio unitario, di uno stile che sappia declinarsi sulle necessità dei diversi pubblici senza perdere il proprio profilo ben definito.

La comunicazione in sanità ha un ruolo strategico: le istituzioni sanitarie devono comunicare e informare perché i cittadini-utenti abbiano tutti gli strumenti utili alle loro scelte di salute e siano messi nelle condizioni di sviluppare una relazione di fiducia con le stesse istituzioni.

La capacità dell'Azienda sanitaria di instaurare un dialogo con i destinatari dei servizi offerti contribuisce a definire e a migliorare la qualità complessiva del sistema sanitario. Le attività di informazione e di comunicazione diventano allora elementi di rilevanza strategica nell'ambito del più complesso sistema di programmazione, organizzazione e gestione del servizio sanitario.

Il Piano attuativo locale della ASL BAT recepisce le necessità e i bisogni di comunicazione integrata espressi nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e propone un percorso di crescita e di articolazione del sistema di informazione e comunicazione già esistente.

Il sistema di informazione e di comunicazione della ASL BAT comprenderà allora attività di comunicazione interna e attività di comunicazione esterna, destinata ai cittadini e ai mass-media.

4.1 La comunicazione interna

La comunicazione interna è un importante leva per il cambiamento all'interno di un sistema sanitario caratterizzato da un alto livello di complessità. La Direzione sanitaria avverte sempre di più la necessità di attivare un processo di circolazione interna delle

informazioni relative a servizi, organizzazioni, obiettivi, processi. Gli strumenti che la Direzione della ASL BAT ha scelto per migliorare i processi di comunicazione interna sono:

- Newsletter Bat-Salute: strumento mensile di informazione e di comunicazione, il Bat Salute viene distribuito in busta paga a tutti i dipendenti e viene distribuito nelle principali strutture dalla ASL presenti su tutto il territorio (ospedali, distretti, poliambulatori). Il Bat Salute è uno strumento attraverso il quale la Direzione della ASL rende note ai dipendenti le principali attività e veicola informazioni sui principali processi in atto. Il Bat Salute sarà distribuito in numero maggiore anche negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta;
- Sito internet aziendale: è in corso un importante processo di miglioramento del sito internet aziendale che si concluderà entro i primi sei mesi del 2009. Il nuovo sito internet aziendale sarà uno strumento di comunicazione con il cittadino, con i portatori di interesse ma sarà innanzitutto un'interfaccia per tutti i dipendenti che potranno essere sempre aggiornati sulle attività in atto, sui processi avviati e sulle strategie della Direzione Generale. Il sito internet aziendale continuerà a offrire le principali informazioni necessarie ai cittadini per orientarsi tra i servizi offerti, darà la possibilità di scaricare moduli e domande, permetterà di conoscere nei dettagli i servizi offerti dai distretti socio-sanitari e dai dipartimenti e darà ancora più concretezza alle attività di trasparenza e di semplificazione degli atti amministrativi.

4.2 La comunicazione con il cittadino

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha il compito di praticare le attività di informazione e di comunicazione rivolte direttamente ai cittadini singoli e associati. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha quindi un ruolo relazionale che comporta la gestione delle relazioni interpersonali.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico svolge attività di ascolto del cittadino, veicola informazioni generali sull'organizzazione e sull'attività dell'Azienda Sanitaria, redige la Carta dei servizi, gestisce il disservizio, predispone procedure di valutazione e di customer satisfaction.

Il processo di miglioramento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico porterà ad una articolazione del servizio in tutti i dieci comuni del territorio. Le attività di front office saranno garantite su tutto il territorio attraverso il completamento di un processo di

attivazione di punti di informazione per i cittadini già avviato con la necessaria formazione del personale addetto.

4.3 La comunicazione per la promozione della salute

La comunicazione per la promozione della salute è strutturata per campagne di comunicazione integrate e ha come obiettivi l'adesione dei cittadini alle attività di prevenzione primaria (stili di vita corretti), alle attività di prevenzione secondaria (screening di massa) e alle attività di prevenzione terziaria (protocolli assistenziali delle malattie croniche).

Lo scopo della comunicazione per la promozione della salute sarà allora quello di coinvolgere i cittadini nelle attività di prevenzione sulla scorta delle necessità espresse dal territorio e sulla base delle indicazioni regionali e nazionali. La comunicazione per la promozione della salute prevede anche un dettagliato piano di coinvolgimento delle istituzioni, dalle scuole ai comuni, l'organizzazione di incontri pubblici monotematici, attività di indagine e di valutazione degli stili di vita.

4.4 La comunicazione verso i media

Destinatari privilegiati delle attività di comunicazione prodotte e veicolate dall'Ufficio stampa sono i mezzi di comunicazione di massa (giornali, radio, tv, siti internet).

L'Ufficio stampa si pone in relazione con i cittadini attraverso il mondo dell'informazione. In modo trasparente e obiettivo racconta ciò che accade nel servizio sanitario, quali sono i servizi offerti, quali le novità e le caratteristiche del sistema gestionale.

L'Ufficio stampa rappresenta l'interfaccia tra la Direzione della ASL ed i mezzi di comunicazione di massa. Compito dell'Ufficio stampa è anche quello di gestire le situazioni di crisi.

Il compito dell'Ufficio stampa sarà quello di creare un collegamento sempre più diretto tra i giornali (quotidiani, periodici e di settore), le tv locali e nazionali, i siti internet di informazione e approfondimento per rendere il flusso delle comunicazioni e delle informazioni sempre più agevole e diretto. Il destinatario finale delle comunicazioni è il cittadino. A una apertura sempre meglio definita con il mondo dell'informazione, corrisponderà un sistema sempre più collaudato di conoscenza dei meccanismi interni: il miglioramento del flusso di informazioni interne determina una maggiore apertura dell'azienda verso l'esterno, ma maggiore trasparenza.

I mezzi attraverso i quali l'Ufficio stampa si rivolge ai mezzi di comunicazione di massa sono:

- i comunicati stampa
- le conferenze stampa
- le interviste

4.5 Il Piano di comunicazione e la valutazione della comunicazione

Il processo di miglioramento del sistema di informazione e di comunicazione della ASL BAT passerà attraverso due processi molto importanti.

- la realizzazione di un Piano di comunicazione triennale e annuale che servirà come punto di riferimento per programmare tutte le attività di comunicazione interna ed esterna. Il Piano di comunicazione essere realizzato sulla base della più complessa strategia dell'Ente e dovrà indicare obiettivi specifici di comunicazione, mettendoli in relazione con target ben determinati. Il Piano di comunicazione dovrà essere strutturato attraverso un percorso di analisi dell'ambiente, selezione degli obiettivi, elaborazione della politica di comunicazione, elaborazione di una strategia di intervento, individuazione dei pubblici, individuazione dei messaggi e dei mezzi, pianificazione e gestione delle risorse;
- l'articolazione di un sistema di valutazione che permetterà di definire l'efficacia e l'efficienza degli strumenti utilizzati per veicolare messaggi specifici. Il sistema di valutazione sarà articolato sui singoli processi di comunicazione e di informazione.

5. La formazione

La soddisfazione dei bisogni di salute così come previsto dal Piano regionale di salute, sia come ripristino che come mantenimento dello stato di salute, fatta propria da questo PAL presuppone la crescita all'interno della nostra organizzazione di nuove modalità operative che pongano al centro la persona.

Le funzioni gestionali devono essere articolate in stretta relazione con i processi assistenziali: una assistenza multidisciplinare che tuteli, in pari misura, la ricerca della qualità percepita (soddisfazione dell'utente), della qualità tecnica (efficacia) e della qualità organizzativa (efficienza) e minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.

La risposta assistenziale che ne deriva, di processo, ha in comune un elemento: l'integrazione di diversi professionisti, diversi servizi e diverse istituzioni (si pensi all'ADI che vede l'impegno reciproco di ASL e Comune, alle dimissioni protette, che integrano ospedale e territorio /MMG) per la soddisfazione di bisogni di salute.

Per garantire appieno tale risposta è necessario un cambiamento di cultura organizzativa e di cultura lavorativa delle persone. Questo cambiamento che coinvolge tutti gli operatori, a diversi livelli, genera indubbiamente fatica, perché pone in discussione il ruolo di ciascuno all'interno dell'organizzazione e richiede la modifica di modalità lavorative standardizzate.

Un ruolo chiave è assunto dalla formazione che non può limitarsi ad una mera acquisizione di tecniche, ma deve anche e soprattutto fornire strumenti agli operatori per imparare a lavorare in gruppo, a gestire i conflitti, ad essere fiduciosi gli uni degli altri, a sentire la responsabilità nel proprio impegno, a saper maneggiare le risorse umane ed economiche.

Quindi la formazione deve avere come finalità principale ed esplicita quella di produrre apprendimento per gli operatori indirizzato non solo a conseguire un continuo miglioramento, una costante ricerca dell'innovazione in campo tecnico-scientifico, ma anche diretto ad una diffusione di comportamenti manageriali ed a una integrazione culturale legata agli aspetti gestionali. E' necessario infatti adeguarsi ai cambiamenti organizzativi non solo comprendendo ed applicando le tecniche gestionali legate ai nuovi meccanismi operativi (budget, sistemi incentivanti, valutazione dei risultati,...) ma soprattutto è essenziale creare e condividere una nuova cultura del fare pubblico.

Si evidenzia sempre di più la necessità di rispondere a due aspetti professionali sempre tenuti separati: capacità gestionale e capacità tecnico-specialistica.

Questo significa, da una parte, rispondere ad un bisogno generalizzato di managerialità, intesa come abilità nel leggere la propria realtà organizzativa e di pianificare le attività di lavoro collegandole a obiettivi definiti in termini di risultati; dall'altra significa rispondere alla necessità di un rafforzamento di competenze specialistiche sempre più approfondite in alcune aree disciplinari.

La formazione deve diventare uno strumento capace di produrre cambiamenti non solo nel soggetto che si forma (aumento di conoscenze, abilità, modi di porsi di fronte ai problemi, etc.), ma anche nell'organizzazione che la promuove. Alla formazione, vista come processo di acquisizione e sviluppo di abilità e competenze, ma anche di trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali, è demandata quindi la funzione strategica di sviluppare una nuova cultura professionale e l'affermazione di diverse logiche operative.

Gli ambiti lavorativi che promuovono l'apprendimento sono quelli che non mettono al bando l'affettività, ma ne favoriscono l'esplorazione e riconoscono che tra le esigenze primarie dell'uomo vi è quella di essere accettati ed amati.

Alla luce di tali principi i principali capitoli in cui si articolerà la formazione dell'Azienda nell'anno 2009 saranno focalizzati su:

- Comunicazione interna
- Gestione delle risorse umane
- Gestione dei conflitti
- Tutela della privacy in ambito aziendale
- Formazione di base (es. corsi per Operatori socio sanitari, ecc)
- Procedure d'informatizzazione
- Riqualificazione del personale
- Processo di budget
- Il management diffuso.

6. La rete ospedaliera

Per la rete ospedaliera la nostra idea è che ogni ospedale si debba caratterizzare per una prevalente peculiarità assistenziale e che possa avere delle specialità di eccellenza, a prescindere dalla sua classificazione. Le strutture ospedaliere presenti sul territorio, per garantire una risposta efficace alla domanda di salute della popolazione, devono necessariamente essere in coordinamento con i servizi territoriali.

Parlando di strutture ospedaliere, bisognerà impostare la programmazione nell'ottica della edificazione di due nuove strutture ospedaliere, che accorperanno quelle già esistenti di Trani e Bisceglie e poi di Andria, Canosa, Minervino, le cui specificità già oggi esistenti dovranno essere sostenute e incentivate.

L'ubicazione dei posti letto delle varie specialità ospedaliere, come configurate nel PAL, è il risultato delle proposte elaborate dal tavolo tecnico esaminando le indicazioni pervenute delle istituzioni, delle associazioni, delle forze politiche e sindacali, in accordo con la Conferenza dei Sindaci.

OSPEDALE/REPARTO	ANDRIA	CANOSA	MINERVINO	SPINAZZOLA	BARLETTA	BISCEGLIE	TRANI	TOTALE	Don Uva
Cardiologia	8 (=)	6 (=)			20 (-5)	8 (+8)	(-5)	52 (-2)	10
Ematologia							14 (+4)	14 (+4)	
Endocrinologia					10 (+10)			10 (+10)	
Geriatrica		20 (=)						20 (=)	
Malattie infettive						40 (=)		40 (=)	
Medicina generale	32 (-2)	26 (+2)	12 (+12)	24 (+11)	40 (+8)	15 (+5)	34 (+24)	183 (+60)	
Nefrologia	12 (+4)				12 (+2)			24 (+6)	
Neurologia	15 (+9)				20 (=)			45 (+9)	10
Dermatologia								---	
Gastroenterologia							16 (-4)	16 (-4)	
Oncologia					16 (+16)			16 (+16)	
Pneumologia							22 (+22)	32 (+22)	10
Radioterapia								---	
Reumatologia								---	
Cardiochirurgia								---	
Chirurgia generale	30 (+14)	28 (+4)		(-10)	32 (=)	32 (+10)	12 (-1)	134 (+17)	
Chirurgia plastica	10 (+2)							10 (+2)	
Chirurgia toracica	10 (+10)							10 (+10)	
Chirurgia vascolare	10 (+10)							10 (+10)	
Neurochirurgia	16 (+4)							16 (+4)	
Oculistica	12 (+5)				12 (+5)			24 (+10)	
Odontoiatria								---	
Ortopedia	24 (+5)	24 (+2)		(-14)	34 (=)	16 (- 8)	16 (-1)	114 (-2)	
Otorinolaringoiatria	12 (+5)				12 (-1)			24 (+4)	
Urologia	15 (+8)						15 (+8)	30 (+16)	
Cardiochirurgia pediat.								---	
Chirurgia pediatrica								---	
Neuropsichiat. infantile								---	
Ostetricia e ginecologia	24 (+8)	24 (+4)			36 (=)	34 (+6)	12(+11)	130 (+29)	

Pediatria	14 (+1)	14 (=)			24 (+4)	14 (+2)	4 (=)	70 (+7)	
Neonatologia	4 (=)				8 (+3)	4 (=)		16 (+3)	
Nefrologia pediatrica								---	
Urologia pediatrica								---	
Grandi ustionati								---	
Terapia intensiva	8 (=)				8 (=)		6 (=)	22 (=)	
Rianimazione pediatrica								---	
TIPO	4 (+4)							4 (+4)	
Unità coronarica	8 (=)	4 (=)			8 (=)	6 (+6)		26 (+6)	
UTIN					8 (+8)			8 (+8)	
Psichiatria				(- 8)	15 (+3)	15 (+7)		30 (+2)	
Unità spinale								---	
Riabilitazione 56				24 (+24)				94 (+ 24)	70
Riabilitazione cardiolog.								---	
Riabilitazione pneumol.								---	
Neuroriabilitaz. 75					20(+20)(*)			20 (+20)	
Lungodegenza		14 (+2)	18 (- 6)	20 (+10)		14 (+2)	14 (-1)	80 (+7)	
Hospice			12 (+ 12)					12 (+ 12)	
TOTALE	268(+87)	160(+14)	42 (+18)	68 (+13)	335(+73)	198 (+38)	165(+57)	1.236(+300)	100

Strutture di nuova attivazione

Strutture sopresse

(*) Centro per i risvegli, a Trinitapoli.

7. La rete dei servizi territoriali

Altre priorità emerse al tavolo tecnico, e che interessano l'intero territorio, riguardano la rete dei servizi territoriali.

Senza alcun dubbio bisognerà incrementare quali-quantitativamente l'offerta delle prestazioni specialistiche offerte dai Distretti Socio Sanitari, individuando le branche più richieste dai cittadini. Ma tale sforzo non darebbe i risultati previsti se non fosse accompagnato da un adeguato investimento in strumentazioni che siano tecnologicamente efficaci a rispondere alle esigenze diagnostiche e poi da una gestione unitaria e coordinata con le strutture ospedaliere, per una reale coordinamento dell'offerta dei servizi sanitari.

Ai Distretti si chiederà anche lo sforzo, in presenza di richiesta da parte dei cittadini, di estendere l'apertura dei servizi per sei giorni/settimana, al fine di coprire ogni esigenza delle popolazioni.

Ma il maggior impegno delle strutture distrettuali non potrà che essere rivolto al miglioramento e all'ampliamento dell'assistenza domiciliare integrata, nelle sue diverse articolazioni. Non vi è dubbio che è questo il settore ove si registra un costante incremento della "richiesta", per una serie di cause, ma principalmente per l'innalzamento dell'età media e per l'aumento della richiesta di prestazioni sanitarie, e che costituisce anche, per converso, la prima motivazione negativa nelle valutazioni dei cittadini sull'assistenza sanitaria.

Contestualmente bisognerà migliorare l'offerta potenziando l'area delle prestazioni specialistiche, sempre più richieste dai cittadini, obiettivo che richiederà anche il coinvolgimento di personale medico e sanitario operante nei nostri presidi ospedalieri.

Particolare attenzione merita l'approvazione, da parte della Giunta Regionale di una nuova modalità assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero: il Day service. Con la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici da parte della Commissione tecnica regionale saranno attivati infatti, anche a livello territoriale, i modelli di assistenza previsti dal PRS 2008-2010 e in particolare il Day service.

È una modalità assistenziale alla quale si accede a seguito di una valutazione specialistica, attuabile sia in ambito ospedaliero che in strutture specialistiche ambulatoriali territoriali, che affronta problemi clinici, diagnostici, terapeutici che necessitano di prestazioni multiple, integrate o complesse, tali da non richiedere, per tutta la durata dell'accesso, sorveglianza oppure osservazione medica ed infermieristica protratta.

L'intervento professionale non è centrato sulla singola prestazione, ma sul problema clinico del paziente, al quale è garantita la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando visite specialistiche, esami strumentali o prestazioni in un solo giorno (o in un numero limitato di accessi).

Lo specialista può utilizzare tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti nella struttura (ospedaliera o ambulatoriale polispecialistica), in modo da formulare, in tempi brevi, diagnosi o effettuare terapie che richiedono interventi multidisciplinari e che, contestualmente, non necessitano di osservazioni cliniche in regime di ricovero ordinario o di day hospital, consentendo di ridurre il sovraccarico gestionale del frazionamento di prenotazioni ed accessi ripetuti per ogni singola prestazione e di ridurre i tassi di ospedalizzazione, in particolare dei ricoveri in giornata.

7.1 La Medicina fisica e riabilitazione

➤ **ANDRIA**

Bisognerà prevedere una nuova sede, più idonea e capiente dell'attuale, in quanto i locali richiedono interventi di manutenzione e sono insufficienti al corretto espletamento dell'attività riabilitativa, con riferimento agli standard strutturali di accreditamento.

Infatti, non disponendo di box di terapia individuali, i terapisti sono costretti ad operare in due, contemporaneamente, nella medesima sala, con disturbo reciproco e in violazione delle norme a tutela della privacy degli utenti.

L'insufficiente capienza dei locali, inoltre, non consente di allocare nel centro ben 6 terapisti che, attualmente, operano nelle scuole, con la conseguenza che i trattamenti sanitari vengono erogati in ambienti strutturalmente non idonei e non adeguatamente dotati di attrezzature.

➤ **BARLETTA**

Per il centro di riabilitazione si dovrebbe dare attuazione al trasferimento, già programmato, presso l'ex presidio ospedaliero, in una zona centrale della città.

Lo stabile in cui è allocato attualmente il centro è stato progettato in origine per accogliere una scuola materna, e quindi non possiede caratteristiche strutturali idonee alla funzione cui è attualmente adibito, con particolare riferimento agli standard strutturali di accreditamento.

In particolare, non disponendo di box di terapia individuali, i terapeuti sono costretti ad operare in due contemporaneamente nella medesima sala, con disturbo reciproco e in violazione norme a tutela della privacy degli utenti.

➤ **BISCEGLIE**

Il centro di riabilitazione di Bisceglie è allocato in uno stabile di proprietà della Curia Vescovile, struttura che non appare idonea ad accogliere un centro di riabilitazione, in quanto, non disponendo di box di terapia individuali, costringe i terapeuti ad operare in due, contemporaneamente, nella medesima sala, con disturbo reciproco e in violazione norme a tutela della privacy degli utenti. Inoltre vi sono barriere architettoniche, poiché non è dotato di ascensore per consentire ai disabili di raggiungere agevolmente il primo piano, su cui hanno sede gli uffici amministrativi, della dirigenza e del servizio sociale. Anche l'ingresso principale della struttura è posto in posizione sopraelevata ed è carente di una rampa di accesso.

Da sottolineare che l'apertura al pubblico è su 12 ore giornaliere.

➤ **TRANI**

Il centro di riabilitazione di Trani è allocato presso il presidio ospedaliero, ma gli ambienti necessitano di interventi di ristrutturazione per renderli idonei ad accogliere l'utenza disabile secondo gli standard strutturali di accreditamento.

I locali sono insufficienti, manca un deposito di materiali e attrezzature.

➤ **CANOSA DI PUGLIA**

I locali appaiono idonei allo svolgimento delle attività riabilitative del centro.

➤ **MINERVINO MURGE E SPINAZZOLA**

Il centro di riabilitazione di Minervino Murge, attualmente allocato provvisoriamente in alcuni locali presso il presidio ospedaliero, dovrebbe essere trasferito in altri locali, presso il medesimo p. o., più idonei alla natura della struttura e alla sua capienza.

I locali destinati ad ospitarlo, tuttavia, necessitano di interventi di ristrutturazione.

➤ **MARGHERITA DI SAVOIA, TRINITAPOLI, SAN FERDINANDO**

Nei comuni del Distretto Socio-sanitario n. 1 non vi sono centri pubblici di riabilitazione. Pertanto si prevede l'istituzione di un centro ambulatoriale di riabilitazione ex art. 26, legge 833/78, presso la Casa della Salute del distretto.

Preso il poliambulatorio di Trinitapoli, invece, è previsto un ambulatorio di terapia fisica e riabilitativa ex art. 25, l. 833/78.

Particolare attenzione e risorse bisognerà destinare a coprire i posti vacanti nella dotazione organica, in riferimento a diversi profili professionali, ma in particolare per i logopedisti.

➤ **LA DISABILITA' IN ETA' ADULTA**

È necessario costruire una rete organica che costituisca una mappa di servizi e risorse disponibili sul territorio, cui fare ricorso per poter rispondere adeguatamente, in quantità e qualità, alle problematiche delle persone disabili in età adulta.

Nell'impiego delle risorse territoriali si darà priorità alle persone in situazione di gravità, così come dispone la legge n. 162/1998.

Le linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione del 1998, infatti, hanno previsto tutta una gamma di strutture riabilitative, con diversa intensità dell'intervento sanitario e di quello socio-assistenziale, proprio al fine di poter graduare il progetto riabilitativo individuale sulla base delle effettive possibilità e potenzialità della persona.

Allo stato attuale, la c.d. assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26, legge 833/78, surroga l'assenza sul territorio di strutture socio-sanitarie integrate (RSA, RSSA) per disabili, a regime diurno e residenziale, generando una maggiore spesa sanitaria a fronte di un medesimo risultato, in termini di benefici per l'utente.

Sarebbe opportuno attivare almeno un centro socio-riabilitativo ed educativo ogni 50 mila abitanti. Tale servizio svolge la funzione riabilitativa, educativa e di integrazione sociale attraverso l'elaborazione e lo sviluppo di progetti individualizzati ad alta integrazione socio-sanitaria ed educativa. Sono destinatari di tali strutture i disabili per i quali non siano possibili percorsi di inserimento formativo e lavorativo.

Non inferiori attenzioni richiederà il settore della riabilitazione fisica, per il quale sostanzialmente valgono le stesse considerazioni e proposte operative già esaminate per l'ADI, oltre all'omogeneizzazione e alla semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni e ai servizi riabilitativi ospedalieri e territoriali.

7.2 La salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale nel prossimo triennio opererà sempre di più per rispondere, oltre che ai bisogni/domande/attese dell'utenza tradizionale, ai bisogni di salute/domande/attese della nuova utenza e dei relativi contesti:

- rafforzando i Centri di Salute Mentale (CSM) ed il Servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI);
- migliorando l'operatività dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri (SPDC);
- agendo, oltre che sul singolo portatore della sofferenza mentale, anche sul contesto socio-familiare di appartenenza; sviluppando sempre di più il lavoro d'équipe e l'integrazione dei diversi saperi professionali (medici, psicologici, sociali, sociologici, antropologici...) evitando la psichiatrizzazione dei bisogni, sostenendo la tutela, l'inclusione e l'inserimento lavorativo dei portatori di disabilità psichica;
- integrandosi col Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP) per il trattamento di pazienti affetti dalla "doppia diagnosi";
- promuovendo la sensibilizzazione sui temi della salute mentale integrandosi con i Medici di medicina generale (MMG) ed i Pediatri di libera scelta (PLS);
- favorendo la dimissione dei pazienti ricoverati nelle strutture residenziali psichiatriche "pesanti" e la loro assistenza a livello domiciliare-territoriale, semiresidenziale e residenziale in strutture "leggere";
- sostenendo la presa in carico dei pazienti gravi e complessi, difficili, a volte autori di reato ed appartenenti a contesti fragili e marginali;
- assicurando la continuità assistenziale dei pazienti psichiatrici gravi attraverso la loro presa in carico negli Istituti Penitenziari presenti sul territorio aziendale in modo da favorire, dopo la scarcerazione, il loro trattamento da parte dei Servizi territoriali.

In particolare tali finalità si raggiungeranno con:

- l'apertura sulle 12 h diurne ed il relativo rafforzamento della dotazione organica - dopo i CSM di Andria e Barletta - del CSM di Trani, dove è in essere il reperimento di una sede più idonea rispetto all'attuale; la maggiore apertura dei Servizi territoriali consentirà sempre più la continuità assistenziale dei pazienti e la presa in carico dei bisogni di ascolto e di ricevere informazioni da parte dei loro familiari anche attraverso l'attivazione dei gruppi di Auto Mutuo Aiuto e delle Associazioni di tutela della salute mentale;

- la riduzione dei ricoveri ripetuti ed inappropriati da parte degli stessi utenti (la "revolving door") negli SPDC aziendali favorendo una migliore presa in carico da parte dei Servizi territoriali attraverso una risposta meno medicalizzante e più riabilitativa e risocializzante da parte dei Centri Diurni e dei CSM;
- il rafforzamento del personale in servizio e l'organizzazione in due sedi ambulatoriali (Andria e Barletta) del Servizio di NPI (è in fase di ultimazione il reperimento di idonea sede per l'ambulatorio e la direzione della UO di Andria); il miglioramento del servizio di integrazione scolastica degli alunni con disabilità, a carico della NPI, passa anche attraverso un Protocollo d'Intesa tra il Servizio Sovradistrettuale di Medicina Fisica e di Riabilitazione (SSMFR) ed il DSM (deliberato dalla ASL la del. n. 1074 del 9.07.2008) che prevede il passaggio del personale in esubero dal SSMFR alla NPI del DSM;
- il miglioramento dell'integrazione dipartimentale tra le diverse UUOO ed i diversi professionisti attraverso un percorso formativo che coinvolga tutti gli operatori del DSM;
- la messa in atto di azioni congiunte con gli Enti Locali, le Scuole, le Associazioni di volontariato per ridurre lo stigma e il pregiudizio che emarginano le persone con problemi psichiatrici;
- l'attivazione di una nuova Cooperativa dipartimentale integrata di tipo B denominata "In viaggio" per l'inclusione socio-lavorativa dei pazienti psichiatrici assistiti dal DSM;
- l'implementazione del Protocollo d'intesa tra DSM e DDP e il miglioramento dell'integrazione tra i due Dipartimenti attraverso un percorso formativo congiunto finalizzato ad affrontare la doppia diagnosi, i disturbi di personalità ed i contesti marginali che si accompagnano a questa nuova tipologia di utenti;
- la progettazione condivisa con tutte le UUOO ed i rappresentanti dei MMG ed i PLS di un percorso formativo finalizzato alla promozione della salute mentale;
- la riconversione isorisorse di n. 13 p. l. delle comunità riabilitative residenziali psichiatriche con copertura sulle 24 h in "strutture leggere" con n. 8 p. l. con copertura sulle 12 h e n. 12 p. l. con copertura a fasce orarie (gruppi appartamento); la riconversione delle prestazioni in esubero nelle strutture residenziali in prestazioni riabilitative psichiatriche anche a domicilio dei pazienti allo scopo di favorire la loro dimissione dalle strutture medesime o per evitarne il loro ingresso; obiettivo prioritario del DSM è il mantenimento della spesa residenziale, la più bassa - proporzionalmente al numero degli abitanti - della Regione Puglia;

- la presa in carico dei pazienti gravi, resa possibile attraverso una gestione forte, coordinata ed integrata da parte del DSM dei Servizi psichiatrici pubblici - ospedalieri e territoriali – in stretta collaborazione col Privato sociale gestore di strutture residenziali, con i Servizi sociali degli Enti Locali ed i Servizi dell'Ordine pubblico e Giudiziari, favorendo la ricerca di soluzioni alternative alla carcerazione e all'internamento nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario dei pazienti autori di reato;
- l'investimento aziendale di risorse umane, professionali e culturali per affrontare la domanda di salute del mondo penitenziario;
- la collaborazione dei Servizi Sociali comunali per favorire la risposta ai bisogni socio-assistenziali dei pazienti psichiatrici (abitativi, di socializzazione, di accudimento sociale, di reinserimento lavorativo...).

7.3 Le dipendenze

La priorità, per questa area, è sicuramente la costituzione di un Servizio multidisciplinare per le dipendenze comportamentali.

Le Dipendenze Comportamentali (gioco d'azzardo, internet, cellulari) sono in continuo aumento e nei Ser.T. della ASL BAT già da diversi anni si stanno trattando queste patologie e sono state attivate strategie di prevenzione.

Il tema della prevenzione è centrale nei vari contesti: famiglia, scuola, attività ricreative e sportive. La stessa terapia risulta più efficace quanto più precocemente instaurata.

Si andrebbe a costituire il Servizio Multidisciplinare per le Dipendenze Comportamentali, con il contributo delle diverse Direzioni operative territoriali interessate (Distretti, Dipartimento di Salute Mentale -Neuropsichiatria infantile, Dipartimento delle dipendenze) e le diverse professionalità già operanti al proprio interno, con i seguenti obiettivi:

- raccolta dati epidemiologici;
- definizione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up;
- attività ambulatoriale;
- formazione ed aggiornamento del personale medico e non medico;
- osservatorio della migrazione sanitaria;
- prevenzione.

7.4 La Rete dei Consulori

Diverse le priorità emerse, ma l'obiettivo sul quale la Direzione della ASL BAT intende puntare e rivolgere da subito specifiche attenzioni e risorse è il potenziamento dei Consulori.

Non vi è dubbio che la rete consultoriale attuale sia del tutto insufficiente ai bisogni e alle finalità, con una copertura disomogenea del territorio e con importanti carenze strutturali della dotazione di risorse umane.

La centralità di tale obiettivo, da raggiungere nel breve-medio periodo, ha trovato ulteriore supporto negli indirizzi operativi dell'Assessorato regionale alla promozione della salute, che, in attuazione delle disposizioni del Piano Regionale di Salute, il 18 marzo 2009 ha emanato le "Linee di Indirizzo Regionali per l'avvio del progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese".

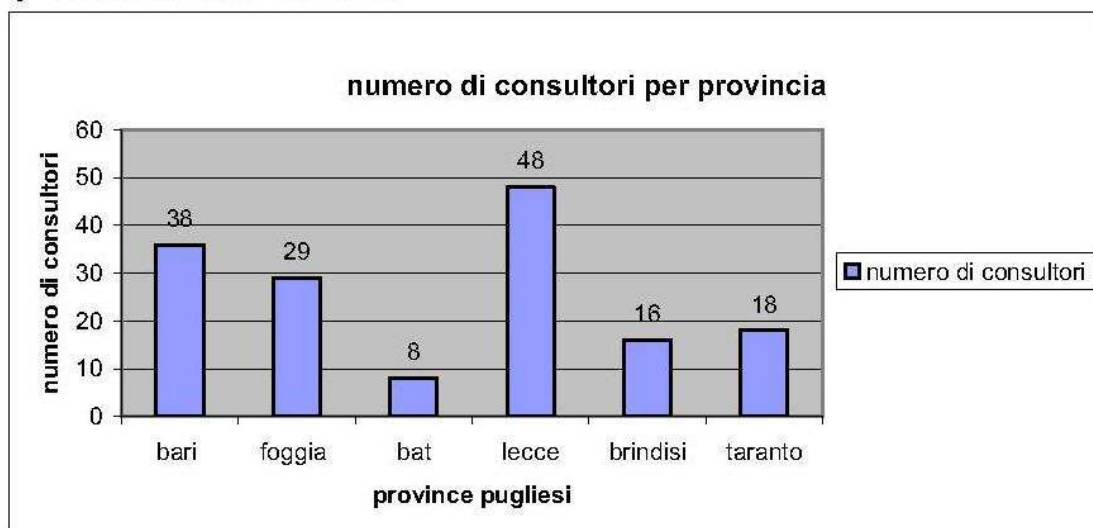
Il Piano sottolinea la centralità del ruolo dei Consulori familiari, inseriti nei distretti sociosanitari, nell'ambito della salute di genere e più in generale come strumento di promozione della salute e del benessere dei minori e delle famiglie. I Consulori familiari, infatti, attraverso la metodologia operativa dell'offerta attiva, si pongono quale cardine operativo delle strategie di prevenzione e promozione della salute.

La riorganizzazione della rete consultoriale deve partire da questi punti fermi:

➤ OTTIMALE DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

- Ridefinizione in base al rapporto numerico con la popolazione, uno ogni 20.000 abitanti, con riallocazione all'interno di strutture territoriali pubbliche (preferibilmente di proprietà della ASL/Regione/Comune), con accesso riservato in caso di condivisione della sede con altri servizi.
- Miglioramento delle condizioni di accessibilità per i cittadini, con ubicazione dei Consulori familiari in luoghi facilmente raggiungibili e individuabili, orari di apertura flessibili; coordinamento tra Consulori dello stesso territorio (anche di Distretti diversi) per garantire l'apertura di almeno una struttura tutti i pomeriggi dal lunedì al venerdì e l'apertura a turno il sabato mattina.

1) Distribuzione sul territorio



2) rapporto tra numero di consultori per provincia, numero di comuni e incidenza sulla popolazione, tenuto conto dell'indicatore di 1 consultorio su 20.000 abitanti previsto dal POMI.

ASL	Comuni COMUNI	ABITANTI	CF	MEDIA	1/20.000
BARI	41	1.249.533	38 + 6 cfp	1 / 32.039	62
BAT	10	388.330	8 + 4 cfp	1 / 48.541	19
FOGGIA	61	640.047	29 + 2 cfp	1 / 20.001	32
TARANTO	29	580.189	18 + 4 cfp	1 / 34.128	29
BRINDISI	20	402.831	16 + 1 cfp	1 / 25.176	20
LECCE	97	808.939	48 + 4 cfp	1 / 16.852	40
PUGLIA	258	4.069.869	157 + 21cfp	1 / 25.436	203 (0,7 = mn)

➤ MULTIDISCIPLINARIETA' E COMPLETEZZA DELLE PRESTAZIONI

- Riorganizzazione della rete e ridefinizione dei modelli organizzativo-gestionali dei Consultori familiari in funzione della tipologia di interventi da realizzare sul territorio secondo le modalità dell'offerta attiva (così come previsto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile e dalle normative vigenti).
- Definizione di una equipe consultoriale permanente, composta da: Ginecologo, Ostetrica, Psicologo, Pediatra, Assistente sociale, Assistente sanitaria e Infermiera professionale.
- Affiancamento di mediatori culturali e di specialisti già presenti nella ASL nel caso di specifici interventi: Sociologo, Avvocato, Genetista, Andrologo.
- Revisione delle modalità di reclutamento del personale: progressiva eliminazione del convenzionamento; progressivo riposizionamento del personale sanitario che solleva obiezione di coscienza.
- Formazione del personale continua e programmata.

La modalità prevalente con la quale i Consultori devono operare è quella dell' "offerta attiva", processo comunicativo che, utilizzando tutti i potenziali canali disponibili, a partire da quelli istituzionali (MMG, PLS, integrazione con p. o. e con i Dipartimenti strutturali territoriali) tenendo presenti le loro specifiche caratteristiche, raggiunga le persone e i gruppi da coinvolgere; possono essere previste specifiche campagne aziendali di diffusione delle informazioni (corner nei principali punti di aggregazione delle popolazioni bersaglio, stampa e diffusione di materiale informativo) sulle attività e l'offerta articolata dai consultori.

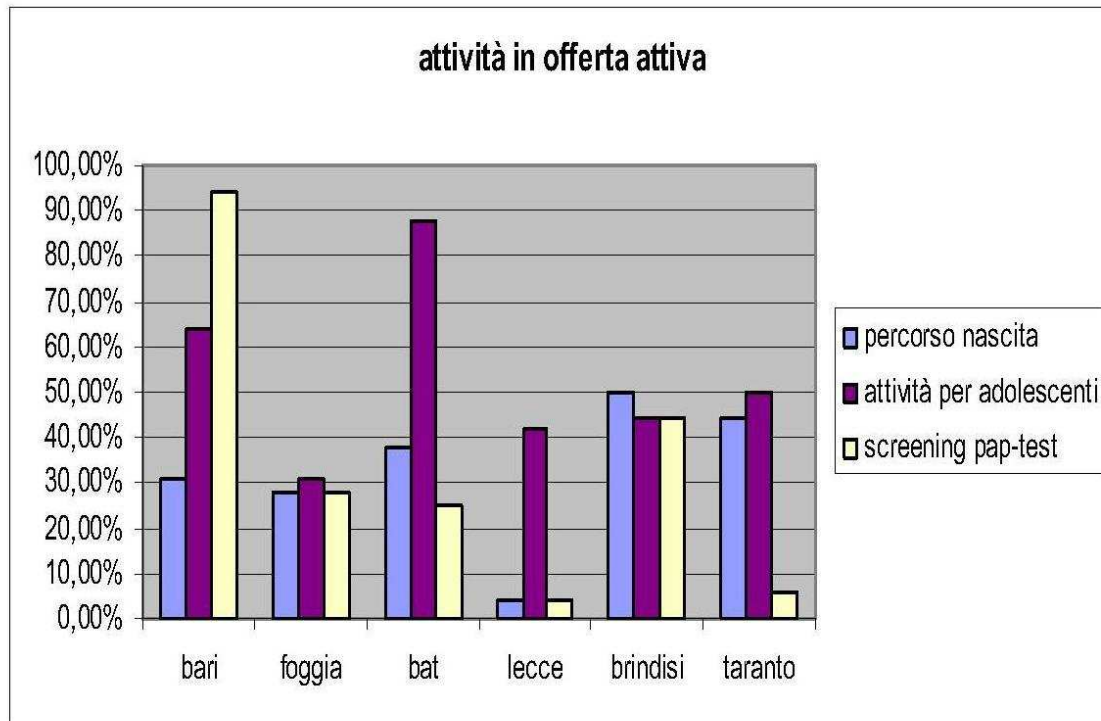
Nel Progetto Obiettivo Materno Infantile si possono individuare tre progetti strategici: percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori femminili.

Ciascuna di queste linee progettuali si estrinseca in una serie di interventi:

- consulenza prematrimoniale, consulenza in gravidanza, corsi di preparazione alla nascita, visite domiciliari o in consultorio dopo il parto;
- corsi di educazione sessuale nelle scuole, spazi adolescenti dentro e fuori i consultori;
- pap test e mammografia, in un contesto di integrazione negoziata dei servizi distrettuali con i Dipartimenti sovradistrettuali e con la rete ospedaliera.

In questi tre programmi strategici è essenziale promuovere lo sviluppo dei livelli di consapevolezza individuale e collettiva sulla procreazione consapevole, al fine di favorire la prevenzione delle gravidanze indesiderate, come è stato ripetutamente raccomandato a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta.

Dalla rilevazione condotta nel corso del 2008 risultano i seguenti dati, con riferimento all'offerta attiva:



Punti cardine dell'operatività dovranno essere la prevenzione ed il contrasto dei fenomeni della violenza di genere, specie in ambito familiare; il sostegno alle diverse forme di genitorialità, con il successivo sostegno ai minori; il sostegno alla mediazione interculturale.

Ogni iniziativa dovrà essere coordinata con gli altri servizi della ASL, sia territoriali che ospedalieri, coinvolgibili nei progetti, con l'egida di riferimento del Dipartimento materno-infantile.

Successivo passaggio potrebbe essere la definizione di un "Dipartimento donna", al quale sarebbe attribuita la funzione di coordinare gli interventi specifici, sì da rendere più efficaci e funzionali i percorsi diagnostico-terapeutici come pure quelli operativi ed assistenziali, oltre che culturali.

7.5 La rete integrata – il “Progetto Alzheimer”

L'incremento costante e significativo della diffusione della malattia di Alzheimer si ritiene debba essere messo al centro di uno specifico progetto ed attività, che non può che nascere ed essere portato avanti coinvolgendo non solo i CSM, come pure le strutture riabilitative e i DSS, per una gestione integrata e non burocratica dei pazienti affetti da questa patologia, che sta assumendo sempre più le stimate di una emergenza sociale e che coinvolge una parte della popolazione più fragile, gli anziani.

Tale progetto deve basarsi sulla costituzione di una “rete” integrata che utilizzi ogni risorsa della ASL, non solo sanitaria o assistenziale, e che potrebbe vedere l'istituzione in ogni Comune di uno sportello dedicato, in collaborazione con i Servizi Sociali territoriali, con le associazioni di volontariato e con le fondazioni.

7.6 La rete integrata – Ospedale/territorio

Nel perseguire l'integrazione tra territorio e ospedale, sarà necessario, a partire dal coinvolgimento e della collaborazione con i medici ed i pediatri di base, il potenziamento dell'azione di filtro utile a ridurre l'ospedalizzazione impropria, che ha un notevole costo economico e determina l'intasamento delle strutture ospedaliere, specie in concomitanza con manifestazioni epidemiche stagionali.

Ma l'integrazione ospedale-territorio passa essenzialmente attraverso un' efficiente organizzazione della continuità assistenziale, con l'implementazione dei protocolli di collaborazione e l'integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale, in modo da rendere concreto il concetto di continuità assistenziale attraverso la presa in carico globale delle persona con i suoi bisogni di salute.

7.7 La rete oncologica

Un esempio di concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio sarà l'attivazione della "rete oncologica", che comprende: l'istituzione della struttura complessa di Oncologia presso l'Ospedale di Barletta; il potenziamento dell'attività domiciliare; l'implementazione delle cure palliative; la riorganizzazione dell'attività chemioterapica; il potenziamento della radioterapia; la realizzazione dell'hospice a Minervino Murge.

Il PSR 2008-2010 prevede per ogni ASL l'attivazione del Dipartimento Integrato Ospedale-Territorio di Oncologia con specifiche responsabilità di regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica e di area chirurgica, operando in sintonia con il Coordinamento Oncologico delle Rete Pugliese (ROP), nonché attività di indirizzo e supporto nei confronti di tutte le strutture, sia ospedaliere che territoriali, direttamente coinvolte nelle diverse attività: screening, diagnosi, degenza ordinaria, day hospital, follow up, riabilitazione, terapia domiciliare, ecc.

In virtù del principio ispiratore della Rete Oncologica, che si configura con la presa in carico globale e continua del paziente oncologico in un continuum assistenziale, appare indispensabile unire alle diverse maglie della istituenda Rete quella delle Cure palliative costituendo il "Dipartimento Integrato Ospedale-territorio di Oncologia e delle Cure Palliative".

Il modello organizzativo dipartimentale che questa Azienda intende attivare, secondo le modalità del care management, prevederà al suo interno l'istituzione di un Centro di Orientamento Oncologico (C.OR.O.), di Gruppi di Patologia Interdisciplinare (G.P.I.) e di una Unità Operativa delle Cure Palliative (U.O.C.P.).

I Centri di Orientamento Oncologico (C.OR.O.) sono strutture operative, da allocarsi presso ciascuno dei cinque Distretti Socio-Sanitari dell'ASL e costituite da Oncologo, Infermiere, Assistente sociale, Psicologo, con la funzione di informare, accogliere, gestire problematiche amministrativo-gestionali; di curare i rapporti con i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta; di indirizzare il percorso diagnostico-terapeutico integrato tra le strutture ospedaliere centrali e periferiche e i Distretti socio-Sanitari; di gestire la continuità ospedale-territorio attraverso la modalità operativa del Day Service; di curare i rapporti con il volontariato e le organizzazioni no-profit; di curare i rapporti con il Registro tumori.

I Gruppi di Patologia Interdisciplinare (G.P.I.), la cui tipologia e numero saranno definiti dal Dipartimento sulla base di specifiche risorse e delle esigenze proprie del territorio

dell'Azienda, rappresentano una diversa modalità operativa, multidisciplinare, delle strutture terapeutiche esistenti, e sono composti dalle seguenti figure professionali: specialista d'organo, oncologo, radioterapista, radiologo, anatomopatologo, specialisti del Distretto, rappresentante del Distretto.

I Gruppi di Patologia Interdisciplinare hanno funzioni di:

1. elaborare, in raccordo con le linee guida del Coordinamento regionale, dei protocolli aziendali relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e di follow-up dei pazienti;
2. attivare ambulatori multidisciplinari per patologia per l'inquadramento ed i controlli periodici dei pazienti;
3. definire e realizzare percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;
4. audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida comuni elaborate;
5. valutare i risultati clinici ottenuti in riferimento ai dati di letteratura omogenei per patologia e stadio, con proposta di eventuali azioni correttive da attuare in caso di scostamenti significativi, secondo i principi dell'evidence-based medicine;

La Unità Operativa Cure Palliative (U.O.C.P.) ha un ambito sovradistrettuale, così come previsto dal PSR 2008-2010 (per una popolazione di circa 400.000 abitanti afferenti al territorio di questa Azienda) ed ha il compito di avviare il paziente oncologico agli ambiti di cura più appropriati:

- ricovero nei centri residenziali di cure palliative (hospice);
- ricovero in regime di day hospice;
- assistenza ambulatoriale;
- assistenza domiciliare specialistica.

L'UOCP prevede una Unità pediatrica domiciliare, finalizzata a privilegiare la permanenza del bambino nel luogo abituale di vita.

8. ANALISI TERRITORIALE

8.1 ANDRIA (99.249 residenti)

Territorio Le principali istanze formulate, e che sostanzialmente si ritiene di poter condividere, riguardano:

- il potenziamento dell'ufficio che si occupa dell'anagrafe degli assistiti e la sua localizzazione in luogo più funzionale;
- il potenziamento del sistema di prenotazione CUP e della cassa per la riscossione del ticket;
- l'apertura di uno sportello URP, da allocare insieme all'anagrafe assistiti ed al CUP;
- la realizzazione di una Casa della Salute;
- il potenziamento dell'attività specialistica, attraverso le forme di day service;
- la riapertura dell'ufficio SEM. PRE.;
- l'attivazione di una farmacia territoriale;
- il potenziamento dell'ADI, che attualmente viene svolta solo per 80 utenti. Sarebbe necessario prevedere lo sviluppo progressivo di un sistema organizzato e strutturato di ADI in grado di assicurare la presa in carico di pazienti a diverso grado di intensità, specialmente nell'ambito delle patologie croniche degenerative (SLA, cure palliative, Alzheimer);
- il completamento ed il potenziamento della rete consultoriale, dato che in Andria c'è un solo Consultorio: viene richiesta l'attivazione di altri due consultori, anche attraverso quelli istituiti da enti privati e associazioni;
- il potenziamento delle attività riabilitative, con una valutazione che sia realmente plurispecialistica e pluridisciplinare (medica, psicologica, tecnico-riabilitativa, pedagogica e sociale) da allocare in una sede adeguata;
- il trasferimento del Dipartimento di Prevenzione, che è costretto ad operare in una sede inadeguata igienicamente e strutturalmente (presenza di barriere architettoniche);
- l'implementazione della dotazione organica dei C.S.M.. In tale ambito si ritiene necessario il potenziamento della dotazione organica dell'unità operativa di neuropsichiatria infantile a valenza aziendale;

- l'implementazione della dotazione organica del Ser. T., con l'attivazione di 3 posti letto per la gestione delle intossicazioni acute da sostanze psicotrope e da alcool.

Come appena riportato, in Andria è prevista la realizzazione di una "Casa della Salute", con l'utilizzo dei fondi FESR, della quale esiste già il progetto preliminare, nella quale saranno ospitati, tra l'altro, la gran parte dei servizi territoriali.

Ospedale La proposta di riorganizzazione ospedaliera, nel merito, ovviamente ha come obiettivo finale la realizzazione del presidio ospedaliero di Area Sud, che ingloberà le strutture di Andria, Canosa e Minervino. Tale struttura sarà il presidio ospedaliero di riferimento aziendale per la gestione dell'Emergenza-Urgenza. Tale nuovo ospedale (per una popolazione di riferimento di 147.000 abitanti) prevederà la possibilità di attivare al massimo 119 p. l. in più, dei quali 87 riferiti alla dotazione precedente del p. o. di Andria.

L'obiettivo di breve-medio tempo prevederà:

- l'attivazione della Chirurgia Vascolare;
- l'attivazione della Chirurgia Toracica;
- l'attivazione della TIPO;
- l'incremento dei p. l. di tutte le Chirurgie, della Nefrologia e della Neurologia (ove è prevista l'attivazione di 6 posti letto di stroke unit);
- il completamento dei lavori di ristrutturazione, in particolare delle sale operatorie;
- l'istituzione della struttura dipartimentale di emodinamica interventistica sulle 24 ore per l'angioplastica primaria;
- l'attivazione, nell'ambito delle strutture già esistenti, del laboratorio di genetica medica.

Inoltre, compatibilmente con il reperimento della disponibilità di spazi adeguati, si attiverà l'UTIN (Unità di terapia intensiva neonatale), con una previsione di 8 posti letto.

8.2 BARLETTA (94.236 residenti)

Territorio Le principali istanze formulate, e che si ritiene di poter condividere, riguardano:

- Dipartimento di Prevenzione: l'incremento della dotazione organica del personale tecnico, al fine di aumentare significativamente il controllo dell'igiene urbana, del randagismo e della qualità delle acque; l'attivazione di uno sportello per il corretto utilizzo della chimica in agricoltura; l'utilizzo dello sportello CUP per la riscossione dei

proventi del Dipartimento; l'individuazione di una sede adeguata per la Commissione Invalidi Civili;

- Servizio di Riabilitazione: attivazione di un centro adeguato per la riabilitazione neurologica con incremento dell'assistenza logoterapica, per la quale vi è ad oggi una lista di attesa di un anno; incremento della logopedia; migliorare l'assistenza per i pazienti con disabilità neurologiche non autosufficienti;
- Dipartimento di Salute Mentale: implementare le attività del Centro diurno e dei gruppi appartamento;
- Distretto Socio Sanitario: implementare l'assistenza domiciliare integrata; attivare un ambulatorio per patologie infettive, anche in relazione alla presenza di popolazioni non comunitarie; attivare il Centro per l'educazione e la riabilitazione visiva per pz ipovedenti, progetto pilota ad alta rilevanza sociale e all'avanguardia regionale;
- Consultori: migliorare e incrementare l'attività, anche attraverso adeguate e specifiche campagne di sensibilizzazione alla prevenzione;
- PUA: struttura ancora da attivare, in collaborazione con il Comune.

Ospedale Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera prevede che l'ospedale di Barletta diventi l'ospedale di riferimento della ASL per le discipline oncologiche e che si rivolga ad una macroarea che comprenda anche le popolazioni di Margherita di Savoia, S. Ferdinando di Puglia e Trinitapoli (ospedale Area Nord). Conseguentemente dovranno essere attivati o potenziati alcuni Reparti e Servizi, in aggiunta a quelli già esistenti.

Saranno attivati le unità operative di:

- Oncologia
- Endocrinologia
- Unità di Terapia intensiva Neonatale (UTIN)

Inoltre è prevista l'attivazione o l'implementazione dei seguenti servizi/unità operative:

- piattaforma per il servizio di elisoccorso;
- stroke-unit con 6 posti letto;
- unità operativa di cardiologia riabilitativa dipartimentale;

L'assetto previsto dell'ospedale di Area Nord porterà ad un incremento possibile dei posti letto sino a 73 unità, in riferimento ad una popolazione della macro area di 135.000 abitanti.

8.3 BISCEGLIE (54.333 residenti)

Territorio Le proposte pervenute concernenti le strutture sanitarie territoriali sono condivisibili, ed in parte rientranti negli obiettivi generali aziendali, affrontati in premessa.

In aggiunta si prevede:

- realizzazione di una sede unica per tutte le attività territoriali (sanitarie, assistenziali ed amministrative) da realizzare, possibilmente, in una sede contigua al plesso ospedaliero;
- ricollocare in una sede più idonea dell'ufficio CUP-ticket;
- prevedere due strutture semi-residenziali da 30 posti letto sia per le disabilità psichiche che per quelle fisiche.

Ospedale L'attuale struttura, nella quale sono in corso importanti interventi di manutenzione e ristrutturazione, confluirà nell'erigendo nuovo p. o. di Area Est, rivolto ad un bacino di utenza di 107.000 residenti.

Nel merito si prevede:

- l'attivazione della Cardiologia;
- l'attivazione della Unità di Terapia Intensiva Cardiologia (UTIC);
- l'incremento dei posti letto della Medicina, della Chirurgia, dell'Ortopedia, della Pediatria, dell'Ostetricia e Ginecologia, della Psichiatria, della Lungodegenza.

Nell'insieme sarà possibile un incremento dei posti letto sino a 38 unità.

8.4 CANOSA DI PUGLIA (31.218 residenti)

Territorio Le proposte pervenute concernenti le strutture sanitarie territoriali sono condivisibili, ed in parte rientranti negli obiettivi generali aziendali, affrontati in premessa.

In aggiunta si prevede:

- l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale, incrementandone alcune già presenti ed introducendone di nuove, evitando inutili eventuali duplicazioni con le attività ospedaliere, nelle branche di: Odontoiatria, Cardiologia, Diabetologia, Neurologia, Otorinolaringoiatria; Oculistica; Reumatologia;
- l'attivazione, in collaborazione con il Comune, della Porta Unica di Accesso (PUA);
- la costruzione di una sede unica dei servizi sanitari e amministrativi Distrettuali, prevedendo anche una sede adeguata, e priva di barriere architettoniche, per la Commissione Invalidi Civili.

Ospedale La proposta di riorganizzazione ospedaliera, nel caso specifico, ha come obiettivo finale la realizzazione del presidio ospedaliero di Area Sud, che ingloberà anche le strutture di Andria e Minervino. Il nuovo ospedale (per una popolazione di riferimento di 147.000 abitanti) prevederà la possibilità di attivare 119 p. l. in più, dei quali 14 riferiti alla dotazione precedente del presidio ospedaliero di Canosa.

L'obiettivo di breve-medio tempo prevederà:

- l'incremento nel numero dei posti letto di: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Lungodegenza.

8.5 MARGHERITA DI SAVOIA (12.640 residenti)

SAN FERDINANDO DI PUGLIA (14.702 residenti)

TRINITAPOLI (14.388 residenti)

Questi tre Comuni vengono trattati nel loro insieme in quanto rientranti nell'ambito del Distretto Socio Sanitario n. 1 e costituiscono un insieme di popolazione omogeneo, territorialmente contiguo, confluyente nella macro area afferente, dal punto di vista dell'assistenza ospedaliera, al presidio ospedaliero di Barletta, futuro ospedale dell'Area Nord. Concordata fra le tre comunità anche la proposta di miglioramento dei servizi sanitari, che comprende una serie di istanze concernenti le strutture sanitarie territoriali in buona parte condivisibili, ed in parte rientranti negli obiettivi generali aziendali, affrontati in premessa.

In aggiunta si prevede:

- l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale, incrementandone alcune già presenti ed introducendone di nuove;
- l'ampliamento della sede del poliambulatorio di San Ferdinando;
- l'attivazione, in collaborazione con i Comuni, della Porta Unica di Accesso (PUA);
- la realizzazione a Margherita di Savoia della "Casa della Salute" per una più efficace ed efficiente organizzazione delle cure primarie;
- la realizzazione di un centro di fisiochinesiterapia riabilitativa a Trinitapoli;
- la realizzazione, a Trinitapoli, il progetto "La casa del risveglio", per il trattamento post acuzie di soggetti con gravi lesioni cerebrali e che necessitino di riabilitazione neurologica di alta complessità ed in stato vegetativo post-comatoso, favorendone il recupero dell'attività di coscienza e limitando le gravi disabilità di tipo cognitivo e

comportamentale, le gravi disabilità motorie, i deficit del linguaggio, della memoria e della percezione dello spazio;

- la realizzazione il Progetto DAE, consistente in una rete telematica di defibrillatori semiautomatici esterni utili alla prevenzione della "morte improvvisa", che, nell'ambito del potenziamento dell'assistenza cardiologica territoriale, prevede la realizzazione di una rete capillare di postazioni fisse, di defibrillatori semiautomatici esterni (DAE), collegati automaticamente alla Centrale Operativa del 118, allorché istituita.

8.6 MINERVINO MURGE (9.662 residenti)

Territorio Le proposte pervenute concernenti le strutture sanitarie territoriali sono condivisibili, ed in parte rientranti negli obiettivi generali aziendali, affrontati in premessa.

In aggiunta si prevede:

- l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale, incrementandone alcune già presenti ed introducendone di nuove nelle branche di: Fisiatria, Odontoiatria, Cardiologia, Ortopedia, Urologia, Medicina Interna, Medicina dello Sport, Reumatologia;

Ospedale La proposta di riorganizzazione ospedaliera ovviamente ha come obiettivo finale la realizzazione del presidio ospedaliero di Area Sud, che ingloberà anche le strutture di Andria e Canosa. Il nuovo ospedale (per una popolazione di riferimento di 147.000 abitanti) prevederà la possibilità di attivare 119 posti letto in più, dei quali 6 riferiti alla dotazione precedente del plesso ospedaliero di Minervino.

L'obiettivo di breve-medio tempo prevederà:

- l'attivazione dell'unità operativa semplice di Medicina Interna, con una dotazione di 12 posti letto, funzionalmente collegata con il plesso ospedaliero di Canosa;
- la realizzazione dell'hospice per malati terminali.

8.7 SPINAZZOLA (6.997 residenti)

Territorio Le proposte pervenute concernenti le strutture sanitarie territoriali sono condivisibili, ed in gran parte rientranti negli obiettivi generali aziendali, affrontati in premessa.

In aggiunta si prevede:

- l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale, incrementandone alcune già presenti ed introducendone di nuove, evitando inutili eventuali duplicazioni con le attività ospedaliere, nelle branche di: Urologia, Neurologia, Ginecologia; Oncologia;
- l'attivazione di una navetta di collegamento con strutture ospedaliere della ASL.

Ospedale La proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera prevede importanti variazioni:

- l'attivazione della Riabilitazione Post Acuzie;
- l'incremento dei posti letto della Medicina e della Lungodegenza.

Nell'insieme la dotazione dei posti letto complessivi potrà incrementarsi sino a 13 unità.

8.8 TRANI (53.226 residenti)

Territorio In riferimento al territorio il Sindaco Dr Tarantini dichiarò, nel corso di una delle riunioni del tavolo tecnico, che era opportuno il trasferimento del CSM presso l'ex Ospedaletto, una volta ristrutturato. Inoltre chiedeva il rifacimento dei locali ove è allocata la Riabilitazione, l'attivazione di un day-service cardio-metabolico, la conferma della pneumofisiologia. Sono poi pervenute indicazioni da parte di associazioni territoriali, che hanno fatto riferimento ad iniziative già ricadenti fra gli obiettivi generali aziendali.

Ospedale L'attuale struttura, nella quale sono in corso importanti interventi di manutenzione e ristrutturazione, confluirà nell'erigendo nuovo p. o. di Area Est, rivolto ad un bacino di utenza di 107.000 residenti.

Nel merito il PSR prevede:

- l'attivazione del "Percorso Salute Donna";
- l'attivazione della Pneumologia;
- l'incremento dei posti letto della Ematologia;
- l'attivazione della struttura complessa di Medicina;
- l'attivazione della struttura complessa di Urologia;
- l'attivazione della struttura complessa di Medicina dello Sport.

Nell'insieme il numero dei posti letto potrà essere incrementato sino a 57 unità.

9. ANALISI ECONOMICA, COSTI - RICAVI

La realizzazione degli interventi previsti dal Piano Attuativo Locale dell'ASL BAT non può prescindere dagli effetti economico-finanziari ad essi correlati.

Se, da un lato, la copertura dei principali costi di gestione emergenti può essere in parte assicurata dalla riorganizzazione, e quindi dalla razionalizzazione delle risorse già disponibili, dall'altro è necessario fare affidamento su adeguati interventi finanziari.

In particolare, per quanto riguarda gli investimenti in infrastrutture, adeguamento tecnologico, attrezzature ed altri beni strumentali è necessario ipotizzare la disponibilità di specifici fondi finanziari (FAS, FESR,...) in assenza dei quali la realizzazione delle azioni previste non sarebbe sostenibile.

9.1 Ospedali

COMPATIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIA DEGLI INTERVENTI RELATIVI ALLA RETE OSPEDALIERA

Per quanto riguarda gli interventi previsti relativamente alla rete ospedaliera si è proceduto alla quantificazione dei soli costi di gestione, considerando principalmente le risorse direttamente impiegate nella produzione delle attività di ricovero e l'impatto che il complessivo ampliamento dei posti letto avrebbe sui servizi sanitari (laboratori di analisi, radiologie, sale operatorie).

Di seguito i principali criteri utilizzati per la configurazione dei suddetti costi:

- sostanziale invarianza dei costi relativi ai cosiddetti centri di supporto (uffici di direzione, farmacie e magazzini economici) per i quali è presumibile ipotizzare un recupero di efficienza attraverso la riorganizzazione degli uffici e delle attività;
- per i reparti già esistenti l'incremento / decremento dei costi diretti, correlati rispettivamente all'ampliamento / ridimensionamento dei posti letto già utilizzati, è stato stimato in misura proporzionale ai costi e ai principali dati di struttura e attività, rilevati a consuntivo per gli stessi reparti, con riferimento al periodo 01/01/2008 – 30/09/2008;
- per i reparti di nuova istituzione i costi diretti sono stati stimati prendendo a riferimento il costo medio per posto letto di reparti simili appartenenti all'Azienda o ad altre Aziende Sanitarie della Regione.

Gli effetti stimati relativamente all'ampliamento/ridimensionamento di reparti già esistenti è rappresentato nella seguente tabella:

		TOTALE INTERVENTI (triennio 2009 / 2011)		
		Situazione attuale	Previsione PAL	Differenza
DATI DI STRUTTURA				
<i>POSTI LETTO</i>	<i>N.RO</i>	491	678	187
Posti letto ricoveri ordinari	n.ro	453	621	168
Posti letto day hospital	n.ro	38	57	19
<i>ORGANICO MEDIO</i>	<i>N.RO</i>	783	1.081	298
Personale dirigente	n.ro	206	284	78
Personale non dirigente	n.ro	577	797	220
DATI DI ATTIVITA'				
<i>RICOVERI ORDINARI</i>	<i>n.ro</i>	21.214	29.081	7.867
<i>RICOVERI DIURNI</i>	<i>n.ro</i>	7.999	11.999	4.000
DATI ECONOMICI				
<u>Valore delle prestazioni</u>	<u>€uro</u>	<u>64.317.589</u>	<u>88.996.783</u>	<u>24.679.194</u>
Ricoveri ordinari	€uro	55.257.512	75.750.364	20.492.852
Day Hospital	€uro	6.175.373	9.263.060	3.087.687
Prestazioni amb. est.	€uro	2.884.704	3.983.359	1.098.655
<u>Costi diretti</u>	<u>€uro</u>	<u>58.621.880</u>	<u>80.823.407</u>	<u>22.201.528</u>
Consumo di materiali	€uro	9.308.069	12.760.068	3.451.999
Personale	€uro	46.121.810	63.687.551	17.565.740
Servizi di lavanderia e mensa	€uro	3.192.000	4.375.788	1.183.788
<u>Costi indiretti</u>	<u>€uro</u>	<u>15.093.579</u>	<u>20.691.197</u>	<u>5.597.619</u>
Sale Operatorie	€uro	6.275.108	8.602.300	2.327.192
Prestazioni amb. int. acq. (*)	€uro	8.818.471	12.088.898	3.270.426

(*) rappresentano i costi aggiuntivi per il potenziamento dei servizi sanitari (lab.analisi, radiologie)

Come è possibile notare, i maggiori costi di gestione generati, nei tre anni cui il PAL fa riferimento, dagli interventi sui reparti già operativi, ammonterebbero a circa 28 milioni di Euro (costi diretti + costi indiretti), e quindi, mediamente, a circa 9 milioni di Euro l'anno. Va evidenziato, tuttavia, che tali maggiori costi troverebbero, almeno in parte, copertura finanziaria negli attesi effetti positivi che si avrebbero sulla produzione, sia in termini di maggiore mobilità attiva, sia in termini di recupero della mobilità passiva. Non si può prescindere, tuttavia, ai fini della completa sostenibilità degli interventi, dall'ipotesi di un progressivo incremento della quota del FSR assegnata che, tenuto conto del trend rilevato

negli ultimi anni, potrebbe stimarsi nella misura del 2% annuo, pari a circa 10 milioni di Euro (finanziamento netto).

I prospetti allegati evidenziano, sia dettagliatamente (per reparto e per ospedale), sia in sintesi (per totale degli interventi previsti), i maggiori / minori costi correlati alle previste variazioni di posti letto.

Per quanto riguarda i reparti di nuova istituzione, nella seguente tabella si rappresentano i costi ed i ricavi stimati relativi alla loro realizzazione. In particolare, nella prima tabella sono riportate le specialità le cui attivazioni risulterebbero quasi integralmente finanziate dal recupero dei flussi della mobilità passiva, oggi attualmente originati dall'assenza di una specifica offerta.

La seconda tabella riporta le stime per la realizzazione dei reparti ai quali, data la loro tipologia, non è correlabile alcun effetto economico positivo di ritorno.

SEDE	SPECIALITA'	Ricavo presunto	Costo presunto	Differenza
ANDRIA	CHIRURGIA TORACICA	1.651.368	-1.281.800	369.568
ANDRIA	CHIRURGIA VASCOLARE	1.597.410	-2.340.300	-742.890
BARLETTA	ENDOCRINOLOGIA	1.503.516	-848.050	655.466
BARLETTA	ONCOLOGIA (**)	3.076.355	-4.422.880	-1.346.525
TRANI	PNEUMOLOGIA	1.457.064	-1.986.160	-529.096
TRANI	GINECOLOGIA	1.877.143	-1.253.460	623.683
BISCEGLIE	CARDIOLOGIA - UTIC	4.319.028	-2.430.120	1.888.908
SPINAZZOLA	RIABILITAZIONE	1.809.041	-2.803.320	-994.279
TOTALE		17.290.925	-17.366.090	-75.165

SEDE	SPECIALITA'	Costo presunto
ANDRIA	TIPO	-1.430.120
BARLETTA	UTIN	-2.860.240
MINERVINO	HOSPICE	-1.161.660
TRINITAPOLI	NEURORIABILITAZIONE	-1.936.100
TOTALE		-7.388.120

9.2 Territorio

Analogamente a quanto già evidenziato nella parte relativa all'analisi sulla compatibilità e sulla sostenibilità delle azioni rivolte al potenziamento della rete ospedaliera, si è proceduto alla verifica delle azioni rivolte alla rete territoriale, con l'obiettivo di ipotizzare anche per queste azioni i possibili impatti di natura economico-finanziaria.

Occorre al riguardo tuttavia evidenziare che, a differenza delle previsioni effettuate sulla rete ospedaliera, i cui costi nascenti potrebbero trovare copertura in tutto o in parte, nel recupero dei costi di mobilità passiva ed, in taluni casi, anche nel miglioramento dei flussi di mobilità attiva, le azioni rivolte al territorio, tendono a migliorare la qualità dei servizi già esistenti o in taluni casi a offrirne di nuovi, senza che ciò possa condurre a maggiori introiti per l'azienda.

Alla luce di tale considerazione, la copertura dei principali costi di gestione emergenti dovrà essere in parte assicurata dalla riorganizzazione, e quindi dalla razionalizzazione delle risorse già disponibili, e dall'altro dovrà necessariamente contare su ulteriori ed adeguati interventi finanziari.

Anche con riferimento alle azioni rivolte al territorio, per quanto riguarda gli investimenti in infrastrutture, adeguamento tecnologico, attrezzature ed altri beni strumentali, occorre ipotizzare il ricorso a specifici fondi finanziari (FAS, FESR,...).

Fatta tale doverosa premessa, si riporta di seguito, un prospetto che raggruppa gli interventi da effettuare, in relazione alle risorse da impiegare:

AZIONI PER LE QUALI È NECESSARIO PREVEDERE IL RICORSO ALL'ASSUNZIONE DI NUOVO PERSONALE

- Miglioramento del servizio di front office, la realizzazione di una rete URP che copra l'intero territorio ed il potenziamento della rete e delle postazioni CUP. Tali azioni saranno realizzate attraverso l'assunzione di n. 20 unità di personale del comparto per un ammontare stimato di circa 800 mila euro;
- Potenziamento della rete dei Consultori per il quale si prevede l'impiego di circa 10 unità di personale sia del comparto che della dirigenza, per un ammontare stimato di circa 600 mila euro;
- Attività di assistenza ai detenuti per la quale è prevista l'assunzione di n. 10 unità di personale della dirigenza, per un ammontare stimato di circa 750 mila euro;
- Attivazione del centro di riabilitazione neurologica e visiva attraverso l'assunzione di n. 4 unità di personale, sia della dirigenza che del comparto, per un ammontare stimato di circa 190 mila euro;
- Potenziamento della attività di distribuzione diretta dei farmaci sul territorio, attraverso l'assunzione di n. 1 farmacista territoriale per un ammontare stimato di circa 70 mila euro;

- Potenziamento dell'ufficio che si occupa dell'anagrafe assistiti nel Comune di Andria, attraverso l'assegnazione di un operatore CED per un ammontare stimato di circa 30 mila euro.

AZIONI PER LE QUALI È NECESSARIO PREVEDERE IL RICORSO ALL'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE

Incremento dell'offerta di prestazioni specialistiche sul territorio aziendale e miglioramento/ampliamento dei servizi di assistenza domiciliare. Al riguardo si prevede un incremento dei relativi costi stimati in 176 mila euro;

AZIONI ASSICURATE DALLA RIORGANIZZAZIONE/RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE GIÀ DISPONIBILI

Fra le azioni la cui realizzazione potrà essere garantita attraverso una riorganizzazione delle attività o degli orari di lavoro, e dunque per le quali non sono previsti costi aggiuntivi, si citano:

- l'estensione dei servizi sanitari distrettuali su 6 giorni lavorativi
- l'apertura dei C.S.M. per 12 ore al giorno compreso il sabato
- l'istituzione presso ciascun Comune di uno sportello Alzheimer
- l'attivazione di un ambulatorio per le patologie infettive
- la riapertura dell'ufficio SEM.PRE
- il rafforzamento della Porta Unica di Accesso (PUA) nel Comune di Barletta.

AZIONI REALIZZATE ATTRAVERSO IL RICORSO AD APPOSITI FINANZIAMENTI VINCOLATI REGIONALI

Tali azioni, che non comporteranno per l'Azienda alcun costo aggiuntivo, atteso che a fronte delle stesse sarà possibile ipotizzare l'utilizzo di appositi finanziamenti a carattere regionale, sono l'attivazione di una rete oncologica per l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'attivazione di una RSSA presso il Comune di Barletta, il potenziamento infrastrutturale della Rete dei Consultori, come espressamente previsto dalle Linee guida regionali recentemente approvate.

INTERVENTI STRUTTURALI, FINALIZZATI ALLA COSTRUZIONE DI NUOVI IMMOBILI DA DESTINARE A SEDE DI STRUTTURE AZIENDALI

La realizzazione di nuove unità immobiliari potrà in parte realizzarsi attraverso l'utilizzo di appositi finanziamenti in conto capitale (es. realizzazione delle nuove sedi per i distretti di Bisceglie e di Canosa) e in parte troverà copertura finanziaria nella cessazione dei canoni di locazione degli immobili attualmente occupati, dal cui risparmio potranno reperirsi le risorse finalizzate a contrarre mutui per la realizzazione delle nuove opere (Realizzazione della Casa della Salute nel Comune di Andria e conseguente trasferimento al suo interno degli uffici del Dipartimento di Prevenzione).

In ultimo con riferimento all'attivazione di n.2 strutture da 30 P.L. per disabilità fisiche e psichiche nel Comune di Bisceglie, non si ritiene di dover ipotizzare costi di funzionamento, in quanto si ha motivo di ritenere che nel corso del triennio, sarà possibile soltanto provvedere alla realizzazione delle strutture, attraverso il reperimento di appositi finanziamenti in conto capitale.

PIANO DEGLI INVESTIMENTI

Al fine di perseguire gli obiettivi indicati nel presente piano, come già evidenziato nei paragrafi relativi allo sviluppo economico-finanziario della rete ospedaliera e territoriale, l'azienda può fare affidamento su appositi finanziamenti a destinazione vincolata, finalizzati ad interventi di edilizia sanitaria e all'acquisto di attrezzature.

Tali finanziamenti, appositamente integrati da investimenti a carico dell'azienda, nel rispetto del limite massimo della quota annua che si prevede di contabilizzare nel triennio come differenza fra costi per ammortamenti e ricavi per sterilizzazione degli ammortamenti finanziati, sono stati determinati a seguito di ricognizione effettuata con le singole strutture ed ammontano nel triennio 2009_2011 in €/000 64.724 di cui €/000 52.519 appositamente finanziati con fondi europei (FESR) e statali (FAS e Art. 20).

E' di seguito rappresentata una tabella di sintesi che individua i finanziamenti previsti nell'arco del triennio con suddivisione degli interventi di edilizia sanitaria rispetto ai restanti investimenti, e con evidenza della destinazione e delle relative fonti di finanziamento:

DESTINAZIONE INVESTIMENTI	TIPOLOGIA	IMPORTO PREVISTO	IMPORTO FINANZIATO	FONTE DI FINANZIAMENTO
INVESTIMENTI DESTINATI ALLA RETE TERRITORIALE	INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA	12.100.000	12.100.000	FONDI FESR 2007-2013
	ALTI INVESTIMENTI	7.458.790	7.458.790	FONDI FESR 2007-2013
	ALTI INVESTIMENTI	3.000.000	3.000.000	FONDI FAS 2007-2013
	ALTRI INVESTIMENTI	400.000	0	FONDI AZIENDALI
INVESTIMENTI DESTINATI ALLA RETE OSPEDALIERA	INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA	24.660.000	24.160.000	FINANZIAMENTO ART. 20 - E FONDI AZIENDALI
	INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA	1.163.163	0	FONDI AZIENDALI
	ALTI INVESTIMENTI	5.800.000	5.800.000	FINANZIAMENTO ART. 20
	ALTRI INVESTIMENTI	8.373.300	0	FONDI AZIENDALI
FONDO DESTINATO AD ULTERIORI INTERVENTI CHE SI RENDERANNO NECESSARI NEL CORSO DEL TRIENNIO	INVESTIMENTI VARI	1.768.537	0	FONDI AZIENDALI

VALORI COMPLESSIVI	64.723.790	52.518.790	
---------------------------	-------------------	-------------------	--

A fronte di tale tabella di sintesi, si riporta di seguito, con riferimento a ciascun intervento, una tabella di dettaglio che evidenzia i singoli investimenti previsti.

INTERVENTI SULLA RETE TERRITORIALE

**INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI CON FONDI FESR 2007-2013 LINEA 3.1
PIANO DEGLI INVESTIMENTI PER LE INFRASTRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI DELLE
AIZENDE SANITARIE LOCALI**

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Trani-Bisceglie	Distretto 5	Ristrutturazione	Lavori	Realizzazione Cup - Urp e Ambulatori di Pneumologia, Sistemazione Esterni	900.000	900.000
Barletta	Distretto 4	Adeguamento strutturale e impiantistico	Lavori	Rifunzionalizzazione e adeg.to a norma di ambienti al piano terra per sede Seminternato Servizio di Riabilitazione Territoriale	1.400.000	1.400.000

Barletta	Distretto 4	Ristrutturazione	Lavori	Ristrutturazione e adeguamento funzionale di ambienti interni a piano terra da destinare a Cup	300.000	300.000
Trani-Bisceglie	Distretto 5	Ristrutturazione	Lavori	Rifunzionalizzazione e adeg.to a norma di ambienti del Distretto	4.500.000	4.500.000
Trani-Bisceglie	Distretto 5	Realizzazione nuova palazzina	Lavori	Realizzazione di una nuova palazzina da destinare a sede per Poliambulatori	5.000.000	5.000.000

ALTRI INVESTIMENTI CON FONDI FESR 2007-2013 LINEA 3.1 PIANO DEGLI INVESTIMENTI PER LE INFRASTRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI DELLE AIZENDE SANITARIE LOCALI

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Marg.- S.Ferd. - Trin	Distretto 1	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	243.850	243.850
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Macchine Elettroniche	11.100	11.100
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Mobili e Arredi	950	950
Andria	Distretto 2	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Generiche	2.166	2.166
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	371.224	371.224
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Impianti	13.000	13.000
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Macchine Elettroniche	15.850	15.850
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Mobili e Arredi	3.050	3.050
Can.- Min.- Spin.	Distretto 3	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	105.500	105.500
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Macchine Elettroniche	3.300	3.300

Barletta	Distretto 4	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	928.700	928.700
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Macchine Elettroniche	2.600	2.600
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Mobili e Arredi	800	800
Trani-Bisceglie	Distretto 5	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	241.200	241.200
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Impianti	5.000	5.000
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Mobili e Arredi	800	800
Vari Comuni	Dipartimento di Prevenzione Andria	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Generiche	14.000	14.000
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	59.400	59.400
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Macchine Elettroniche	33.300	33.300
		Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Mobili e Arredi	3.000	3.000
Vari Comuni	Asl	Rete territoriale della diganostica per immagini	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	3.100.000	3.100.000
		Integrazione ed interoperabilità dei dati	Altri investimenti	Software	300.000	300.000
		Rete Territoriale per la defibrillazione precoce	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	500.000	500.000
		Acquisto attrezzature varie	Altri investimenti	Software	1.500.000	1.500.000

ALTRI INVESTIMENTI CON FONDI FAS 2007-2013

Vari Comuni	Asl	Rete Territoriale Telematica	Altri investimenti	Macchine Elettroniche e Software	3.000.000	3.000.000
-------------	-----	------------------------------	--------------------	----------------------------------	-----------	-----------

ALTRI INVESTIMENTI CON FONDI AZIENDALI

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Distretti	Presidio Ospedaliero – Distretti	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	300.000	0
Distretti	Presidio Ospedaliero – Distretti	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	100.000	0

INTERVENTI SULLA RETE OSPEDALIERA

INTEVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI CON FONDI EX ART. 20

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Trani	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Adeguamento a norma e rifunzionalizzazione presidio ospedaliero	3.800.000	3.800.000
Bisceglie	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Adeguamento a norma e rifunzionalizzazione presidio ospedaliero	4.500.000	4.000.000
Barletta	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Riqualificazione ambienti da destinare a RADIOTERAPIA 7° Piano PO BARLETTA	360.000	360.000
Andria	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Adeguamento a norma e rifunzionalizzazione presidio ospedaliero	13.000.000	13.000.000
Canosa	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Lavori di manutenzione ed adeguamento normativo Pronto Soccorso P.O. Canosa di Puglia.	2.000.000	2.000.000
Spinazzola	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Lavori di ristruttur. ed adeguamento normativo	1.000.000	1.000.000

INTERVENTI DI EDILIZIA SANITARIA FINANZIATI CON FONDI DELL'AZIENDA

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Canosa	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	Lavori di manutenzione ed adeguamento normativo ambienti adibiti a servizio cucina ed archivio P.O. Canosa di Puglia.	735.000	0
Canosa	Ospedale	Ristrutturazione	Lavori	lavori manutenzione straordinaria U.O. Ginecologia - sala parto del P.O. Canosa di Puglia -	428.163	0

ALTRI INVESTIMENTI FINANZIATI CON FONDI EX ART. 20

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Barletta	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Lavori	Acquisto Attrezzature Sanitarie	5.000.000	5.000.000
Andria	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Lavori	Acquisto TAC PO Andria	800.000	800.000

ALTRI INVESTIMENTI FINANZIATI CON FONDI AZIENDALI

Ambito Territ.le	Macrostruttura	Denominazione Intervento	Tipologia	Descrizione Inverento	Ammontare previsto	Ammontare Finanziato
Andria	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	907.800	0

Barletta	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	2.078.000	0
Bisceglie	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	677.000	0
Canosa	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	740.500	0
Minervino	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	60.000	0
Spinazzola	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	120.000	0
Trani	Ospedale	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	1.180.000	0
Varie	Presidio Ospedaliero - Laboratori Analisi	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	100.000	0
Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	360.000	0
Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	300.000	0
Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	100.000	0

Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	500.000	0
Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	250.000	0
Varie	Presidi Ospedalieri Asl	Adeguamento delle dotazioni e acquisizione forniture	Altri investimenti	Attrezzature Sanitarie	1.000.000	0

10. La sanità informatica

Rispetto al precedente Piano Attuativo Locale diversi obiettivi sono stati conseguiti, alcuni solo parzialmente, mentre diversi altri compiutamente.

Il presente documento, a partire dalla verifica degli obiettivi del precedente documento individua i nuovi obiettivi nell'ambito dell'innovazione tecnologica, in particolare nei due settori:

- investimenti in apparecchiature e sistemi elettromedicali;
- infrastrutture e sistemi informatici e di telecomunicazioni.

SISTEMI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI DI PARTICOLARE RILEVANZA

1. PET-TC

Nel corso dell'anno corrente (2009) è stata aggiudicata gara europea per la fornitura di una diagnostica PET-CT (Tomografia ad emissione di positroni accoppiata a Computed-Tomography). Il completamento dell'installazione della diagnostica è previsto entro l'anno presso il P.O. di Barletta, pervenendo così al completamento dell'insieme delle dotazioni di sistemi per la diagnostica ed il trattamento dei tumori.

La diagnostica PET-CT, attraverso l'uso di radiofarmaci aventi la peculiarità di emettere fotoni in opposizione di fase attraverso annichilimento di positroni, consente la ricostruzione tomografica di quelle regioni in cui le lesioni tumorali accrescono il metabolismo cellulare.

Il sistema PET-CT, di cui si tratta, consente non soltanto studi oncologici, prevalentemente utilizzando FDG-18, ma anche approfonditi studi di tipo cardiologico e neurologico, prossima frontiera dell'uso di tale diagnostica anche mediante nuovi radiofarmaci quali ad esempio il Rubidio.

L'integrazione di tale diagnostica con altre diagnostiche digitali dell'ASL (CTI-MRI-Gammacamera) per la comparazione e l'eventuale fusioni di immagini garantisce un notevole incremento dell'efficacia ed efficienza delle capacità diagnostiche, oltre alla possibilità di rendere disponibili le informazioni della diagnostica direttamente per l'elaborazione di piani di trattamento dei sistemi radioterapici.

La presenza inoltre di una sincronizzazione respiratoria di tipo identico a quella degli acceleratori lineari della radioterapia accresce le accuratezza dei trattamenti radioterapici sugli organi molli che risentono fortemente dei movimenti dovuti agli atti respiratori.

2. TAC 64 slice sui PP. OO. di Andria e Bisceglie

E' in corso di aggiudicazione la fornitura di una TAC 64 slices presso il P.O. di Andria. Tale diagnostica, come tutte le TAC, consente la ricostruzione tridimensionale di regioni anatomiche o eventualmente dell'intero corpo del paziente. Il vantaggio dell'incremento del numero delle slice è quello che in un limitato numero di rotazioni del complesso "tuboRx-detettori" si possono ricostruire ampie regioni anatomiche. Orbene, considerate le attuali velocità di rotazione di tali sottosistemi, si rende possibile, con ottime risoluzioni volumetriche delle immagini .lungo tutte le proiezioni, trarre immagini non influenzate dagli artefatti di movimento cardiaco. Le immagini possono consentire una sorta di coronarografia virtuale, senza dover fare uso di lunghe procedure angiografiche di tipo invasivo.

Oltre a tale specifico utilizzo, la diagnostica TAC 64 slice diminuisce significativamente i tempi di esecuzione delle indagini e la dose erogata al paziente.

Infine, la diagnostica TAC 64 slice consegue ampi miglioramenti anche negli studi neurologici e di cosiddetta "endoscopia virtuale", particolarmente utile nella diagnosi non invasiva delle patologie del colon-retto.

Le capacità diagnostiche cardiologiche e neurologiche sono particolarmente utili per il completamento delle dotazioni strumentali delle UU.OO. di Cardiologia, Angiografia interventistica, Neurologia e Neurochirurgia.

E' prevista, da parte dell'ASL l'acquisizione di una seconda diagnostica TAC 64 slice per il P.O. di Bisceglie, al fine di sostituire analoga diagnostica "single slice" particolarmente vetusta, dando al Presidio quelle capacità di indagine cardiologica utili al completamento della propria missione istituzionale.

3. Completamento sistema RIS-PACS

Come è noto, l'ASL BAT è stata costituita nell'anno 2006, riunificando parte dei territori provenienti dalle Aziende Sanitarie BA/1, BA/2 e FG/2.

I Presidi provenienti dalla ex AUSL BA/1, prima della costituzione Informativo della Radiologia integrato ad un Sistema di Archiviazione e Gestione delle Immagini diagnostiche.

L'attuale RIS-PACS è dotato di Sistemi di Acquisizione Digitale delle Immagini Radiografiche (cosiddette CR) in ciascuno dei PP.OO. di Andria, Canosa di Puglia, Minervino Murge e Spinazzola, nonché di Postazioni di Refertazione e di Sistemi Digitali di stampa anche se ancora su pellicola. Soltanto nella sede di Andria si è in possesso di un

sistema di masterizzazione di supporti digitali (CD-ROM, DVD,...) per la consegna del documento dell'esame diagnostico al paziente.

Un siffatto sistema rappresenta un'evoluzione significativa sia in termini di risparmi conseguibili attraverso la diminuzione degli acquisti di pellicole, sia dalla semplificazione delle procedure di gestione dell'archiviazione (eliminazione o contenimento degli archivi delle pellicole) e di ricerca/consultazione dei fascicoli dei pazienti.

E' in corso una gara pubblica per il completamento del sistema RIS-PACS in un unico sistema che integri tutte le modalità diagnostiche per immagini presenti nell'ASL e che consenta:

- Archiviazione e gestione di tutte le immagini diagnostiche in formato digitale;
- Efficace ed efficiente gestione su rete geografica del sistema informativo attraverso realizzazione di una rete ad alta affidabilità di tipo "fault-tolerant";
- Possibilità di gestire, in accordo con la vigente normativa, un sistema RIS-PACS di tipo "filmless";
- Avviare la transizione "filmless" anche nei confronti dell'utenza, consegnando ai pazienti supporti digitali all'atto dell'esecuzione degli esami;
- Integrare tale sistema con l'anagrafica regionale e con il Sistema Unico delle prenotazioni (CUP), che eviti la duplicazione dell'immissione delle informazioni, facendo sì che la gestione del dato sia affidabile (evitando errori nella duplicazione del data-entry) e gestito in maniera economica (evitando che un'operazione di immissione venga ripetuta).

L'installazione del completamento del Sistema RIS-PACS verrà ultimata e collaudata nel corso dell'anno 2009.

4. Sistema stereotassico per la biopsia mammaria

L'intensificazione delle attività di screening mammografico voluta nell'ultimo triennio da parte dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, ha condotto ad una situazione nella quale finalmente possono essere precocemente evidenziate microcalcificazioni e/o lesioni relative ad un livello di stadiazione ancora iniziale della malattia tumorale.

Nasce pertanto la necessità di effettuare, sulla popolazione femminile che a seguito dello screening mammografico presenta lesioni sospette, biopsie mammarie con notevole accuratezza e precisione e con elevato grado di produttività, mantenendo tutto intatto il comfort della paziente ed evitando alla stessa di sottoporsi a procedure di chirurgia

invasiva talvolta deturpanti come sovente nel pregresso in svariate strutture ospedaliere è avvenuto.

Le procedure bioptiche a guida stereotattica mediante mammografo rappresentano lo standard di riferimento nell'esecuzione dei prelievi istologici utili ad accertare il tumore mammario.

A tal scopo è stato acquisito apposito finanziamento regionale per l'acquisizione di un sistema composto da:

- Mammografo;
- Tavolo interventistico per l'effettuazione della biopsia;
- Sistema di guida stereo tattica della biopsia;
- Sistema per l'esecuzione della biopsia mammaria, che verrà installato nel P.O. di Barletta entro il corso del 2009.

5. Introduzione di sistemi innovativi per la terapia radiante

Nel corso dell'anno 2007 sono stati acquisiti dalla società VARIAN n. 2 acceleratori lineari "dual energy" dotati di:

- 2 livelli di energie fotoniche 6 MeV e 15 MeV
- 5 livelli di energie elettroniche comprese tra 6 MeV e 21 MeV.
- collimatore multilamellare a 120 lamelle con campo 40x40 cm, completo di software e hardware per l'esecuzione di tecniche di modulazione d'intensità (IMRT) statiche e/o dinamiche assieme a tecniche conformazionali 2D, 3D statiche e dinamiche;
- sistema elettronico portale (EPID) retraibile motorizzato
- n. 1 Sistema computerizzato per il calcolo dei piani di trattamento;
- n. 1 Sistema computerizzato per la simulazione virtuale basato su un elaboratore che garantisce la contornazione, la ricostruzione 3D, la simulazione del trattamento, la localizzazione dell'isocentro ed il marking del paziente ed un sottosistema LASER computerizzato per il controllo della posizione del paziente basato su 1 laser mobile montato a soffitto e 2 laser mobili installati lungo le pareti laterali;
- n. 1 Sistema informatico per la gestione dei dati e delle immagini della radioterapia in architettura client/server composto da un server di rete centrale e n° 3 stazioni utente remote con accesso a dati e immagini diagnostiche, di simulazione, portali, DRR e DCR e dati di trattamento, dosimetrici, clinici ed amministrativi;

Inoltre uno dei Sistemi di Radioterapia acquisiti è stato potenziato con un sistema di "Image Guided Radio-Therapy" (IGRT). Il sistema IGRT rappresenta una delle innovazioni

tecnologiche più importanti introdotte di recente dai fabbricanti di acceleratori lineari. Si tratta di sistemi per la verifica in tempo reale attraverso immagini Rx (nel nostro caso) ottenute da dispositivi installati sullo stesso acceleratore lineare del posizionamento delle masse da trattare (particolarmente utile per il trattamento di CR in organi "molli" che consentono con difficoltà la riproduzione della stessa posizione) migliorando l'efficacia del trattamento e riducendone i dannosi effetti secondari dovuti all'irradiazione di organi, ossa e tessuti in salute. L'introduzione di tale capacità ha consentito di posizionare la Radioterapia di Barletta al livello più alto dei centri italiani.

Gli acceleratori approvvigionati, inoltre sono in grado di effettuare le seguenti tipologie di trattamento innovativo:

1. Arco Terapia Conformazionale statica e dinamica: nel corso dell'applicazione terapeutica, il Collimatore Multilamellare si conforma, ad intervalli regolari di rotazione (statica) o in maniera continua durante la rotazione (dinamica) alla massa tumorale ed evita organi critici. La Dose (MU) è costante lungo tutta la rotazione dell'arco.
2. IMRT (Intensity Modulated Radio-Therapy); tale tecnica conformazionale, aggiunge, oltre alla modificazione continua della forma del Collimatore Multilamellare per contornare la massa tumorale, tipica dell'arco terapia, la modulazione dell'intensità della radiazione terapeutica, sì da massimizzare l'effetto della radiazione solo e soltanto sulle lesioni evitando di colpire gli organi vitali che contornano o si frappongono al "target". La tecnica IMRT applica la radiazione attraverso più archi e riposizionamento del paziente. I tempi sono talvolta particolarmente elevati

Attraverso apposito finanziamento con fondi "ex art.12" sono stati acquisiti sistemi per il trattamento preciso ed efficiente dei tumori cerebrali, introducendo sistemi di calcolo ed accessori in grado di effettuare tecniche del tipo VMAT: Volume Modulated Arc Therapy.

La tecnica in questione si basa su algoritmi che, da una parte ottimizzano il trattamento attraverso la flessibilità della radiazione nelle varie direzioni di irradiazione mediante il riposizionamento del paziente ("couch" e sorgente) ed il movimento adattativo della forma del MLC, dall'altra tengono in stretta considerazione i limiti di tempo che consentano in un solo arco di effettuare il trattamento (velocità di rotazione, modulazione dell'intensità e velocità di posizionamento delle lamelle MLC). Deve altresì considerarsi che la tecnica non è necessariamente limitata ai soli 360° di un'arcoterapia. Possono essere composti trattamenti di archi di minore angolo di rotazione e/o più archi sovrapposti, anche se i primi risultati di carattere scientifico mostrano benefici differenziali di carattere residuale.

Tempi, accuratezze necessarie, movimento dei pazienti durante il trattamento ed addirittura modificazioni degli organi durante la terapia impongono la presenza di IGRT ed in particolare del sistema di guida congiunto: kV Cone Beam Computer Tomography (kV tube e Flat Panel di tipo radiografico) e MV Cone Beam Computer Tomography (Linac e EPID), software anch'essi acquisiti con il medesimo finanziamento, oltre ad un nuovo sistema e software dedicato per l'elaborazione dei relativi Piani di Trattamento.

Tale ulteriore acquisizione pone l'U.O. di Radioterapia di Barletta tra i primi 3 centri italiani in termini di capacità di trattamento.

6. Rinnovo completo di tutte le diagnostiche radiologiche di tipo convenzionale e telecomandato

La radicale innovazione tecnologica del settore della diagnostica radiologica, susseguente all'avvenuta introduzione dei detettori digitali del tipo "flat panel", sia a rivelazione diretta (selenio) sia indiretta (silicio), è in grado di:

- Migliorare la qualità delle acquisizioni e le capacità di elaborazione dell'immagine radiologica, grazie alle accresciute possibilità di pre-trattamento ed elaborazione dell'immagine e procedure CAD (Computer Aided Diagnostics);
- Abbattere la dose erogata al paziente attraverso l'incrementata QDE (efficienza di detezione) che attraverso la diminuita necessità di "retake" di immagini;
- Abbattere i carichi di lavoro del personale tecnico e di supporto e l'efficienza dei processi, limitando/eliminando la necessità di riportare le cassette ai sistemi di sviluppo delle pellicole o di acquisizione delle cassette ai fosfori.

Difatti, i carichi di lavoro legati alle fasi di controllo dell'immagine acquisita (inserimento e prelevamento cassette e di acquisizione immagine diagnostica (sviluppo o scanning), sono tali da venir pressoché completamente eliminati in caso di installazione di nuovi sistemi.

La dotazione attuale dei sistemi diagnostici radiologici dell'Azienda Sanitaria è particolarmente vetusta e già dovrebbe essere rinnovata per vetustà e progressivo decadimento della qualità diagnostica delle immagini prodotte a fronte degli standard qualitativi attualmente raggiungibili e soprattutto a fronte della necessità di non irradiare dosi maggiori per ottenere immagini di pari livello qualitativo.

Gran parte delle diagnostiche attualmente installate presso i Presidi aziendali hanno ormai maturato più di dieci anni dalla loro avvenuta installazione. Si rende pertanto obbligatoria la loro sostituzione.

E' stato acquisito apposito finanziamento attraverso i fondi Europei FESR a compartecipazione regionale in attuazione della Linea 3.1 Asse III del relativo Piano Operativo Regionale 2007-2013.

E' prevista l'acquisizione di due tipologie diagnostiche del tipo digitale:

- Sistemi diagnostici radiologici del tipo multifunzione a "flat panel" inclusivi di generatore/tavolo di comando, tubo/cuffia raggi X, tavolo porta-paziente, tele radiografo ed eventuali cassette digitali portatili per l'acquisizione diretta;
- Sistemi diagnostici radiologici telecomandati con acquisizione fluoroscopia del tipo digitale a CCD inclusive di generatore/tavolo di comando, tubo/cuffia raggi X, tavolo telecomandato.

Il complesso delle diagnostiche che verrà sostituito è il seguente:

- Presidio di Minervino: Telecomandato Telegil Gilardoni / Stativo Rx Dialogix Gilardoni
- Presidio di Spinazzola: Telecomandato Telegil Gilardoni / Stativo Rx Dialogix Gilardoni
- Presidio di Trani: Telecomandato Philips Super 120 CD/ Stativo Rx Rotalix Philips
- Presidio di Bisceglie: Telecomandato Philips Diagnost 92/ Stativo Rx Rotalix Philips
- Presidio di Andria: n.2 Telecomandati Telegil Gilardoni / n.2 Rx Dialogix Gilardoni
- Presidio di Barletta: Tavolo tomografico Cartesius Gilardoni.

con le seguenti dotazioni:

- Presidio di Minervino: N.1 sistema multifunzione e N.1 sistema telecomandato;
- Presidio di Spinazzola: N.1 sistema multifunzione e N.1 sistema telecomandato;
- Presidio di Trani: N.1 sistema multifunzione e N.1 sistema telecomandato;
- Presidio di Bisceglie: N.1 sistema multifunzione e N.1 sistema telecomandato;
- Presidio di Andria N.2 sistema multifunzione e N.2 sistema telecomandato;
- Presidio di Barletta N.1 sistema multifunzione

L'importo ammesso a finanziamento è pari ad € 2.570.000,00, sufficiente all'acquisizione di sistemi telecomandati al costo unitario di € 160.000,00 e di sistemi multifunzione "flat panel" al costo unitario di € 250.000,00.

7. Allestimento di una rete per la defibrillazione precoce

Come noto, il sistema dell'emergenza-urgenza, comunemente conosciuto come "118" prevede tempi di intervento presso il paziente oggetto di assistenza in emergenza entro 20' dalla chiamata.

E' del tutto ovvio che in caso di arresto cardiaco, tali tempi di intervento non consentono di prevenire i danni cerebrali che certamente dopo i 5' di anossia dei tessuti del cervello provocano danni irreversibili, ove addirittura non comportino il decesso del paziente.

L'unica maniera di prevenire tali evenienze è quella di distribuire sul territorio, nei luoghi a maggiore frequentazione (supermercati, uffici pubblici, ecc.) ed a bordo delle vetture delle forze dell'ordine, defibrillatori del tipo semiautomatico per la defibrillazione precoce del paziente in stato di arresto cardiaco.

E' stato acquisito apposito finanziamento attraverso i fondi Europei FESR a compartecipazione regionale, in attuazione della Linea 3.1 Asse III del relativo Piano Operativo Regionale 2007-2013, attraverso il quale verranno acquisiti un sufficiente numero di defibrillatori semiautomatici (non inferiore a 100) per un importo complessivo di € 250.000,00.

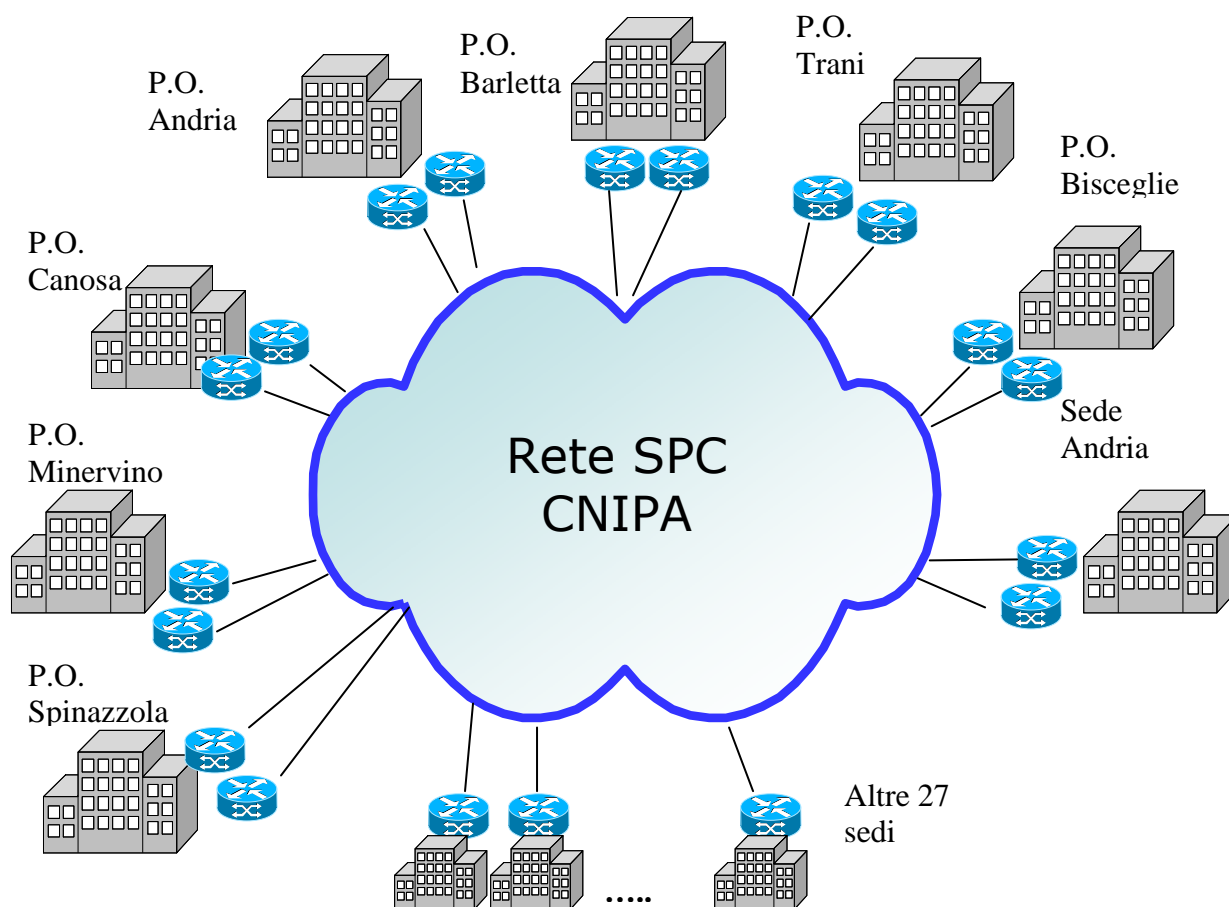
La distribuzione dei defibrillatori verrà accompagnata da un adeguato programma di formazione per i laici e l'istituzione di un apposito sistema di allertamento che trasmetta la posizione in cui si trova il paziente agevolando l'intervento dei volontari entro i tempi utili.

La quasi totalità del progetto (acquisizione dei defibrillatori e definizione dei programmi formativi e del sistema informativo degli allertamenti) verrà completata entro il 2009.

SISTEMI INFORMATICI DI PARTICOLARE RILEVANZA

I. Infrastruttura della rete fisica

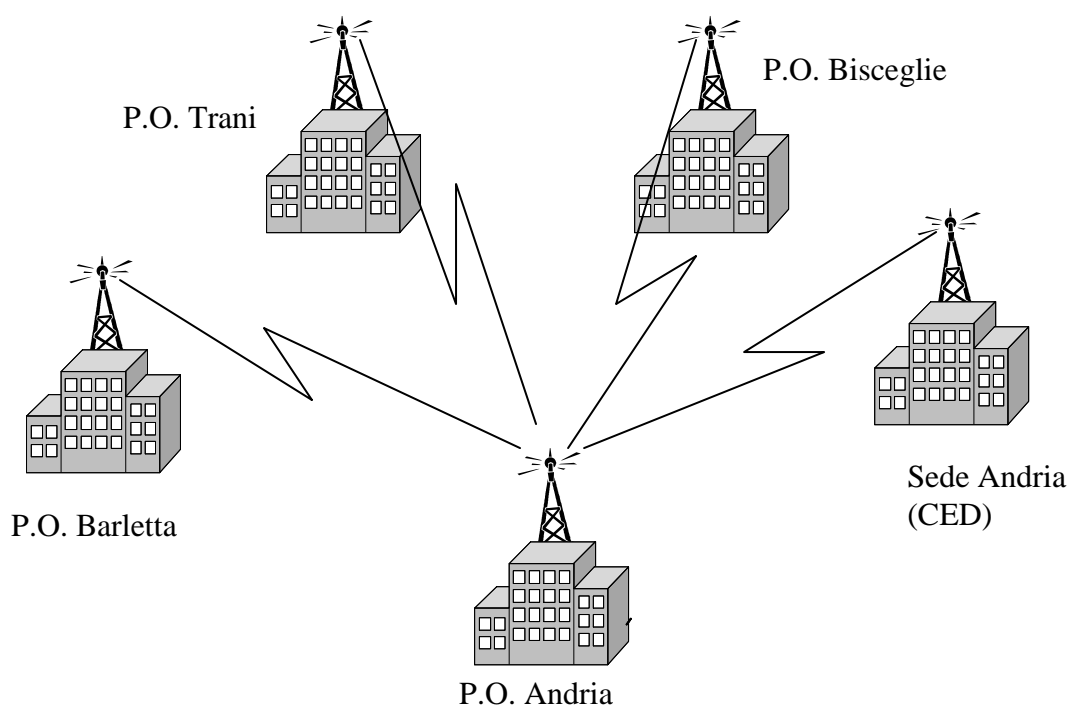
E' stata recentemente perfezionata e collaudata nel corso dello scorso Febbraio 2009 una nuova architettura di rete dati ad elevata affidabilità che collega tutte le sedi aziendali con connessioni del tipo Mission Critical secondo le prescrizioni del CNIPA. Tutte le sedi dell'ASL BAT sono connesse alla rete MPLS del carrier con due tipologie di collegamenti.



Sono inoltre presente collegamenti ausiliari su ponte radio che collegano le sedi di:

- Andria Presidio Ospedaliero;
- Andria Sede Direzione;
- Barletta Presidio Ospedaliero;
- Trani Presidio Ospedaliero;
- Bisceglie Presidio Ospedaliero,

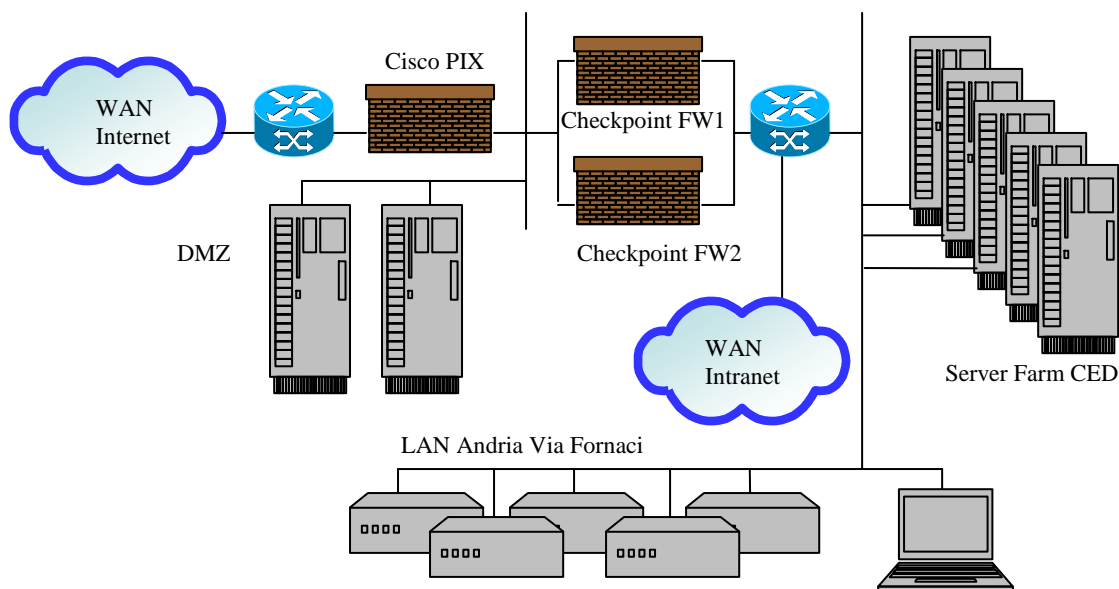
secondo il seguente schema:



In caso di malfunzionamento di uno di questi dispositivi, esiste apparato sostitutivo in cosiddetta "riserva fredda", da poter sostituire per il ripristino funzionale della connettività.

L'elevata ridondanza di tutti i collegamenti geografici e la flessibilità dell'allocazione delle risorse di banda rappresentano strumenti fondamentali nell'allestimento dei servizi sanitaria distribuiti al cittadino notoriamente caratterizzati da elevata criticità.

Tutta la rete aziendale è inoltre protetta verso l'esterno attraverso la predisposizione di un doppio "firewall" di diversa natura secondo il seguente schema:



Il sito Web aziendale, recentemente totalmente ristrutturato e completamente realizzato internamente all'Azienda, verrà pubblicato nella sua nuova versione entro la fine del mese di Aprile del 2009. Il sito è stato realizzato con strumenti "Open source" e contiene, oltre alle informazioni normalmente reperibili sui portali aziendali, una serie di aree di servizi interattivi, quali:

Area	Tipologia	Aggiornamen to	Accesso	Stato
Liste d'attesa	Informazioni sui tempi di attesa classificate per presidio e prestazione	"almost real time" (1 giorno)	Pubblico	Attivo
Situazione contabile fornitori	Informazioni sullo stato di liquidazione delle fatture	"real-time"	Riservato ai fornitori ASL, protetto da password	Attivo
Albo aziendale "on-line"	Informazioni su tutti gli atti deliberativi e determinazioni dirigenziali adottate dalla ASL	"real-time"	Pubblico	Attivo
Business Intelligence	Informazioni strutturate del "datawarehouse" aziendale consultabili con strumenti di controllo della performance aziendale e di supporto alle decisioni	"real-time"	Riservato al personale aziendale, protetto da password e sistema di autorizzazioni	Attivo
Invalidità civile	Informazioni sullo stato di avanzamento dei procedimenti amministrativi per il riconoscimento della invalidità civile	"real-time"	Riservato agli utenti, protetto da password individuale	Attivo, in attesa di avvio da parte del Dipartimento di Prevenzione
Segnalazione	Modulo interattivo per	"real-time"	Riservato al	Attivo

guasti	l'introduzione della segnalazione di guasti informatici ed alle apparecchiature mediche e informazioni sul loro stato di risoluzione		personale aziendale, protetto da password e sistema di autorizzazioni	
--------	--	--	---	--

Nella stessa zona DMZ, sono in via di definitiva configurazione i cosiddetti servizi di cooperazione aziendale. Essi comprendono:

- Servizi di mail;
- Servizi di fax;
- Servizi di messaggeria voce;
- Servizi di videoconferenza;
- Piattaforma di "Formazione a Distanza";
- Repositorio della documentazione aziendale suddiviso per Aree tematiche e Gruppi di lavoro,

tutti strutturati in un unico portale web interno all'Azienda.

Del sistema si dettaglierà in apposito paragrafo e la formazione del personale al loro utilizzo sarà completata nel corso dell'anno 2009.

II.Rete Wireless

L'Azienda, avendo constatato l'elevato costo attualmente sostenuto per collegare sulla propria rete Intranet mediante "wired technologies" le differenti sedi comunali e dopo aver constatato l'affidabilità e capacità del collegamento radio installato tra i Plessi Ospedalieri di Andria e Barletta, Andria e Trani, Andria e Bisceglie, Sede ASL e P.O. Andria ha stabilito di attivare una rete wireless.

Il progetto prevede la progressiva introduzione di soluzioni Wireless Mesh Network (WMN) che permetteranno di realizzare velocemente e in maniera estremamente economica interconnessioni tra le sedi aziendali ma anche e soprattutto senza altri costi, coperture WiFi su aree molto estese sfruttando la possibilità di interconnessione radio degli Access Point.

La finalità è offrire al cittadino una rete telematica per l'informatizzazione ed il miglioramento dei servizi di seguito riportati:

- Assistenza Domiciliare Integrata ed Assistenza Domiciliare Protetta con creazione di un sistema informatico che consenta la gestione informatizzata di:
- valutazione multidimensionale del paziente;

- gestione del progetto di assistenza del paziente con la schedulazione degli interventi dei differenti interlocutori presso il domicilio del paziente ed archiviazione dei risultati degli stessi;
- costituzione della cartella dell'assistenza domiciliare ai fini della gestione clinica ed amministrativa dell'assistenza
- Rete dell'assistenza specialistica territoriale nelle Aree: cardiologica, diabetologia, pneumologica, ecc., che garantisca:
- il teleconsulto e la tele diagnostica;
- la costituzione di sistemi di supporto alle decisioni cliniche e Computer Aided Diagnostics;
- la costituzione di banche dati verticali in ciascun settore specialistico e delle storie cliniche di ciascun paziente
- Telediagnostica e monitoraggio remoto del paziente dal domicilio;
- Integrazione del sistema di emergenza/urgenza;

Come già anticipato in precedenza, su tale infrastruttura si poggeranno una serie di sistemi informativi clinico-gestionali che di seguito si descrivono sommariamente.

- Assistenza Domiciliare Integrata

Il sistema informativo ipotizzato sarà in grado di supportare l'acquisizione strutturata delle informazioni utili alla Valutazione Multidimensionale del paziente possibilmente secondo svariate metodologie (SVAMA, SOSIA, VAOR-ADI). A tale valutazione il sistema dovrà poter associare un progetto di assistenza personalizzabile, che allochi le risorse necessarie e le tempistiche di accesso al domicilio del paziente. Il sistema consentirà inoltre di registrare dal domicilio del paziente i risultati dell'assistenza erogata e di contabilizzarne i relativi costi. Accanto a tali caratteristiche il sistema potrà consentire il collegamento in teleconsulto con la rete della specialistica di cui si accennerà in seguito ed altresì l'integrazione con la rete dell'emergenza/urgenza ed il monitoraggio remoto dei parametri vitali del paziente.

- Assistenza Domiciliare Protetta

Il sistema informativo ipotizzato sarà in grado di completare il documento generalmente definito "Cartella Clinica Informatizzata" del paziente in formato standardizzato IHE-HL7 Clinical Document Architecture con la registrazione dei dati clinici del paziente nel decorso clinico a domicilio susseguente alla dimissione dopo il ricovero del paziente.

- Reti specialistiche

I sistemi informativi delle reti specialistiche che si appoggeranno sull'infrastruttura descritta consentiranno la costituzione di un fascicolo elettronico dei pazienti affetti dalle specifiche patologie con un'architettura coerente con quella descritta dal Tavolo della Sanità Elettronica nazionale – Infrastruttura di Base della Sanità Elettronica, con la creazione di un indice delle prestazioni eseguite su ciascun paziente e la creazione di repository per l'archiviazione delle informazioni risultato della diagnostica. In particolare i sistemi cardiologici consentiranno l'archiviazione strutturata dei tracciati ECG, holter, prove da sforzo, nello standard XML-arricchito e/o DICOM utile anche all'archiviazione delle immagini radiologiche e da altre diagnostiche per immagini (MRI, gamma camere, PET ed ecografiche). La rete della diabetologia consentirà la memorizzazione degli esami periodici sull'evoluzione della patologia (esami glicemia, funzionalità renale, funzionalità cardiaca, retina, circolazione periferica – doppler, eventuali esami elettromiografici, ecc.). La rete della pneumologia (BPCO ed altre patologie croniche) consentirà la memorizzazione di esami spirometrici, emogasanalisi, monitoraggio di parametri vitali, immagini radiologiche, ecc.).

- Telediagnostica e monitoraggio remoto del paziente dal domicilio;
L'infrastruttura di rete consentirà il rapido collegamento wireless di dispositivi integrati di videoconferenza per il teleconsulto e la telediagnosi, nonché di monitoraggio dei parametri vitali del paziente a partire dal suo domicilio.
 - Integrazione del sistema di emergenza/urgenza;
L'infrastruttura di rete consentirà l'automatica segnalazione dell'insorgere di condizioni critiche di un paziente monitorato verso il sistema dell'emergenza/urgenza. Inoltre il sistema wireless potrà consentire il passaggio di informazioni provenienti da sistemi di monitoraggio installati sulle ambulanze verso la rete aziendale al fine di rendere automatico il flusso informativo in occasione dei ricoveri d'urgenza preceduti da trasporto in emergenza.
- Il completamento del progetto prevede inoltre l'acquisizione di una serie di apparecchiature diagnostiche da integrare nella rete poiché ad essa interfacciabili e portatili
- Monitor dei parametri vitali con relative centrali di monitoraggio;
 - ECG;
 - EEG/EMG;
 - Emogasanalizzatori;
 - Point Of Care per la diagnostica strumentale;

- Spirometri;
- Notebooks, PDA, Wireless routers, ecc.

III. Piattaforma di "Workflow Management"

Già da un biennio, l'ASL ha introdotto sistemi di automazione per la gestione di procedure di tipo amministrativo. Tali sistemi informativi consentono di gestire, secondo un flusso di dati informatici preordinato, corrispondente alle regole di esecuzione delle procedure aziendali, un procedimento amministrativo, tenendo traccia di tutti i documenti (in formato elettronico) e dati (questi ultimi inclusi o meno nei documenti) che lo compongono. Siffatti sistemi hanno mostrato la loro enorme utilità sia per quanto attiene alla trasparenza degli atti amministrativi (soggetti, date e modalità esecutive sono completamente tracciabili), sia per quanto attiene ad una più efficace gestione dei dati normalmente inclusi nei documenti (sono possibili automatiche elaborazioni statistiche e ricerche sui dati normalmente difficilmente estraibili dai documenti anche laddove essi siano in formato elettronico), che per quanto attiene allo sviluppo di sistemi di controllo automatico della regolarità di esecuzione delle procedure aziendali.

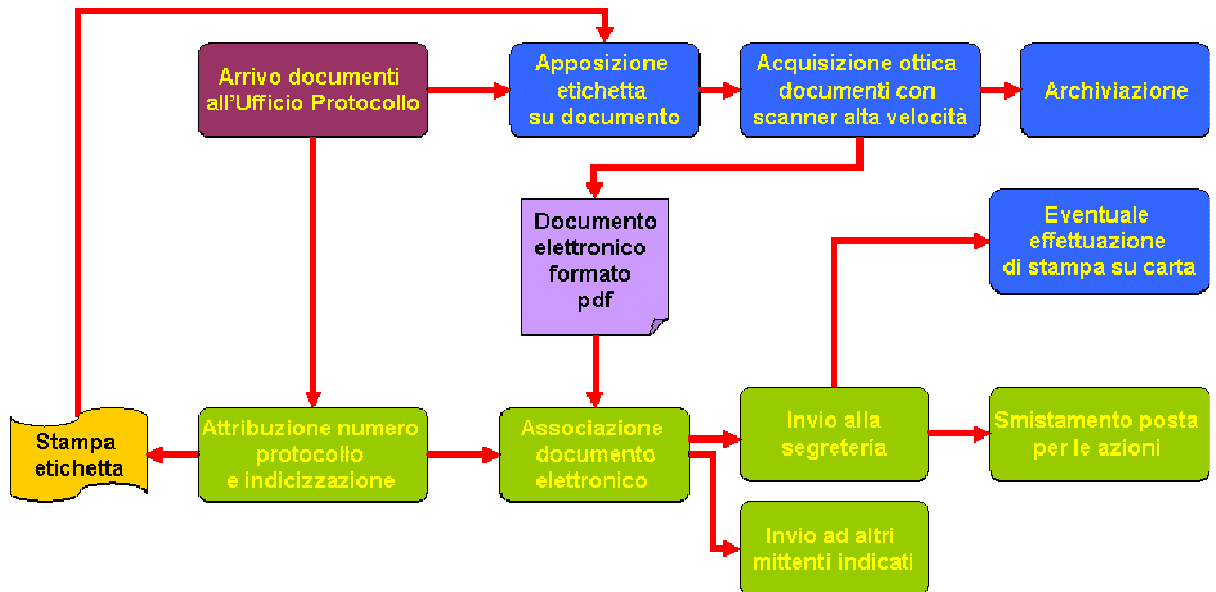
Sono già state sviluppate ed introdotte procedure per la gestione di:

- Atti deliberativi e Determine dirigenziali;
- Liquidazioni e controllo di "budget"
- Pratiche invalidità civile;
- Gestione guasti su sistemi informatici e dispositivi medici.

E' attualmente in fase di definitivo test operativo la procedura di gestione del protocollo informatico e dello smistamento della posta. Questa procedura consentirà all'ASL di effettuare un salto irrevocabile verso quella che viene chiamata la "paperless company". I benefici economici ottenibili da soluzioni del tipo "paperless" sono universalmente noti:

- Economia sui costi del personale addetto alla riproduzione e distribuzione degli originali;
- Efficienza e tracciabilità della distribuzione;
- Efficienza e minori costi nella ricerca e reperimento dei documenti;
- Minori costi legati all'acquisizione e gestione di sistemi di riproduzione e di carta;
- Minori costi di gestione degli archivi cartacei.

La procedura in fase di test prevede le seguenti operazioni:



L'ASL ha già acquisito degli scanner ad elevata velocità di acquisizione, dotandone per il momento l'Ufficio Protocollo della Sede Centrale ed il personale sta effettuando le fasi di addestramento per l'avvio operativo.

L'avvio a regime del sistema è previsto per il primo semestre del 2009.

IV. Applicativi Clinici

Nel corso del triennio gli applicativi dell'informatica clinica saranno indirizzati come di seguito descritto:

- **RIS/PACS:** (Radiology Information System) – Come già riferito nel pregresso, è in corso la gara per il completamento del sistema che verrà installato entro il 2009. E' stata recentemente collaudata l'integrazione con il CUP, che consente l'interoperabilità bidirezionale tra i due sistemi informativi:
 - le prenotazioni effettuate al CUP vengono importate automaticamente nel sistema RIS attraverso passaggio dell'identificativo fornitura;
 - le prestazioni effettuate direttamente vengono inviate al CUP per la rendicontazione sui flussi regionali e ministeriali.

Il nuovo sistema in via di acquisizione è tale da disporre di un repository conforme alle prescrizioni dell'IBSE (Infrastruttura di Base della Sanità Elettronica) e quindi di integrarsi in architetture di eventuali cartelle cliniche secondo standard HL7-CDA.

La gestione dei sistemi informatici, attualmente gestita dal fornitore del "leasing operativo", passerà progressivamente all'ASL.

- LIS: (Laboratory Information System) – Il sistema LIS aziendale è stato standardizzato ed i PP.OO. di Barletta, Trani e Bisceglie sono attualmente ospitati su un unico server in cluster in configurazione "attiva-attiva" per massimizzare i livelli di affidabilità del sistema. Il trasferimento dei "server" di Andria, Canosa e Spinazzola sulla stessa piattaforma è pianificato entro il termine del mese di aprile 2009.
E' in fase di collaudo l'integrazione con il CUP, che consente l'interoperabilità bidirezionale tra i due sistemi informativi:
 - le prenotazioni effettuate al CUP vengono importate automaticamente nel sistema RIS attraverso passaggio dell'identificativo fornitura;
 - le prestazioni effettuate direttamente vengono inviate al CUP per la rendicontazione sui flussi regionali e ministeriali;E' stato attivato il server Web, interno all'ASL, per la consultazione in tempo reale dalle singole UU. OO. dei referti provenienti dalle attività dei laboratori. Attualmente il server consente a tutte le UU. OO. dei PP. OO. di Barletta, Trani e Bisceglie di disporre dei referti "on-line" ed all'atto del trasferimento dei server di Andria, Canosa e Spinazzola, anche questi PP. OO. disporranno immediatamente delle stesse funzionalità.
E' stata effettuata l'acquisizione di dispositivi di stampa di etichette da distribuire alle UU. OO. per l'etichettatura delle provette e l'avvio della cosiddetta "accettazione di reparto" utile a contenere i carichi di lavoro delle UU. OO. di Laboratorio Diagnostico, limitare fortemente il rischio associato allo "scambio pazienti" ed ottenere risparmi sui costi del personale adibito al trasferimento delle provette.
Verrà radicalmente aumentata l'affidabilità del sistema anche in caso di caduta delle connessioni WAN installando elaboratori di back-up in ogni laboratorio entro il mese di Maggio 2009.
L'attuazione di tale previsione consentirà ottimizzazioni di tipo organizzativo (remotizzazione delle refertazioni nelle ore notturne o "second opinion").
Nel corso dell'anno 2009 verranno inoltre introdotte tutte le funzionalità di firma digitale.
- PS/ADT: Pronto Soccorso – Accettazione, Dimissione, Trasferimento. Il Sistema Informativo del Pronto Soccorso è stato sviluppato da personale dell'ASL, installato ed avviato al funzionamento. A partire dal giugno 2008 l'operatività è stata garantita sul P.O. di Andria e, a seguito di verifiche positive da parte di tutti gli utenti dello stesso Pronto Soccorso e delle UU. OO. ospedaliere, si sta procedendo, previo assenso del

Direttore di Dipartimento di Emergenza-Urgenza, all'estensione del sistema su tutti i PP. OO. dell'ASL.

Il possesso del codice di programmazione e l'avvenuta utilizzazione di strumenti "open source" per lo sviluppo (linguaggi, tools e database), garantiscono la durata dell'investimento e l'integrazione con gli altri software in uso presso l'ASL.

Inoltre sono in fase di ulteriore sviluppo le seguenti funzionalità:

- consultazione in tempo reale dei posti letto disponibili per il ricovero;
- invio automatico attraverso Poste Italiane del bollettino di pagamento ticket.

La copertura di tutto il territorio aziendale avverrà a partire dal secondo semestre del 2009.

- CIS: Cardiology Information System – L'ASL ha in uso alcuni Sistemi Informativi di identica produzione che andrebbero riuniti al fine di trarre i benefici di cui si è frequentemente accennato anche nel presente documento: economie sull'hardware, sulle licenze, miglioramento della sicurezza informatica nel trattamento dei dati, nell'effettuazione dei "back-up", ecc.

I software di cui si tratta effettuano la gestione delle refertazioni e dei tracciati degli esami strumentali: ECG, Prove da sforzo, Holter ed il sistema integrato di gestione di tali informazioni deve consentire le più idonee garanzie per quanto attiene alla integrità, affidabilità e disponibilità dei tracciati e delle informazioni per la refertazione anche a distanza.

Tale sistema dovrà, tra l'altro, garantire l'integrazione con gli altri sistemi diagnostici correlati alla raccolta delle informazioni cliniche (immagini ecografiche) e di gestione delle prestazioni specialistiche (CUP, accettazione, ecc.), nonché degli altri sistemi in via di acquisizione (cfr. rete territoriale della defibrillazione precoce). Nel corso del 2009 verrà avviata l'attività di consolidamento del sistema informativo unico delle prestazioni specialistiche cardiologiche in standard XML-Arricchito (Food & Drug Administration) per acquisire, gestire ed archiviare le relative informazioni per ECG, Holter, prove da sforzo, ecc..

- CUP: il sistema è ormai stabilmente avviato per quanto attiene a:
 - prenotazione dalle farmacie territoriali convenzionate (Farma-CUP a mezzo Web);
 - prenotazione dai MMG/PLS in modalità Web (CUP-Net);
 - outsourcing del gestore delle agende CUP;
 - gestione dell'Attività Libero Professionale;
 - pubblicazione delle Liste d'Attesa sul sito Web;

-effettuazione dell'accettazione delle prestazioni specialistiche presso gli ambulatori e le strutture aziendali al fine di automatizzare i processi di rendicontazione dell'attività con i previsti Flussi informativi verso il Ministero Economia e Finanze, verso il Ministero della Salute e la Regione Puglia, nonché predisporre l'infrastruttura di base per l'integrazione dei flussi clinici verso i MMG/PLS (referti disponibili in tempo quasi reale e predisposizione di un SI per la creazione di un FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico);

-integrazione delle strutture della specialistica accreditata nel CUP aziendale.

Sono state inoltre completate le attività di integrazione del Sistema CUP con i sistemi RIS e LIS.

Resta di importanza relevantissima l'effettuazione di attività di recall dei pazienti prima dell'allestimento del Piano Medico Giornaliero, poichè circa il 30% delle prestazioni in agenda non viene eseguita in quanto il paziente non si presenta, nella maggior parte dei casi poiché ha già eseguito la prestazione altrove e non ha cancellato la prenotazione. Per essa l'ASL deciderà in tempi brevissimi sulle modalità con cui effettuare tale recupero di produttività (esternalizzazione di tali attività al call-center Svim Service, utilizzazione dei centralinisti esistenti, esecuzione di tali attività direttamente da parte delle UU. OO.).

Inoltre diviene altrettanto fondamentale sensibilizzare i MMG/PLS ad effettuare la prenotazione per i propri pazienti, fatto che nell'economia sociale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali consentirebbe un significativo miglioramento dei servizi resi al cittadino/paziente.

V.Sistemi Informativi Regionali

L'Azienda nel presente Piano manifesta il suo "commitment" verso l'integrazione dei propri sistemi informativi con quelli previsti dalla Regione Puglia e nel rispetto delle Direttive da quest'ultima emanate in particolare per quanto già elencato dal PSE Regione Puglia:

- Sistema Informativo Dipartimenti Salute Mentale;
- Sistema Informativo Dipendenze Patologiche;
- Sistema Gestione Informatizzata Ambulatori Vaccinali;
- Sistema Informativo Emergenza Urgenza;
- CUP Regionale;
- Banca Dati Regionale del Sangue;

- Registro Tumori;
- CEDAP;
- Cause di Morte;
- Registro malattie Infettive;
- Telemedicina
- Screening Mammografico, Cervice Uterina, Colon-retto;
- Prevenzione rischio cardiovascolare;
- Prevenzione complicanze diabete;
- Prevenzione recidive accidenti cerebro-vascolari;
- Prevenzione obesità;
- Infortuni nei luoghi di lavoro;
- Gestione prelievi e trapianti organi e tessuti;
- Sistema Informativo Regionale Sanitario;
- Sistema Informativo Ambientale Regionale;
- Rete MMG;
- Integrazione anagrafi sanitaria e comuni;

ed è impegnata con il proprio personale a fornire ogni possibile contributo per il miglioramento del progetto NSISR in fase di progettazione esecutiva da parte dei competenti organi regionali (TSER).

VI.Firma Digitale

L'ASL ha acquisito i diritti per distribuire , "badge" multifunzione per tutto il personale dell'Azienda. Tali "badge", la cui acquisizione è stata oggetto di apposito finanziamento regionale, sono dotati di Banda Magnetica, Chip Card, RFID e Firma Digitale.

ATTI DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

L'Azienda emetterà in recepimento delle Direttive impartite con la DGR n.2005/2006 Piano della Sanità Elettronica Regione Puglia un Piano della Sanità Elettronica dell'Azienda Sanitaria Locale BAT. Il PSE Aziendale avrà durata triennale a scorrimento annuale e sarà costantemente dotato di misure di armonizzazione con il PSE Regionale.

L'Azienda afferma inoltre la propria volontà di attuare le Previsioni del Documento Programmatico della Sicurezza previsto dall'attuale normativa sulla tutela dei Dati Personali e Privacy. Un capitolo "ad hoc" sullo stato di attuazione delle previsioni del DPS farà parte del Piano Aziendale della Sanità Elettronica.

11. Conclusioni

Secondo Richard Smith, già Direttore del British Journal of Medicine, la nuova organizzazione dei servizi sanitari dovrà sempre di più avere un numero di attori maggiore rispetto all'organizzazione che conosciamo. Da parte dei pazienti dovrà essere valorizzata l'autogestione della propria salute-malattia anche attraverso l'autocura, dovrà altresì essere valorizzata la rete parentale e sociale nonché le reti di auto-mutuo-aiuto.

L'azione di questi attori dovrà essere sostenuta e incentivata e dovrà costituire un presidio che precede il ricorso alle figure professionali che peraltro dovranno atteggiarsi nei confronti dei pazienti prevalentemente in termini di "facilitatori".

Anche la politica – secondo noi- deve fare la sua parte. Non può appiattirsi nella gestione corrente, né giocare il ruolo di critica strumentale, per dimostrare presunte inefficienze della controparte.

Deve riavvicinarsi ai cittadini e promuovere una loro reale partecipazione. Deve occuparsi, insieme ai tecnici, della "polis", della salute come bene comune.

Crediamo ancora nel ruolo fecondo della Politica tesa a sviluppare il senso della dignità e la pratica dei diritti di una data popolazione. Crediamo nella salute come diritto di tutti e non di pochi privilegiati.

In questo senso, come tecnici e cittadini, chiediamo aiuto alla Politica.

Crediamo nell'uomo come persona, che si relaziona con l'Altro diverso da sé, in una possibile reciprocità.

In una società che pone l'accento continuamente sulla competizione, stentiamo ad avere un'idea dell'uomo non individualistica e facilmente siamo vittime del cinismo dilagante. Nei servizi sanitari, la cui missione è costruire relazioni d'aiuto, questo rischio è paradossalmente presente.

Ancora una volta dobbiamo cambiare paradigma culturale.

L'idea di essere umano come "persona" promuove un ampliamento di prospettiva: con gli altri ci sentiamo legati da un comune destino. Allora sono possibili il rispetto e la comprensione,

Sotto questa luce viene rivisitato anche il concetto di "potere".

Non un potere che avanza impassibile, che come uno "schiacciasassi" elimina tutti gli ostacoli, che si compiace di se stesso, ma un potere che tragga la sua forza dalla cultura,

capace di guida intellettuale e morale, che sappia valutare e decidere, consapevole della complessità del reale, fatto di emozioni e razionalità, sconfitte e successi.

Un potere teso verso mille utopie possibili.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr Rocco Michelangelo Canosa