

REGIONE PUGLIA

ASL FG

Azienda Sanitaria della Provincia di Foggia
(Istituita con Legge Regionale n. 39 del 28/12/2006)



PIANO ATTUATIVO LOCALE

DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE **STRATEGICA AZIENDALE**

ASL FG

DIREZIONE GENERALE

Voglio esprimere il nostro ringraziamento al gruppo di lavoro che, con la collaborazione di altri Operatori, ha elaborato il presente P.A.L. ed, in particolare:

- Dott. Gaetano Fuiano	Direttore Pianificazione aziendale	Coordinatore del gruppo
- Dott. Savino Inghingolo	Referente Sviluppo interventi sanitari	Componente del gruppo
- Dott. Leonardo Trivisano	Direttore Dipartimento Riabilitazione	Componente del gruppo
- Dott. Fernando Palma	Direttore Statistica ed Epidemiologia	Componente del gruppo
- Prof.ssa Rosa Prato	Direttrice Programma Prevenzione	Componente del gruppo
- Dott.ssa Laura Moffa	Responsabile Cure primarie San Severo	Componente del gruppo
- Dott. Cesare Cervia	Responsabile controllo di Gestione	Componente del gruppo
- Dott. Francesco Carella	Direttore Igiene Pubblica Area Nord	Componente del gruppo
- Dott. Antonio Pettolino	Direttore Dipartimento Salute Mentale	Componente del gruppo
- Dott. Paolo Terenzio	Rappresentante Medicina Generale C.P.A.	Componente del gruppo

Per le aree di intervento ed “Uffici” di pertinenza, hanno collaborato:

- i Direttori di Dipartimento di attività sanitarie;
- i Direttori dei Distretti sanitario-sociali;
- la Direttrice delle funzioni dei Consultori socio-sanitari;
- i Direttori Medici ed Amministrativi degli Ospedali;
- gli Operatori della Struttura aziendale di Pianificazione (Giovanni Pierro, Maria Patrizia Beatrice, Antonio Cristalli, Anna Russo);
- gli Operatori della Direzione Sanitaria aziendale (Dott. Giuseppe Chiodo, Dott.ssa Marina Katia Trombetta).

Il Direttore Generale
Dott. Ruggiero Castrignanò

INDICE

PRESENTAZIONE	pag. 3
----------------------	--------

Capitolo I

IL CONTESTO : TERRITORIO POPOLAZIONE E BISOGNI	pag. 5
---	--------

1	Il contesto geografico, viabilità e trasporti	pag. 5
2	Distretti e Comunità Montane	pag. 7
3	Analisi demografica dei comuni della ASL FG	pag. 8
4	Il contesto ambientale ed il sistema produttivo	pag. 11
5	La domanda di ospedalizzazione della ASL ed i principali bisogni di salute	pag. 17

Capitolo II

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI	pag. 44
----------------------------------	---------

1	Considerazioni preliminari	pag. 44
2	Individuazione degli obiettivi, azioni positive, indicatori di verifica e rapporti operativi	pag. 44

Capitolo III

II METODO E GLI STRUMENTI	pag. 79
----------------------------------	---------

1	L'organizzazione e i metodi	pag. 79
1.1	La programmazione e la riorganizzazione delle attività assistenziali	pag. 79
2	Il processo della qualità	pag. 83
2.1	La tecnica di miglioramento continuo della qualità	pag. 85
3	L'organizzazione dipartimentale delle attività	pag. 86
4	Tempi e liste di attesa	pag. 88
5	Il sistema direzionale	pag. 90
6	Il processo della comunicazione e della partecipazione	pag. 92
6.1	La comunicazione esterna e la carta dei servizi	pag. 92
6.2	La comunicazione interna	pag. 93
6.3	La partecipazione	pag. 93
7	La formazione	pag. 94
7.1.	Formazione/Aggiornamento ECM	pag. 95

Capitolo IV

L'ORGANIZZAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA. AZIONI DI SVILUPPO ED ORGANIZZAZIONE FISICA.	pag. 96
--	---------

1	Considerazioni preliminari	pag. 96
2	Il livello essenziale della funzione di prevenzione	pag. 97
3	Il livello essenziale della funzione sanitario-sociale sul territorio	pag. 105
4	Il livello essenziale della funzione ospedaliera	pag. 110
5	Azioni e progetti di sviluppo	pag. 103
6	L'organizzazione fisica per aree territoriali, per ospedali e distretti	pag. 138

Capitolo V

RISORSE E GRADUAZIONE DEGLI INTERVENTI	pag. 150
---	----------

1	La programmazione delle risorse	pag. 150
2	La graduazione degli interventi	pag. 155

Capitolo VI

SOSTENIBILITA' ECONOMICA E CONCLUSIONI	pag. 156
---	----------

1	La situazione economica di partenza	pag. 156
2	Le destinazioni economiche e conclusioni	pag. 157

Presentazione

Il presente documento costituisce il "Piano Attuativo Locale" (P.A.L.) della Pianificazione regionale, finalizzato alla individuazione degli obiettivi strategici, generali e, in alcuni casi, anche specifici per la realizzazione della garanzia di tutela della salute nel territorio provinciale dell'ASL FG; interessa i tre Livelli Essenziali di Assistenza (quali "Area di offerta" definite dall'art. 1, comma 6, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.) e costituisce fonte per la conseguente determinazione degli obiettivi operativi dai quali devono derivare programmi aziendali di attività riguardanti le funzioni di prevenzione, i Programmi delle Attività Territoriali (P.A.T.), nonché i Programmi delle Attività Ospedaliere. Da questi, in effetti, deve trovare definizione (nel periodo) il piano delle articolazioni operative aziendali (Strutture e processi operativi), nonché i sub-programmi di supporto (fabbisogno di personale, acquisizione di beni e servizi, dotazioni immobiliari e tecnologiche, etc...). Il periodo di riferimento del presente Piano è il triennio 2008-2010, ma è prevista la effettiva applicazione nel triennio 2009-2011, salvo l'intervento di un nuovo piano regionale della salute prima della scadenza dello stesso anno 2011. In tal senso, gli strumenti della Pianificazione e della programmazione sono stati considerati essenziali per definire qual è lo stato di bisogno, cosa e come è possibile fare per soddisfarlo nel massimo interesse degli utenti, tenendo conto delle effettive condizioni di sostenibilità economica da parte dell'Azienda. Non a caso, la prima parte del presente Piano contiene un'analisi del contesto generale interessato, con riferimento: 1) al Territorio, 2) alla composizione della popolazione, 3) ai principali bisogni di salute di questa, desunti dalle analisi epidemiologiche disponibili.

La pianificazione contenuta nel presente P.A.L. tiene conto dei vincoli, indirizzi ed obiettivi delle fonti di pianificazione e programmazione sovraordinate all'Azienda (Stato e Regione) e progetta una coerente serie di azioni, positive e possibili, per conseguirli, oltre a definire i corrispondenti "indicatori" per la verifica dei risultati, nonché i Livelli Essenziali di Assistenza principalmente interessati.

Gli obiettivi del Piano e le azioni previste sono anche sintetizzati in apposite matrici operative che vengono utilizzate quale strumento snello di supporto al generale processo di pianificazione (e programmazione) e controllo direzionale, da "effettivamente" attivare nell'Azienda. Nel corso del periodo di riferimento ed in occasione dell'adeguamento necessario del processo di budget, saranno definiti i programmi di attività, già (per semplificazione) richiamati sopra.

Coerenti con gli obiettivi di realizzazione di queste, saranno definiti nella fase "di assestamento", anche a seguito dell'intervento dei relativi Documenti di Indirizzo Economico e Funzionale che la Giunta regionale emanerà, sia il bilancio pluriennale, sia quelli annuali economico-preventivi.

Per la effettiva definizione dei bilanci aziendali saranno approntati i Programmi di Attività Territoriali (P.A.T.) riguardanti i singoli Distretti sanitario-sociali dell'Azienda, che dovranno prevedere anche le attività di coerenza necessarie per l'applicazione dei Piani di Zona utili alla integrazione sanitario-sociale (già disponibili), nonché gli interventi per l'applicazione del Piano Regionale della Prevenzione ed, inoltre, i Programmi delle Attività Ospedaliere (P.A.O.).

Notevole interesse viene dato alle relazioni operative con l'Università degli Studi di Foggia, sia per gli aspetti della formazione degli operatori e sia per le integrazioni di interesse sanitario-assistenziale, per le parti previste negli appositi "Protocolli di Intesa" sottoscritti fra la Regione Puglia e la stessa Università, ai sensi del D.Lgs. 21/12/1999, n. 517 e del D.P.C.M. 24/05/2001 (G.U. 09/08/2001, n. 184).

Ulteriore interesse di integrazione e collaborazione è previsto con l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo, con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia e con altri soggetti, pubblici e privati, costituenti punti di "offerta" di attività di assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Con questi, l'Azienda intende promuovere intese, accordi e contatti che non possono prescindere dall'aspettativa di garanzia di prestazioni di buona qualità tecnico-professionale, ma anche di agevolazioni e facilitazioni di accesso e di ospitalità degli Utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, presupposti che la Direzione Generale ritiene elementi essenziali di una esigenda "qualità totale" non inferiore a quella che dovranno garantire, per prime, le articolazioni di attività a gestione diretta dell'Azienda stessa.

A tali fini, uno degli strumenti di monitoraggio sarà l'attività istituzionale della struttura aziendale di Statistica ed Epidemiologia, di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri, dei sistemi di controllo direzionale, di monitoraggio continuo della qualità, nonché del Dipartimento di Prevenzione, particolarmente interessando il programma interdipartimentale di attività a Direzione universitaria per l'applicazione ed il monitoraggio degli interventi previsti dal Piano regionale per la prevenzione.

Acquisito il parere del Collegio di Direzione dell'Azienda, i Piani e programmi di azioni aziendali sono definiti dopo aver realizzato la partecipazione delle (ed alle...) istituzioni locali (Comuni), delle Organizza-

zioni di Tutela e di rappresentanza (in sanità) degli Utenti, delle Associazioni ed Organizzazioni del Volontariato e delle Organizzazioni Sindacali degli Operatori, nonché del Collegio Sindacale dell'Azienda; per la parte relativa alla integrazione tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Foggia, anche con la Facoltà di Medicina e Chirurgia di questa, attraverso la fase di intesa - concertazione con il Magnifico Rettore.

Il processo di formazione dei Piani e Programmi garantisce la preventiva e diretta azione propositiva dei Direttori e dei Responsabili di attività dell'Azienda, prima ancora che i piani stessi assumano la forma di "proposta", oggetto della fase di "partecipazione" richiamata nel precedente accapo.

Il presente P.A.L. tiene conto della circostanza che alcuni principi e modalità di funzionamento-governo della organizzazione fisica e delle attività sono già contenute nell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento, attualmente in fase di definizione, per effetto della corrispondente interlocuzione con la Regione, le cui osservazioni-chiarimenti non riguardano i contenuti dei Capitoli che seguono.

Questi, evidenziano il paradigma espositivo che risponde alle seguenti logiche (connessioni-successioni):

- a) dove siamo e come stiamo; chi siamo e quali bisogni di salute abbiamo;
- b) che cosa ci proponiamo e quali azioni vogliamo realizzare per rispondere a tali bisogni;
- c) con quali modalità vogliamo realizzare tali obiettivi ed azioni, come organizziamo le corrispondenti attività ed attraverso quali strumenti operativi si vuole garantire qualità, partecipazione, informazione e potenziamento del know how necessario;
- d) con quale organizzazione fisica e con quali relazioni-integrazioni si vogliono applicare tali azioni e realizzare tali attività, nell'intero sistema e mission aziendale;
- e) quali risorse utilizziamo e come ci proponiamo di renderle adeguate, per soddisfare (al massimo possibile) le necessità corrispondenti alla realizzazione delle azioni ed attività citate;
- f) come intendiamo realizzare la compatibilità (sostenibilità) economica per tutto quello che vogliamo pianificare ed attuare, anche ricorrendo a scelte di priorità e/o di gradualità.

Il Direttore Amministrativo
Dott. Umberto Simonetti

Il Direttore Generale
Dott. Ruggiero Castrignanò

Il Direttore Sanitario
Dott. Vito Gregorio Colacicco

CAP. I – IL CONTESTO TERRITORIO, POPOLAZIONE E BISOGNI

1. - Il contesto geografico, viabilità e trasporti

L'Azienda Unità Sanitaria Locale della Provincia di Foggia (ASL FG) occupa la parte Nord della Regione Puglia. I limiti territoriali dell'ASL FG sono definiti dal litoraneo costiero adriatico e, per la parte non costiera, sono delimitati dai confini con le Province di Campobasso, Benevento, Avellino, Potenza e della sesta provincia pugliese di Barletta – Andria - Trani (BAT).

L'ASL FG è composta da 61 Comuni suddivisi in 8 distretti sociosanitari.

Al 1 gennaio 2008 la popolazione dell'ASL FG risulta essere di 640.752 abitanti, di cui 312.770 maschi (pari al 48,8%) e 327.982 femmine (pari al 51,2%); i nuclei familiari sono 229.034, il numero medio di componenti per famiglia è 2,8. Il numero degli abitanti dell'ASL FG rappresenta il 15,7% dell'intera popolazione della Regione Puglia.

La superficie totale dell'ASL FG è di 6.966,18 kmq ed è pari al 36% dell'intero territorio della Regione Puglia; la densità abitativa è pari a 92 abitanti per kmq.

La media della popolosità è di 10.504 abitanti per Comune, compresa tra i 190 abitanti di Celle di San Vito ed i 153.469 abitanti di Foggia.

La densità abitativa media nel territorio dell'ASL FG (92 ab./kmq), compresa tra i 10 abitanti/kmq di Volturara Appula e Celle di San Vito ed i 302 abitanti/kmq di Foggia, è bassa rispetto alla media nazionale (198 ab./kmq), alla media del Sud Italia (193 ab./kmq), alla media della Regione Puglia (211 ab./kmq). Nei Comuni dell'ASL FG non si registra una elevata dispersione abitativa della popolazione (TAB.1).

Tab. 1: ASL FG: Comuni, abitanti, numero famiglie, NMCF, superficie, abitanti x kmq

Comune	Abitanti	Maschi	Femmine	Numero famiglie	NMCF	Superficie (kmq)	Abitanti x kmq
Accadia	2.542	1.209	1.333	1.106	2,3	30,48	83
Alberona	1.049	511	538	482	2,2	49,26	21
Anzano di Puglia	1.974	962	1.012	725	2,7	11,12	178
Apricena	13.611	6.711	6.900	5.086	2,7	171,49	79
Ascoli Satriano	6.346	3.124	3.222	2.311	2,7	334,56	19
Biccari	2.903	1.415	1.488	1.156	2,5	106,30	27
Bovino	3.656	1.756	1.900	1.552	2,4	84,14	43
Cagnano Varano	8.127	4.051	4.076	3.106	2,6	158,83	51
Candela	2.731	1.336	1.395	1.058	2,6	96,04	28
Carapelle	6.046	3.014	3.032	2.094	2,9	24,86	243
Carlantino	1.126	539	587	540	2,1	34,25	33
Carpino	4.452	2.169	2.283	1.842	2,4	82,49	54
Casalnuovo Monterotaro	1.805	869	936	813	2,2	48,10	38
Casalvecchio di Puglia	2.020	981	1.039	853	2,4	31,72	64
Castelluccio dei Sauri	2.018	1.007	1.011	774	2,6	51,31	39
Castelluccio Valmaggiore	1.390	658	732	572	2,4	26,66	52
Castelnuovo della Daunia	1.603	766	837	701	2,3	60,95	26
Celenza Valfortore	1.823	885	938	780	2,3	66,49	27
Celle di San Vito	190	89	101	105	1,8	18,21	10
Cerignola	58.280	28.679	29.601	19.137	3,0	593,71	98
Chieuti	1.771	883	888	767	2,3	60,91	29
Deliceto	4.006	1.955	2.051	1.635	2,4	75,65	53
Faeto	672	311	361	310	2,2	26,19	26
Foggia	153.469	73.950	79.519	54.407	2,8	507,80	302
Ischitella	4.352	2.109	2.243	1.845	2,4	87,37	50
Isole Tremiti	492	269	223	255	1,9	3,13	157
Lesina	6.337	3.141	3.196	2.487	2,5	159,74	40
Lucera	34.671	16.865	17.806	12.020	2,9	338,65	102
Manfredonia	57.140	28.470	28.670	18.410	3,1	352,06	162
Mattinata	6.516	3.202	3.314	2.515	2,6	72,81	89
Monteleone di Puglia	1.191	565	626	475	2,5	36,04	33
Monte Sant'Angelo	13.414	6.528	6.886	4.923	2,7	242,80	55
Motta Montecorvino	882	417	465	408	2,2	19,70	45
Ordona	2.650	1.320	1.330	920	2,9	39,96	66
Orsara di Puglia	3.073	1.487	1.586	1.371	2,2	82,23	37
Orta Nova	17.792	8.860	8.932	5.946	3,0	103,83	171
Panni	890	430	460	394	2,3	32,59	27

Peschici	4.390	2.185	2.205	1.548	2,8	48,92	90
Pietramontecorvino	2.784	1.321	1.463	1.111	2,5	71,17	39
Poggio Imperiale	2.864	1.382	1.482	1.167	2,5	52,37	55
Rignano Garganico	2.195	1.063	1.132	903	2,4	88,94	25
Rocchetta Sant'Antonio	1.993	977	1.016	808	2,5	71,90	28
Rodi Garganico	3.705	1.811	1.894	1.519	2,4	13,23	280
Roseto Valfortore	1.230	574	656	573	2,1	49,71	25
San Giovanni Rotondo	26.822	13.038	13.784	9.542	2,8	259,62	103
San Marco in Lamis	14.754	7.159	7.595	4.754	3,1	232,82	63
San Marco la Catola	1.135	548	587	512	2,2	28,41	40
San Nicandro Garganico	16.344	7.891	8.453	6.344	2,6	172,65	95
San Paolo di Civitate	6.003	2.926	3.077	2.234	2,7	90,70	66
San Severo	55.824	27.294	28.530	19.597	2,8	333,17	168
Sant'Agata di Puglia	2.166	1.046	1.120	1.021	2,1	115,80	19
Serracapriola	4.062	1.929	2.133	1.304	3,1	143,06	28
Stornara	4.844	2.353	2.491	1.710	2,8	33,65	144
Stornarella	4.959	2.443	2.516	1.741	2,8	33,87	146
Torremaggiore	17.149	8.403	8.746	6.107	2,8	208,57	82
Troia	7.341	3.557	3.784	2.689	2,7	167,21	44
Vico del Gargano	7.950	3.875	4.075	2.988	2,7	110,53	72
Vieste	13.619	6.726	6.893	4.746	2,9	167,52	81
Volturara Appula	514	235	279	267	1,9	51,88	10
Volturino	1.834	861	973	831	2,2	58,01	32
Zapponeta	3.261	1.680	1.581	1.137	2,9	40,04	81
ASL FG	640.752	312.770	327.982	229.034	2,8	6.966,18	92

Il contesto geografico dell'ASL FG corrisponde a quello dell'attuale intera Provincia di Foggia; è costituito da una estesa pianura (il Tavoliere), dal massiccio promontorio montuoso del Gargano e dalla zona montano-collinare del Subappennino Dauno (settentrionale e meridionale). Il territorio dell'ASL FG è attraversato da corsi d'acqua di bassa portata: il fiume Fortore (affluenti i torrenti Staina, Radicosa, Rovello) ed i torrenti Cervaro, Carapelle, Candelaro, nel quale confluiscono vari altri corsi d'acqua minori (Triolo, Salsola, Celone).

Vi sono due grandi laghi (di tipo costiero lagunare), Varano e Lesina. Il lago di Varano, lungo circa 10 km ed esteso per circa 60,5 kmq, con profondità media di circa 3 metri e massima di 5-6 metri, è il sesto dei laghi italiani, il più esteso lago costiero italiano ed il più esteso lago dell'Italia meridionale. Il lago di Lesina è lungo circa 22 km ed esteso per circa 51,5 kmq, con profondità media minore di 1 metro e massima inferiore a 2 metri. Infine nel territorio dell'ASL vi sono due invasi artificiali: Occhito e Capacciotti.

Molto esteso è lo sviluppo costiero, da Marina di Chieuti e di Lesina, e lungo le coste del promontorio del Gargano fino a Zapponeta. Al territorio dell'ASL appartiene anche l'arcipelago delle Isole Tremiti. Numerosi sono gli insediamenti turistici di tipo sia alberghiero (alberghi, locande, pensioni) sia extralberghiero (campeggi, villaggi turistici) che durante il periodo estivo causano un aumento esponenziale della popolazione. Il territorio dell'ASL è servito dalla autostrada A14 (Bologna - Taranto), con caselli di svincolo a Poggio Imperiale, San Severo, Foggia, Cerignola e dalla autostrada A16 (Napoli - Canosa), con caselli di svincolo a Candela e Cerignola. Altre principali strade statali di collegamento sono:

- la strada statale Adriatica (SS 16);
- la strada statale Garganica (SS 89);
- la strada statale Foggia-Ariano Irpino (SS 90);
- la strada statale Foggia - Lucera - Campobasso (SS 645);
- la strada statale Foggia - Candela - Potenza (SS 655 Bradanica).

Il territorio dell'ASL è attraversato da numerose linee ferroviarie (Trenitalia e Ferrovie del Gargano) secondo le seguenti direttive:

- Milano - Bologna - Pescara - Foggia - Bari - Lecce;
- Napoli - Foggia - Bari - Lecce
- Foggia - Manfredonia
- Foggia - Lucera (in attivazione)
- Foggia - Potenza
- Foggia - San Severo - Peschici.

Tutti i Comuni dell'ASL sono discretamente serviti da autolinee regionali.

Le Isole Tremiti sono collegate giornalmente tramite traghetto e aliscafo con il porto di Termoli e, tramite elicottero, con Foggia. Durante il periodo estivo oltre che con Termoli sono attivati altri collegamenti anche con i porti di Ortona, Rodi Garganico - Capotaormina, Manfredonia.

2. - Distretti e Comunità Montane

I 61 Comuni che costituiscono l'ASL FG attualmente sono suddivisi in 8 distretti:

La popolazione media dei distretti è di 80.094 abitanti, compresa tra i 42.179 abitanti del distretto di Troia ed i 153.469 abitanti del distretto di Foggia. L'estensione territoriale media dei distretti è di 774,02 kmq; il distretto di Troia è quello territorialmente più vasto (1.260,13 kmq) ed è quello con la minore densità abitativa (33 abitanti/kmq).

Tab.2: Distretti dell'ASL FG

Distretto	Numero Comuni	Abitanti	Superficie	Abitanti per kmq	Centri abitati	Nuclei Abitati
San Severo	8	107.621	1.220,01	88	12	3
San Marco in Lamis	4	60.115	754,03	80	7	2
Vico del Gargano	8	47.087	672,02	70	17	24
Manfredonia	4	80.331	707,71	114	8	12
Cerignola	6	94.571	829,88	114	9	4
Foggia	1	153.469	507,80	302	8	2
Lucera	14	55.379	1.014,60	55	14	11
Troia	16	42.179	1.260,13	33	19	14
Totale	61	640.752	6.966,18	92	94	72

- Nella Città di Foggia è stato previsto un solo Distretto.

Nel territorio dell'ASL FG insistevano tre Comunità Montane, corrispondenti ad altrettante "zone omogenee":

Comunità Montana del Gargano, 13 Comuni:

Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Mattinata, Monte Sant'Angelo, Peschici, Rignano Garganico, Rodi Garganico, San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, San Nicandro Garganico, Vico del Gargano, Vieste;

abitanti: 126.640;

superficie: 1.738,53 kmq;

abitanti / kmq: 73.

Comunità Montana dei Monti Dauni Settentrionali, 13 Comuni:

Alberona, Biccari, Carlintino, Casalnuovo Monterotaro, Casalvecchio di Puglia, Castelnuovo della Daunia, Celenza Valfortore, Motta Montecorvino, Pietra Montecorvino, Roseto Valfortore, San Marco La Catola, Volturara Appula, Volturino;

abitanti: 20.708;

superficie: 675,95 kmq;

abitanti / kmq: 31.

Comunità Montana dei Monti Dauni Meridionali, 16 Comuni: Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia;

abitanti: 42.179;

superficie: 1.260,13 kmq;

abitanti / kmq: 33.

In applicazione dei parametri fissati dal comma 18, lettera "b", dell'art. 2 della Legge 24/12/2007, n. 244 e per effetto di quanto disposto dagli artt. 5 e 15 (comma 3) della L.R. 19/12/2008, n. 36, il Presidente della Giunta Regionale Pugliese, con propri Decreti del 06/02/2009, n. 132 e (successivo, di integrazione - sostituzione) n. 228 del 09/03/2009, ha, tra le altre, soppresso le (ex) Comunità Montane del Gargano, dei Monti Dauni Settentrionali e dei Monti Dauni Meridionali. A seguito di ricorso, avanzato dalla Provincia di Foggia e dalla quasi totalità dei Comuni interessati, il TAR Puglia ha annullato (sentenza n. 00766/2009) il Decreto del Presidente della Regione Puglia, n. 228 del 9/03/2009, per la parte in cui disponeva la soppressione della Comunità Montana dei Monti Dauni Meridionali. Salvi gli effetti di eventuale e successivo grado di giurisdizione amministrativa, l'unica Comunità Montana riconosciuta, allo stato, è quella dei Monti Dauni Meridionali. Se i Comuni già facenti parte delle (ex) Comunità Montane sopresse non si dovessero costituire in associazione, entro il termine previsto dal combinato disposto dei commi 3 e 4 dell'art. 5 e del comma 1 dell'art. 15 della L.R. n. 36/09, le funzioni delle Comunità Montane sopresse potrebbero essere

esercitate dalla Provincia di Foggia, trattandosi, comunque, di zone omogenee con particolari caratteristiche orografiche.

Quest'ultimo Ente ha considerato il territorio della intera provincia come "area vasta" e, poiché coincide con quello della ASL FG, per l'Amministrazione provinciale aumenta il grado di interesse alle fasi di pianificazione e programmazione della stessa ASL.

3 - Analisi demografica dei Comuni dell'ASL FG

Descrivere l'aspetto demografico dei Comuni dell'ASL FG è abbastanza complesso. Infatti il territorio dell'ASL FG presenta un'area di discreta espansione demografica a sudest, un'area di spopolamento a nordovest corrispondente in particolare a molti Comuni del Gargano ed ai Comuni dei Monti Dauni Settentrionali e Meridionali, una zona di grossa concentrazione demografica corrispondente alla città di Foggia ed a grossi centri urbani come Cerignola, Manfredonia, San Severo, Lucera, San Giovanni Rotondo; in questi ultimi sei Comuni è concentrato il 60,3% della popolazione dell'ASL FG (386.206 abitanti). In 40 Comuni (quasi i 2/3 dei Comuni che costituiscono l'ASL FG) la popolazione è inferiore a 5.000 abitanti; di questi 2 hanno meno di 500 abitanti, 4 hanno una popolazione compresa tra 501/1.000 abitanti, 13 tra 1.001/2.000 abitanti, 10 tra 2.001/3.000 abitanti, 4 tra 3.001/4.000 abitanti, 7 tra 4.001/5.000 abitanti; in totale nei 40 piccoli Comuni descritti risiedono 93.197 persone (14,5% della popolazione dell'ASL FG).

Otto Comuni hanno una popolazione tra 5.001 e 10.000 abitanti (in totale 54.666 abitanti, pari all'8,5% della popolazione dell'ASL FG); in quattro Comuni la popolazione è compresa tra 10.001 e 15.000 abitanti (in totale 55.398 abitanti, pari all'8,7% della popolazione dell'ASL FG), in 3 tra 15.001 e 20.000 abitanti (totale abitanti 51.285, pari all'8,0% della popolazione dell'ASL FG).

Tab. 3: Ampiezza demografica dei Comuni dell'ASL FG

Ampiezza demografica	Comuni	%	Abitanti	%
< 5.000	40	65,6	93.197	14,5
5001-10.000	8	13,1	54.666	8,5
10.001-15.000	4	6,6	55.398	8,7
15.001-20.000	3	4,9	51.285	8,0
> 20.000	6	9,8	386.206	60,3
Totale	61	100	640.752	100

ASL FG (640.752 abitanti, 61 Comuni):

- 93.197 abitanti (14,5%), in 40 Comuni (65,6%);
- 110.064 abitanti (17,2%), in 12 Comuni (19,7%);
- 51.285 abitanti (8,0%), in 3 Comuni (4,9%);
- 386.206 abitanti (60,3%), in 6 Comuni (9,8%).

Dal 1995 al 2007 si è osservata una graduale diminuzione complessiva del numero di abitanti nell'ASL FG; nell'ultimo anno (1 gennaio 2007 – 1 gennaio 2008), il numero di abitanti è aumentato di 705 unità (+ 0,11%) invertendo il trend negativo. Complessivamente, comunque, dal 1 gennaio 1995 al 1 gennaio 2008, la popolazione è diminuita di 17.575 unità (-2,74%).

In un anno (dal 1 gennaio 2007 al 1 gennaio 2008) il numero di abitanti dell'ASL FG è aumentato di 705 unità (saldo anagrafico, valore assoluto), +0,11% (saldo anagrafico, valore percentuale); il saldo anagrafico positivo (+705) è dovuto al saldo naturale positivo (+640, nati 6.181, morti 5.541) ed al saldo migratorio positivo (+65). In 27 Comuni il numero degli abitanti è aumentato, in 34 è diminuito. Nel Comune di San Giovanni Rotondo si è verificato il maggiore incremento di abitanti in valore assoluto (+380), a San Marco in Lamis il maggiore decremento (-167 unità); in termini percentuali il maggiore incremento si è verificato alle Isole Tremiti (+12,8%), il maggiore decremento a San Marco La Catola (-6,4%).

In termini assoluti, il miglior valore come saldo naturale si è verificato a Cerignola (+235), il peggiore a San Nicandro Garganico (-42), mentre San Giovanni Rotondo presenta il miglior valore di saldo migratorio (+273), Lucera il peggiore (-224).

Nel periodo di osservazione, nell'ASL FG il tasso di natalità è stato di 9,6 nati vivi per 1.000 abitanti, il tasso di mortalità di 8,6 decessi per 1.000 abitanti, il tasso di crescita naturale (TN – TM) è stato pari a 1,0.

Nell'anno 2007 Zapponeta presenta il più alto tasso di natalità (15,6), mentre nessuna nascita si è verificata a Celle di San Vito; Volturara Appula ha registrato il più alto tasso di mortalità (27,2), Carapelle quello più basso (4,3); il più alto tasso di crescita naturale si è registrato a Zapponeta (9,5), il più basso a Volturara Appula (-23,3).

Suddivisione della popolazione per fasce di età

Nel periodo dal 20 ottobre 1991 al 1 gennaio 2008, l'analisi della popolazione, suddivisa per fasce di età, evidenzia un progressivo aumento del numero di ultrasessantacinquenni ed ultrasettantacinquenni, ed una contrazione delle fasce giovanili. L'età media della popolazione dell'ASL FG al 1 gennaio 2008 è pari a 40 anni e 2 mesi (maschi 38 anni 11 mesi, femmine 41 anni 6 mesi).

Rispetto all'anno 1991 (alla data del 20 ottobre 1991, 13° Censimento), i valori al 1 gennaio 2008 degli indici di dipendenza (carico sociale), di vecchiaia, di senilità, del numero di anziani per un bambino, del tasso di natalità, confermano il costante invecchiamento della popolazione.

Nel 1991 gli abitanti con 65 anni ed oltre rappresentavano il 12,9% della popolazione totale dell'ASL FG, mentre quelli con età pari o maggiore di 75 anni erano il 5,6%; al 1 gennaio 2008 gli abitanti con 65 anni ed oltre sono il 17,9% della popolazione totale dell'ASL FG (+5,0%), mentre quelli con età pari o maggiore di 75 anni sono l'8,7% (+3,1%). Nel periodo in esame (20 ottobre 1991 – 1 gennaio 2008) contestualmente all'aumento della popolazione anziana si è verificata la diminuzione del numero di abitanti in età pari o minore di 14 anni; infatti, mentre nel 1991 gli abitanti con età ≤14 anni erano il 21,1% della popolazione totale, al 1 gennaio 2008 sono il 16,2% (-4,9%). La fascia intermedia di età (15-64 anni) è quasi invariata tra il 1991 (66,0%) ed il 2008 (65,9%); però scomponendo ulteriormente tale fascia si evidenzia che, rispetto al 1991, al 1 gennaio 2008 è notevolmente diminuita la popolazione con età compresa da 15 a 34 anni (-6,4%), mentre sono aumentate le fasce di età da 35 a 64 anni (+6,3% complessivamente).

Tab. 4 - ASL FG: classi di età ed incidenza dei destinatari di tutela

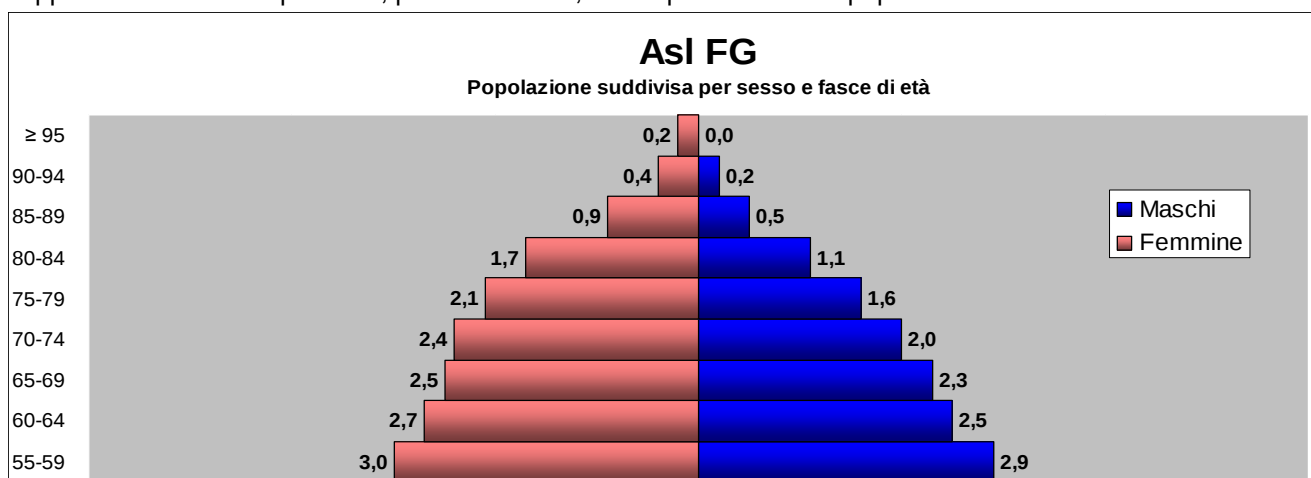
Parametro	1991	1995	2001	2005	2008
% abitanti con ≤ 14 anni	21,1	19,4	17,9	17,0	16,2
% abitanti con 15-64 anni	66,0	66,7	66,3	65,9	65,9
% abitanti con ≥ 65 anni	12,9	13,9	15,8	17,1	17,9
% abitanti con ≥ 75 anni	5,6	5,4	6,9	7,9	8,7
Indice di dipendenza (carico sociale)	51,5	49,9	50,8	51,8	51,8
Indice di vecchiaia	61,2	72,0	88,2	100,6	110,5
Indice di senilità	12,9	13,9	15,8	17,1	17,9
Numero di anziani per un bambino	1,7	1,9	2,3	2,7	3,0

Tab. 5: ASL FG (% abitanti età ≤ 14, 15-64, ≥ 65, ≥ 75 anni, indici dipendenza, vecchiaia, senilità, anziani x 1 bambino)

Comune	≤ 14 anni	15-64 anni	≥ 65 anni	≥ 75 anni	Dipendenza	Vecchiaia	Senilità	A/B
Accadia	12,0	64,1	23,9	14,0	56,0	200,0	23,9	5,2
Alberona	11,7	58,3	30,0	15,8	71,7	256,1	30,0	8,5
Anzano di Puglia	14,6	64,7	20,7	10,7	54,6	142,0	20,7	6,8
Apricena	16,4	65,8	17,8	7,9	52,1	107,9	17,8	2,8
Ascoli Satriano	15,2	65,6	19,2	10,2	52,4	126,8	19,2	3,5
Biccari	11,6	64,1	24,3	13,7	55,9	208,9	24,3	5,3
Bovino	11,4	60,6	28,0	14,9	64,9	246,7	28,0	6,1
Cagnano Varano	15,8	64,2	20,0	9,3	55,7	126,4	20,0	3,6
Candela	17,2	62,0	20,8	11,1	61,3	120,4	20,8	3,5
Carapelle	19,5	69,8	10,7	4,5	43,3	54,6	10,7	1,3
Carlantino	11,7	59,0	29,3	13,6	69,6	250,0	29,3	11,0
Carpino	14,1	58,8	27,1	14,1	69,9	192,2	27,1	5,8
Casalnuovo Monterotaro	12,7	58,3	29,0	16,2	71,6	227,4	29,0	6,0
Casalvecchio di Puglia	13,6	62,1	24,3	12,4	61,0	179,2	24,3	4,6
Castelluccio dei Sauri	16,7	65,8	17,5	9,0	52,1	105,7	17,5	2,6
Castelluccio Valmaggiore	14,6	58,6	26,8	14,4	70,6	183,3	26,8	5,8
Castelnuovo della Daunia	12,9	60,5	26,6	15,4	65,4	206,3	26,6	5,7
Celenza Valfortore	11,4	56,9	31,7	17,1	75,6	277,4	31,7	8,6
Celle di San Vito	9,5	55,8	34,7	21,1	79,2	366,7	34,7	13,2
Cerignola	18,6	67,6	13,8	6,2	47,8	74,2	13,8	2,1
Chieuti	13,2	65,7	21,1	10,6	52,3	159,8	21,1	5,2
Deliceto	14,9	62,4	22,7	12,4	60,3	152,0	22,7	3,9
Faeto	12,7	59,2	28,1	18,2	68,8	222,4	28,1	5,3
Foggia	15,5	66,9	17,6	8,4	49,5	114,2	17,6	3,0
Ischitella	14,1	62,9	23,0	11,9	58,9	163,7	23,0	4,4
Isole Tremiti	7,9	70,5	21,6	9,8	41,8	271,8	21,6	5,9
Lesina	15,6	64,9	19,5	8,1	54,0	124,3	19,5	3,4
Lucera	16,1	66,5	17,4	8,5	50,5	108,0	17,4	2,9
Manfredonia	16,4	67,2	16,4	7,5	48,8	99,9	16,4	2,8
Mattinata	16,4	65,1	18,5	9,1	53,6	112,3	18,5	2,8

Monteleone di Puglia	15,0	59,0	26,0	16,2	69,7	173,2	26,0	4,8
Monte Sant'Angelo	15,6	62,2	22,2	12,0	60,7	143,0	22,2	3,8
Motta Montecorvino	11,9	51,2	36,9	20,3	95,1	309,5	36,9	9,3
Ordona	18,5	67,6	13,9	6,8	47,9	75,5	13,9	1,9
Orsara di Puglia	11,4	60,6	28,0	15,5	64,9	245,7	28,0	8,0
Orta Nova	18,2	67,4	14,4	6,9	48,4	78,9	14,4	2,0
Panni	12,1	53,3	34,6	21,0	87,8	285,2	34,6	7,5
Peschici	15,8	67,4	16,8	7,4	48,4	106,9	16,8	2,9
Pietra Montecorvino	13,5	61,9	24,6	13,5	61,7	181,0	24,6	4,8
Poggio Imperiale	13,7	61,1	25,2	12,3	63,6	184,7	25,2	4,9
Rignano Garganico	15,0	59,8	25,2	12,7	67,2	168,9	25,2	5,6
Rocchetta Sant'Antonio	13,0	59,6	27,4	13,8	67,9	210,0	27,4	7,2
Rodi Garganico	15,2	66,3	18,5	9,0	50,9	121,2	18,5	3,4
Roseto Valfortore	15,6	57,3	31,1	17,9	74,5	269,7	31,1	6,1
San Giovanni Rotondo	17,3	67,1	15,6	7,5	49,0	90,0	15,6	2,4
San Marco in Lamis	17,0	64,0	19,0	9,4	56,2	111,3	19,0	3,0
San Marco la Catola	10,9	57,6	31,5	16,6	73,5	287,9	31,5	8,1
San Nicandro Garganico	14,5	62,7	22,8	11,2	59,5	157,5	22,8	4,5
San Paolo di Civitate	17,5	64,7	17,8	9,1	54,6	102,2	17,8	2,9
San Severo	17,5	67,0	15,5	7,0	49,2	88,6	15,5	2,3
Sant'Agata di Puglia	12,7	59,5	27,8	16,5	68,0	220,1	27,8	5,8
Serracapriola	14,0	60,7	25,3	13,7	64,7	180,0	25,3	5,1
Stornara	19,6	66,4	14,0	6,8	50,7	71,8	14,0	1,8
Stornarella	16,0	68,9	15,1	6,9	45,2	94,5	15,1	2,7
Torremaggiore	17,8	64,6	17,6	8,7	54,9	98,9	17,6	2,6
Troia	15,4	64,0	20,6	10,1	56,2	134,5	20,6	3,5
Vico del Gargano	15,3	65,7	19,0	9,4	52,1	123,9	19,0	3,2
Vieste	16,1	68,0	15,9	7,4	47,1	98,8	15,9	2,7
Volturara Appula	7,6	48,8	43,6	29,8	104,8	574,4	43,6	12,4
Volturino	12,4	56,4	31,2	15,9	77,4	250,9	31,2	6,7
Zapponeta	20,1	66,0	13,9	5,2	51,5	69,2	13,9	1,7
ASL FG	16,2	65,9	17,9	8,7	51,8	110,5	17,9	3,0

Rappresentazione n. 1: piramide, per età e sesso, di composizione della popolazione.



Complessivamente la popolazione dell'ASL FG non è ancora definibile in termini assoluti "a crescita zero" (numero delle nascite uguale al numero dei decessi), ma la natalità è bassa; in molti dei Comuni dell'ASL, da anni, il numero delle nascite è inferiore a quello dei decessi.

Nell'anno 2007, contrariamente a quanto avvenuto dal 1995 al 2006, nell'ASL FG il numero degli abitanti è aumentato (+705 unità).

Il saldo del movimento anagrafico è stato positivo, grazie al saldo positivo del movimento naturale e del movimento migratorio.

La componente anziana della popolazione aumenta costantemente; l'emigrazione riguarda la popolazione giovane, l'immigrazione quella anziana.

4. Il contesto ambientale ed il sistema produttivo

Aria

I dati di qualità dell'aria disponibili sono insufficienti per esprimere un giudizio complessivo sulla realtà provinciale. Risultano attive tre stazioni di monitoraggio della Rete regionale nella area di Manfredonia e la rete comunale nella città di Foggia, che non trasmette i dati all'ARPA - Puglia.

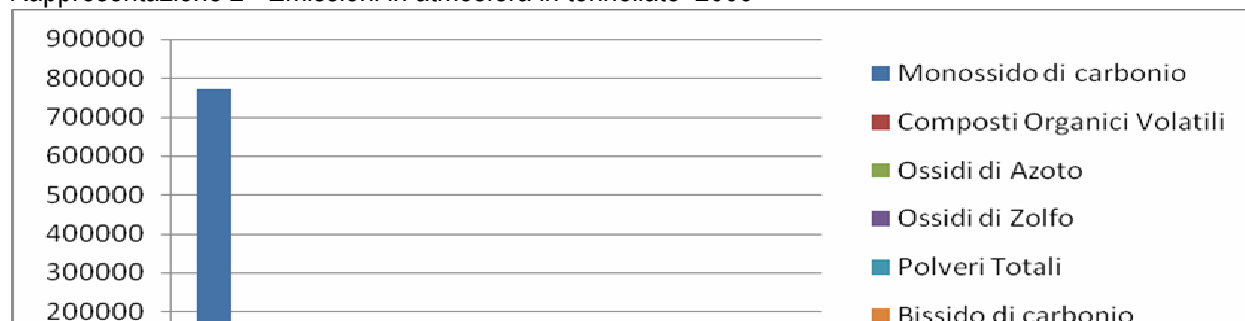
I dati del 2007 evidenziano nell'area di Manfredonia il superamento per 65 volte nel corso dell'anno del limite di 50mg/m3 per il PM10, valori medi annui superiore al limite di 48 microgrammi/m3 in un sito per l'NO2 e valori superiori ai limiti di legge per l'Ozono.

Dati interessanti ai fini delle azioni per il contenimento dell'inquinamento atmosferico emergono dall' 1° Inventario regionale delle emissioni per quanto riguarda il contributo alle emissioni derivante da tutte le attività antropiche e naturali. Per quanto concerne la provincia di Foggia emerge che per il monossido di carbonio risulta importante, oltre al trasporto su strada, il contributo dei mezzi agricoli e per i Composti Organici Volatili le fonti biogeniche. E' da sottolineare anche per quanto riguarda il Protossido di Azoto e l'Ammoniaca che le sorgenti maggiori sono nel comparto agricolo (mezzi agricoli, impianti in agricoltura, allevamenti e colture) (Rappresentazione 2).

il trasporto su strada è responsabile di una quota rilevante per tutti i principali inquinanti: NOx, COVNM, CO e PM10. Particolarmente rilevanti appaiono gli effetti, anche sanitari, nei contesti urbani, potenziati da densità abitative che espongono all'inquinamento un quota significativa di popolazione.

Nel 2006 in provincia di Foggia il numero di autovetture per 1000 abitanti è pari 478, mentre il numero di autobus per 1000 abitanti è pari a 0,96. Tali dati stanno ad indicare, come avviene nel resto d'Italia, che è sempre preponderante la tendenza all'utilizzo del mezzo privato.

Rappresentazione 2 - Emissioni in atmosfera in tonnellate 2006



Fonte ARPA-PUGLIA

Acque

La tematica relativa all'inquinamento delle risorse idriche denota qualche difficoltà riconducibile alla raccolta delle informazioni sugli scarichi privati e sugli impianti di depurazione delle acque reflue urbane, che competono a diversi enti (Provincia, Comuni).

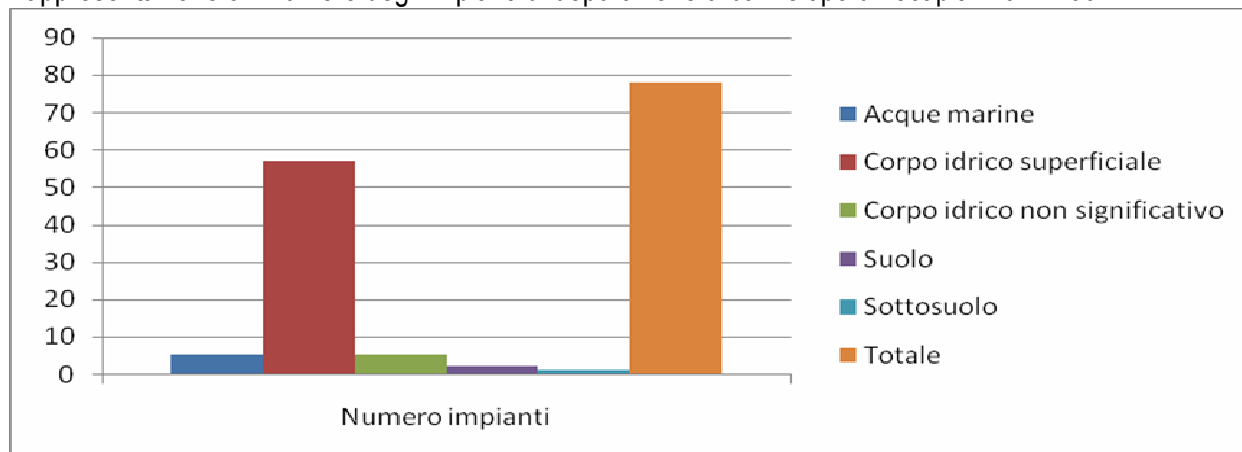
I controlli svolti dall'ARPA - Puglia nel 2007 per la verifica della qualità delle acque superficiali nei 13 punti di campionamento relativi alla provincia di Foggia hanno evidenziato un incremento del parametro *Escherichia coli*, che rappresenta un indicatore del livello di inquinamento biologico da materiale fecale. Per quanto riguarda la classe di qualità 1 punto è risultato buono, 8 sufficienti, 1 scadente, 3 pessimi.

Per quanto riguarda l'inquinamento delle falde acquifere da nitrati di origine agricola, il tenore dei Nitrati riscontrato nelle aree indagate è risultato in molti pozzi oltre il limite di legge soprattutto nelle campagne di Foggia, Ortona e Cerignola. Altrettanto può dirsi per la salinità ed i cloruri con situazioni critiche nelle aree di territorio più prossime alla costa o nel tavoliere.

Per quanto concerne la depurazione degli scarichi urbani il 62% del sistema è ancora in una situazione di non totale conformità alla normativa vigente per quanto concerne il rispetto dei limiti esposti nelle tabelle in Allegato 5 del D.Lgs 152/2006. Merita anche attenzione il problema del ricorso all'immissione nel suolo dei reflui di gran parte dei complessi turistici costieri dell'area garganica.

In provincia di Foggia esistono 79 impianti di depurazione, di cui 1 in dismissione perché obsoleto (Rappresentazione 3).

Rappresentazione 3 - Numero degli impianti di depurazione urbani e tipo di recapiti finali - 2007



Fonte : elaborazione ARPA-Puglia dei dati AQP SPA

Infine per quanto riguarda la qualità dell'acqua di mare ai fini della balneabilità il 94 % della costa è risultata balneabile nel 2007.

Suolo

I principali elementi di criticità sono ascrivibili al dissesto idrogeologico che interessa gran parte dell'area sub-appenninica, alle pratiche agricole orientate nel tavoliere con il ricorso a tecniche a forte impatto ambientale e all'inquinamento dovuto a smaltimenti abusivi.

Sono stati censiti 35 siti oggetto di indagini ambientali con contaminazioni dovute prevalentemente ad abbandoni di rifiuti, discariche abusive, presenza di amianto e materiali inerti.

E' presente, inoltre, il sito di interesse nazionale (SIN Manfredonia) caratterizzato per intero, ad eccezione delle aree ove sono in corso le operazioni di demolizione e smontaggio degli impianti. Sono previste la messa in sicurezza permanente per le discariche ed interventi di emergenza per la tutela delle falde acquifere.

Sorgenti sonore

Le principali fonti di inquinamento acustico derivano da fenomeni di congestione da traffico, da impianti tecnici, da impianti di diffusione sonora, da insediamenti artigianali. L'attuale legislazione attribuisce all'ARPA competenze specifiche di vigilanza e controllo per il rispetto dei limiti di rumore.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione della L. 447/95, molti comuni non hanno ancora adottato i piani di zonizzazione acustica. Non sono state installate reti di monitoraggio dell'inquinamento acustico.

Campi elettromagnetici

Nel corso del 2007 sono effettuati dall'ARPA - Puglia controlli in continuo dei campi elettromagnetici in 12 comuni della Provincia di Foggia. Nonostante l'alta percezione di rischio alle esposizioni, i valori di campo elettromagnetici riscontrati nel 2007, si mantengono sempre al di sotto dei valori di riferimento; sono stati rilevati solo 2 superamenti dei quali uno è già stato risanato e l'altro è in corso di risanamento.

La produzione di rifiuti nel 2004 ammonta a 624.439 tonnellate, di cui 291.257 sono rifiuti urbani (RU) e 333.182 sono rifiuti speciali, pari ad un valore procapite di 446 Kg/ab* anno, valore al di sotto della media

regionale e nazionale. La raccolta differenziata si attesta intorno al 7% a fronte di un obiettivo previsto dalla normativa vigente del 45% entro il 2008.

Per quel che concerne il quadro impiantistico dedicato ai rifiuti urbani i 4 Ambiti Territoriali Ottimali (ATO) nei quali è suddivisa la provincia non hanno ancora un sistema di trattamento adeguato alla vigente normativa, che affida allo smaltimento in discarica un ruolo assolutamente marginale, modalità, invece esclusiva in provincia di Foggia e con impianti che in alcuni ambiti (Foggia, Vieste) hanno esaurito la loro capacità.

Per quel che concerne, invece, lo smaltimento dei rifiuti speciali in provincia sono attive tre discariche per inerti (Apricena, Lucera), 1 discarica per rifiuti speciali non pericolosi (Foggia), con capacità residua al 2007 rispettivamente di 716.000 e 92.6000 metri cubi, ed un impianto di incenerimento di rifiuti ospedalieri con potenzialità di 500 Kg/h (Cerignola).

Questo scenario comporta alcune questioni di fondo:

- la necessità di sviluppare competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità; ciò vale per tutte le professionalità, e in particolare le professioni Tecniche della Prevenzione, che dovranno essere valorizzate e coinvolte nei processi di riqualificazione e sviluppo, coerentemente con l'organizzazione complessiva del Dipartimento di Prevenzione e con gli obiettivi descritti nel presente documento;
- l'impegno di fornire alla comunità locale servizi di vigilanza e controllo efficaci, di elevata professionalità e corrispondenti a standard qualitativi riconosciuti, specie su problemi quali l'igiene e sicurezza sul lavoro e la sicurezza alimentare. Tale attività è evidentemente rivolta anche alla popolazione destinataria delle produzioni locali, in particolare di quelle alimentari, soggette a controlli riconosciuti a livello internazionale;
- il bisogno di dare forte uniformità tecnica ed organizzativa, all'interno dei Dipartimento, nei processi e nelle risposte;
- la necessità di governare e coordinare azioni preventive svolte anche da altre articolazioni organizzative dell'Azienda;
- la necessità di mettere in atto strategie idonee ad interagire efficacemente con le comunità locali sia, come detto, a livello istituzionale con gli amministratori pubblici per il tramite dei Distretti e delle Direzioni aziendali, sia direttamente nei confronti dei cittadini, e delle forme di aggregazione e rappresentanza.

Ciò naturalmente non mette in discussione il piano del rapporto diretto con l'Autorità sanitaria locale che consiste nell'espletamento delle funzioni di supporto tecnico al Sindaco per l'adozione di atti amministrativi finalizzati alla tutela della salute pubblica.

Il sistema produttivo

I principali impatti prodotti dal sistema produttivo su un determinato territorio sono prevalentemente riconducibili alla produzione di scarti ed al consumo di risorse naturali. La produzione di beni e servizi, oltre ad essere un elemento indicatore del benessere di un determinato territorio, rappresenta anche un fattore di pressione ambientale di rilievo in quanto utilizza l'ambiente sia come serbatoio di input produttivi (materie prime, acqua, energia), sia come recettore degli scarti e delle scorie di produzione (rifiuti, reflui, emissioni). Il sistema produttivo della Provincia di Foggia è caratterizzato dalla presenza di un tessuto produttivo consistente e vario, che spazia dall'agricoltura intensiva del Tavoliere all'industria meccanica, a quella energetica del Sub-Appennino, nonché dalla pesca e dalle varie forme di turismo.

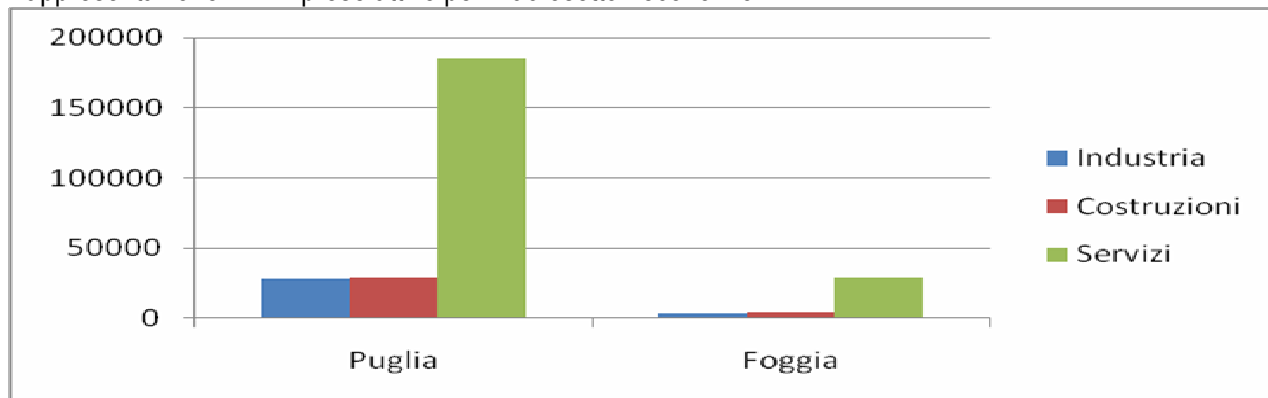
Industria

Il contributo maggiore alla presenza di imprese attive viene dai servizi e commercio (28.883 imprese), dall'industria in senso stretto (3.600 imprese) e dalle costruzioni (4.701) (Rappresentazione 4).

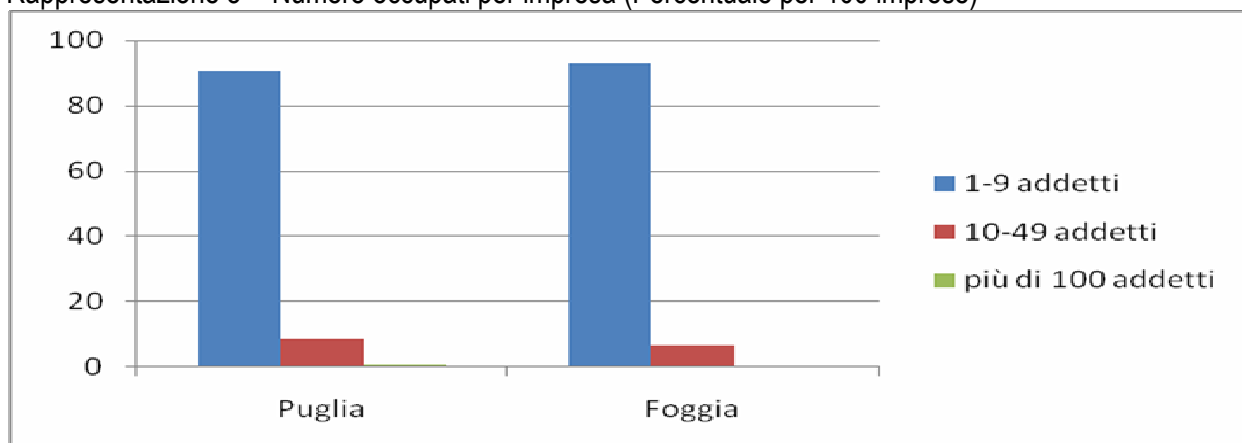
Il contesto imprenditoriale è simile a quello della Puglia e del Mezzogiorno e dell'Italia intera con la massiccia presenza (93%) di imprese con meno di 10 addetti (Rappresentazione 5)

Le aziende con maggior numero di occupati si concentrano nelle aree industriali Foggia e Manfredonia.

Rappresentazione 4 - Imprese attive per macrosettori economici



Rappresentazione 5 - Numero occupati per impresa (Percentuale per 100 imprese)



Agricoltura

La Provincia di Foggia presenta aspetti produttivi e paesaggistici del territorio rurale estremamente diversificati.

L'area agricola ed agro-alimentare del Tavoliere, settore fondamentale del sistema economico dell'intera provincia, presenta un'agricoltura di tipo intensivo, molto spesso irrigua.

Le aree più arretrate (Gargano, Appennino Dauno) sono caratterizzate da un'agricoltura estensiva e da fenomeni di abbandono.

Le aziende agricole

Nella rilevazione sulla struttura e le produzioni delle aziende agricole 2004-2005, l'ISTAT ha evidenziato come nel 2005 le aziende agricole operanti in Provincia di Foggia fossero circa 60.000. Il 50% della superficie agricola aziendale è investita da seminativi con prevalenza del frumento duro seguita dalle coltivazioni permanenti con il 36% (Rappresentazione 6)

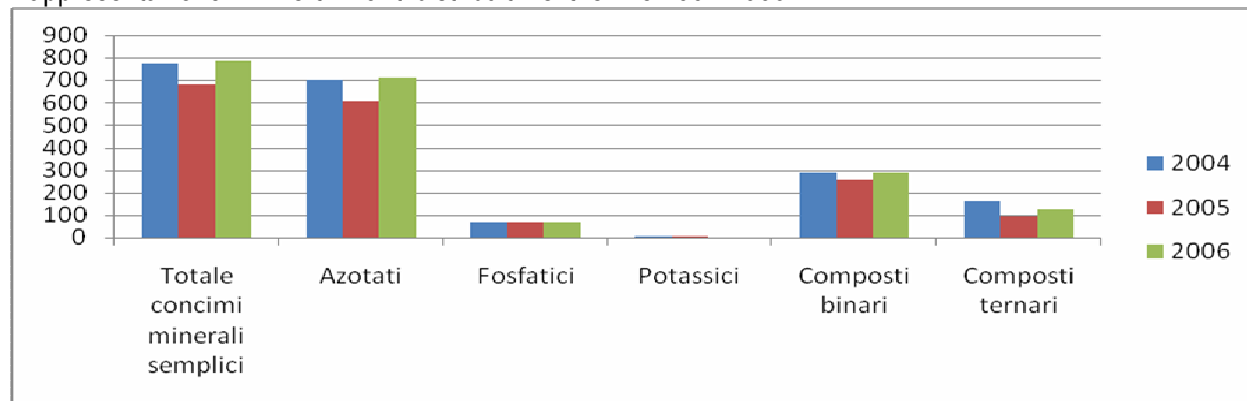
Rappresentazione 6 - Aziende e relativa superficie per forma di utilizzazione dei terreni

L'agricoltura viene indicata, soprattutto per le forme di intensificazione, concentrazione e specializzazione che ha assunto negli ultimi decenni, quale settore tra i principali responsabili delle pressioni sull'ambiente (attraverso l'inquinamento delle acque e del suolo, l'erosione, la perdita di habitat e di diversità biologica, la semplificazione del paesaggio, ecc.).

Il 33% delle aziende agricole manifesta problemi di degrado del suolo legato all'erosione mentre ancor più generalizzato è il problema dell'insufficiente disponibilità idrica e della perdita di fertilità. A questi problemi la Puglia, prima tra le regioni meridionali, risponde con maggiore impiego di input di produzione (irrigazione, fertilizzanti, fitofarmaci) che rischiano di essere una cura peggiore del male.

I prodotti fitosanitari e i fertilizzanti si confermano come il principale mezzo tecnico di produzione e difesa delle coltivazioni (Rappresentazione 7).

Rappresentazione 7 - Fertilizzanti distribuiti nel triennio 2004-2006



Turismo

La Provincia di Foggia è in generale caratterizzata da forme di turismo balneare, religioso, storico culturale e naturalistico. Il turismo rappresenta per la Provincia di Foggia un settore in forte espansione e di grande importanza sotto il profilo economico e culturale ma contemporaneamente l'incremento dei flussi turistici possono determinare impatti negativi sull'ambiente come per esempio l'incremento dell'edificazione, l'intensificazione dei consumi idrici ed energetici, una più rilevante produzione di rifiuti, l'aumento delle emissioni di CO₂ generate dai trasporti ecc., con l'aggravante che la pressione antropica è generalmente concentrata in alcuni territori e periodi dell'anno.

Negli ultimi anni si stanno affermando tipologie di turismo, quali ecoturismo e turismo sostenibile, meno invasive sia per i territori che per le popolazioni, tese ad una valorizzazione delle tradizioni locali e ad uno sfruttamento consapevole delle risorse naturali.

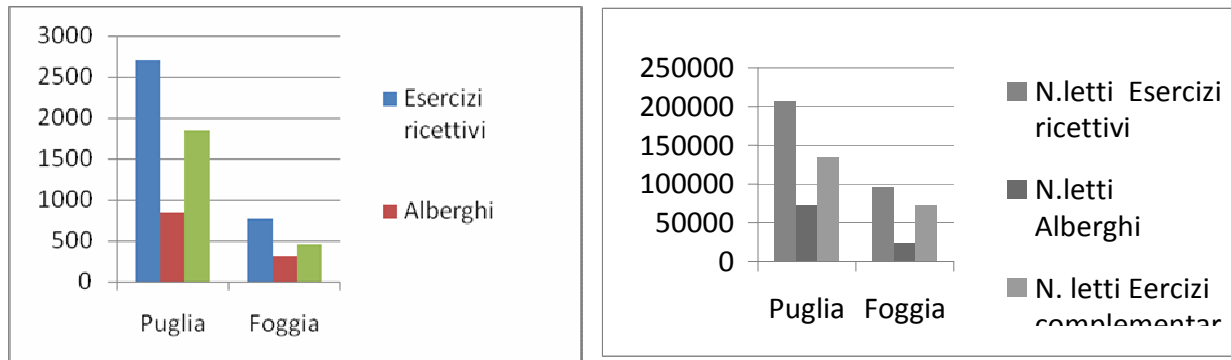
Nel 2006, in base ai dati dell'Assessorato al Turismo della Regione Puglia i maggiori flussi turistici si concentrano nella provincia di Foggia infatti si registrano il maggior numero di presenze sia di stranieri che di italiani (Rappresentazione 8)

L'andamento relativo alla distribuzione stagionale delle presenze mostra i valori più alti dal mese di Giugno ad Ottobre, con un picco nel mese di Agosto.

Rappresentazione 8 - Movimento turistico in Provincia di Foggia nel 2006 (migliaia di unità)

Per quel che riguarda la capacità ricettiva l'Istat nel 2006 ha rilevato in Provincia di Foggia complessivamente 766 esercizi ricettivi con una capienza di circa 96.517 posti letto. In particolare 316 sono strutture alberghiere con una copertura di circa 23.353 posti letto, 1.848 sono con strutture complementari con 73.164 posti letto (Rappresentazione 9)

Rappresentazione 9 – Capacità ricettiva - Anno 2006

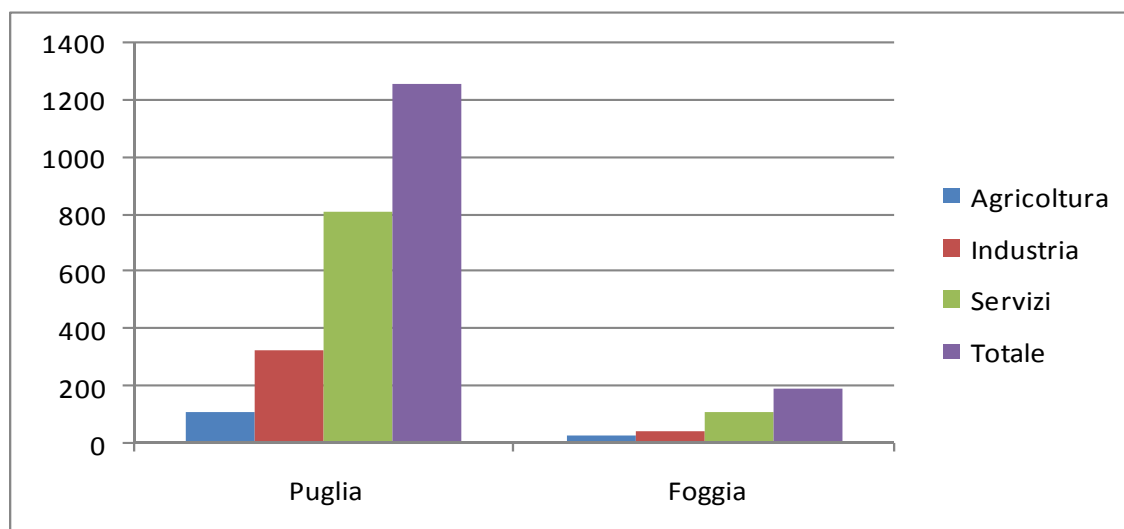


Fonte: Istat

Il mercato del lavoro

Nella Provincia di Foggia, secondo i dati forniti dall'Istat, nel corso del primo semestre del 2006, il numero di occupati è stato in media pari a 191.000 mila unità pari al 15% della Puglia mentre per settori la quota maggiore di occupati della provincia lavora nei servizi ed è pari al 58% a cui segue, in ordine, quella dell'industria con il 25% e dell'agricoltura con il 17% (Rappresentazione 10)

Rappresentazione 10 - Numero occupati per macrosettore economico nel 2006



Fonte: Istat

Il tasso di disoccupazione nel 2006 si attesta in torno al 12,8 per cento della popolazione

Rappresentazione 11 - Principali indicatori nel mercato del lavoro – Anno 2006

5. La domanda di ospedalizzazione della ASL FG ed i principali bisogni di salute

L'analisi della relazione tra domanda ed offerta è basilare per la individuazione degli obiettivi da prefissare. L'analisi demografica della popolazione dell'ASL FG e l'analisi delle cause di ospedalizzazione evidenziano i bisogni sanitari; infatti il quadro epidemiologico che ne deriva delinea il prevalere di patologie come quelle cronico degenerative, cardiovascolari, tumori e di altre malattie tipiche dell'età avanzata e dell'infanzia.

Le malattie cardio e cerebrovascolari, i tumori, il diabete mellito, le malattie respiratorie sono causa delle più frequenti situazioni patologiche che colpiscono la popolazione italiana e che provocano il maggior carico di decessi e di disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria.

Nel 2007 si sono verificati 164.783 ricoveri (ordinari 131.223, day hospital 33.560) di cittadini residenti nei 61 Comuni dell'ASL FG. In strutture nosocomiali della Regione Puglia sono avvenuti 145.065 ricoveri (88,0%), mentre in strutture extraregionali sono avvenuti 19.718 ricoveri (12,0%). Nelle strutture ospedaliere dell'ASL FG (presidi ospedalieri di Cerignola; Manfredonia - Monte Sant'Angelo; Lucera; San Severo - San Marco in Lamis – Torremaggiore) sono avvenuti complessivamente 44.112 ricoveri (26,8%); nelle altre strutture ospedaliere della provincia di Foggia (Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, IRCCS Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e varie Case di Cura) si sono verificati 96.681 ricoveri (58,6%); in strutture ospedaliere e/o case di cura delle altre province pugliesi i ricoveri sono stati 4.272 (2,6%). Il tasso di ospedalizzazione generale è stato di 257,2 ricoveri per 1.000 abitanti. Il 75% dei ricoveri in mobilità passiva extraregionale è avvenuto in Abruzzo, Molise, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia.

Tab. 6: ASL FG, ricoveri anno 2007

Strutture di ricovero	N. ricoveri	%
Strutture ASL FG	44.112	26,8
Altre strutture in provincia di Foggia	96.681	58,6
Strutture nelle altre province della Puglia	4.272	2,6
Extraregione	19.718	12,0
Totale	164.783	100

Tab. 7: ASL FG, numero ricoveri (totali, intra ed extraregione), tasso di ospedalizzazione

Comune di residenza	Abitanti	Ricoveri	Intra	%	Extra	%	Tasso osp.
Accadia	2.542	581	449	77,3	132	22,7	228,6
Alberona	1.049	330	296	89,7	34	10,3	314,6
Anzano di Puglia	1.974	380	293	77,1	87	22,9	192,5
Apricena	13.611	3.317	2.870	86,5	447	13,5	243,7
Ascoli Satriano	6.346	1.398	1.112	79,5	286	20,5	220,3
Biccari	2.903	599	524	87,5	75	12,5	206,3
Bovino	3.656	805	685	85,1	120	14,9	220,2
Cagnano Varano	8.127	1.775	1.565	88,2	210	11,8	218,4
Candela	2.731	617	499	80,9	118	19,1	225,9
Carapelle	6.046	1.397	1.251	89,5	146	10,5	231,1
Carlantino	1.126	307	201	65,5	106	34,5	272,6
Carpino	4.452	1.276	1.122	87,9	154	12,1	286,6
Casalnuovo Monterotaro	1.805	577	476	82,5	101	17,5	319,7
Casalvecchio di Puglia	2.020	635	490	77,2	145	22,8	314,4
Castelluccio dei Sauri	2.018	494	456	92,3	38	7,7	244,8
Castelluccio Valmaggiore	1.390	289	270	93,4	19	6,6	207,9
Castelnuovo della Daunia	1.603	554	487	87,9	67	12,1	345,6
Celenza Valfortore	1.823	476	246	51,7	230	48,3	261,1
Celle di San Vito	190	60	54	90,0	6	10,0	315,8
Cerignola	58.280	14.748	13.513	91,6	1.235	8,4	253,1
Chieuti	1.771	473	165	34,9	308	65,1	267,1
Deliceto	4.006	964	768	79,7	196	20,3	240,6
Faeto	672	136	121	89,0	15	11,0	202,4
Foggia	153.469	41.426	37.038	89,4	4.388	10,6	269,9
Ischitella	4.352	1.073	911	84,9	162	15,1	246,6
Isole Tremiti	492	122	28	23,0	94	77,0	248,0
Lesina	6.337	1.471	858	58,3	613	41,7	232,1
Lucera	34.671	8.661	7.588	87,6	1.073	12,4	249,8
Manfredonia	57.140	15.279	14.015	91,7	1.264	8,3	267,4
Mattinata	6.516	1.418	1.261	88,9	157	11,1	217,6
Monteleone di Puglia	1.191	257	160	62,3	97	37,7	215,8
Monte Sant'Angelo	13.414	3.523	3.314	94,1	209	5,9	262,6
Motta Montecorvino	882	264	233	88,3	31	11,7	299,3
Ordona	2.650	569	517	90,9	52	9,1	214,7
Orsara di Puglia	3.073	625	569	91,0	56	9,0	203,4
Orta Nova	17.792	4.475	3.994	89,3	481	10,7	251,5

Panni	890	220	167	75,9	53	24,1	247,2
Peschici	4.390	1.045	836	80,0	209	20,0	238,0
Pietramontecorvino	2.784	625	522	83,5	103	16,5	224,5
Poggio Imperiale	2.864	719	494	68,7	225	31,3	251,0
Rignano Garganico	2.195	620	586	94,5	34	5,5	282,5
Rocchetta Sant'Antonio	1.993	504	422	83,7	82	16,3	252,9
Rodi Garganico	3.705	905	749	82,8	156	17,2	244,3
Roseto Valfortore	1.230	238	224	94,1	14	5,9	193,5
San Giovanni Rotondo	26.822	7.154	6.847	95,7	307	4,3	266,7
San Marco in Lamis	14.754	3.955	3.729	94,3	226	5,7	268,1
San Marco la Catola	1.135	280	175	62,5	105	37,5	246,7
San Nicandro Garganico	16.344	4.040	3.496	86,5	544	13,5	247,2
San Paolo di Civitate	6.003	1.525	1.271	83,3	254	16,7	254,0
San Severo	55.824	14.901	13.052	87,6	1.849	12,4	266,9
Sant'Agata di Puglia	2.166	586	506	86,3	80	13,7	270,5
Serracapriola	4.062	1.093	538	49,2	555	50,8	269,1
Stornara	4.844	1.295	1.141	88,1	154	11,9	267,3
Stornarella	4.959	1.180	973	82,5	207	17,5	238,0
Torremaggiore	17.149	4.628	4.055	87,6	573	12,4	269,9
Troia	7.341	1.716	1.504	87,6	212	12,4	233,8
Vico del Gargano	7.950	1.865	1.578	84,6	287	15,4	234,6
Vieste	13.619	2.803	2.393	85,4	410	14,6	205,8
Volturara Appula	514	115	102	88,7	13	11,3	223,7
Volturino	1.834	462	410	88,7	52	11,3	251,9
Zapponeta	3.261	958	896	93,5	62	6,5	293,8
ASL FG	640.752	164.783	145.065	88,0	19.718	12,0	257,2

Tab. 8: Ospedalizzazione ASL FG anno 2007, suddivisione per Distretti

Ambito territoriale	Totale ricoveri	Ricoveri intra-regione	% ricoveri intraregione	Ricoveri extraregione	% ricoveri extraregione	Tasso di ospedalizzazione
Distretto San Severo	28.127	23.303	82,8	4.824	17,2	261,4
Distretto San Marco in Lamis	15.769	14.658	93,0	1.111	7,0	262,3
Distretto Vico del Gargano	10.864	9.182	84,5	1.682	15,5	230,7
Distretto Manfredonia	21.178	19.486	92,0	1.692	8,0	263,6
Distretto Cerignola	23.664	21.389	90,4	2.275	9,6	250,2
Distretto Foggia	41.426	37.038	89,4	4.388	10,6	269,9
Distretto Lucera	14.123	11.974	84,8	2.149	15,2	255,0
Distretto Troia	9.632	8.035	83,4	1.597	16,6	228,4
ASL FG	164.783	145.065	88,0	19.718	12,0	257,2

Tab. 9 : Ricoveri extraregionali anno 2007, suddivisione per regione di ricovero

Regione	Numero ricoveri	%
Abruzzo	3.827	19,41
Molise	3.510	17,80
Emilia Romagna	3.197	16,21
Lazio	2.156	10,93
Lombardia	2.094	10,62
Campania	1.115	5,66
Marche	822	4,17
Toscana	682	3,46
Basilicata	628	3,18
Piemonte	543	2,75
Veneto	458	2,32
Liguria	287	1,46
Umbria	69	0,86
Friuli Venezia Giulia	66	0,34
Trentino Alto Adige	59	0,30
Sicilia	44	0,22
Calabria	43	0,22
Sardegna	16	0,08
Valle d'Aosta	2	0,01
Totale	19.718	100

Cause principali di ricovero, anno 2007

Nella tabella seguente (Tab. 11) sono elencati i ricoveri avvenuti nell'anno 2007 suddivisi per MDC. La principale causa di ricovero è dovuta alle "Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio", che hanno rappresentato il 13,4% dei ricoveri totali. Nella tabella successiva (Tab. 12) sono elencati i ricoveri suddivisi per MDC avvenuti nella regione e fuori regione.

Tab. 10: ASL FG, ricoveri anno 2007, suddivisione per MDC

MDC	DESCRIZIONE MDC	Numero ricoveri	%
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	22.063	13,4
6-7	Malattie e disturbi dell'apparato digerente, epatobiliari e del pancreas	19.623	11,9
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	18.605	11,3
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	12.842	7,8
14	Gravidanza, parto e puerperio	12.091	7,3
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	9.338	5,7
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	8.649	5,2
2	Malattie e disturbi dell'occhio	8.276	5,0
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	8.112	4,9
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	7.315	4,4
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	7.136	4,3
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	6.977	4,2
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	5.898	3,6
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	4.865	3,0
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	2.704	1,6
19	Malattie e disturbi mentali	2.555	1,6
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.177	1,3
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.761	1,1
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.150	0,7
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.051	0,6
	DRG non classificati	647	0,4
25	Infezioni da H.I.V.	505	0,3
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	211	0,1
24	Traumatismi multipli rilevanti	128	0,1
22	Ustioni	104	0,1
Totale		164.783	100

Tab. 11: ASL FG, ricoveri anno 2007, suddivisione per MDC intra ed extra regionale

MDC	DESCRIZIONE MDC	N. ricoveri	Intra	% Intra	Extra	% Extra
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	22.063	19.783	89,7	2.280	10,3
6-7	Malattie e disturbi dell'apparato digerente, epatobiliari e del pancreas	19.623	17.724	90,3	1.899	9,7
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	18.605	14.439	77,6	4.166	22,4
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	12.842	11.367	88,5	1.475	11,5
14	Gravidanza, parto e puerperio	12.091	11.487	95,0	604	5,0
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	9.338	8.665	92,8	673	7,2
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	8.649	8.047	93,0	602	7,0
2	Malattie e disturbi dell'occhio	8.276	6.896	83,3	1.380	16,7
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	8.112	6.672	82,2	1.440	17,8
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	7.315	6.579	89,9	736	10,1
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	7.136	6.445	90,3	691	9,7
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	6.977	6.328	90,7	649	9,3
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	5.898	5.141	87,2	757	12,8
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	4.865	4.648	95,5	217	4,5
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	2.704	2.368	87,6	336	12,4
19	Malattie e disturbi mentali	2.555	1.906	74,6	649	25,4
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.177	1.707	78,4	470	21,6
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.761	1.562	88,7	199	11,3
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.150	1.010	87,8	140	12,2
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.051	912	86,8	139	13,2
	DRG non classificati	647	528	81,6	119	18,4
25	Infezioni da H.I.V.	505	476	94,3	29	5,7
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	211	157	74,4	54	25,6
24	Traumatismi multipli rilevanti	128	121	94,5	7	5,5
22	Ustioni	104	97	93,3	7	6,7
	ASL FG	164.783	145.065	88,0	19.718	12,0

Analisi della ospedalizzazione ASL FG anni 2003-2007

Dal 1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2007 si sono verificati 790.736 ricoveri di cittadini residenti nell'ASL FG, in regime ordinario 669.229 ricoveri (84,6%), in regime di day hospital 121.507 (15,4%); il tasso medio di ospedalizzazione è stato di 245,9 ricoveri per 1.000 abitanti (Tab. 13.14.15).

Tab. 12: ASL FG, ricoveri 2003/2007, suddivisione per regime di ricovero

Regime di ricovero	2003	2004	2005	2006	2007	2003/07
Day hospital	12.966	20.542	25.479	28.960	33.560	121.507
Ordinario	133.275	133.670	134.526	136.535	131.223	669.229
Totale	146.241	154.212	160.005	165.495	164.783	790.736

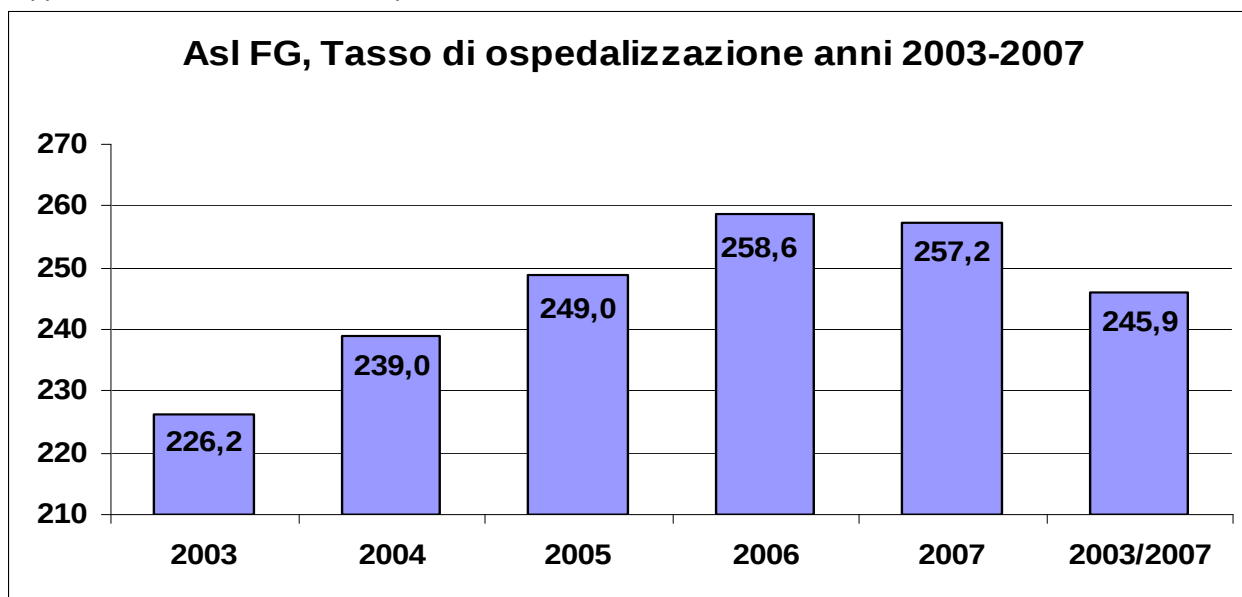
Tab. 13: ASL FG, % ricoveri 2003/2007, suddivisione per regime di ricovero

Regime di ricovero	2003	2004	2005	2006	2007	2003/2007
Day hospital	8,9	13,3	15,9	17,5	20,4	15,4
Ordinario	91,1	86,7	84,1	82,5	79,6	84,6

Tab. 14: Ricoveri ASL FG, anni 2003/2007

Anni	Abitanti	Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione
2003	646.412	146.241	226,2
2004	645.236	154.212	239,0
2005	642.705	160.005	249,0
2006	640.047	165.495	258,6
2007	640.752	164.783	257,2
Totale	2003/2007	790.736	245,9

Rappresentazione 12: Tasso di ospedalizzazione 2003-2007



Nel periodo analizzato (2003-2007), nelle strutture ospedaliere di Cerignola, Lucera, Manfredonia, Monte Sant'Angelo, San Marco in Lamis, San Severo, Torremaggiore (strutture che dal 1 gennaio 2007 formano la rete ospedaliera dell'ASL FG, istituita con L.R. n. 39 del 28 dicembre 2006) si sono complessivamente verificati 206.473 ricoveri (26,1%) di cittadini residenti nei 61 Comuni dell'ASL FG; nelle altre strutture ospedaliere della provincia di Foggia (Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, IRCCS Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e varie Case di Cura) si sono verificati 464.020 ricoveri (58,7%); in strutture ospedaliere e/o case di cura delle altre province pugliesi i ricoveri sono stati 21.245 (2,7%); in strutture extraregionali sono avvenuti 98.998 ricoveri (12,5%).

Nel periodo 2003/2007 le prime cause di ricovero della popolazione dell'ASL FG sono state:

- Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio
- Malattie e disturbi dell'apparato digerente, epatobiliare e del pancreas
- Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- Gravidanza, parto e puerperio

- Malattie e disturbi del sistema nervoso
(complessivamente 407.180 ricoveri, pari al 51,5% del totale).

ASL FG, mobilità passiva extraregionale, anni 2003-2007

Nel periodo analizzato (2003-2007) in strutture extraregionali sono avvenuti 98.998 ricoveri (pari al 12,5% dei ricoveri totali). Nel 2007, i ricoveri in mobilità passiva extraregionale sono diminuiti rispetto all'anno precedente, essenzialmente quelli verso la Regione Abruzzo.

Tab. 15 : ASL FG, numero ricoveri extraregionali anni 2003/2007

Parametro	2003	2004	2005	2006	2007
Numero ricoveri	17.590	19.347	20.834	21.509	19.718
Δ		1.757	1.487	675	-1.791
Δ %		9,1	7,1	3,1	-9,1

Le cause di circa il 60% dei ricoveri in mobilità passiva extraregionale sono state:

- Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo: 20,7
- Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio: 12,0%
- Malattie e disturbi dell'apparato digerente, epatobiliari e del pancreas: 9,3%
- Malattie e disturbi del sistema nervoso: 7,8%
- Malattie e disturbi dell'occhio: 6,5%
- Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate: 6,3%

Nel quinquennio 2003-2007, in cinque Regioni (Abruzzo, Molise, Emilia Romagna, Lombardia, Lazio) sono avvenuti complessivamente 74.425 ricoveri di residenti nell'ASL FG, pari al 75,2% dei ricoveri totali in mobilità passiva extraregionale.

Tab. 16: ASL FG, % ricoveri in mobilità passiva extraregionale, anni 2003/2007

Regione	2003	2004	2005	2006	2007	2003/07
Abruzzo	15,6	17,8	21,7	23,8	19,4	19,8
Molise	18,5	17,5	17,5	16,8	17,8	17,6
Emilia Romagna	14,2	14,0	13,3	14,4	16,2	14,4
Lombardia	14,3	12,6	11,9	10,8	10,6	12,0
Lazio	10,7	11,6	11,9	11,7	10,9	11,4
Campania	6,2	5,8	5,2	5,0	5,7	5,6
Marche	4,7	4,9	4,1	3,7	4,2	4,3
Toscana	4,4	3,9	3,4	3,2	3,5	3,6
Piemonte	3,2	3,2	2,7	2,3	2,8	2,8
Basilicata	1,5	2,4	2,5	2,7	3,2	2,5
Veneto	2,8	2,6	2,3	2,4	2,3	2,5
Liguria	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5
Umbria	0,9	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8
Friuli Venezia Giulia	0,5	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4
Trentino Alto Adige	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Sicilia	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Calabria	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2
Sardegna	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Valle d' Aosta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	100	100	100	100	100	100

Malattie di particolare rilevanza sociale

Malattie Cardiovascolari

La mortalità per cause riconducibili alle Malattie del sistema circolatorio è circa il 43% e rappresenta la prima causa di morte nella popolazione generale. Suddividendo per fasce di età, le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la prima causa di morte in termini assoluti nella popolazione con età pari o superiore a 65 anni; nella classe di età 45-64 anni sono la seconda causa di morte dopo i tumori.

La malattie cardiovascolari hanno una eziologia multifattoriale e la coesistenza di più fattori aumentano il rischio di esito infausto della malattia. I fattori di rischio modificabili possono essere favorevolmente influenzati mediante azioni dirette alla variazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari, ricorrendo, ove necessario, ad adeguati trattamenti terapeutici. Nella popolazione con età compresa tra 35 e 69 anni (nell'ASL FG circa 276.000 abitanti), secondo l'I.S.S. il 26% degli uomini ed il 35% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 16% degli

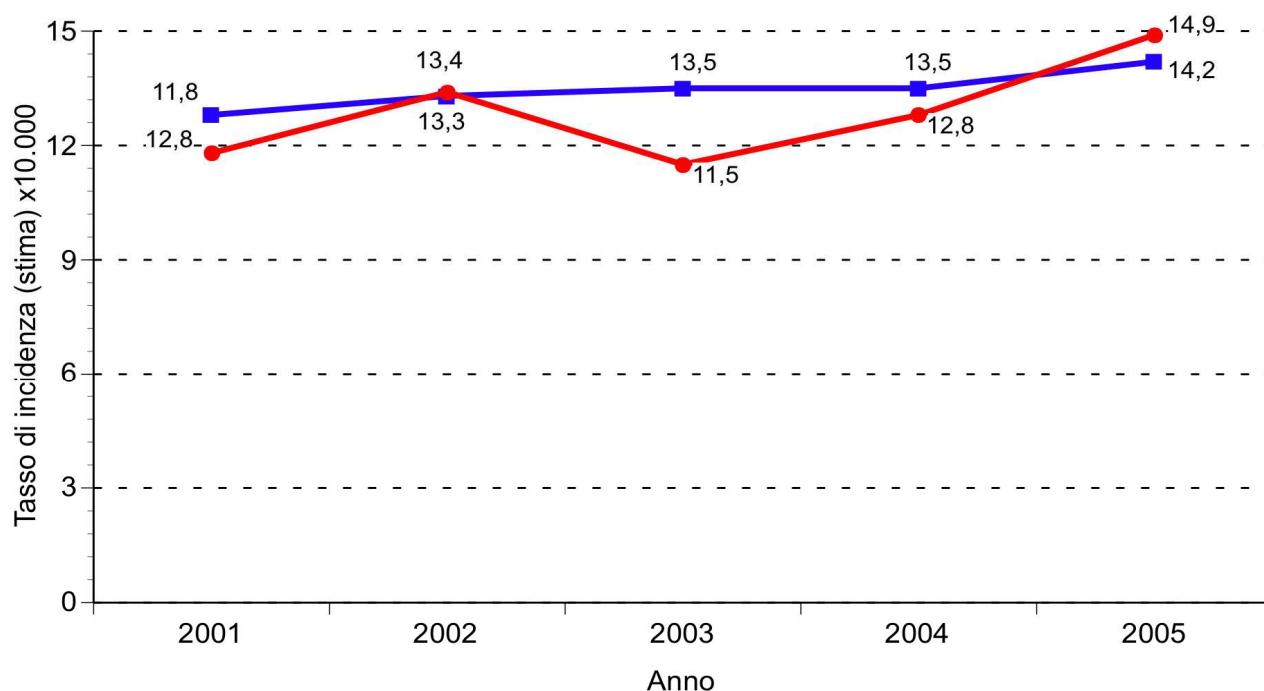
uomini ed il 9% delle donne è in una condizione a rischio (PA sistolica 140-159 mmHg, PA diastolica 90-95 mmHg); nella fascia di età indicata (35-69 anni) il 18% degli uomini ed il 16% delle donne ha ipercolesterolemia (≥ 240 mg/dl), mentre il 33% degli uomini ed il 25% delle donne è in condizione di rischio (valore colesterolemia tra 200-239 mg/dl); il 49% degli uomini ed il 63% delle donne non svolge alcuna attività sportiva durante il tempo libero; il 33% degli uomini fuma circa 20 sigarette/die, il 17% delle donne fuma in media 12 sigarette/die; il 16% degli uomini ed il 34% delle donne è obeso; l'8% degli uomini ed il 9% delle donne è diabetico, mentre il 7% degli uomini ed il 5% delle donne è in condizione di rischio per il diabete.

Infarto acuto del miocardio

La stima del tasso di incidenza per infarto acuto del miocardio (IMA) è stata effettuata considerando come nuovi casi tutti i ricoveri occorsi negli anni 2001-2005 in regime di ricovero ordinario (in Puglia e fuori regione) con codice ICD-IX CM: 410.xx - *infarto acuto del miocardio* - nel campo della Diagnosi Principale della SDO. Tale stima non tiene conto dei casi di IMA deceduti senza essere stati ospedalizzati.

La stima del tasso di incidenza medio nel quinquennio, tra i residenti della provincia di Foggia (12,9 x 10.000 residenti, n° medio annuo = 830 ricoveri) è risultata di poco inferiore a quella regionale (13,4 x 10.000). Tuttavia, a partire dal 2003, il valore dell'incidenza tende ad aumentare progressivamente fino a superare, nell'anno 2005, quello dell'intera Regione (Rappresentazione 13).

Rappresentazione 13 - Tassi di incidenza (stima) x10.000 residenti per IMA. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Nella provincia di Foggia circa il 10% dei casi di IMA è stato trattato in strutture ospedaliere fuori regione contro una media regionale di mobilità passiva pari a circa il 5%.

Malattie dell'apparato digerente, del fegato e del pancreas

Costituiscono, per frequenza, la causa seconda di ricovero (11,9%), con una incidenza sul totale di mobilità passiva extraregionale del 9,3%. Particolare incidenza è stata rilevata nelle aree Centro-Nord della Provincia e sono superiori alle medie (regionale e provinciale) i rapporti standardizzati di mortalità per tumori maligni primari. L'elevato tasso di mobilità extraregionale riguarda sia i ricoveri medici e sia quelli chirurgici.

Tumori

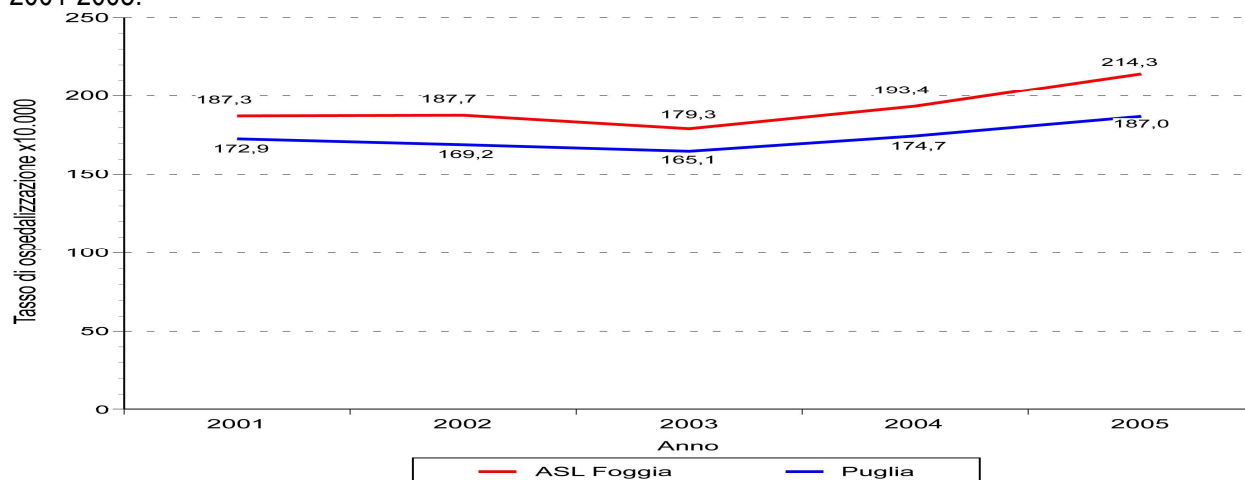
I tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari nella popolazione generale, la prima nella fascia di età tra i 45-64 anni. Ogni anno tra i residenti nell'ASL FG si verificano oltre 3.000 nuovi

casi di tumore; ogni anno oltre seimila residenti nell'ASL FG sono costretti ad uno o più ricoveri per una patologia neoplastica.

Nel corso del quinquennio 2001-2005, tra i residenti nella provincia di Foggia sono stati registrati oltre 62.000 ricoveri per tumore (ordinari e day hospital, ricoveri intraregionali e in mobilità passiva; diagnosi principale ICD IX CM: 140.xx-239.xx), con un tasso di ospedalizzazione medio nel periodo pari a 192,4 x10.000 residenti (in Puglia: 173,8 x10.000). Sebbene il tasso di ospedalizzazione annuo per tumori nella ASL Foggia sia costantemente superiore a quello regionale, mostra un andamento parallelo, facendo registrare una riduzione tra il 2001 e il 2003 e un aumento nel biennio successivo; il tasso più elevato nel periodo esaminato è stato rilevato nel 2005 (ASL Foggia: 214,3 x10.000; Puglia: 187 x10.000 – Rappresentazione 14).

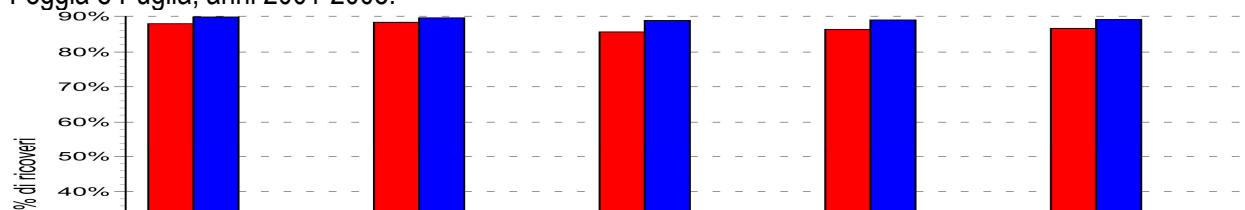
La prima causa dei tumori è costituita dalle neoplasie dell'apparato digerente (ICD IX CM:151.xx – 153.xx – 154.xx), con massimo di frequenza nell'area Nord della Provincia di Foggia e con conseguente mobilità extraregionale, che (con specifico riferimento alle stesse area nord e tutte le cause) è stata del 18,9%, pari a circa 15.000.000 di Euro all'anno.

Rappresentazione 14 - Tassi di ospedalizzazione x10.000 residenti per tumore. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Sia nella ASL Foggia che in Puglia, la maggior parte dei ricoveri è stata effettuata in una struttura regionale, mentre la mobilità passiva si attesta mediamente al 13% nella provincia di Foggia e al 10% a livello regionale (Rappresentazione 15).

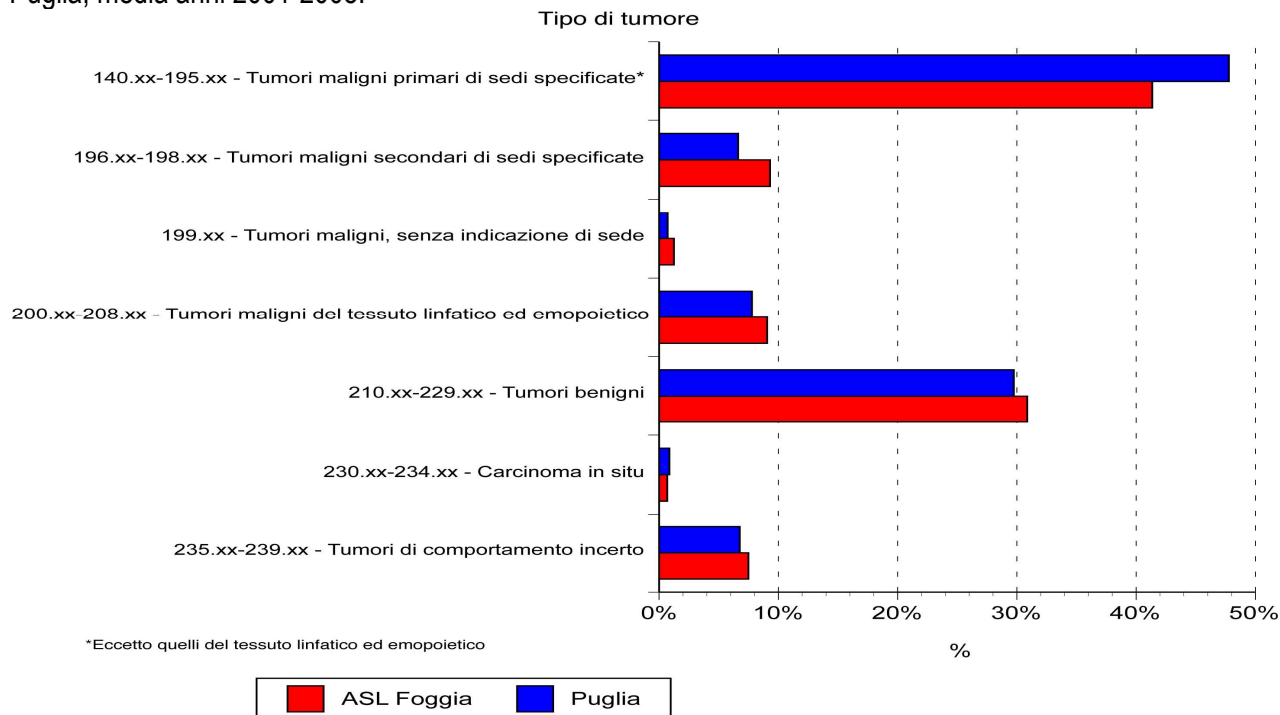
Rappresentazione 15 - Proporzione di ricoveri per tumore, ricoveri intraregionali e mobilità passiva. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Oltre il 40% dei ricoveri per tumore, è riconducibile a un *tumore maligno primario*¹ (diagnosi principale ICD IX CM: 140.xx-195.xx; in Puglia quasi il 50%); circa il 30% ad un *tumore benigno* (diagnosi principale ICD IX CM: 210.xx-229.xx) sia nella ASL Foggia che in Puglia; quasi il 10% dei ricoveri ad un *tumore del tessuto linfatico ed emopoietico* (in Puglia il 7%) o ad un *tumore secondario* (diagnosi principale ICD IX CM: 196.xx-198.xx; in Puglia quasi il 10%). Il 9% delle ospedalizzazioni è attribuibile ad un *tumore di comportamento incerto* (diagnosi principale ICD IX CM: 235.xx-239.xx; in Puglia l'8% - Rappresentazione 16).

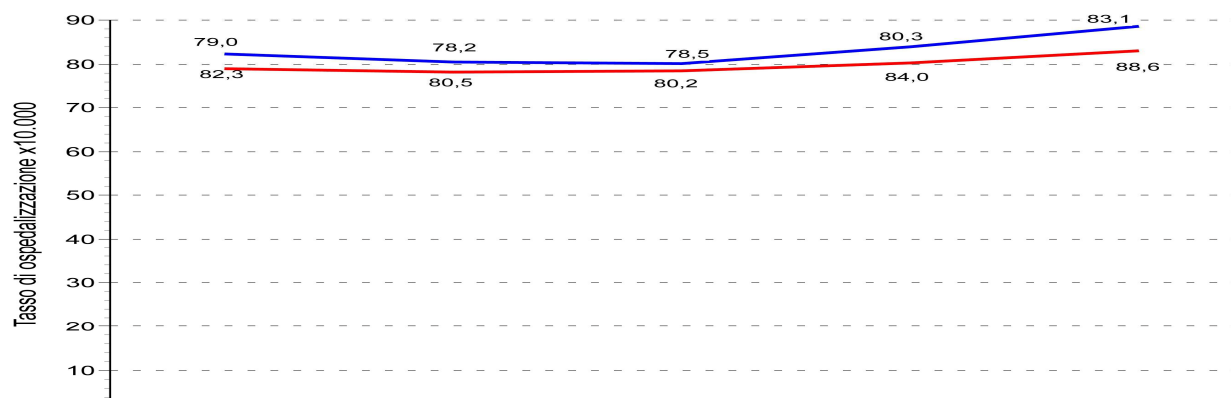
¹ Ad esclusione dei tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico.
Piano Attuativo Locale ASL FG

Rappresentazione 16 - Proporzione di ricoveri per tumore per gruppo di diagnosi principale. ASL Foggia e Puglia, media anni 2001-2005.



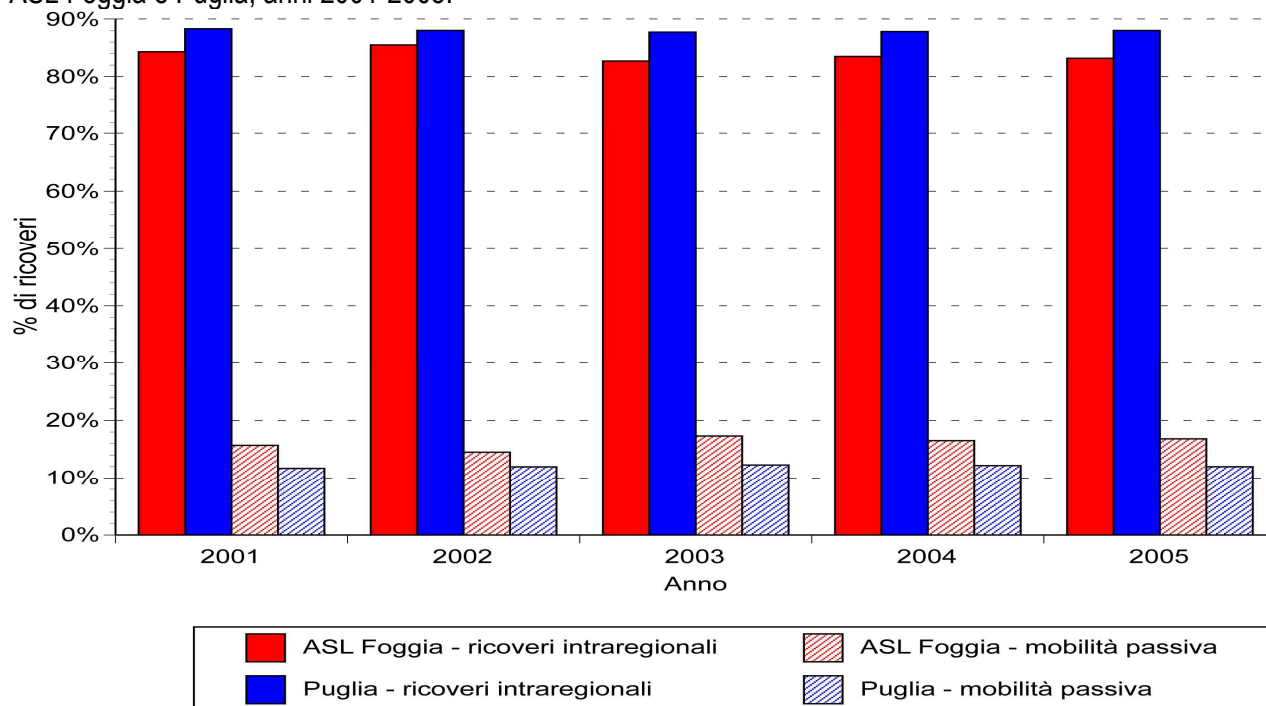
Per conseguenza e/o relazione l'elevato tasso di mobilità passiva extraregionale, il tasso medio di ospedalizzazione per tumori maligni primari (diagnosi principale ICD IX CM: 140.xx-195.xx) nella ASL Foggia è di 79,8 x10.000 residenti, inferiore a quello regionale (83,1 x10.000). Il tasso nel quinquennio mostra un trend in aumento con uno scarto tra il 2001 e il 2005 pari a +6,3 x10.000 (a livello regionale si è registrato uno scarto di +4,1 x10.000; Rappresentazione 17).

Rappresentazione 17 - Tassi di ospedalizzazione x10.000 residenti per tumore maligno. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Analogamente all'ospedalizzazione per "tutti i tumori", anche per i "tumori maligni primari" la maggior parte dei ricoveri è stata eseguita in una struttura regionale, sia nella provincia di Foggia che in Puglia. La mobilità passiva media dei residenti nel territorio della ASL (circa il 16%) risulta, invece, superiore a quella regionale (12%) e a quella di tutti i tumori (Rappresentazione 18).

Rappresentazione 18 - Proporzione di ricoveri per tumore maligno, ricoveri intraregionali e mobilità passiva. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Malattie Cerebrovascolari

L'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie ed è causa, nel 35-40% dei pazienti, di grave invalidità residua. Nell'ASL FG si verificano in media oltre 1200 nuovi casi di ictus per anno. Ad incidenza costante, correlata anche con il progressivo invecchiamento della popolazione, è stimabile che entro il 2008 vi sarà un incremento dei casi di ictus di circa il 25-30% (nell'ASL FG sono prevedibili 1.500-1.550 nuovi casi per anno). L'ictus cerebrale è una delle patologie più onerose sia in termini di qualità della vita per il paziente e la famiglia sia in termini di costi per la società. Nell'assistenza di un caso di ictus, la spesa ospedaliera per la fase acuta incide solo per il 20% dei costi totali.

Per contrastare le malattie cerebrovascolari occorre promuovere interventi mirati di prevenzione, di cura per la fase acuta e postacuta di malattia e di riabilitazione.

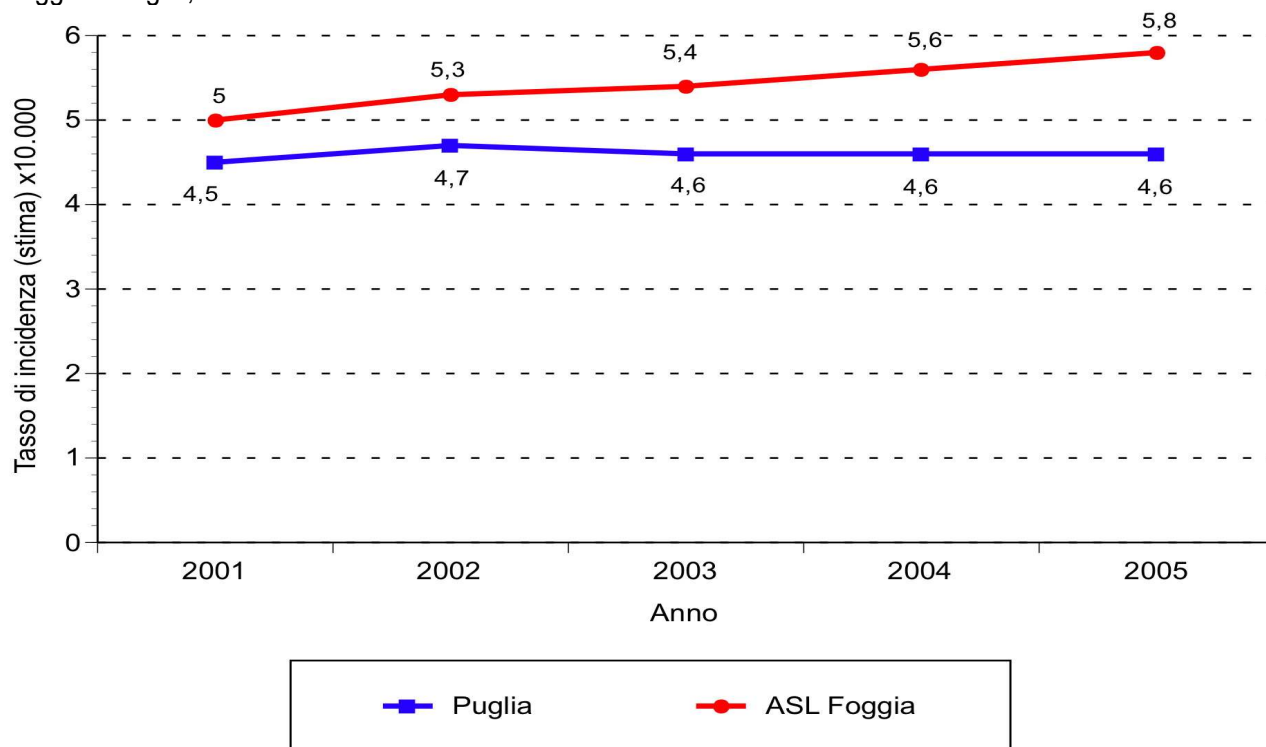
La stima del tasso di incidenza per accidenti cerebrovascolari è stata effettuata considerando come nuovi casi tutti i ricoveri occorsi negli anni 2001-2005 in regime di ricovero ordinario (in Puglia e fuori regione) con uno dei codici ICD-IX CM elencati in Tabella 18. Tale stima non tiene conto dei casi di accidenti cerebrovascolari deceduti senza essere stati ospedalizzati.

Tabella 17 - Codici ICD-IX CM di diagnosi utilizzati nella selezione dei ricoveri per accidenti cerebrovascolari.

430.xx	Emorragia subaracnoidea
431.xx	Emorragia cerebrale
432.xx	Altre e non specificate emorragie intracraniche
433.xx	Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali
434.xx	Occlusione delle arterie cerebrali
435.xx	Ischemia cerebrale transitoria
436.xx	Vasculopatie cerebrali acute, mal definite
437.xx	Altre e mal definite vasculopatie cerebrali
438.xx	Postumi delle malattie cerebrovascolari

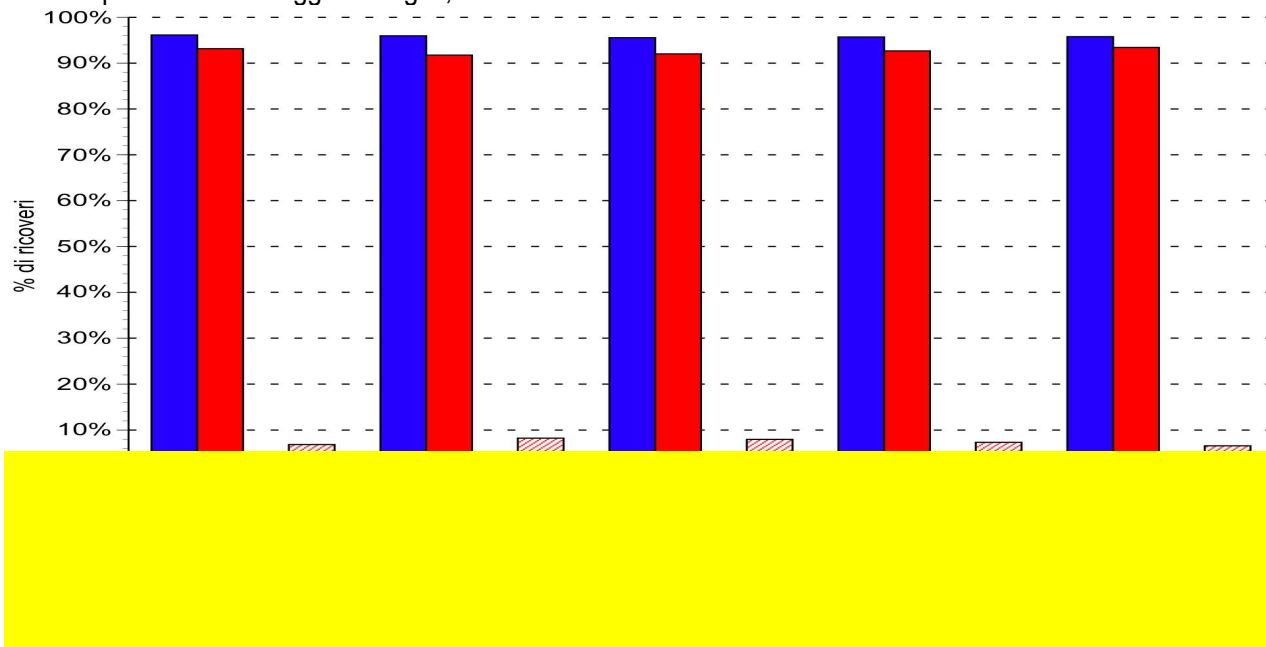
Mentre il tasso annuo di incidenza stimato per la regione Puglia risulta sostanzialmente stabile, quello della provincia di Foggia mostra un progressivo aumento, passando da 5 x10.000 residenti nel 2001 a 5,8 x10.000 nel 2005 (n° medio annuo 3.500; Puglia 2001: 4,5 x10.000 – 2005: 4,6 x10.000; Rappresentazione 19.

Rappresentazione 19 Tassi di incidenza (stima) x10.000 residenti per accidenti cerebrovascolari. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



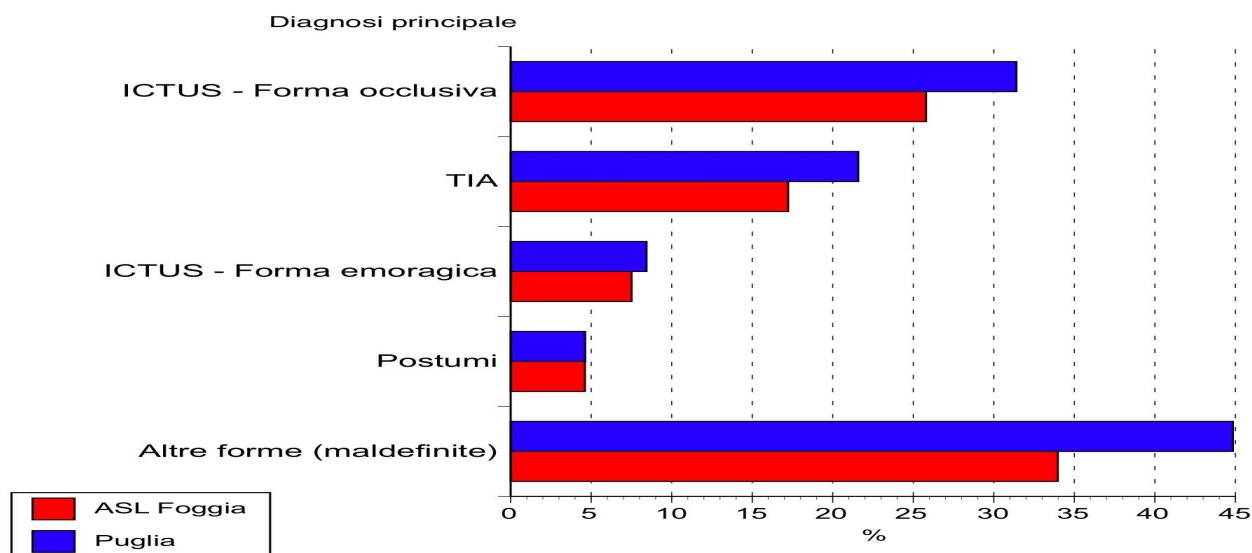
Come a livello regionale (oltre il 95%), la maggior parte dei ricoveri per accidenti cerebrovascolari nella ASL Foggia (mediamente quasi il 95%) è stata effettuata in strutture regionali (Rappresentazione 20).

Rappresentazione 20 - Proporzione di casi (stima) di accidenti cerebrovascolari, ricoveri intraregionali e mobilità passiva. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Nella maggior parte dei casi sia nella ASL Foggia (media nel periodo 45%) che in Puglia (mediamente quasi il 35%) il codice riportato nel campo della Diagnosi Principale è riferito a un accidente cerebrovascolare maldefinito. Nella provincia di Foggia vengono riportati nel 25% dei casi una forma occlusiva (in Puglia oltre il 30%), nel 17% dei casi un attacco ischemico transitorio (TIA; in Puglia quasi il 22%), in quasi l'8% dei casi una forma emorragica (in Puglia quasi 9% - Rappresentazione 21).

Rappresentazione 21 - Proporzione di casi per accidenti cerebrovascolari, per tipologia di Diagnosi Principale della SDO. ASL Foggia e Puglia, media anni 2001-2005.

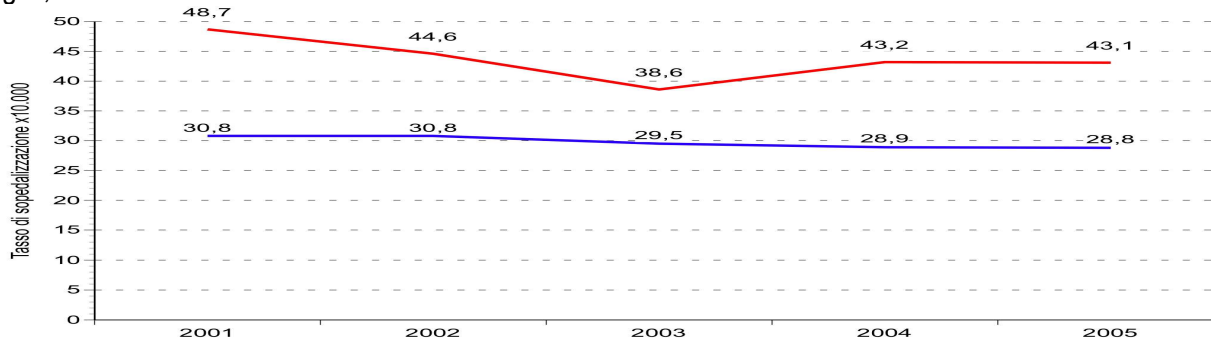


Diabete

Nella popolazione dell'ASL FG è stimabile che il numero di diabetici possa essere compreso tra 30.000-35.000.

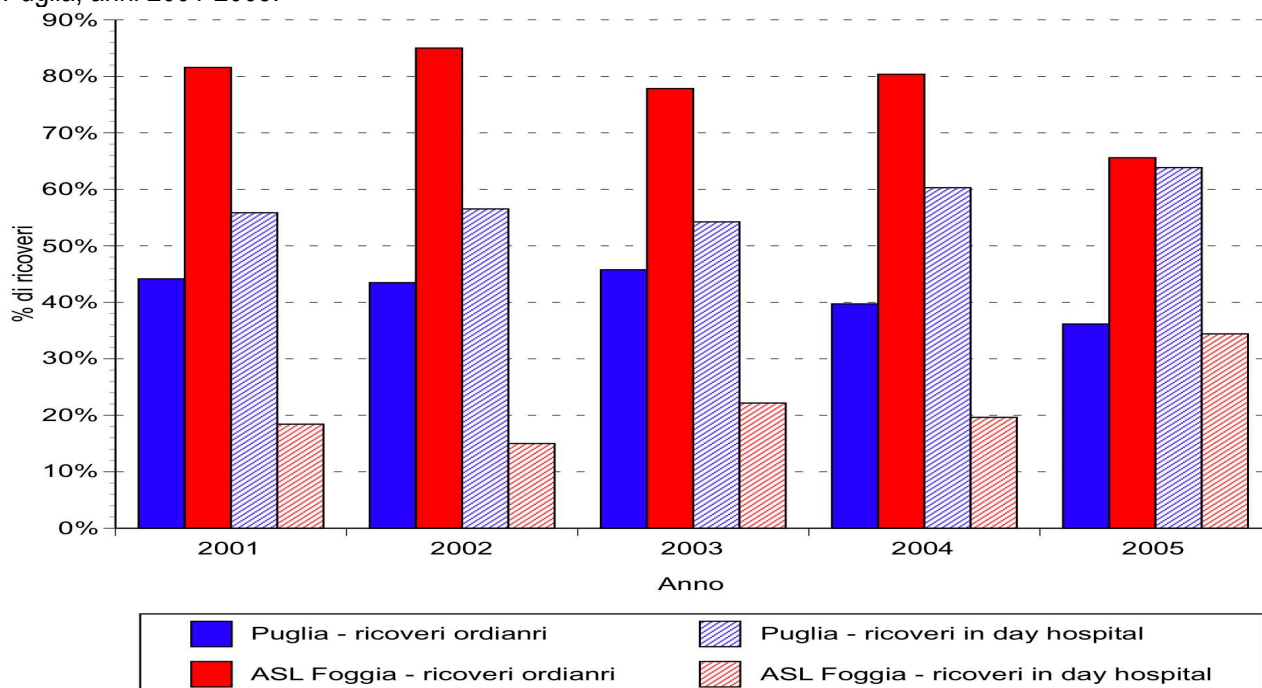
Nella Provincia di Foggia, tra il 2001 e il 2005, sono stati effettuati oltre 9.600 ricoveri per diabete mellito (Diagnosi Principale ICD-IX CM: 250.xx – *diabete mellito*, in SDO di ricoveri ordinari e day hospital intraregionali e mobilità passiva), con un tasso di ospedalizzazione medio nel quinquennio di 29,8 x10.000 residenti (dato medio regionale di 43,6 x10.000). Il trend dei ricoveri nella ASL di Foggia risulta in lieve ma costante riduzione (scarto di circa 2 x10.000 tra il 2001 e il 2005), mentre nella Regione Puglia si è registrata una consistente riduzione tra il 2001 e il 2003 (circa -10 x10.000) e un successivo aumento nel biennio successivo (circa +5 x10.000; Rappresentazione 22).

Rappresentazione 22 - Tassi di ospedalizzazione x10.000 residenti per diabete mellito. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



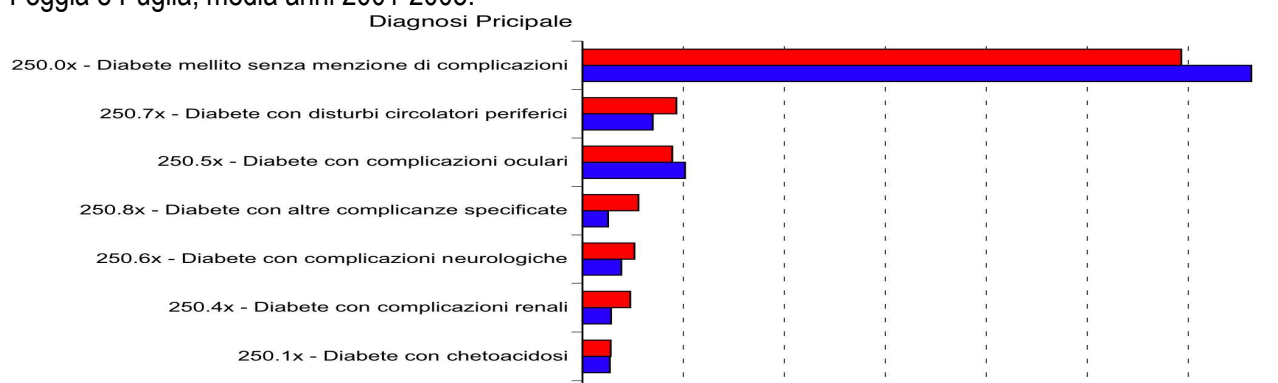
Tra il 2001 e il 2004 mediamente l'80% dei ricoveri per diabete tra i residenti della provincia di Foggia è stato effettuato in regime di ricovero ordinario, mentre nel 2005 si è registrata un sostanziale riduzione di questa proporzione che si è attestata a circa il 65%. In Puglia, invece, la proporzione di ricoveri ordinari è risultata costantemente al di sotto del 50%, con un trend in riduzione già a partire dal 2003 (Rappresentazione 23).

Rappresentazione 23 - Distribuzione di ricoveri per diabete mellito, per regime di ricovero. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Nella maggior parte dei ricoveri per diabete mellito tra i residenti nella provincia di Foggia nella diagnosi principale non è fatta menzione di complicanza (quasi il 60%; in Puglia oltre il 65%). Quasi il 10% dei ricoveri è direttamente attribuibile a disturbi di circolo periferici legati al diabete (in Puglia circa il 6%), circa l'8% a diabete con complicanze oculari (in Puglia circa il 10%), circa il 5% a diabete con complicanze neurologiche (in Puglia quasi il 4%), quasi il 5% a diabete con complicanze renali (in Puglia quasi il 3%). In quasi il 3% dei ricoveri, sia nella ASL Foggia che nell'intera Regione, è stato diagnosticato diabete con chetoacidosi, mentre in circa l'1,5% dei casi diabete con "altri tipi di coma" (Rappresentazione 24).

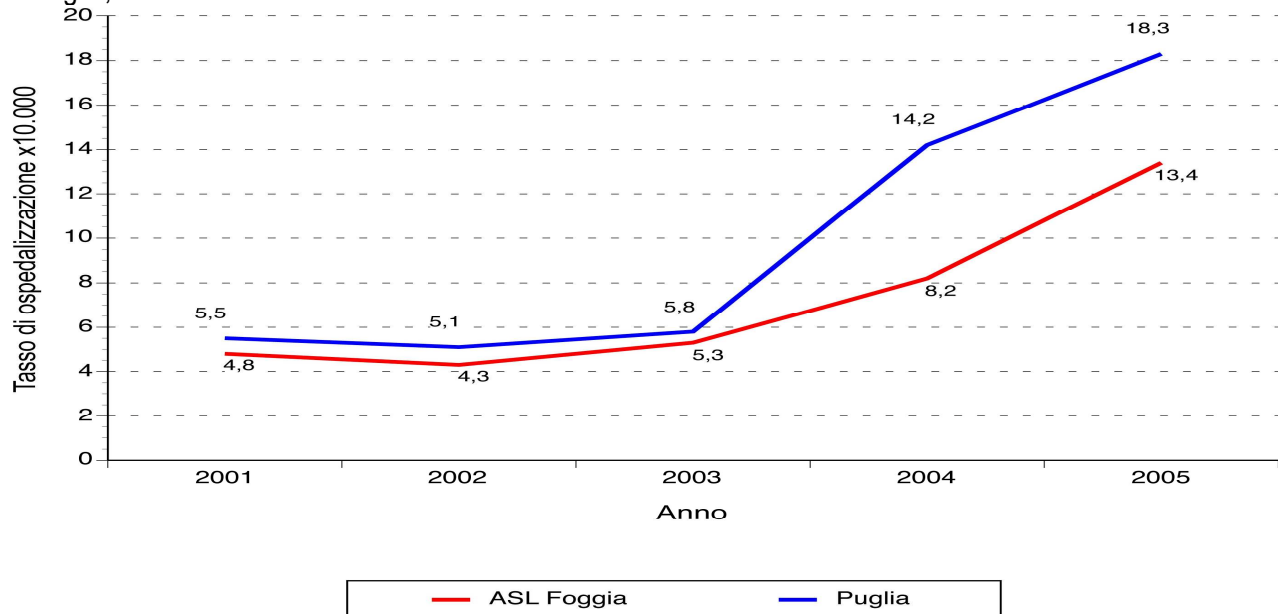
Rappresentazione 24 - Proporzione di casi per diabete, per tipologia di Diagnosi Principale della SDO. ASL Foggia e Puglia, media anni 2001-2005.



Ricoveri in lungodegenza e in riabilitazione

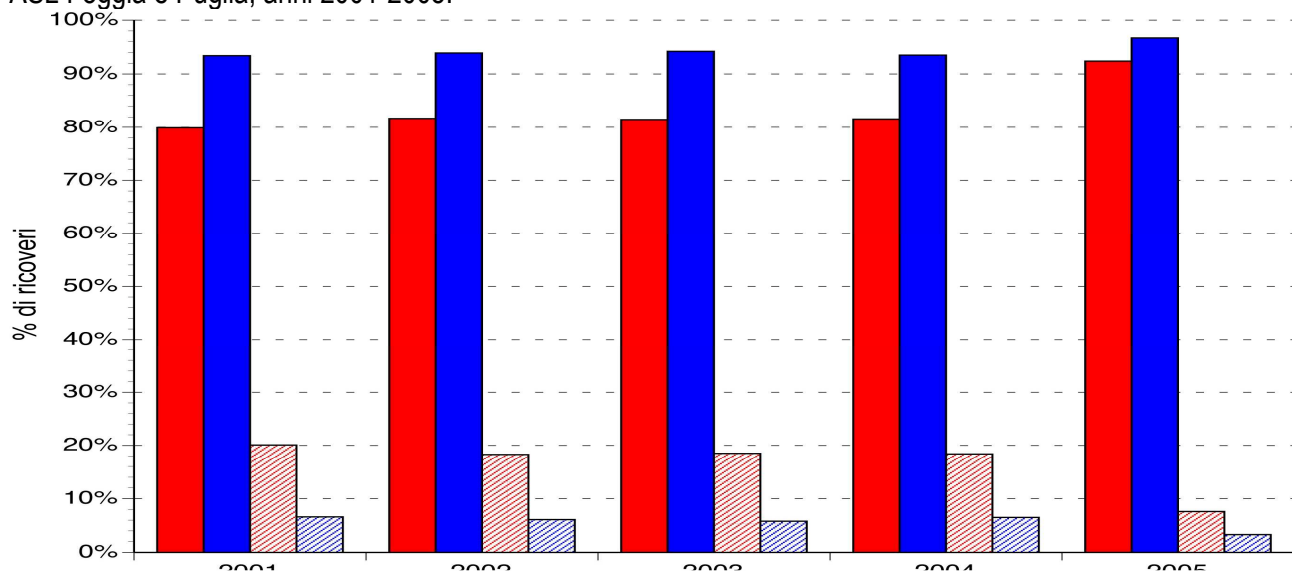
Nel periodo 2001-2005 nella ASL Foggia si è registrato un progressivo aumento del numero di ricoveri in reparti di *lungodegenza* (codice di disciplina 60) che sono passati da circa 300 (tasso di ospedalizzazione: 4,8 x10.000 residenti) nel 2001 ad oltre 850 (tasso di ospedalizzazione: 13,4 x10.000 residenti) nel 2005. Tale andamento è in linea con il trend regionale, sebbene in Puglia nel biennio 2004-2005 siano stati registrati tassi di ospedalizzazione più elevati (Puglia anno 2004: 14,2 x10.000; anno 2005: 18,3 x10.000 – Rappresentazione 25).

Rappresentazione 25 - Tassi di ospedalizzazione x10.000 residenti in reparti di lungodegenza. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



La proporzione dei ricoveri nei reparti di lungodegenza in mobilità passiva è risultata più elevata rispetto al dato regionale: tra il 2001 e il 2004 nella provincia di Foggia mediamente circa il 20% dei ricoveri è stato effettuato in una struttura fuori regione (in Puglia circa il 5%); nel 2005 questa proporzione si è ridotta a circa l'8% (in Puglia 3%, Rappresentazione 26).

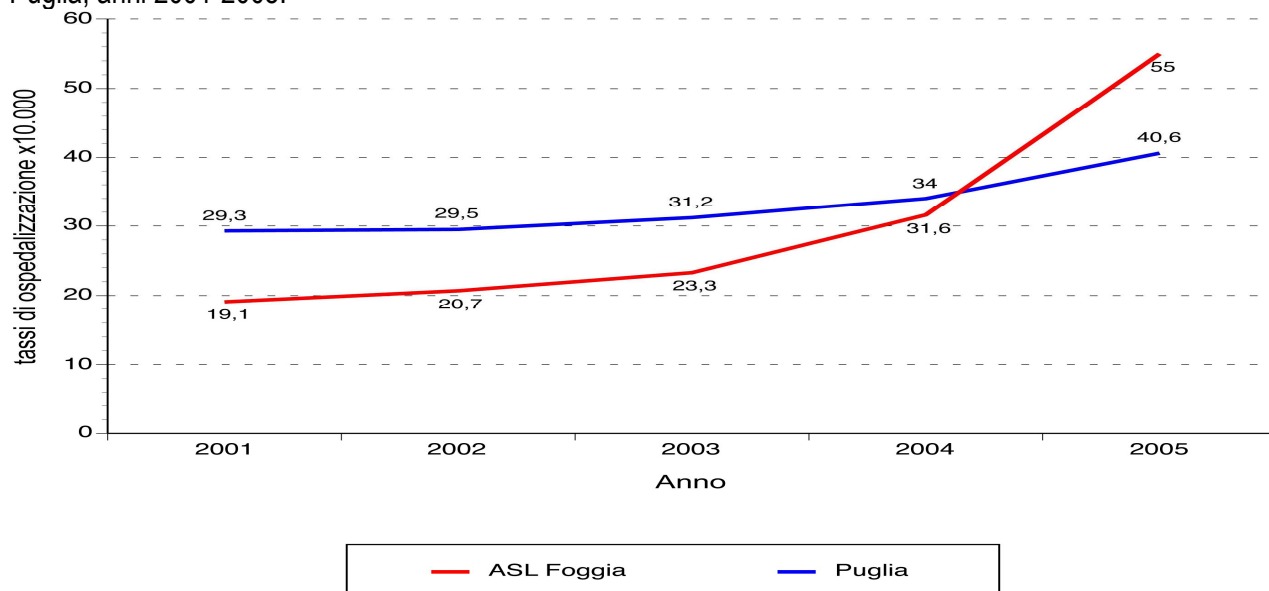
Rappresentazione 26 - Proporzione di ricoveri in reparti di lungodegenza, intraregionali e mobilità passiva. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Come a livello regionale, anche nella provincia di Foggia l'età media dei pazienti ricoverati in reparti di lungodegenza tende ad aumentare nel tempo passando da 69,5 anni nel 2001 (Puglia: 69 anni) a 76 anni nel 2005 (Puglia: 76,5 anni), mentre la classe di età più interessata è quella degli ultrasettantacinquenni.

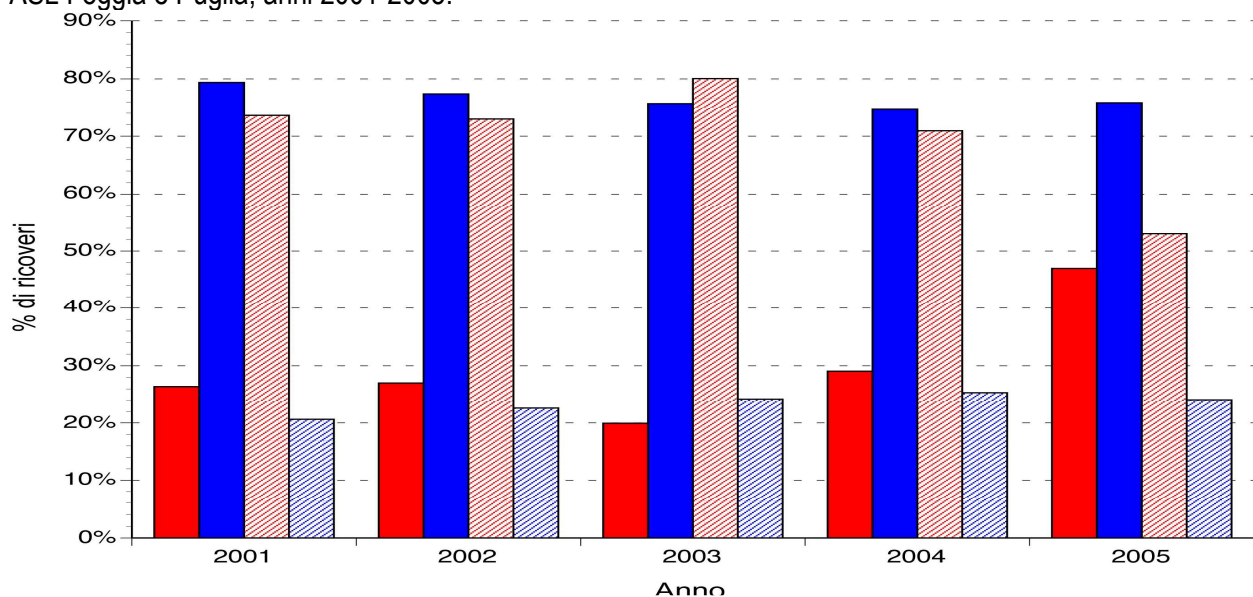
In notevole aumento sono risultati i ricoveri nei reparti di *riabilitazione* (codice di disciplina 28, 56, 75) che sono passati da quasi 1.250 nel 2001 (tasso di ospedalizzazione annuo: 19,1 x10.000 residenti) a oltre 3.500 nel 2005 (tasso di ospedalizzazione annuo: 55 x10.000). In particolare, tra il 2001 e il 2004 il tasso annuo nella provincia di Foggia resta al di sotto del valore regionale, mentre nel corso del 2005 si colloca al di sopra di quello pugliese con uno scarto di +14,6 x10.000 residenti (Rappresentazione 27).

Rappresentazione 27 - Tassi di ospedalizzazione x10.000 residenti in reparti di riabilitazione. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



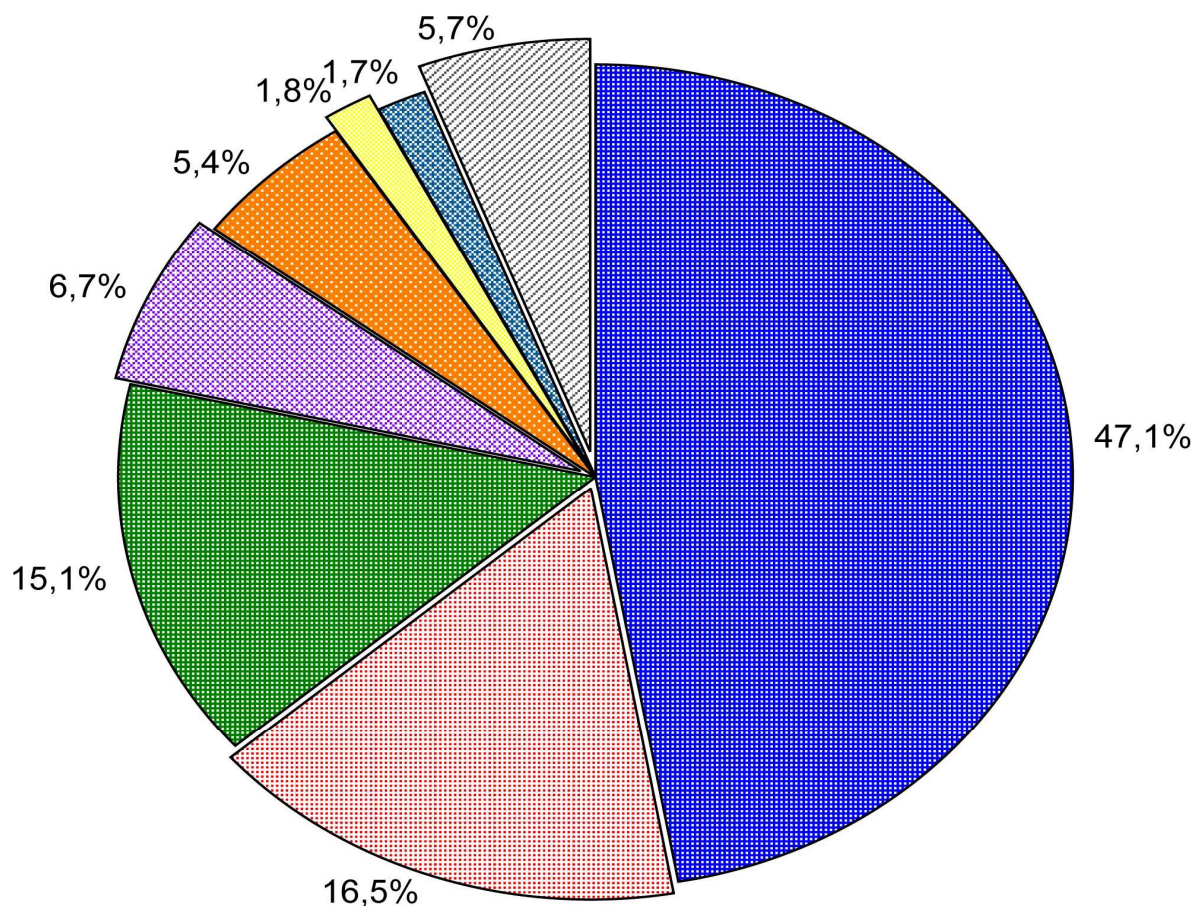
Al contrario di quanto osservato a livello regionale, la maggior parte dei ricoveri in reparti di riabilitazione viene effettuato in una struttura ospedaliera extraregionale (tra il 2001 e il 2004 mediamente il 75%; in Puglia 23%). Nel 2005 si è registrata una inversione di tendenza, con una riduzione dei ricoveri in mobilità passiva a circa il 53% (Puglia: 25%; Rappresentazione 28).

Rappresentazione 28 - Proporzione di ricoveri in reparti di riabilitazione, intraregionali e mobilità passiva. ASL Foggia e Puglia, anni 2001-2005.



Quasi il 50% dei ricoveri in mobilità passiva è stato effettuato in una struttura ospedaliera abruzzese; anche le regioni Emilia-Romagna e Lombardia costituiscono poli di attrazione per ricoveri in reparti di riabilitazione (circa 15%; Rappresentazione 29).

Rappresentazione 29 - Proporzione di ricoveri in reparti di riabilitazione in strutture extraregionali, per regione. ASL Foggia, media anni 2001-2005.



	Abruzzo		Lombardia		Piemonte		Marche
	Emilia-Romagna		Lazio		Campania		Altro

L'età media dei pazienti ricoverati in reparti di riabilitazione tende ad aumentare nel tempo, passando da 57,2 anni nel 2001 a 63,5 del 2005, mentre a livello regionale, l'età media di questi pazienti oscilla costantemente intorno ai 65 anni.

Sebbene i tassi di ospedalizzazione specifici per età in reparti di riabilitazione risultino più elevati nelle fasce d'età > 60 anni, sia nella ASL di Foggia che in Puglia, non sono trascurabili i tassi di ospedalizzazione in soggetti giovani (circa 10 x10.000) e adulti (nella ASL Foggia circa 25 x10.000; in Puglia 20 x10.000).

Nell'anno 2007, sia per effetto di azioni di sviluppo interno delle attività e sia per effetto di problematiche particolari di strutture della Regione Abruzzo, si è verificata una significativa riduzione della mobilità, passiva per ricoveri di riabilitazione: l'aspettativa è che il trend di riduzione continui anche per l'anno 2008 ed, eventualmente, per quelli successivi.

Salute materno-infantile

Parti cesarei

Nella provincia di Foggia la proporzione di parti cesarei è progressivamente aumentata dal 2003 al 2005, passando dal 30,2% (in Puglia 42,8%) al 38,4% (in Puglia 45,6%).

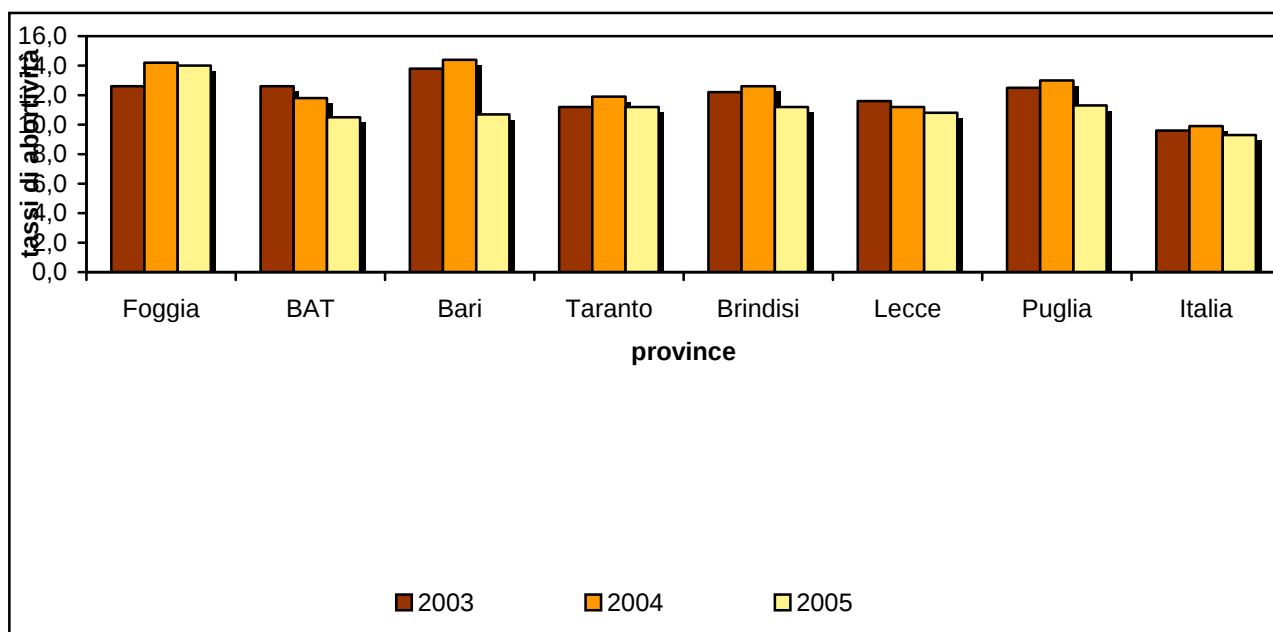
Tuttavia, la distribuzione per provincia dei parti cesarei evidenzia a Foggia un minore ricorso a questa procedura che, pur crescendo negli anni considerati, si mantiene a livelli inferiori rispetto al resto della regione.

Interruzioni volontarie di gravidanza

Nel triennio 2003-2005 nella provincia di Foggia sono stati registrati oltre 2.000 ricoveri all'anno per interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), pari a circa il 17% di tutte quelle eseguite in Puglia, collocandosi per frequenza dopo Bari e Lecce.

Nel triennio esaminato, il tasso di abortività² risulta il più elevato della Regione, insieme a quello di Bari, e nettamente superiore al tasso medio regionale e nazionale (Rappresentazione 30).

Rappresentazione 30 - Tasso di abortività per provincia. Puglia, anni 2003-2005. Confronto con Italia



Anche il rapporto di abortività³ della provincia di Foggia risulta superiore a quello regionale e nazionale (media nei 3 anni: +3,3% rispetto alla Puglia e +83,1% rispetto all'Italia - Tabella 4.4.2).

Tabella 18 - Rapporto di abortività per provincia. Puglia, anni 2003-2005. Confronto con Italia.

Rapporto di abortività			
	2003	2004	2005
Italia	242,9	245,5	233,9
Nord	254,6	254,2	239,3
Centro	285,5	287,3	279,9
Sud	223,8	229,1	221,2
Isole	177,7	180,7	166,0
Provincia			
Foggia	297,1	337,0	337,6
BAT	278,3	269,8	247,4
Bari	343,5	366,5	335,4
Taranto	333,4	314,1	301,6
Brindisi	337,6	347,3	316,0
Lecce	305,5	297,4	299,3
Puglia	319,3	329,3	313,1

Le classi di età in cui si registra il tasso di abortività più elevato sono quelle comprese tra i 20 e i 34 anni, con un'età media di 30,3 anni, senza differenze sostanziali rispetto alle altre province e al dato regionale (Tabelle 19 e 20).

² Tasso di abortività: rapporto tra numero di IVG in un anno e numero di donne in età feconda (tra 15 e 49 anni) nello stesso anno x 1.000.

³ Rapporto di abortività: numero di IVG in un anno sul totale di nati vivi nello stesso anno x1.000.

Tabella 19 - Numero di ricoveri per IVG e tasso di abortività, per fasce di età. ASL Foggia, anni 2003-2005.

	2003		2004		2005		Totale	
Fasce d'età	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso	N°	Tasso
<20	207	6,5	185	5,9	204	6,5	596	6,3
20-24	417	18,7	433	20,0	422	20,0	1272	19,5
25-29	470	19,1	542	22,9	472	20,5	1484	20,8
30-34	400	16,3	458	18,8	504	21,1	1362	18,7
35-39	371	14,8	393	16,1	393	16,3	1157	15,7
40-44	149	6,6	210	8,9	193	8,1	552	7,9
45-49	12	0,6	27	1,3	10	0,5	49	0,8
Nd	6	-	3	-	-	-	9	-
Totale ASL Foggia	2032	11,8	2251	13,2	2198	13,0	6481	12,7
Totale Puglia	12692	11,7	13166	12,1	12122	10,6	37980	11,5

Tabella 20 - Età media delle donne ricoverate per IVG, per provincia. Puglia, anni 2003-2005.

	Età media			
Provincia	2003	2004	2005	Totale
Foggia	29,0	32,3	29,4	30,3
BAT	29,6	30,2	28,9	29,6
Bari	29,3	31,4	29,6	30,2
Taranto	29,3	34,7	29,6	31,2
Brindisi	29,0	31,7	29,9	30,2
Lecce	30,3	34,3	30,3	31,6
Puglia	29,4	32,4	29,7	30,5

Il 55,6% delle donne che sono state ricoverate per una IVG è coniugata (47,5% a livello regionale) ed il 35,8% è nubile (33,3% a livello regionale).

Malattie infettive

Coperture vaccinali

La pratica vaccinale nella ASL di Foggia, come nel resto della Regione, è da sempre pianificata, coordinata e gestita dai Servizi Vaccinali operanti nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione, in stretta sinergia con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale.

Negli ultimi quindici anni l'offerta di vaccini per l'età pediatrica è stata caratterizzata da un progressivo arricchimento, passando dalle 4 vaccinazioni obbligatorie somministrate routinariamente nel 1992 alle 13 vaccinazioni previste nel Calendario Vaccinale della Regione Puglia in vigore dal 1 gennaio 2006. Tali cambiamenti hanno richiesto un notevole sforzo agli operatori dei Servizi di Sanità Pubblica per il recepimento di nuove strategie, l'aggiornamento e l'adeguamento delle procedure, in un contesto generale contraddistinto, da un lato, da una cronica carenza nelle ASL di personale sanitario preposto alle vaccinazioni e, dall'altro, da nuove aspettative dell'utenza, legate all'innalzamento del livello medio delle conoscenze e ai mezzi di comunicazione.

La rilevazione routinaria dei dati di copertura vaccinale nei bambini di età <24 mesi negli ultimi anni, nelle tre ex ASL FG/1, FG/2 e FG/3, mostra come per le vaccinazioni "obbligatorie" (antipoliomielite, antidifterite, antitetano, antiepatite B) i valori di copertura abbiano raggiunto e superato il 95%, in linea con i livelli medi regionali, e come per vaccinazioni tradizionalmente "raccomandate" (antipertosse, anti-*Haemophilus influenzae* di gruppo B), la disponibilità dal 2001 di preparazioni combinate esavalenti eserciti un positivo effetto di trascinamento.

Non sono disponibili ad oggi, invece, dati sufficienti in ordine alla somministrazione delle vaccinazioni antipneumococco, antimeningococco C e antivaricella, introdotte nel calendario dell'infanzia a partire dal gennaio 2006 con modalità di offerta attiva e gratuita, e antiepatite A.

Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita

Una considerazione particolare va rivolta alla vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia (MPR) tenuto conto della attuazione nel quinquennio 2003-2007 del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, che si è posto l'obiettivo di eliminare il morbillo dal territorio nazionale entro il 2007 e di ridurre, entro lo stesso periodo, l'incidenza di rosolia congenita a valori inferiori ad 1 caso ogni 100.000 nati vivi. Il Piano ha visto impegnati gli operatori di sanità pubblica e il mondo pediatrico in una attività straordinaria di offerta attiva del vaccino trivalente ai soggetti in età scolare, oltre che nella promozione della vaccinazione routinaria di tutti i nuovi nati.

Al termine della campagna straordinaria di recupero, che si è prolungata fino al primo semestre del 2006, nelle coorti target dell'intervento vaccinale (nati tra il 1991 e il 1997), nella provincia di Foggia sono stati raggiunti valori di copertura media del 79,4% (media Puglia: 70,9%) per una dose e del 41,9% (media Puglia: 49,8%) per due dosi di vaccino MPR.

Nel 2006, il dato medio di copertura routinaria registrato nei nuovi nati (coorte di nascita 2004, bambini di età <24 mesi) è risultato pari al 90,9% (media Puglia: 88,3%), con valori differenti fra le tre ex ASL.

L'intenso impegno dei Servizi Vaccinali nell'attuazione delle azioni previste dal Piano Nazionale di Eliminazione ha contribuito in modo sostanziale alla riduzione dell'incidenza del morbillo e della rosolia che ha raggiunto il minimo storico registrato nella regione Puglia e nella ASL Foggia. In quest'ultima, nel biennio 2005-2006 sono stati notificati solo 7 casi di morbillo e 12 di rosolia non confermati laboratoristicamente.

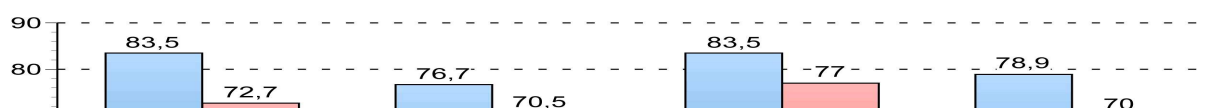
Sorveglianza epidemiologica dell'influenza

L'influenza stagionale incide pesantemente sulla salute della popolazione essendo causa di morbidità, ospedalizzazione ed eccesso di mortalità.

Il monitoraggio epidemiologico dell'influenza nella ASL Foggia, come nel resto della Regione Puglia, è assicurato attraverso: il sistema di sorveglianza INFLUNET, attivo dal 1999 e coordinato dal Ministero della Salute, basato su una rete di medici sentinella (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta) che segnalano tutti i casi di influenza osservati nei propri assistiti, l'analisi dei dati di copertura vaccinale e la tipizzazione dei virus circolanti.

Nella rappresentazione 31 sono riportate le coperture vaccinali nei soggetti ultrasessantacinquenni nella ASL Foggia e in Puglia dal 2003 al 2007. Nella stagione 2006-2007 è stato vaccinato il 78,9% degli anziani rispetto all'83,5% del 2005-2006. La flessione del valore di copertura evidenzia un minore ricorso alla vaccinazione della popolazione in esame, rispetto alla stagione precedente in cui era stato registrato un aumento del numero dei vaccinati verosimilmente riconducibile all'effetto "emergenza aviaria". In ogni caso, i livelli di copertura negli anni considerati sono costantemente più elevati rispetto ai dati regionali e hanno superato la soglia del 75% auspicata come obiettivo minimo perseguibile dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007.

Rappresentazione 31 - Copertura vaccinale antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni. ASL Foggia e Puglia, anni 2003-2007.



Epidemiologia della brucellosi

La brucellosi (febbre ondulante, febbre melitense o maltese) è una zoonosi diffusa in tutto il mondo che può essere trasmessa all'uomo dagli animali per via diretta cutanea o inalatoria (malattia professionale) o indiretta (alimentare).

Le brucelle sono batteri molto resistenti nell'ambiente e possono sopravvivere fino a 3-4 mesi in alimenti come burro e vari tipi di formaggio.

Malgrado le numerose misure di profilassi intraprese da tempo, la brucellosi persiste ad un livello di endemicità elevato e continua a rappresentare un importante problema sia di sanità pubblica e veterinaria sia di carattere economico per la sua ancora larga diffusione tra gli animali.

In Italia vi è stata una riduzione della morbosità a partire dalla fine del secolo scorso, quando si registravano più di 1000 casi l'anno, ma il numero dei casi appare ancora elevato (358 nel 2006) e si segnalano ancora episodi epidemici.

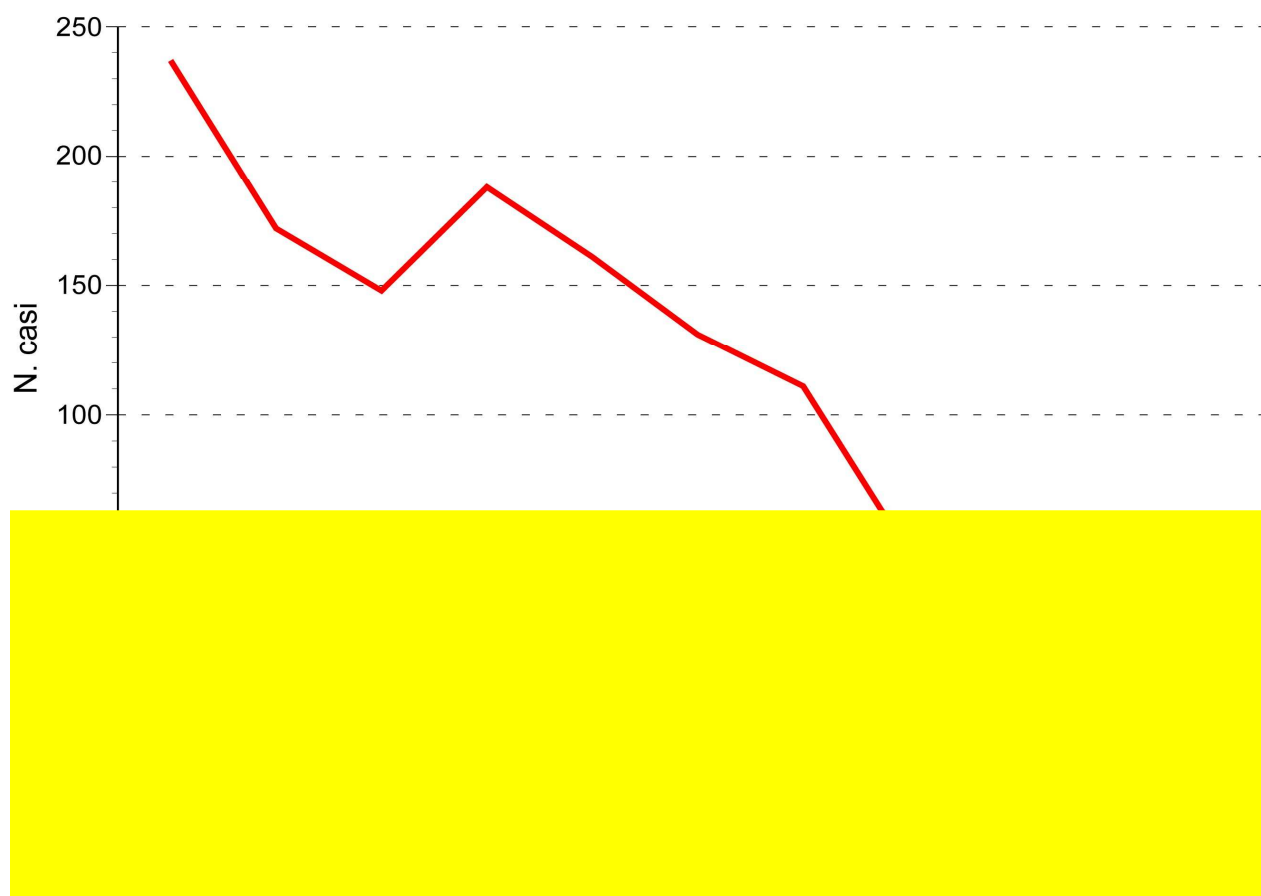
La distribuzione della malattia sul territorio nazionale ha subito importanti modificazioni negli ultimi anni, risultando assente o sporadica in alcune regioni dove era diffusa da più tempo (Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Lazio), mentre è rimasta stazionaria o è aumentata in altre nell'Italia Meridionale ed insulare (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria).

La prevenzione della brucellosi si basa principalmente sul controllo veterinario della malattia, sull'educazione professionale, sulla bonifica del latte e derivati, sull'educazione alimentare.

Per definire l'epidemiologia della brucellosi nella provincia di Foggia e in Puglia sono stati analizzati i dati di notifica della malattia dall'archivio SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive) attivo in Puglia dal 1996, relativamente ai casi notificati nelle tre ex ASL FG1, FG2 e FG3 dal 1996 al 2006.

Dal 1996 al 2002 il numero di casi segnalati nella provincia di Foggia è risultato sostanzialmente stazionario a differenza del trend in riduzione osservato a livello regionale; a partire dal 2003 si è registrata una diminuzione delle notifiche sia nella provincia di Foggia che in Puglia (Rappresentazione 32).

Rappresentazione 32 - Distribuzione dei casi di brucellosi notificati nel periodo 1996-2006 nella provincia di Foggia e in Puglia.



Nel periodo 1996-2001 l'incidenza maggiore si registrava nella provincia di Lecce, seguita da quella di Foggia; nell'ultimo quinquennio l'incidenza più elevata si è registrata, invece, nella provincia di Foggia (Tabella 7.6.1).

Tabella 21 - Numero di casi di brucellosi notificati in Puglia nel periodo 1996-2006 e tassi di incidenza x100.000 abitanti.

	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso
Foggia	45	6,5	50	7,2	35	5,1	50	7,2	40	5,8	53	7,7
FG1	18	8,3	24	11,0	32	14,7	21	9,6	23	10,6	19	8,7
FG2					3	1,4	9	4,2	1	0,5	2	0,9
FG3	27	10,5	26	10,1			20	7,8	16	6,2	32	12,5
Bari	29	1,9	12	0,8	25	1,6	44	2,8	46	2,9	16	1,0
Taranto	24	4,1	17	2,9			17	2,9	9	1,6	6	1,0
Brindisi	17	4,2	6	1,5	14	3,5	19	4,7	26	6,5	26	6,5
Lecce	122	15,5	87	11,0	74	9,4	58	7,4	40	5,1	30	3,8
Puglia	237	5,9	172	4,3	148	3,7	188	4,7	161	4,0	131	3,3

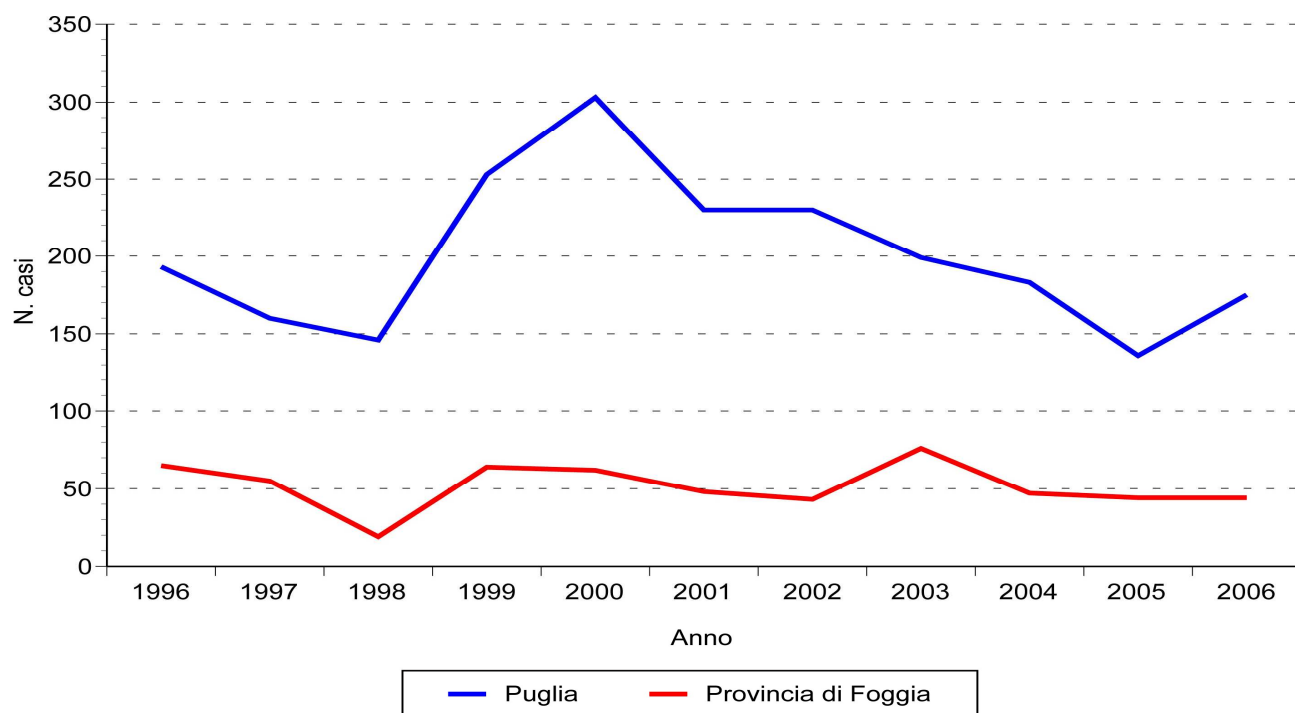
	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	tasso	n	Tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso
Foggia	52	7,5	16	2,3	9	1,3	12	1,8	18	2,6
FG1	25	11,5	5	2,3	1	0,5	5	2,3	7	3,3
FG2	6	2,8			1	0,5				
FG3	21	8,2	11	4,3	7	2,7	7	2,8	11	4,4
Bari	19	1,2	10	0,6	9	0,6	11	0,7	19	1,2
Taranto	3	0,5	3	0,5	1	0,2	3	0,5	2	0,3
Brindisi	7	1,7	2	0,5	9	2,2	2	0,5		0,0
Lecce	30	3,8	16	2,0	10	1,2	11	1,4	17	2,1
Puglia	111	2,8	47	1,2	38	0,9	39	1,0	56	1,4

Epidemiologia della tubercolosi

Per definire l'epidemiologia della tubercolosi nella provincia di Foggia e in Puglia sono stati analizzati i dati di notifica della malattia dall'archivio regionale del SIMI relativamente agli anni 1996-2006.

Nella provincia di Foggia il numero dei casi notificati è risultato piuttosto costante nel periodo esaminato, con un minimo di segnalazioni nel 1998 e un lieve picco nel 2003, a differenza del trend in riduzione osservato a livello regionale (Rappresentazione 33).

Rappresentazione 33 - Distribuzione dei casi di tubercolosi notificati nel periodo 1996-2006 nella provincia di Foggia e in Puglia.



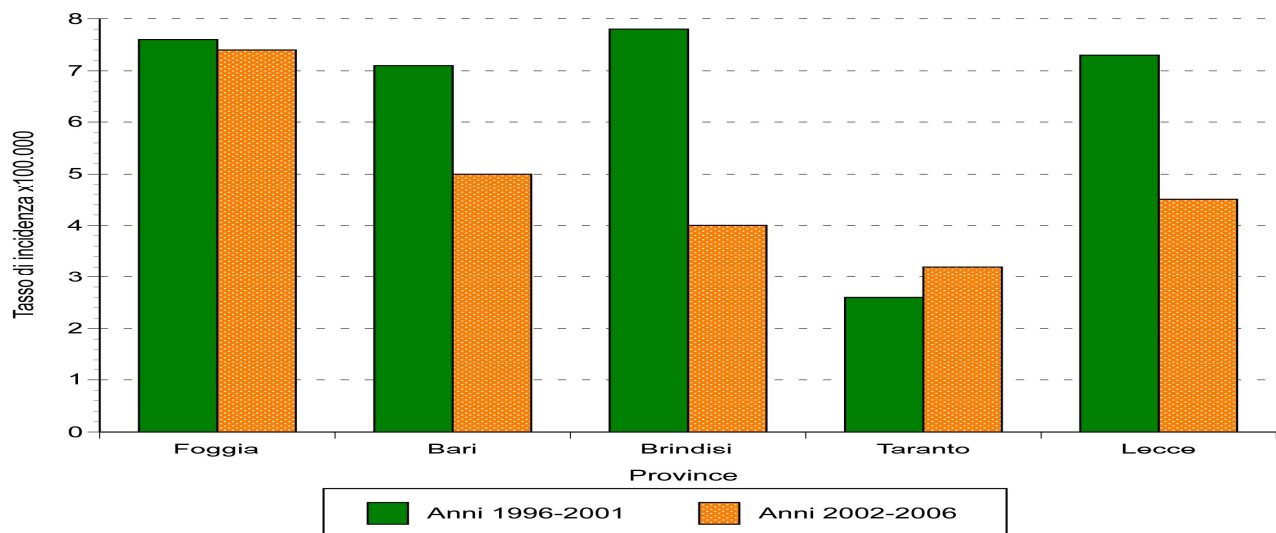
I tassi di incidenza medi nel periodo 1996-2006 sono risultati tra i più elevati della Regione (Tabella 22; Rappresentazione 34).

Tabella 22 - Numero di casi di tubercolosi notificati in Puglia nel periodo 1996-2006 e tassi di incidenza x100.000 abitanti.

	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	n	tasso	n	Tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso
Foggia	65	9,4	55	8,0	19	2,8	64	9,3	62	9,0	48	7,0
FG/1	7	3,2	19	8,7	17	7,8	16	7,3	10	4,6	7	3,2
FG/2	-	-	-	-	2	0,9	-	-	-	-	-	-
FG/3	58	22,6	36	14,0	-	-	48	18,7	52	20,2	41	16,0
Bari	10	0,6	4	0,5	23	2,9	103	12,9	121	15,2	85	10,7
Taranto	25	4,3	17	2,9	-	-	19	3,3	12	2,1	19	3,3
Brindisi	37	9,2	25	6,2	42	10,4	23	5,7	40	9,9	21	5,2
Lecce	56	7,1	59	7,5	62	7,9	44	5,6	68	8,6	57	7,2
Puglia	193	4,8	160	4,0	146	3,6	253	6,3	303	7,5	230	5,7

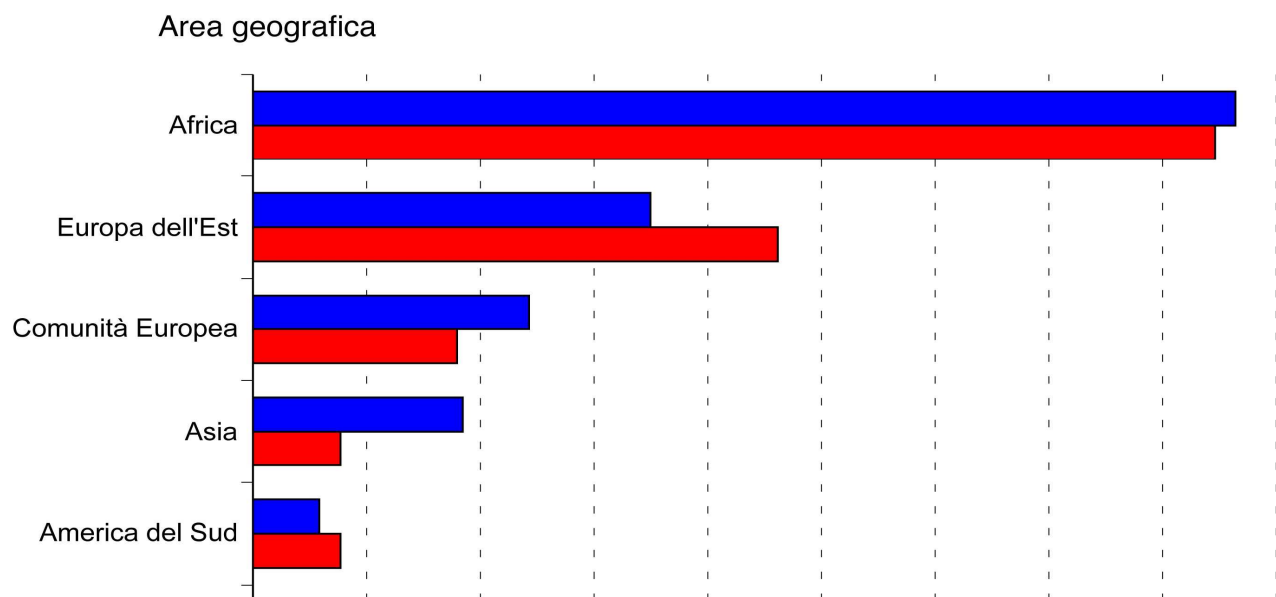
	2002		2003		2004		2005		2006	
	n	tasso	n	Tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso
Foggia	43	6,2	76	11,0	47	6,8	44	6,4	44	6,4
FG/1	8	3,7	8	3,7	10	4,6	11	5,1	4	1,9
FG/2	-	-	-	-	1	0,5	-	-	-	-
FG/3	35	13,6	68	26,5	36	14,1	33	13,0	40	15,8
Bari	81	10,2	87	5,6	57	3,6	22	1,4	68	4,3
Taranto	16	2,8	10	1,7	21	3,6	16	2,8	30	5,2
Brindisi	24	6,0	17	4,2	9	2,2	14	3,5	16	4,0
Lecce	66	8,4	9	1,1	49	6,1	40	5,0	17	2,1
Puglia	230	5,7	199	4,9	183	4,5	136	3,3	175	4,3

Rappresentazione 34 - Incidenza della tubercolosi per provincia (tasso medio per 100.000 abitanti nei periodi 1996-2001 e 2002-2006).



Come a livello regionale, la maggior parte dei casi tra gli stranieri proviene da un Paese dell'Africa (circa il 43%), mentre circa il 23% ha origine da un paese dell'Europa dell'Est (in Puglia il 17%); quasi il 4% (in Puglia il 9%) proviene da un paese asiatico (Rappresentazione 35).

Rappresentazione 35 - Distribuzione dei casi di tubercolosi tra gli stranieri (media nel periodo 1996-2006) nella provincia di Foggia e in Puglia, per area geografica di provenienza.



Malattie Allergiche e del Sistema Immunitario

Le Malattie allergiche e del Sistema Immunitario sono in continuo aumento. E' ipotizzabile che in Puglia circa 700.000-1.000.000 abitanti possano essere affetti da una forma, più o meno severa di malattia immuno-allergica, con costi sociali, in termini di assistenza diretta ed indiretta, che sono da considerarsi inferiori solo a quelli dei tumori e delle malattie cardiovascolari. Nell'ASL FG l'ipotesi attesa è di 110.000-165.000 pazienti affetti da una qualsiasi forma di malattia immunoallergica.

Altre patologie prevalenti nell'ASL FG (Tabella 23)

Patologia	Numero pazienti (stima prevalenza)
Ipertensione	81.000-87.000
Cataratta	18.000-20.000
Bronchite cronica ed enfisema	29.000-35.500
Asma	19.000-23.000
Dermopatie gravi	4.500-7.000
Tireopatie	17.000-20.500
Artrosi, artrite	116.000-122.000
Osteoporosi	34.000-39.000
Ulcera gastrica	13.500-16.000
Calcolosi (biliare/urinaria)	13.500-14.000
Cirrosi epatica	1.300-2.000
Cefalea o emicrania ricorrente	43.500-49.500

Disordini Cognitivi e del Comportamento

La Demenza è una malattia cronica invalidante, caratterizzata dal diffuso deterioramento delle funzioni cognitive. Le due più frequenti cause di demenza sono la Malattia di Alzheimer (50-70% dei casi) e la Demenza Vascolare (10-20%); a queste, che sono da considerarsi demenze degenerative irreversibili, occorre considerare anche alcune condizioni dementigine secondarie (1-10%), potenzialmente reversibili, su base metabolica, strutturali ed infettive, che devono essere prontamente riconosciute e trattate per impedire la progressione del deficit cognitivo. La Demenza, nelle sue varie forme, è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. La prevalenza della demenza è stimata essere tra il 5-10% nei soggetti età ≥ 65 anni, e tra il 30-40% nei soggetti con età ≥ 85 anni. L'attesa nell'ASL FG è di 5.500-11.000 nei soggetti con età ≥ 65 anni e di 3.300-4.400 considerando i soggetti con età ≥ 85 anni.

I Disordini del Movimento (il particolare morbo di Parkinson, Tremore essenziale e Distonie, Sindromi con spasticità ed incoordinazione motoria) sono un gruppo di patologie ad alta incidenza destinate ad aumentare a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. La prevalenza stimata nell'ASL FG è di 400-1.500 casi di morbo di Parkinson e di circa 330-350 casi di Distonia.

La Sclerosi Multipla è la causa più frequente di invalidità con spasticità, ad esordio giovanile. Nell'ASL FG la prevalenza stimata è di 500-600 casi, mentre l'incidenza attesa è di 10-15 nuovi casi per anno. Metà dei pazienti affetti da sclerosi multipla dopo dieci anni di malattia non è autonoma.

Patologie come Demenza, Disordini del Movimento, Sclerosi Multipla impongono l'adozione di percorsi diagnostici e terapeutici specifici per la fase acuta, mentre, per la fase cronica, occorre una efficiente rete che permetta l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale ed il coordinamento dei livelli di assistenza sociale e sanitaria.

Mortalità generale e per cause

Nella Tabella 2.2.a sono riportati i valori assoluti e i tassi di mortalità specifici per causa nella ASL Foggia dal 1998 al 2004. Il tasso grezzo di mortalità mostra un trend in lieve diminuzione (con l'eccezione dell'anno 2003) parallelamente a quanto registrato a livello regionale.

Dall'analisi dei tassi specifici per causa si rileva che le malattie del sistema cardiocircolatorio sono la prima causa di morte, seguite dai tumori e quindi dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Fra i decessi causati dalle malattie dell'apparato cardiovascolare va sottolineato che quasi un quarto sono da ascrivere ai disturbi circolatori dell'encefalo (Tabella 24).

Tabella 24 - Mortalità per cause registrata nella ASL Foggia dal 1998 al 2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa		1998		1999		2000		2001	
		numero	tasso	numero	tasso	numero	tasso	numero	tasso
1 - 139*	Malattie infettive	24	0,4	28	0,4	39	0,6	27	0,4
140 - 239	Tumori	1456	22,7	1453	22,7	1474	23,0	1522	23,8
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	115	1,8	101	1,6	100	1,6	88	1,4
153-154	<i>tumori maligni colon, retto e ano</i>	178	2,8	143	2,2	145	2,3	159	2,5
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	268	4,2	260	4,1	257	4,0	271	4,2
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	95	2,9	88	2,7	99	3,0	100	3,1
180	<i>tumori maligni del collo dell'utero</i>	4	0,1	5	0,2	6	0,2	2	0,1
185	<i>tumori maligni della prostata</i>	80	2,6	80	2,6	84	2,7	77	2,5
200-208	<i>tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico</i>	127	1,98	130	2,0	131	2,0	164	2,6
250	Diabete Mellito	155	2,4	70	1,1	52	0,8	43	0,7
320-359	Malattie del sistema nervoso	37	0,5	40	0,6	50	0,8	64	1,0
390 - 459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	2718	42,4	2637	41,2	2544	39,7	2400	37,5
410	<i>Infarto del miocardio</i>	229	3,6	269	4,2	303	4,7	257	4,0
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	758	11,8	799	12,5	697	10,9	671	10,5
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	387	6,0	365	5,7	375	5,9	381	6,0
490-491	<i>Bronchite</i>	168	2,6	112	1,8	136	2,1	117	1,8
520 - 579	Malattie dell'apparato digerente	329	5,1	293	4,6	313	4,9	284	4,4
580-599	Malattie dell'apparato urinario	100	1,6	125	2,0	120	1,9	102	1,6
800 - 999	Cause accidentali e violente	244	3,8	356	5,6	255	4,0	277	4,3
	Altre	545	8,5	537	8,4	637	9,9	553	8,6
Totale		5995	93,5	5904	92,2	5859	91,4	5653	88,2

Causa		2002		2003		2004	
		numero	tasso	numero	tasso	numero	tasso
1 - 139*	Malattie infettive	24	0,4	4	0,1	11	0,2
140 - 239	Tumori	1421	22,2	1596	24,9	1531	23,9
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	85	1,3	102	1,6	93	1,5
153-154	<i>tumori maligni colon, retto e ano</i>	154	2,4	182	2,8	166	2,6
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	243	3,8	252	3,9	258	4,0
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	108	3,3	119	3,6	93	2,8
180	<i>tumori maligni del collo dell'utero</i>	1	0,0	3	0,1	5	0,2
185	<i>tumori maligni della prostata</i>	80	2,6	83	2,7	76	2,4
200-208	<i>tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico</i>	157	2,5	147	2,3	157	2,5
250	Diabete Mellito	69	1,1	118	1,8	135	2,1
320-359	Malattie del sistema nervoso	64	1,0	115	1,8	101	1,6
390 - 459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	2361	36,9	2631	41,1	2244	35,0
410	<i>Infarto del miocardio</i>	268	4,2	201	3,1	167	2,6
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	630	9,8	621	9,7	474	7,4
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	361	5,6	393	6,1	365	5,7
490-491	<i>Bronchite</i>	134	2,1	158	2,5	197	3,1
520 - 579	Malattie dell'apparato digerente	261	4,1	275	4,3	291	4,5
580-599	Malattie dell'apparato urinario	137	2,1	110	1,7	93	1,5
800 - 999	Cause accidentali e violente	279	4,4	283	4,4	234	3,7
	Altre	541	8,4	380	5,9	302	4,7
Totale		5518	86,1	5905	92,2	5307	82,8

Esaminando i tassi standardizzati per età nei due sessi, emerge come, analogamente a quanto registrato a livello regionale, la mortalità per tumori e per malattie dell'apparato respiratorio sia costantemente il doppio nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Anche i decessi per malattie del sistema cardiocircolatorio sono più elevati nel sesso maschile (Tabella 25).

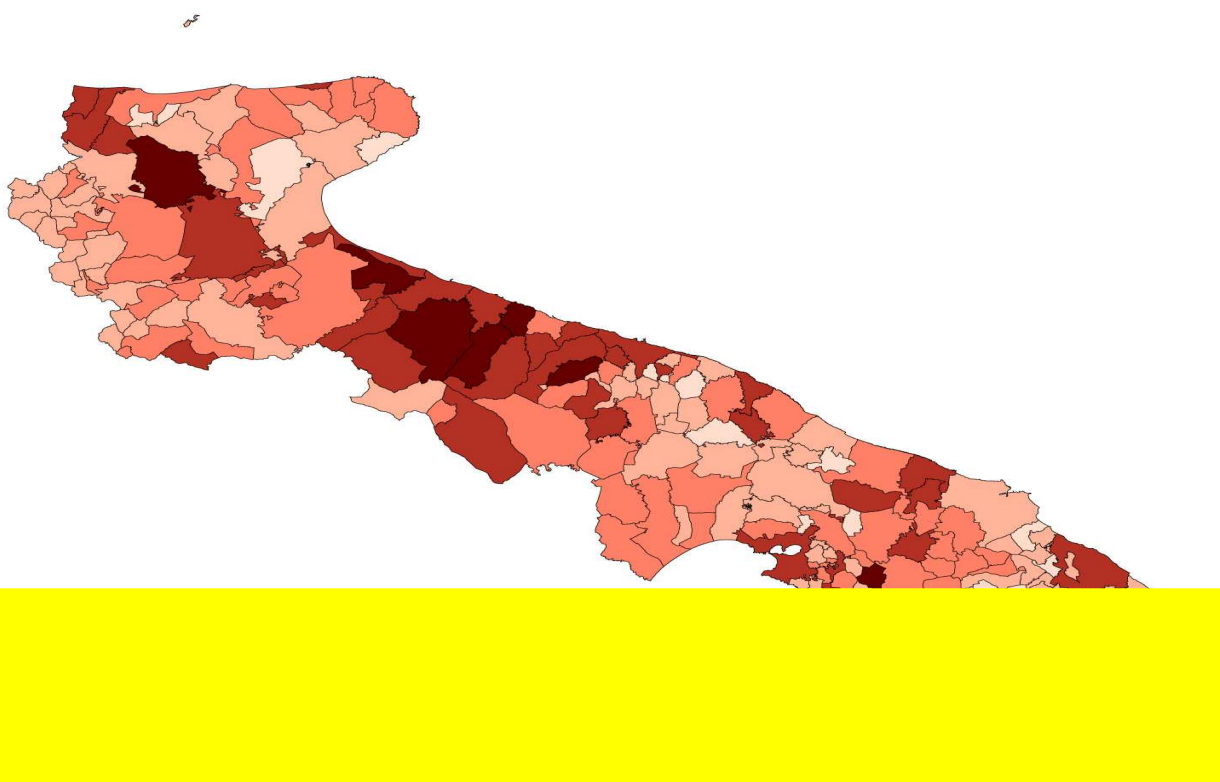
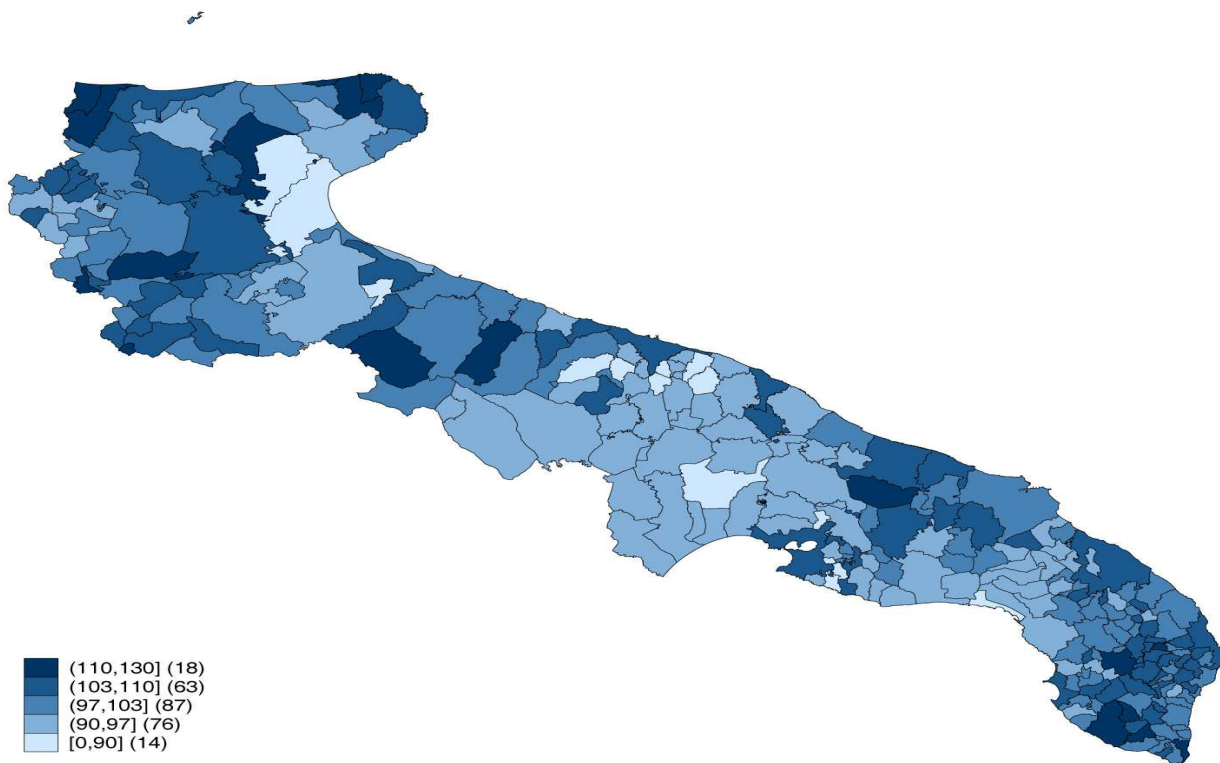
Tabella 25 - Tassi standardizzati di mortalità nei due sessi, ASL Foggia, anni 1998-2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1 - 139 Malattie infettive	0,5	0,3	0,5	0,3	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2
140 - 239	30,5	14,2	30,4	14,2	30,6	14,5	31,5	15,1	28,3	15,1	33,0	16,2	31,4	15,2
250 Diabete Mellito	2,3	2,2	0,9	1,1	0,6	0,9	0,4	0,7	1,1	1,0	1,8	1,7	2,1	1,9
320-359 Malattie del sistema nervoso	0,5	0,6	0,6	0,6	0,9	0,6	1,1	0,8	1,0	0,9	2,0	1,4	1,5	1,5
390 - 459 Malattie del sistema cardiocircolatorio	46,2	34,2	44,9	33,2	42,0	33,0	41,1	30,2	38,9	30,4	45,6	32,9	37,1	28,9
460-519 Malattie dell'apparato respiratorio	9,0	3,4	8,0	3,6	7,1	4,4	8,3	3,8	7,8	3,4	8,1	4,2	8,5	3,2
520 - 579 Malattie dell'apparato digerente	6,2	3,6	5,3	3,4	6,1	3,4	5,3	3,2	4,8	2,9	5,0	3,1	5,4	3,3
580-599 Malattie dell'apparato urinario	1,5	1,4	2,2	1,5	2,0	1,5	1,5	1,5	1,9	2,0	2,0	1,3	1,4	1,3
800 - 999 Cause accidentali e violente	5,5	1,7	7,3	3,2	5,1	2,4	5,4	2,8	5,2	2,8	6,0	2,5	5,3	1,6
Altre	10,9	6,5	9,5	7,4	12,4	7,9	10,8	6,6	10,8	6,3	6,8	5,2	5,0	4,8
Totale	113,1	68,1	109,6	68,6	107,3	69,2	105,9	65,1	100,2	65,2	110,3	68,3	97,8	61,8

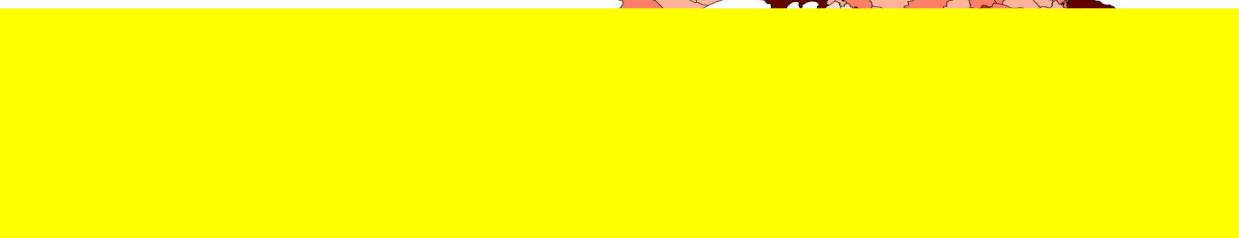
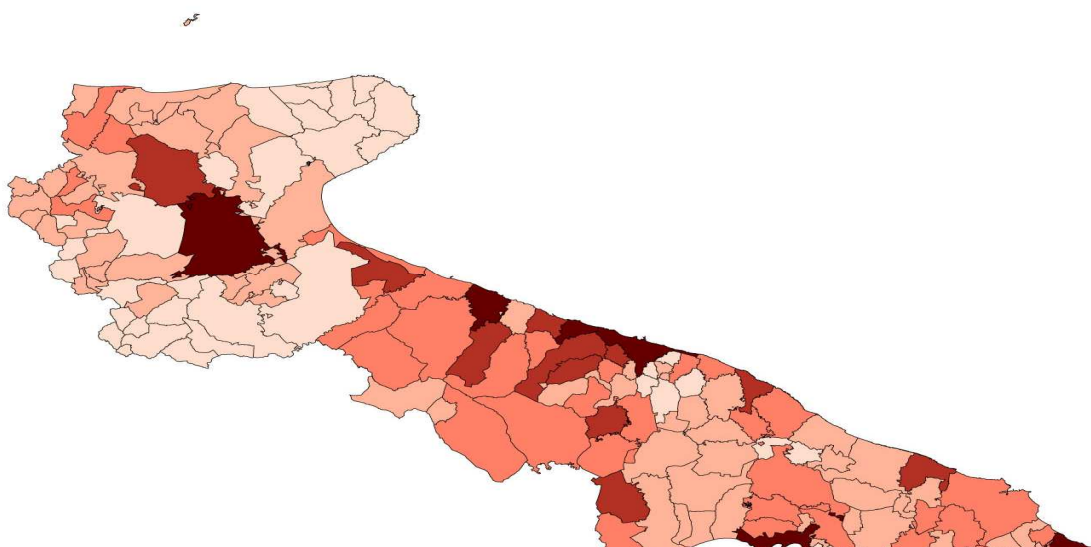
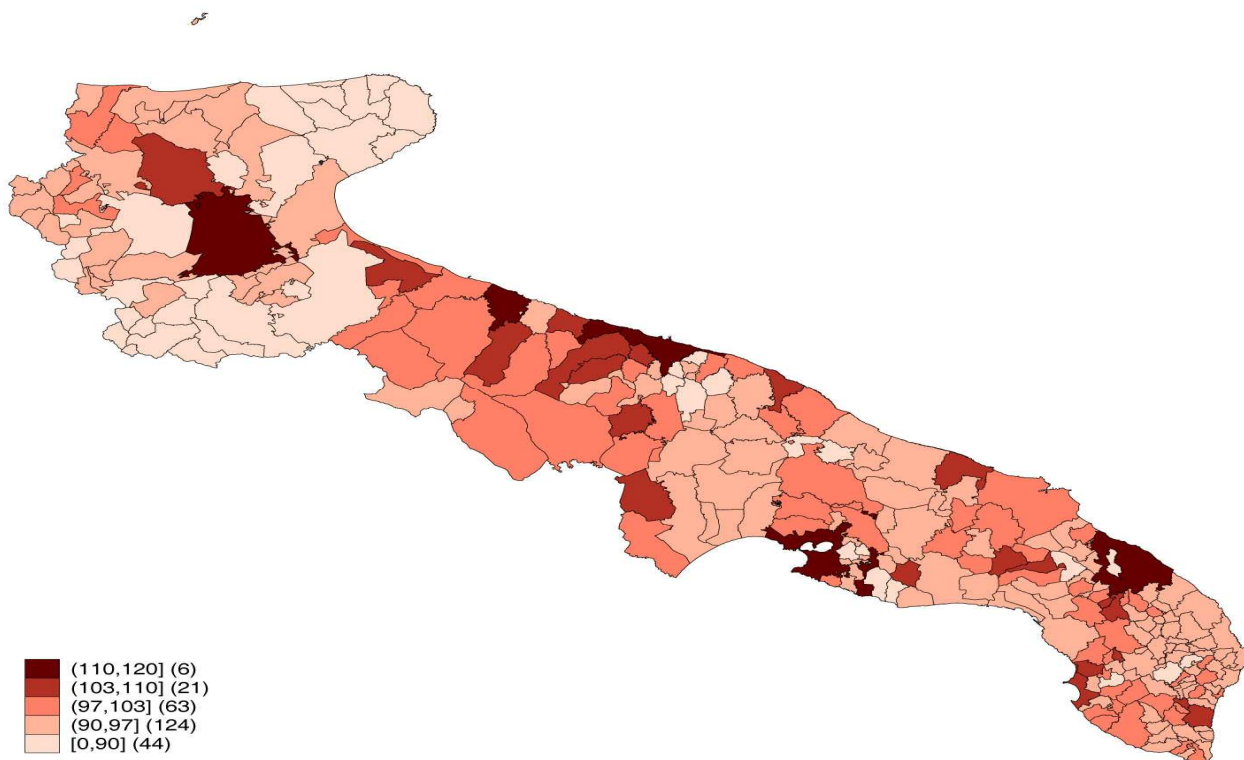
I Rapporti Standardizzati di Mortalità (BMR)⁴ per singolo Comune mostrano aggregazioni territoriali a mortalità più elevata. Nei maschi, il fenomeno riguarda gran parte della provincia di Foggia, nelle femmine, la mortalità più elevata si concentra in alcuni Comuni a nord di Foggia (Cartogrammi 1-2).

⁴ Rapporto Standardizzato di Mortalità calcolato con un modello Bayesiano (BMR)
Piano Attuativo Locale ASL FG

Cartogrammi 1-2: Rapporti Standardizzati di Mortalità (BMR), per Comune. Puglia, Maschi e Femmine, anni 1998 -2004.



Dai Cartogrammi 3-4 si evince, nei maschi, l'elevata mortalità per tumori nei residenti di Foggia e dell'alto Tavoliere, a macchia di leopardo, in tutta l'area di Capitanata. Nelle femmine, l'eccesso di mortalità per tumori, rispetto alla media regionale, interessa il Comune di Foggia e l'alto Tavoliere



II. 1 Considerazioni preliminari

L'introduzione di principi e di criteri di razionalità degli interventi di tutela della salute, l'obbligo di esercitare le azioni di tutela applicando, nella gestione, norme di diritto privato e la necessità di renderne la realizzazione economicamente compatibile con le risorse disponibili, non fa venir meno la collocazione dell'attività dell'Azienda nel novero di quelle proprie delle Amministrazioni pubbliche, con connesso obbligo di osservanza di altri principi cardini: di prevalenza del fine pubblico, di trasparenza, imparzialità e legalità nell'attività gestionale.

Nel rispetto di tali principi e criteri, si vuole realizzare, attraverso una effettiva partecipazione delle Comunità interessate e degli Organismi di rappresentanza degli Utenti, la pianificazione degli obiettivi per pervenire alle azioni e alla progettazione o programmazione delle attività aziendali di tutela della salute, nonché alla riorganizzazione dei processi assistenziali e delle articolazioni fisiche deputate a renderli, con garanzia della eticità delle funzioni corrispondenti e della equità ed universalità di accesso ai servizi e prestazioni essenziali di assistenza, sia sanitaria e sia di pertinente interesse sociale.

La necessità di coniugare obiettivi di tutela della salute e di compatibilità economica dell'azione complessiva, determina l'obbligo che quest'ultima sia oggetto di puntuale pianificazione. Obiettivo previsto è che questa possa essere realizzata in un nuovo contesto di organizzazione dove la visione per "settori di competenza" venga sostituita, anche gradualmente, da una che privilegi le attività con particolare attenzione ai relativi risultati e/o esiti.

Ciò per far sì che "la visibilità" sia solo effetto di azioni positive concrete, spostando, così, l'interesse dalla cultura "dell'apparire" a quella "dell'essere". In tal senso, il proponimento è, anche, di formare una adeguata cultura operativa interna, che possa effettivamente garantire integrazione degli interventi, continuità assistenziale e massima (possibile) soddisfazione dei bisogni.

Particolarmente per i processi di tutela diretta della salute, il successivo Cap. III contiene direttive/indirizzi per la organizzazione ed i metodi per la gestione delle attività di cura ed assistenza sanitario-sociale.

Come già indicato, il presente P.A.L. assume a riferimento obiettivi ed azioni previsti nella pianificazione sanitario-sociale dei sovraordinate livelli nazionale e regionale, nonché quelli previsti dalla legislazione e dagli atti annuali di indirizzo economico-funzionale della Regione per le Aziende del S.S.R..

Di seguito, sono individuati, in apposite schede di sintesi, i citati obiettivi ed azioni che si prevede di realizzare nel triennio di riferimento del P.A.L., nonché gli indicatori per la verifica dei risultati di questi; inoltre, tenendo opportuno conto della necessità che il rendimento delle conseguenti attività di tutela della salute comporti interventi integrati di più soggetti, vengono indicati anche quali dei Livelli Essenziali di Assistenza (intesi come "aree organizzativo-funzionali" di offerta) sono interessati nei singoli processi.

Anche per le Strutture amministrative, professionali e tecniche sono individuati obiettivi ed azioni, rinviando al paragrafo 5 del successivo capitolo IV la indicazione di altri obiettivi e principi operativi generali.

II. 2 - Individuazione degli obiettivi, azioni positive, indicatori di verifica e rapporti operativi

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
1. Stili di vita e prevenzione						
1.A – Alimentazione						
Costituzione gruppi operativi per assistenza dietetica e psicologica: coinvolgimento dei Medici di MG e Pediatri di LS. Rilevazione dell'incidenza degli adolescenti in sovrappeso.	Potenziamento attività “Promozione della Salute” del Dipartimento di Prevenzione.	X	X	X	X	X
	Formazione di protocolli e linee guida per i “consigli dietetici”. Redazione di provvisorio bilancio dietetico, formazione di appositi piani ed avvio di azioni mirate entro il 31/12/2009. Completamento di intervento nel triennio.	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
Programma di educazione alimentare della popolazione, differenziata per target (età, particolari situazioni di salute).	- Adozione e diffusione di documenti di educazione sanitaria entro il 31/12/2009. - Organizzazione corsi di formazione entro il 31/12/2009.	X				
		X	X			
Promozione di modelli alimentari in termini di nutrienti, scelta di profili alimentari salutari, nel rispetto di fattore culturali e socio-economici.	Programmi di educazione; interventi coordinati tra i soggetti pubblici e del privato sociale. Programma entro settembre 2009. Accordi interistituzionali: entro il 31/12/2009.	X	X	X		X
Conoscenza delle biotecnologie per alimenti, ai fini salutistici e nutraceutici.	Interventi di informazione-educazione nelle scuole, in collaborazione con il "Distretto bio-agro-alimentare alimenti e salute", presieduto dall'Università degli Studi di Foggia.	X	X	X		X
Educazione ed informazione.	Realizzazione campagne di informazione autofinanziate. Progettazione ed indizione di gare per sponsorizzazioni.	X	X	X		X
Impiego di prodotti alimentari biologici nella somministrazione delle vivande in ospedali e comunità (art. 59, comma 4 L. 488/99).	Applicazione obbligatoria di appositi protocolli ed estensione anche nei contratti di somministrazione. Vigilanza sul capitolato di appalto nella ristorazione collettiva sociale	X	X		X	X
Sviluppo degli interventi in campo micologico.	Potenziamento di controlli e sviluppo di conoscenza scientifica attraverso corsi di formazione per raccoglitori. Accordi con le Comunità Montane e con l'Università degli Studi di Foggia.	X				X
Interventi di controllo sui fattori di rischio connessi agli alimenti (biologici, tossicologici, cancerogeni, etc.)	Predisposizione e attivazione di concerto con ARPA, IZS e Università di un adeguato piano di controlli.	X	X		X	X
Assistenza per la Celiachia	- Percorso di cura ed assistenza e protocolli diagnostico-terapeutici. - Istituzione articolazioni operative.	X	X	X	X	X
		X	X		X	
1.B – Tabagismo						
Campagne antifumo dirette ai giovani ed alla famiglia.	Adozione e diffusione di documenti di educazione sanitaria; incremento delle attività preventive effettuate dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche e da quello di prevenzione nelle scuole. Sviluppo pratiche di peer-education nei gruppi target.	X	X	X	X	X
Promozione dell'informazione e potenziamento dei controlli nell'ambito delle strutture aziendali.	- Vigilanza sugli obblighi di comportamento: documento operativo entro il 31/12/2009 ed applicazione a regime. - Realizzazione campagne di informazione.	X	X		X	
		X	X		X	X
Accordi di intervento e di sponsorizzazione per il finanziamento della informazione.	- Accordo con Dipartimento di Broncopneumologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia. - Realizzazione campagne di informazione autofinanziate. Progettazione ed indizione di gare per sponsorizzazioni.	X	X		X	X
		X	X	X	X	X
Interventi terapeutici di disassuefazione dal tabagismo.	Accordo tra Dipartimento delle Dipendenze patologiche, Distretti, ospedali, Medici di medicina Generale per interventi terapeutici integrati.	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
1.C – Alcool						
• Campagne di educazione sanitaria e sociale di riduzione dell'uso di alcool, dirette alla generalità della popolazione ed in particolare ai giovani. • Interventi terapeutici e riabilitativi	• Documenti di informazione. • Implementazione attività di prevenzione effettuate dal Dipartimento delle dipendenze patologiche. • Accordo tra DDP, Dipartimento di Prevenzione, Medici di M.G., Ospedali, Distretti, piani di Zona, volontariato, privato-sociale per la condivisione delle iniziative di prevenzione. • Interventi preventivi mirati per gruppi target (donne in gravidanza, giovani, anziani, mondo del lavoro, scuole guida, mondo della notte, genitori, ecc.) secondo le metodologie indicate dall'OMS. • Campagne di prevenzione delle problematiche alcool correlate negli immigrati (progetto Rachida) della Regione Puglia. • Potenziamento delle articolazioni operative per le problematiche alcool correlate del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche. • Accordo tra DDP, Dipartimento di prevenzione, cure primarie, medici di M.G., Ospedali, distretti, Piani di Zona, volontariato, privato sociale per la gestione integrata delle problematiche sanitarie e sociali dell'alcolismo.	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
		X	X	X		X
		X	X	X		X
		X	X	X	X	X
1.D – Attività fisica						
• Educazione sanitaria circa il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti di patologie ed azioni mirate per fasce di età.	• Realizzazione campagne di informazione. • Accordi con Enti ed Associazioni sportive, per la formazione ed informazione. Linee guida ed opuscoli dedicati.	X	X			X
		X	X	X		X
• Promozione della pratica di attività fisica sicura.	• Organizzazione su base provinciale della medicina dello sport e della promozione dell'attività motorie, con articolazioni operative territoriali. • Progetto biennale di ricerca del SERT di Manfredonia finanziato dal Ministero della Salute sul fenolico del doping nelle pratiche sportive non professionistiche.	X	X		X	X
		X	X	X		X
• Corretta alimentazione nelle varie pratiche ed impegni sportivi.	• Progettazione ed applicazione di appositi protocolli e linee guida da comunicare sul sito web aziendale. • Costituzione di gruppi operativi con operatori pubblici e privati.	X	X			X
		X	X		X	X
1.E – Prevenzione collettiva						
• Produzione e prevenzione della salute.	• Adesione a programmi e progetti nazionali per lo sviluppo di attività di prevenzione dei rischi di malattie attraverso la promozione di attività motorie, culture nutrizionali, relazioni sociali, prestazioni climatiche di elioterapia, termali, ecc..., con forte coinvolgimento progettuale e gestionale delle organizzazioni dei cittadini, degli Enti Locali, dei MMG e PLS.	X	X	X		X
• Riduzione incidenza malattie vaccino-prevedibili.	• Applicazione a regime dell'apposito intervento previsto nel Piano Regionale della Prevenzione.	X	X			

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
2. Le principali patologie						
2.A - Medicina interna e malattie Infettive						
• Campagne di educazione igienico-sanitaria sulle infezioni.	• Documenti di informazioni per iniziative nelle scuole, nelle comunità, negli ospedali.	X	X		X	X
• Sorveglianza delle infezioni nelle strutture sanitarie e negli ospedali.	• Interventi programmati e monitoraggi permanenti.	X	X		X	X
	• Campagne di formazione sull'igiene.	X	X			
• Campagna di lotta alle malattie infettive emergenti o riemergenti.	• Campagne di vaccinazione.	X	X			
	• Protocolli e piani di educazione.	X	X		X	X
• Uso prudente degli antibiotici per minimizzare gli inconvenienti derivanti da resistenza acquisita.	• Definizione di protocolli terapeutici.	X	X		X	X
	• Applicazione dei protocolli.	X	X		X	X
	• Attività e programmi di intervento delle strutture ospedaliere di medicina interna, relazionate con le attività territoriali e nell'ambito dei percorsi di cura ed assistenza.	X	X		X	
• Prevenzione delle infezioni da HIV, terapia e miglioramento della qualità di vita degli ammalati, anche attraverso assistenza domiciliare.	• Campagne di prevenzione specialmente nella popolazione giovanile per la riduzione di comportamenti e pratiche a rischio.	X	X	X	X	X
	• Trattamenti curativi e di mantenimento. Inserimento attività assistenziali nei programmi di A.D.I. Interventi di assistenza integrata.	X	X	X	X	X
	• Interventi di assistenza integrata.	X	X		X	
• Coinvolgimento dei medici di medicina generale e P.L.S., nella prevenzione e cura delle malattie infettive.	• Forme di incentivazione dell'apporto dei MMG. e P.L.S. per la predisposizione e per l'applicazione di un programma di intervento e di corrispondenti protocolli operativi.	X	X			
• Accordi di sponsorizzazioni.	• Realizzazione campagne di informazione autofinanziate.	X	X	X	X	X
• Area critica di medicina interna	• Realizzazione, nell'ambito delle strutture complesse di Medicina interna di apposite articolazioni con posti letto, dedicati, di terapia intensiva intermedia di area medica internistica.				X	X
2.B – Medicina e malattie, più frequenti,internistiche: ipertensione, diabete, malattie dell'apparato digestivo e del fegato e del ricambio, malattie dell'apparato respiratorio e le allergie.						
• Progettazione ed attivazione di percorsi aziendali di offerta assistenziale primaria e secondaria.	• Definizione percorsi di educazione sanitaria.	X	X	X	X	
	• Incremento iniziative di prevenzione e di trattamento in regime di cure primarie con integrazione delle strutture di medicina interna degli ospedali.		X	X	X	
	• Coinvolgimento dei M.M.G. e P.L.S. per inserimento e consigli nutrizionali, per patologie internistiche nei profili e cartelle sanitarie individuali dei pazienti.		X	X	X	X
• Campagna di educazione alimentare (come da obiettivo I).	• Accordi con le scuole per favorire l'informazione e l'educazione alimentare. Opuscoli informativi sui comportamenti, per età, sesso e principali patologie.	X	X	X	X	X
• Prevenzione del diabete e delle complicazioni.	• Applicazione del corrispondente piano regionale e rispetto delle modalità e termini ivi previsti.	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
• Prevenzione del diabete nell'infanzia.	• Approvazione del piano di intervento entro il 31/12/2009. Collaborazione tra medici pediatri ospedalieri, specialisti ambulatoriali e P.L.S., professionisti infermieri. Attivazione di ambulatori dedicati nell'ambito delle cure primarie: uno ogni 50-60 mila abitanti.	X	X		X	X
• Malattie dell'addome: gastroenteriche, del fegato e del ricambio.	• Attivazione di apposita rete di prevenzione, cura ed assistenza, con la formazione di percorsi organizzati per aree territoriali, integrandosi anche con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e con l'I.R.C.C.S. "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo. Applicazione del piano della prevenzione sul cancro del colon retto.	X	X		X	X
• Diagnosi e clinica nel dolore addominale - toracico.	• Formazione di appositi protocolli diagnostico-terapeutici e di percorsi di cura dei vari eventi possibili (entro il 31/12/2009). Applicazione dei Protocolli e Percorsi.	X	X		X	X
• Potenziamento dell'assistenza broncopneumologica su tutto il territorio aziendale.	• Potenziamento punti di offerta, territoriale ed ospedaliera, formazione di percorsi di cura ed assistenza, in collaborazione tra strutture ospedaliere, la struttura e le articolazioni territoriali di broncopneumologia.	X	X		X	X
• Potenziamento attività assistenziale ospedaliera e territoriale di broncopneumologia e malattie apparato respiratorio.	• Diagnosi precoce e terapia del tumore polmonare, in collaborazione con il territorio e con attività chirurgica dedicata attraverso collaborazioni con altre aziende sanitarie e con l'Università degli Studi di Foggia per attività di chirurgia toraco-polmonare anche attraverso la costituzione di dipartimento interaziendale di attività dedicata. Attività per malattie broncopneumologiche infettive emergenti e riemergenti (TBC).	X	X		X	X
• Terapia intensiva respiratoria e terapia intensiva/intermedia respiratoria	• Realizzazione, nell'ambito della organizzazione delle strutture complesse ospedaliere di broncopneumologia, di apposite articolazioni di terapia intensiva respiratoria, secondo le indicazioni del P.S.R.				X	
• Pratica clinica e percorsi assistenziali integrati per la prevenzione, lo studio e la cura delle allergopatie	• Realizzazione della rete aziendale di cura ed assistenza e protocolli di intesa con la Azienda Ospedaliero-Universitaria e con l'Università degli Studi di Foggia per la implementazione di pratiche cliniche.	X	X		X	X
2.C - Malattie cardiovascolari.						
• Campagna di sensibilizzazione sui principali fattori di rischio, resa in collaborazione ed integrazione con azioni del precedente obiettivo 2/B	• Documenti di informazione ed educazione sanitaria; in particolare, accordi con le scuole per favorire l'informazione e l'educazione alimentare.	X	X	X	X	X
• Predisposizione di percorsi di cura ed assistenza e di percorsi diagnostici terapeutici per il riconoscimento ed il trattamento dello scompenso cardiaco condiviso tra M.M.G., specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.	• Percorsi e protocolli di cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici per trattamenti specialistici. Formazione di apposito gruppo per P.A.C.A. e formazione di E.C.M., con partecipazione diretta di MMG – PLS, specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.	X	X		X	
• Riduzione della mortalità da malattie ischemiche cardiache.	• Protocolli operativi per la trombolisi nelle emergenze di assistenza territoriale.		X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
• Educazione sanitaria con particolare attenzione alle iniziative di prevenzione dell'I.M.A.	• Formazione dei P.A.C.A. e dei P.D.T. Studi e formazione condivisi ed autogestiti dai vari attori di processo. Coinvolgimento di specialisti ambulatoriali ed ospedalieri con ruolo gestionale dell'intervento da parte dei MMG e PLS.	X	X		X	X
• Definizione di percorsi aziendali di "offerta" sul territorio e negli ospedali a gestione diretta.	• Sviluppo della Medicina sportiva nei Distretti, in collaborazione con le Strutture di Cardiologia Ospedaliera Organizzazione della rete integrata di medicina dello sport. Attività di Educazione e formazione attraverso accordi con la Università degli Studi di Foggia. Collegamento con iniziative finalizzate di medicina dello sport.	X	X		X	X
• Offerta riabilitativa e miglioramento della qualità di vita dell'ammalato.	• Attivazione della riabilitazione cardiologica nell'ambito delle strutture ospedaliere di riabilitazione e potenziamento dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata.		X	X	X	
• Appropriately dei ricoveri e trattamento acuzie.	• Potenziamento assistenza intensiva, post-intensiva, elettrofisiologia. Attività di emodinamica, essenziale per completamento processi assistenziali già in corso.				X	X
• Definizione di programmi, di protocolli operativi e di percorsi di cure, anche di valenza interdipartimentale.	• Definizione di appositi protocolli operativi. Potenziamento dell'attività di consulenza intra ed extraospedaliera. Programma di azioni, per la "condivisione del paziente cardiologico tra ospedale e territorio".		X		X	X
• Prevenzione del rischio cardiovascolare.	• Attivazione del corrispondente piano regionale e formazione del piano di azioni entro il 30/09/2009, tenendo conto anche di quanto previsto per gli obiettivi I/A – I/B – I/C –I/D e II/B.	X	X		X	
• Prevenzione e trattamento delle cardiopatie congenite e di età pediatrica.	• Attivazione di rapporti operativi e collaborativi con centri specializzati.	X	X		X	X
• Telecardiologia	• Realizzazione nel restante territorio della ASL del sistema di telecardiologia già operante nella (ex) AUSL FG1 di San Severo. Progettazione entro il 31/12/2009 ed individuazione delle altre strutture ospedaliere di cardiologia costituenti poli della rete. Obiettivo corrispondente ai rispettivi Direttori di Struttura.		X		X	X
2.D - Patologie cerebrovascolari						
• Definizione di percorsi del paziente.	• Predisposizione ed utilizzazione di Percorsi e protocolli, nonché di programmi specifici di intervento e di offerta, anche in collegamento con i servizi aziendali di assistenza domiciliare integrata, di cura e riabilitazione, nonché con i MM.M.G.	X	X	X	X	X
	• Formazione di protocolli ed intese, anche attraverso la costituzione di dipartimenti interaziendali. Predisposizione protocolli entro il 31/12/2009.		X	X	X	X
• Protocolli di intese con le AA.OO. e gli II.RR.CC.CC.SS. per le necessità assistenziali di elevata specializzazione ed impegno organizzativo-tecnologico.	• Documenti di concertazione sulle iniziative e metodiche applicate nei percorsi assistenziali aziendali e diagnostico terapeutici territoriali ed ospedalieri. Collegamenti con azioni precedenti.		X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
• Costruzioni di occasioni di offerta aziendale di cure primarie territoriali e di cure specialistiche.	• Attivazione di corsi di formazione diretta agli operatori sanitari coinvolti nei processi operativi, con priorità verso i MMG e PLS. Predisposizione Programma corsi entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	X
• La riabilitazione vascolare	• Formazione del percorso riabilitativo e di trattamento di stato cronico nel paziente cerebroleso.	X	X	X	X	X
• La prevenzione e riabilitazione nelle malattie vascolari non cerebrali.	• Formazione del percorso di prevenzione e riabilitativo da inserire in quello generale di cura ed assistenza specifica: utilizzo della idroterapia quale completamento terapeutico, per il trattamento delle vasculopatie periferiche. Definizione percorsi, protocolli ed accordi entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	X
• Integrazione di attività nei processi di prelievo di organi.	• Partecipazione ai processi attraverso la fase di accertamento della morte clinica.	X		X	X	X
• Condivisione della gestione delle cerebropatie tra ospedale e territorio.	• Sviluppo dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata.		X	X	X	X
• Terapia chirurgica e assistenza riabilitativa vascolare.	• Potenziamento quali-quantitativo della offerta, anche attraverso integrazione-collaborazione con IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia.		X		X	X
2.E - Patologie tumorali						
• Campagna di educazione sanitaria sui rischi oncologici.	• Documenti di informazione ed iniziative di diffusione di apposita documentazione formativa. Predisposizione documenti entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	X
• Campagna di educazione per le fasce di popolazione a rischio.	• Linee di comportamento al consumo alimentare, al fumo ed altre fonti di rischio. Informazione ed educazione all'accesso alle attività di prevenzione. Collegamento con azione precedente.	X	X	X	X	X
• Campagna di screening dei tumori femminili, nello specifico: tumori del collo dell'utero destinata alle fasce di età a rischio 25-64 anni).	• Realizzazione, su tutto il territorio aziendale, con interventi di "reclutamenti-accessi" mirati su popolazione indistinta di 50-60 mila abitanti e, comunque, secondo le indicazioni del piano regionale della prevenzione. Programma entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	
• Campagna di diagnosi precoce del carcinoma mammario e screening destinato a donne con età da 40-69 anni.	• Attivazione ed adeguamento dei centri di riferimento, realizzazione di programmi di intervento per tutto il territorio aziendale, con criteri organizzativi di reclutamenti-accessi analoghi allo screening sul cancro del colon retto. Programma entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	X
• Intervento di diagnosi precoce della patologia neoplastica dell'endometrio.	• Programmi di intervento, nonché collaborazione con centri specialistici ed universitari dedicati. Formazione programma entro il 31/12/2009 ed applicazione nel successivo biennio.	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
Intervento di diagnosi precoce dei tumori della cute e melanoma.	- Intervento rivolto a: a) donne in trattamento con tamoxifene per terapia del cancro mammario ormone dipendente; b) donne in post menopausa a rischio; c) donne in pre-menopausa sintomatiche. - Attivazione percorsi assistenziali e/o diagnostico terapeutici distribuiti per tutto il territorio aziendale. Formazione programma entro il 31/12/2009.	X	X		X	X
Intervento di diagnosi precoce dei tumori del colon retto.	Attivazione screening in conformità alle indicazioni del piano regionale della prevenzione, con modalità organizzative analoghe a quelle di screening per tumori del collo dell'utero e della mammella. Programmi entro il 31/12/2009.	X	X		X	X
Intervento di diagnosi precoce del tumore della prostata (fascia di popolazione a rischio).	Predisposizione Programma di intervento, entro il 31/12/2009. Realizzazione screening.	X	X		X	X
Trattamenti medico-chirurgici adeguati delle patologie tumorali rilevate.	Potenziamento dell'offerta medico-chirurgica ospedaliera attraverso la realizzazione di apposite articolazioni aziendali.		X	X	X	
Predisposizione di percorsi aziendali di cura ed assistenza, con previsione di ciclo completo.	Formazione P.A.C.A. dedicati a patologie oncologiche, completi degli interventi riabilitativi e di cronicità (hospice).	X	X	X	X	X
Programmi adeguati per follow-up dei pazienti neoplastici.	Formazione programmi, per tipologie di tumori sopra indicate. Programmi entro il 31/12/2009.		X	X	X	X
Accordi con Organizzazioni degli utenti.	Condivisione di iniziative con la Lega Tumori e sottoscrizione protocolli operativi.	X	X	X	X	X
Accordi di sponsorizzazioni per campagne di educazione sanitaria, prevenzione e trattamento.	Accordi con organizzazioni utenti, operatori economici ed Enti Locali e nazionali.	X	X			X
Condivisione dei percorsi di cura ed assistenza e di linee guida per l'assunzione in carico dei pazienti oncologici.	Forte coinvolgimento dei MM. M. G. per programmi integrati di cura ed assistenza.	X	X	X	X	X
Definizione di protocolli generali e potenziamento attività di hospice.	Linee guida per assistenza ai pazienti terminali. Attivazione hospice di Torremaggiore, a gestione diretta, entro il 30/09/2009.		X	X	X	X
Miglioramento delle condizioni di vita.	- Protocolli per la riabilitazione. - Programmi di formazione del personale. - Assistenza integrata territoriale sia per la cronicizzazione che per la riabilitazione, con sostegno psicologico alle famiglie ed ai malati.	X	X X X	X X X	X X X	X X X
- Attivazione di programmi di terapia del dolore, con riferimento a strutture ospedaliere e territoriali. - Attivazione di terapia oncologica medica	- Sviluppo delle attività negli Stabilimenti ospedalieri e negli altri Centri territoriali di Salute e nell'hospice; - Sviluppo di attività di oncologia medica attraverso l'attivazione di articolazioni semplici di oncologia medica nelle Strutture Complesse di Medicina interna		X X	X 	X X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
• Attività di diagnostica di anatomia patologica.	• Potenziamento diagnostico specialistico, attivazione rete di anatomia patologica ed incremento dell'attività di citologia		X		X	
• Partecipazione a dipartimentalizzazione di attività.	• Promozione della dipartimentalizzazione interaziendale, finalizzata al completamento dei processi.		X	X	X	X
• Considerazione dell'assistenza per le malattie oncologiche come obiettivo di particolare interesse ed urgenza per la cittadinanza e necessità di riduzione di mobilità sanitaria.	• Obiettivo di particolare interesse di azioni e di monitoraggio, ai fini della realizzazione di occasioni di assistenza nei vari ambiti territoriali dell'Azienda. Misurazione degli esiti di implementazione, nel triennio.	X	X	X	X	X
2.F - Incidenti sul lavoro e malattie professionali						
- Monitoraggio della implementazione di sistemi di sicurezza degli ambienti di lavoro, pubblici e privati. - Ottimizzazione degli interventi ispettivi - Formazione medici del territorio	Costruzione del sistema di valutazione sulla base di: organizzazione, responsabilità, risorse, procedure e processi implicanti la partecipazione degli operatori e la loro formazione (sistema fondato su "moral suasion", con applicazione e continuo riesame del sistema stesso). Integrazione assistenziale con la Università degli Studi di Foggia nella disciplina di Medicina del lavoro.	X	X			X
	- Verifica degli adeguamenti tecnici. - Anagrafe e conoscenza di epidemiologia occupazionale e delle malattie mobbing-correlate.	X X	X	X	X	
	Commissioni di verifica dedicate	X				X
	Riscontro sulla qualificazione	X	X			X
Formazione del personale preposto alla sicurezza nei luoghi di lavoro.	Formazione di documenti di informazione e relativa divulgazione. Integrazione, attraverso appositi programmi di attività assistenziale con la Università degli Studi di Foggia.	X				X
	Corsi di formazione per responsabili sicurezza negli opifici. Assistenza per traumi da incidente sul lavoro.	X	X	X	X	
	Promozione di linee guida per l'applicazione della normativa del settore.	X	X		X	
	Potenziamento programmi specifici di studio, di ricerca e di intervento.	X				X
2.G - Malattie reumatiche, prevenzione e cura dell'osteoporosi.						
• Campagna di informazione e guida ai trattamenti terapeutici.	• Attivazione di relazioni specifiche con strutture ospedaliere di ortopedia e traumatologia.	X	X		X	
• Formazione specifica del personale per l'attività preventiva.	• Formazione e divulgazione documenti a tutta la popolazione.	X	X		X	
• Percorsi di cura ed assistenza e protocolli a valenza operativa intra ed extra aziendali.	• Corsi di formazione aperti ai medici di medicina generale ed agli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.	X	X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri
		Prevenzione	Territoriale		Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario	
Attività di reumatologia e prevenzione e cura della osteoporosi.	Definizione percorsi entro il 30/09/2009 ed iniziative di relazioni-integrazioni anche verso la costituzione di Dipartimenti intra ed interaziendali. Relazioni con la Cattedra di Reumatologia della Università degli Studi di Foggia, per la formazione di protocolli e le integrazioni di Percorsi di Cura e di Assistenza.		X		X
Accordi con altre Istituzioni e con gli Enti Locali per la integrazione sociale.	Relazioni con la Cattedra di Reumatologia della Università degli Studi di Foggia ed inserimento nei percorsi della terapia termale, sia ai fini preventivi e sia a quelli riabilitativi. Accordi con gli Enti Locali per la promozione e la facilitazione del ricorso agli interventi di prevenzione e di riabilitazione.		X	X	X
2.H - Nefropatie					
Educazione sanitaria per la prevenzione	Documenti informativi, in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale “Nefrologia, Dialisi e trapianto di rene”.	X	X	X	X
Formazione del percorso aziendale di cura ed assistenza, con definizione del ciclo assistenziale completo, anche domiciliare.	Formazione ed utilizzo percorsi, nell’ambito delle occasioni assistenziali offerte dalla partecipazione dell’Azienda al Dipartimento interaziendale per “Nefrologia, Dialisi e trapianto di rene”.	X	X	X	X
Protocolli di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita.	Analisi qualità tecnica e percepita, con coinvolgimento di operatori, utenti ed Organizzazioni di rappresentanza di cittadini.		X	X	X
Soddisfazione della domanda di dialisi.	Sviluppo della dialisi domiciliare. Attivazione di posti letto tecnici presso lungodegenze.		X	X	X
Sperimentazione di assistenza integrata domiciliare e miglioramento della qualità della vita.	Interventi di ADI e diffusione su tutto il territorio aziendale, completamento obiettivo (2° in elenco) della presente rubrica.		X	X	X
Progettazione, realizzazione di un programma di prevenzione secondaria nelle nefropatie da realizzarsi con apposito finanziamento regionale per attività di sperimentazione innovativa per patologie ad elevata rilevanza sanitario-sociale e ad alto costo di gestione.	Formazione ed approvazione di apposito progetto pluriennale da presentare alla approvazione della Regione, quale sperimentazione di eccellenza, entro il 31/12/2009, nell’ambito delle attività del Dipartimento interaziendale di nefrologia, dialisi e trapianto di rene.	X	X		X
2.I – Neuroscienze					
Assistenza medico-chirurgica neurologica e di neurofisiologia.	Sviluppo attività di neurologia e neurofisiologia rispetto a quella attuale.		X		X
Sviluppo attività medico-specialistica e riabilitativa territoriale.	Organizzazione attività territoriale - ospedaliera di neurologia, in relazione alla domanda effettiva.		X		X
	- Concreta possibilità di prelievo d’organi per effetto di dichiarazione di morte clinica. Collegamento con obiettivi 4.G; 5.B; 5.C. - Sviluppo della terapia termale preventiva e riabilitativa. Integrazione delle attività ospedaliere e territoriali.	X		X	X
Malattie dell’apparato otolaringoiatrico.	Organizzazione attività specifica e potenziamento di intervento terapeutico-chirurgico specialistico ed oncologico mirato.		X		X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
Assistenza oftalmologica.	- Riorganizzazione rete ospedaliera dedicata ed attivazione del Dipartimento interaziendale di oftalmologia. - Attività di degenza ordinaria, definizione percorsi e protocolli per rendere in completa sicurezza quella di day surgery (garanzia di assistenza per le complicanze).		X		X	X
			X		X	X
2.L - Attività chirurgiche						
Assistenza chirurgica generale.	Attivazione di articolazioni strutturali e di attività di chirurgia specialistica, anche nell'ambito di quella generale. Riduzione della mobilità passiva intra ed extraregionale, rispetto all'anno 2008.				X	X
Assistenza ortopedica e traumatologica, chirurgica ed ambulatoriale.	- Potenziamento delle attività e verifica costante ai fini della drastica riduzione di rischi operatori. Riorganizzazione complessiva delle attività ed obiettivo di miglioramento della complessità dei casi trattati e degli esiti degli interventi chirurgici. - Potenziamento tecnologico e strumentistico. Obiettivo di miglioramento della performance del case mix aziendale rispetto alla media regionale. Estensione territoriale delle attività specialistiche. Collegamenti con obiettivi ed azioni 2.G – 3.I -4.E – 4.I – 5.A – 1.D – 2.F – - Azioni di potenziamento e miglioramento del livello di impegno e quantitativo dei casi trattati e degli esiti degli interventi.	X			X	X
					X	
Assistenza urologica.	- Programma delle attività ospedaliere e specialistiche territoriali di urologia entro il 31/12/2009. - Riduzione della mobilità sanitaria passiva rispetto all'anno 2008. - Predisposizione ed attivazione di progetto di intervento per la prevenzione e cura del cancro prostatico, come da obiettivo ed azione 2.E. - Potenziamento strutturale dell'attività di urologia. Incremento ed elevazione del case mix dei ricoveri ospedalieri, specie in relazione all'incremento e diversificazione quali-quantitativa della casistica operatoria. Collaborazione finalizzata con la Azienda Ospedaliero-Universitaria e la Università degli Studi di Foggia. Potenziamento delle attività territoriali con maggiore presenza dei medici delle Strutture ospedaliere di urologia. Coinvolgimento MM. M. G. e Specialisti ambulatoriali. - Programma aziendale di riduzione del dolore chirurgico negli ammalati terminali.		X		X	
		X	X		X	X
		X	X		X	X
			X		X	X
			X	X	X	X
Patologie cronico – evolutive.	Garanzia di assistenza negli hospice e nelle attività degli ammalati cronici e terminali.		X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Integrazione e/o supporto	
			Sanitario	Sociosanitario		
Assistenza Anestesiologica, di Rianimazione e Prelievo di Organi.	- Impegno diretto nelle attività di sala operatoria di tutti gli anestesisti con garanzia dell'inizio delle sedute operatorie alle ore 8,30 di tutti i giorni non festivi e prolungamento della durata degli orari di servizio ordinario per 12 ore al giorno. - Ricostituzione numero posti di organico di medici anestesisti destinati ad altre attività non pertinenti ed adeguamento delle dotazioni di medici anestesisti necessari per le attività previste nel presente PAL e per l'azione di cui sopra. - Partecipazione alle iniziative di informazione- educazione alla donazione di organi. Costituzione equipe aziendale per le attività di prelievo di organi. - Riorganizzazione della rete aziendale ed interaziendale di rianimazione con applicazione di percorsi e di protocolli unici e condivisi. - Attivazione della rete di terapie sub intensive post operatorie (intensive – intermedie). - Partecipazione alla rete interaziendale per le emergenze sanitarie.	X	X	X	X	X
					X	X
					X	X
		X	X		X	X
Assistenza e monitoraggio delle malattie rare	- Percorsi assistenziali e di presa in carico - Formazione ed informazione dei MMG e dei pediatri di libera scelta - Partecipazione alla rete regionale delle malattie rare	X	X	X	X	X
		X	X		X	X
3. L'ambiente e l'igiene						
3.A - Inquinamento atmosferico						
Partecipazione con l'ARPA al monitoraggio permanente dell'inquinamento dei centri urbani.	- Effettuazione di monitoraggi e diffusione dei dati, di concerto con i comuni interessati ed a seguito di accordo di programma cofinanziato dagli stabilimenti ed opifici con tendenza di inquinamento. Monitoraggio per emissioni derivanti dal traffico veicolare, impianti di riscaldamento e sistemi di produzione industriale. - Ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e ponendo in sicurezza gli impianti da fattori inquinanti. - Accordi con gli Enti Locali e con operatori economici interessati (piano) del traffico. - Effettuazione di verifiche degli impianti. Studio ed approvazione di interventi interaziendali mirati alla riduzione di consumi energetici con fonti alternative.	X	X			X
		X	X			X
		X	X			X
		X	X			X
Commutazioni da gasolio a gas metano degli impianti per il calore.	Intervento negli immobili aziendali ospedalieri e territoriali: come da piano aziendale dei lavori pubblici.	X				X
Informazione sui rischi.	Elaborazione di documenti sui rischi, entro il 31/12/2009.	X				X
Energia alternativa/e	Piano aziendale per energia elettrica da impianti fotovoltaici: da piano dei lavori pubblici (entro il 31/12/2009).					X
Contratti di sponsorizzazione	Accordi con gli Enti Locali e con operatori economici interessati, concernenti attività di trasformazione e di rilevazione.	X				X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
Amianto	Controllo di stati inquinanti e monitoraggio continuo: programma di intervento entro il 31/12/2009. Relazione semestrale sui risultati.	X				X
3.B - Inquinamento elettromagnetico	Di intesa con l'ARPA, attivazione di controlli specifici tesi ad evidenziare rischi da inquinamento elettromagnetico della popolazione. Sulla scorta dei dati evidenziati, stimolare i Comuni ad attivare piani di risanamento ambientale	X				X
3.C - Inquinamento delle acque						
Verifica nelle fonti di approvvigionamento idrico di residui di prodotti fitosanitari e fertilizzanti impiegati in agricoltura.	Predisposizione entro il 31/12/2009 del programma di interventi. Realizzazione del programma, secondo le previsioni.	X	X			X
Monitoraggio delle risorse idriche destinate al consumo umano.	Rilevazione e diffusione dati. Assunzione delle iniziative e dei provvedimenti conseguenti. Definizione di programma di intervento entro il 31/12/2009 su proposta di specifico gruppo di lavoro da costituire. Applicazione a regime del programma di intervento, di intesa con l'ARPA.	X	X			X
	Verifica e monitoraggio dei serbatoi di accumulo e dei pozzi ai sensi del D. M. del 26/03/1991 e relativi controlli di routine e di verifica ai sensi del D.L.vo n. 31/2001 e s.m.i.; gestione dei flussi informativi.	X	X			X
Monitoraggio e controllo degli impianti di depurazione ai sensi del D. L.vo n.152 del 1999 e s.m.i.	Programma di verifica, anche in collaborazione e relazione all'ARPA secondo quanto indicato al successivo capitolo IV, paragrafo IV.2.3.	X				X
Controllo degli scarichi di acque da lavorazioni.	Segnalazione e coinvolgimento dell'ARPA. Rilevazione e diffusione dati. Assunzione delle iniziative e dei provvedimenti conseguenti.	X				X
Istituzionalizzazione attività	Istituzione nelle aree territoriali Centro e Sud dell'Azienda di altre articolazioni operative o strutture per la "gestione delle risorse idriche", analogamente a quanto già realizzato (dalla ex AUSL FG1) per l'area Nord.	X	X			X
3.D - Inquinamento acque di balneazione						
Rilevazione periodica degli indicatori microbiologici di contaminazione fecale delle acque di balneazione.	Rilevazione e diffusione dati. Effettuazione di verifiche cicliche secondo un puntuale programma combinato con quello che segue.	X	X			X
Verifica, di intesa con l'ARPA, degli impianti di depurazione e trattamento di tutti gli scarichi, urbani e industriali, su acque di balneazione.	Rilevazione e diffusione dati. Formazione ed applicazione di programma di verifica continua. Comunicazione dati all'ARPA.	X				X
Censimento regolare e continuativo degli scarichi.	Realizzazione banca dati ed attivazione di interventi adeguati.	X				
Relazioni operative con attività della azione che precede.	Integrazione interventi nel programma di attività di cui alla precedente azione positiva.	X	X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
3.E - Inquinamento acustico						
Realizzazione di un sistema di sorveglianza sui valori di pressione sonora negli ambienti di lavoro, negli ambienti di vita a causa del traffico, delle industrie, delle attività ricreative.	Rilevazione e diffusione dati. Realizzazione di programma di verifica continuativa anche con integrazione per le finalità di cui all'azione “2/F “. Iniziativa di accordo di intervento con le Comunità locali ed ARPA.	X	X		X	X
Incrementare, negli ambienti di lavoro, l'azione di vigilanza sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia.	Intesa con l'ARPA, sorveglianza in tema di applicazione del D. Lgs. 194/2005 e della normativa regionale in tema di prevenzione dell'inquinamento acustico (L.R. n. 3/2002). Monitoraggio continuo. Accordi di sponsorizzazione con imprese pubbliche e private.	X	X		X	X
3.F - Smaltimento dei rifiuti						
Costruzione di un sistema di sorveglianza sui processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti.	Controlli programmati e continui: formazione piano. Intese con gli enti locali, per azioni di prevenzione.	X				X
Verifica periodica dei siti di stoccaggio riguardo alla possibile contaminazione delle falde acquifere e dell'aria.	Controlli programmati e continui nel piano di cui all'azione precedente.	X	X			X
Incremento delle attività di tutela ambientale finalizzata alla individuazione di discariche abusive o di altre forme di smaltimento non idonee.	Attivazione e rilevazione dei provvedimenti repressivi applicativi.	X				X
Smaltimento residui di amianto.	Collegamento con obiettivo ed azione di cui al 3.A – Verifica rigorosa del rispetto delle norme e delle direttive per lo smaltimento. Controllo continuo sul territorio di eventuali siti “abusivi” di smaltimento. Relazione semestrale, come da punto 3.A-	X				X
3.G - Eventi terroristici ed emergenze di altra natura						
Predisposizione attività delle strutture aziendali al piano regionale.	Diffusione delle linee guida previste nel piano regionale alle strutture competenti.	X	X		X	X
Intervento durante gli scioperi del personale.	Approvazione, in contrattazione integrativa, della parte di piano aziendale per la garanzia dei servizi pubblici essenziali durante gli scioperi del personale.	X	X	X	X	X
	Approntamento dei beni sanitari e non sanitari previsti nel piano.	X	X	X	X	X
Aggiornamento e formazione permanente degli operatori da impegnare nell'applicazione del Piano.	Corsi di informazione e di formazione, da realizzare in collaborazione con Protezione Civile.	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
3.H - Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro e di vita						
Costruzione di un sistema di sorveglianza del fenomeno infortunistico.	- Collegamento nei programmi di intervento di cui alla precedente azione "2/F". - Studio delle tendenze in atto nelle patologie legate al lavoro, con particolare riferimento ai lavoratori di cave e torbiere, ai lavoratori lacustri e marittimi ed ai lavoratori agricoli. - Effettuazione di visite propedeutiche negli ambienti delle Aziende manifatturiere e di produzioni alimentari e studio di fattori di rischio per gli addetti. - Prevenzione e monitoraggio fenomeni di mobbing.	X	X	X	X	X
		X				X
		X				X
		X	X	X	X	X
Eliminazione delle barriere architettoniche negli stabilimenti e strutture aziendali di vita e di lavoro.	- Campagne di studio, di ricerca e di formazione di linee guida e di intervento, con affidamento di apposito programma di attività, di valenza interdipartimentale, da realizzarsi anche in collaborazione con l'Università degli Studi di Foggia, quale integrazione assistenziale. Reportistica periodica (trimestrale) sulle attività e le situazioni di rischio. - Piano di intervento per le articolazioni aziendali entro il 31/12/2009. - Previsione di interventi nelle azioni da realizzare secondo il piano triennale ed elenchi annuali dei lavori pubblici dell'Azienda.	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	
		X				X
Informazione e formazione	Formazione di documenti informativi, entro il 30/09/2009. divulgazione e aggiornamento periodico. Corsi di formazione collegati ai "Piani e programmi mirati". Accordi con Associazioni di Categoria e Sindacali.	X	X	X	X	X
Piani mirati	Piano "Scuola sicura", per la vigilanza tecnico-strutturale ed ambientale dei plessi scolastici.	X	X			X
Programmi mirati	- Piano "Soggiorno sicuro", per la vigilanza nelle strutture di soggiorno e ristorazione collettiva. - Programmi mirati di comunicazione, informazione, formazione nelle attività di: costruzioni, manifatturiero, agricoltura, nuove tipologie di rischio, lavoratori atipici e stranieri, industrie lapidee, ex Enichem di Manfredonia, opifici di produzione di prodotti alimentari.	X	X		X	X
		X				X
3.I - Incidenti stradali						
Campagne di educazione contro i rischi, da assumere a mezzo di intese con enti locali, scuole ed articolazioni della amministrazione statale.	Accordi di programma per interventi di prevalente carattere formativo-informativo. Avvio formazione da 01/01/2010.	X	X			X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
• Interventi mirati alla riduzione della guida in stato di ebbrezza e/o sotto effetto di sostanze stupefacenti.	• Produzione di documenti informativi e realizzazione di interventi mirati di educazione al soccorso entro il 31/12/2009. • Potenziamento delle campagne di prevenzione rivolte ai giovani e messe in opera dal Dipartimento delle Dipendenze patologiche	X	X			X
		X	X	X		X
• Accordi di sponsorizzazione.	• Con enti locali e Amministrazione degli Interni e quella dei trasporti ed infrastrutture.	X				X
• Necessità terapeutiche.	• Sviluppo dedicato delle attività ospedaliere di emergenza sanitaria.				X	X
3.L- Incidenti domestici						
• Sviluppo campagne di prevenzione attraverso forme di educazione ed informazione sui rischi in ambiente domestico.	• Formazione e divulgazione documenti a tutta la popolazione (entro il 31/12/2009).	X				X
• Accordi di sponsorizzazione, per il finanziamento delle campagne di informazione e prevenzione.	• Da stipulare con enti locali, operatori economici e dipartimenti governativi per affari sociali, pari opportunità e con ministero degli interni.	X				X
• Costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuazione dei criteri di misura degli infortuni domestici.	• Formazione programma di studio ed intervento (entro il 31/12/2009).	X				X
3.M - Sicurezza alimentare e sanità veterinaria						
• Applicazione delle linee-guida emanate con decreto del Ministero della Salute, con interventi di formazione e di educazione, in materia di igiene degli alimenti e delle bevande e di igiene della nutrizione.	• Campagne di educazione e di informazione continua. Predisposizione programma entro il 31/12/2009 ed applicazione nel triennio.	X	X	X		X
• Controllo ufficiale (periodiche verifiche di conformità) a carico delle aziende di ristorazione collettiva pubblica e sociale.	• Controlli permanenti e programmati. Programma di interventi mirati (entro il 31/12/2009).	X				X
• Attivazione nella carta dei servizi delle informazioni puntuali dei controlli sugli alimenti nonché le preparazioni a corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie metaboliche e delle intolleranze alimentari.	• Produzione e diffusione delle informazioni nella carta dei servizi. Attività da relazionare alle azioni di cui al precedente obiettivo 1, azioni “A” e “D”.	X	X			X
• Contratti di sponsorizzazione per finanziamenti di attività di informazione e di educazione collettiva.	• Realizzazione campagne di informazione autofinanziate.	X				X
• Controlli sulla sicurezza degli alimenti e della salute e del benessere degli animali e degli allevamenti.	• Controlli permanenti, come da applicazione dei programmi impiego dei prodotti di cui all'azione “A” del precedente obiettivo 1.	X	X			X
• Ridurre i rischi connessi al consumo degli alimenti e delle zoonosi, assicurando alti livelli di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti ai consumatori.	• Rilevazione e diffusione dati. Effettuazione controlli in maniera continua.	X				X
	• Controlli programmati e continui. Formazione di Programmi triennali ed annuali (entro il 31/12/2009).	X				X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
Azioni per contenere il fenomeno del randagismo.	Campagne di educazione per adozione animali randagi ed interventi per il controllo delle nascite di cani. Accordi con Enti Locali per la realizzazione di aree protette di accoglimento di cani randagi, ai fini di favorire l'adozione.	X				X
	Programma di attività entro il 31/12/2009, per tutto il territorio.	X				X
Piani mirati.	Formazione, entro il 31/12/2009, dei piani mirati per "Produzioni Lattiero-casearie". "controllo e vigilanza sull'impiego del farmaco in medicina veterinaria". "Promozione degli alimenti di origine animale". "Monitoraggio della zanzara tigre". "Influenza aviaria". "TBC negli animali selvatici e di allevamento". "Controllo allevamenti podalici". "Gestione informatizzata delle profilassi zootecniche".	X				X
4. Azioni Mirate						
4.A - Stranieri immigrati						
Formazione del personale rivolta ad interventi di tipo informativo, dell'utenza immigrata, sull'offerta dei servizi da parte dell'azienda.	Attivazione ed esecuzione di corsi di formazione. Programmi triennali ed annuali dei corsi (entro il 31/12/2009)	X	X	X	X	X
Accoglienza immigrati.	Integrazione negli interventi e collaborazione interistituzionale e con le organizzazioni della Chiesa Cattolica e delle altre religioni ed istituzioni già operanti. Potenziamento ambulatori dedicati alla tutela dei migranti irregolari.		X	X		X
Iniziative di formazione linguistica agli operatori, per migliorare le condizioni di accoglienza ed assistenza a favore degli immigrati.	Attivazione ed esecuzione di corsi di formazione. Attivazione di collaborazioni con mediatori linguistici, per aree territoriali.		X	X		X
Migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle IVG.	Formazione e divulgazione mirata di documenti. Collaborazione tra Ospedale, territorio ed in particolare con i consultori familiari e socio-sanitari. Programmi di attività entro il 31/12/2009.		X	X	X	X
Ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione.	Formazione e divulgazione mirata di documenti. Programma di intervento integrato entro il 31/12/2009.	X	X	X	X	X
	Attivazione di interventi combinati tra Ospedali, territorio ed Enti Locali (come sopra).	X	X	X	X	X
Copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana.	Informazione ed educazione agli accessi. Organizzazione attività di offerta in collaborazione con i servizi sociali dei comuni. Predisposizione programma entro il 31/12/2009.	X	X	X		X
Ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.	Controlli periodici sulle aziende. Azione combinata con azioni di cui all'obiettivo 3 lettera "G".	X		X		X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
Promozione della salute delle popolazioni migranti e contrasto delle (al)le malattie della povertà.	Definizione programma di attività ed interventi in armonia con linee guida ed indirizzi dell'apposito Istituto Nazionale (INMP), da parte del Centro di riferimento regionale istituito presso il P.O. "G.Tatarella" di Cerignola. Avvio sviluppo azioni dopo approvazione puntuale Programmi di attività di cui sopra. Realizzazione del collegamento del Centro INMP, attraverso la Porta Unica di Accesso con le azioni applicative dei Piani Sociali di Zona dell'intero territorio dell'ASL.	X	X	X	X	X
4.B - Dipendenze patologiche						
Consolidamento dei processi di dipartimentalizzazione .	Conseguimento obiettivi come da direttive della pianificazione regionale e aziendale.		X	X		X
Miglioramento assistenza per pazienti affetti anche da malattie mentali e dipendenze, in particolare, anche detenuti.	- Incremento del 50% dei precedenti livelli prestazionali quali – quantitativi. - Accordi di programma tra DDP e DSM. - Programma di attività entro il 30/09/2009.		X X X	X X	X X X	X X
Completamento progetto informativo tossicodipendenze .	Realizzazione 100% degli interventi.		X			X
Integrazione attività nei piani di zona.	Predisposizione programma nei termini previsti per legge. Attivazione dei relativi progetti ed utilizzazione del "servizio civile di volontariato".	X	X	X		X
Continuazione ed implementazione delle campagne preventive di informazione e sensibilizzazione contro i danni prodotti dalle dipendenze da sostanze legali ed illegali e quelli causati dalle dipendenze comportamentali, in particolar modo nella scuola. Promuovere stili di vita responsabili.	- Produzione e divulgazione documenti di informazione e di educazione sanitaria. - Incremento dei precedenti livelli prestazionali quali-quantitativi. - Elaborazione dei documenti entro il 30/09/2009. - Divulgazione dei documenti entro il 31/12/2009.	X X	X X X X	X X		X X X X
Ampliamento e diversificazione delle tipologie di intervento.	Costituzione e funzionamento di unità e gruppi operativi come da L. R. n. 27/99 e L. R. 26/06; integrazione con enti ausiliari, privato sociale e volontariato. Predisposizione Programma di intervento entro il 30/09/2009 ed applicazione a regime.	X	X	X		X
Applicazione delle pratiche della medicina basata sulle evidenze e della prevenzione basata sulle evidenze.	Costituzione e funzionamento di gruppi operativi. Approvazione Programma operativo entro il 30/09/2009 e definizione delle gradualità di verifica degli esiti.	X	X	X	X	X
Accordi di collaborazione e di sponsorizzazione con Enti Locali, Enti Governativi e strutture private per il reinserimento lavorativo.	Programmi riabilitativi che prevedono/includono, fra le finalità, azioni di formazione professionale e di lavoro autogestito. Mappa delle "disponibilità" entro il 30/09/2009.		X	X		X
Relazione con le comunità terapeutiche ed il privato sociale dedicato alla definizione di percorsi assistenziali e protocolli terapeutici integrati.	Rilevazione dati di accesso alle strutture comunitarie e stima dei risultati. Valutazione dei bisogni e delle esperienze di integrazione già sperimentate. Costituzione gruppo di lavoro e definizione di un programma di intervento entro il 30/09/2009.	X	X	X		X
Realizzare il programma per i requisiti organizzativi di attività.	- Protocolli terapeutici (concomitanti con PACA) - Formazione documento entro il 31/12/2009.		X X			X X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
4.C - Salute mentale						
• Adeguamento organizzazione dipartimentale	• Approvazione regolamento ASL (entro il 30/09/2009). • Graduale applicazione legge regionale 30/1998 e regolamento regionale 3/2005. • Predisposizione protocolli d'intesa all'interno del DSM e con altri dipartimenti aziendali (entro il 31/12/2009)	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
• Rispetto dei LEA nei percorsi di cura	• Graduale applicazione dei LEA (piano triennale entro il 30/09/2009). • Predisposizione dei percorsi di cura per la salute mentale (entro il 31/12/2009). • Applicazione di linee guida e di protocolli terapeutici per le principali patologie psichiatriche (applicazione graduale nei tre anni). • Individuazione della rete aziendale di assistenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare.	X	X		X	X
			X	X	X	
			X	X	X	
			X	X	X	
• Garantire il processo riabilitativo e contribuire alla sperimentazione di forme alternative alla residenzialità istituzionale	• Definizione del fabbisogno e riorganizzazione della rete aziendale delle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali (Reg. Reg. n. 7/2002, Reg. Reg. n. 11/2008, e Reg. Reg. n. 4/2007 (entro il 30/09/2009) • Predisposizione di un regolamento per l'accesso all'affido etero familiare ed alla domiciliarità protetta. • Individuazione di azioni finalizzate ad agevolare la richiesta di assegnazione di alloggi dell'edilizia economica e popolare (L.R. n. 26/2006) • Predisposizione di una proposta di organizzazione specialistica all'interno dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) entro il 30/04/2010.		X	X		X
			X	X		X
				X		X
			X	X		X
• Potenziamento attività di tutela della salute mentale evolutiva	• Programmi di promozione della salute nelle scuole. • Predisposizione entro il 30/09/2009 di un programma di interventi ed attività per le tre aree territoriali. • Numero minori presi in carico		X	X		X
			X	X		
		X	X			
• Presa in carico detenuti portatori di disturbi psichici e superamento OPG	• Sperimentazione di percorsi alternativi di cura in riferimento ai progetti comunitari, nazionali e regionali. • Attivazione di Struttura operativa dedicata a valenza dipartimentale. • Numero detenuti presi in carico.		X	X	X	X
			X	X		X
			X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
• Implementare un sistema informativo dipartimentale	• Individuazione postazioni per dotazione computer e connessione ADSL per tutte le strutture del DSM (entro il 30/09/2009). • Applicazione glossario delle prestazioni, sistema di registrazione uniforme in tutte le strutture del DSM (entro il 30/09/2009). • Predisposizione di indicatori epidemiologici e gestionali per le strutture operative del DSM (entro il 30/09/2009). • Pubblicazione del 1° rapporto epidemiologico del DSM della ASL di Foggia per il 2009 (entro il 28/02/2010).		X		X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
• Formazione	• Elaborazione di programma triennale e di piano operativo annuale e monitoraggio della realizzazione (entro il 30/09/2009). • Numero degli eventi formativi e numero degli operatori partecipanti (relazione consuntiva annua entro il 21/01 di ogni anno).	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
• Programmi specifici di inserimento lavorativo.	• Programma per corsi di formazione ed inserimento lavorativo anche attraverso borse di lavoro, tirocini e rapporti collaborativi con associazioni di volontariato e cooperative di tipo B (entro il 30/09/2009). • Individuazione di possibili forniture e servizi aziendali da affidare a coop. Soc. B ed associazioni di volontariato. • N. utenti coinvolti in azioni di formazione e lavoro. • N. inserimenti lavorativi.			X		X
				X		X
				X		X
				X		X
• Prevenzione, promozione della salute mentale e lotta allo stigma.	• Predisposizione di programma operativo triennale (entro il 30/09/2009). • Costituzione di gruppi operativi intersettoriali formati da operatori del DSM, di altre strutture sanitarie e sociali, di altre istituzioni, di coop. B e di associazioni di volontariato per il coordinamento delle attività (entro il 31/12/2009). • Approvazione di protocolli operativi e collaborativi con le associazioni di familiari e di volontariato e con le cooperative di tipo B che operano nel campo della salute mentale (entro il 30/09/2009). • Costituzione di gruppi operativi per la promozione dell'associazionismo degli utenti e dello sviluppo dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (entro il 31/12/2009). • Predisposizione di iniziative di sostegno anche economico ad Associazioni di utenti e di familiari per la promozione della salute mentale e la lotta allo stigma. • Numero e tipologia degli interventi realizzati.	X	X	X	X	X
		X		X	X	X
				X	X	X
				X		X
		X	X	X	X	X
				X		X
				X		X
				X		X
4.D - Maternita', infanzia ed adolescenza						
• Attivare programmi specifici per la protezione della maternità e per migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica. Promozione e protezione del legame madre-bambino nel progetto di nascita naturale.	• Produzione e divulgazione di documenti di informazione (entro il 30/09/2009). Programma applicativo e Protocolli (entro il 30/09/2009).	X	X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
Assistenza pediatrica e neonatologica ospedaliera.	- Sviluppo attività delle strutture di ostetricia e di neonatologia (Programma e Protocolli entro il 30/09/2009). - Attivazione rete assistenziale tra ospedale e centri di offerta territoriale. Attivazione di assistenza ostetrica domiciliare nel puerperio.		X		X	
			X		X	
Sviluppo della organizzazione ed attività dei Consulenti familiari	- Monitoraggio del bisogno di assistenza con il coinvolgimento di tutti gli operatori e dei medici pediatri dell'Azienda. - Riorganizzazione delle articolazioni aziendali di offerta, come da specifica previsione nel Cap. IV. 5. "Azioni e Progetti di sviluppo", paragrafo IV. 1 "Il consultorio familiare ed il percorso territoriale materno infantile".		X	X	X	
			X	X		X
Fibrosi cistica	Valorizzazione - sviluppo del centro di riferimento per la fibrosi cistica presso l'ospedale di Cerignola e predisposizione –approvazione di specifico programma, di attività ed interventi, entro il 30-09-2009. Partecipazione a progetti regionali specifici. Potenziamento e reclutamento dei pazienti affetti da patologia polmonare cronica secondaria a malattie neurologiche e muscolari. Programma di assistenza domiciliare. Predisposizione programmi specifici entro il 30-09-2009.		X		X	X
4.E – Termalismo clinico e sociale	Attivazione di percorsi diagnostici terapeutici per la tutela della salute nelle fasi della prevenzione, terapia e riabilitazione per le patologie individuate da specifica normativa di settore (D.Lgs. 124/98). Accordi con Centri di offerta ed Enti Locali del territorio.	X	X	X	X	X
4.F – Anziani						
Costituzione dell'unità di valutazione geriatrica in ciascun distretto.	Di intesa con i Comuni, attivazione di piani di socializzazione terapeutica per la popolazione anziana.		X	X		X
Programmi aziendali di intervento per la popolazione anziana	- Effettivo funzionamento e potenziamento dell'U.V.G. - Formazione ed applicazione dei percorsi assistenziali. - Protocolli per assistenza sanitario-sociale. - Riorganizzazione assistenza continuativa, assistenza domiciliare, termalismo clinico e sociale ospedalizzazione domiciliare, assistenza sanitaria semiresidenziale, residenziale e di lungodegenza. Gestione dei programmi e assunzione dei percorsi in collaborazione con i medici di medicina generale. Programmi di intervento entro il 30/09/2009.	X	X	X	X	X
			X	X	X	X
4.G - Patologie evolutive irreversibili						
Sostegno psicologico al malato e alla famiglia	Attivazione permanente. Collaborazione con Enti Locali, Associazioni del volontariato, ecc. Predisposizione, entro il 30/09/2009, in collaborazione con la équipe di Hospice, lungodegenza e delle articolazioni distrettuali di psicologia sociale e delle malattie cronico-terminali.		X	X	X	X
Assistenza a lungodegenti ed ammalati cronici.	Elevazione qualitativa attività di hospice e lungodegenza.		X	X	X	
Assunzione del percorso assistenziale da parte del medico di medicina generale.	Sviluppo della funzione di case manager dei medici di medicina generale.		X			X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
Educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie.	- Specializzazione attività di degenza ordinaria e del D.H. pediatrico nelle strutture ospedaliere. - Produzione e divulgazione di documenti informativi, come ed in collegamento con le corrispondenti azioni di cui al precedente obiettivo I. - Contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socio-assistenziali, con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, obesità, malattie sessualmente trasmesse, prevenzione della tossicodipendenza.	X	X		X	X
Pediatria pubblica e di libera scelta territoriale.	Azione di sviluppo delle attività delle cure primarie e nelle attività consultoriali: pieno coinvolgimento dei P.L.S. nei percorsi di cura ed assistenza.		X	X		X
Riattivazione delle attività di medicina scolastica e di assistenza scolastica integrata per diversamente abili.	Riattivazione, su tutto il territorio aziendale, della medicina scolastica e riorganizzazione dell'assistenza scolastica integrativa.		X	X		X
Tutela della maternità e delle nascite in ambiente ospedaliero.	Monitoraggio e verifica continua qualità dell'attività ospedaliera, ai fini delle azioni di miglioramento della qualità tecnico-organizzativa del lavoro e della riduzione (tendenza a zero) degli esiti infausti , dello sviluppo di nascite (o parti) naturali e della riduzione dei parti cesarei solo ai casi in cui esiste evidente indicazione clinica.		X	X	X	
Piano aziendale dei servizi o dell'offerta di medicina preventiva dell'infanzia e dell'età pre-adolescenziale ed adolescenziale.	- Percorsi assistenziali per le patologie più frequenti in età pediatrica. - Impegno dei pediatri di libera scelta e pediatri degli ospedali a gestione diretta e dei presidi pubblici dipendenti.	X	X	X	X	X
Allergopatie in età pediatrica.	Percorsi di cura per le patologie di elevato impegno di trattamento specialistico.	X	X	X	X	X
Assistenza psicologica	Realizzazione dell'attività, nei Distretti (cure primarie), di psicologia sociale e delle malattie cronico-terminali.		X	X		X
4.H - Attività' di medicina legale						
Potenziamento delle strutture di medicina legale ospedaliera con riconduzione al governo unitario dell'attività della disciplina tra ospedale e territorio.	Significativa garanzia di ammissibilità e dimissibilità ospedaliera, corretta informativa alla Autorità Giudiziaria, consenso informato ai trattamenti medico chirurgici, farmacovigilanza, medicina necroscopica e riscontro diagnostico, valutazione e riscontro diagnostico dei limiti della facoltà di curare, collegio per l'accertamento della morte encefalica, presupposto per attività dei trapianti di organi, corrette certificazioni necessarie all'esercizio del diritto del cittadino, vigilanza delle liste di attesa.		X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
• Implementazione del risk management.	• Sviluppo di percorsi tecnico-assistenziali di garanzia per la prevenzione e la riduzione dell'errore medico e del danno da disorganizzazione.	X	X		X	X
• Riconoscimento degli stati invalidanti, obiettività e trasparenza alle procedure di riconoscimento di stati invalidanti.	• Significativa riduzione dei tempi di risposta. • Eliminazione (tendenza) a contenzioso che vede soccombente l'Azienda per evidente sussistenza dei presupposti e stati per il riconoscimento. • Revisione e riorganizzazione delle Commissioni aziendali per l'accertamento degli stati di invalidità. Sviluppo di percorsi tecnico-assistenziali di garanzia per la prevenzione e la riduzione dell'errore medico e del danno da disorganizzazione. Visite fiscali di accertamento di stati invalidanti o di limitazione psico-fisica seguendo il metodo ICF, così come stabilito dall'OMS (2001) e dalla convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.		X	X		X X
4.1 – Persone con disabilità						
• Fabbisogno assistenziale.	• Monitoraggio e tenuta banca dati attraverso attivazione di apposito progetto di indagine conoscitiva e statistica sulla situazione delle persone con disabilità nei comuni dell'ASL FG con la collaborazione dei MMG – PLS e associazioni di volontariato. (Predisposizione Progetto entro il 31/12/2009).	X	X	X	X	X
• Lotta al pregiudizio	• Produzione e divulgazione di documenti di formazione • Progetti di Educazione scolastica	X	X	X	X	X
• Interventi assistenziali per: ▪ Disabilità dell'età evolutiva ▪ Disabilità dell'età adulta ▪ Disabilità stabilizzata ▪ Disabilità gravi e complesse.	• Completamento della rete aziendale di offerta, per soddisfare la domanda ed evitare movimenti e mobilità passiva verso strutture di altre aziende e di altre regioni. • Integrazione degli interventi con gli EE. LL., secondo le previsioni di Piani di Zona. Integrazione con le attività ospedaliere a gestione diretta Integrazione degli interventi con gli EE. LL., secondo le previsioni di Piani di Zona. Integrazione con le attività ospedaliere a gestione diretta e programma di individuazione delle strutture, anche dirette a programma di individuazione delle strutture, anche extraaziendale, più idonee per il trattamento.		X	X	X	X
• Collaborazioni	• Consolidamento relazioni con volontariato e con organizzazioni della Chiesa cattolica, delle altre professioni religiose e del privato sociale.		X	X		X
4.L- Assistenza alternativa alla ospedalizzazione						
• Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) .	• Riorganizzazione completa dell'ADI, anche in coerenza con il fabbisogno e gli impegni assunti con la sottoscrizione dei Piani di Zona per la integrazione delle attività sanitarie – sociali. Coerenza con le previsioni dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza.		X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
• Ospedalizzazione domiciliare .	• Continuazione del programma d'intervento avviato dalla Regione e potenziamento delle attività nell'ambito delle previsioni dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza ed in coerenza con le azioni di A.D.I.		X	X	X	X
• Residenza sanitaria assistita.	• Completamento delle R.S.A. secondo quanto previsto nella programmazione regionale degli interventi per le R.S.A.		X			X
• Assistenza psicologico-sociale	• Attivazione, nell'ambito dei piani di zona di relazioni tra psicologi, sociologi ed organizzazioni del volontariato sociale e dei movimenti cattolici.		X	X		X
4. M - Sanità penitenziaria						
• Riorganizzazione strutture assistenziali delle Case Circondariali e di quelle Mandamentali.	• Intese con le Direzioni delle Case Circondariali per le individuazioni ed adeguamenti strutturali di aree fisiche necessarie per la realizzazione di strutture per le attività assistenziali (interne alle "Case") conformi alle prescrizioni sui "requisiti minimi essenziali" previste nelle apposite linee guida regionali.		X	X		X
• Riorganizzazione aree di attività e di interventi assistenziali specifici nelle Case Circondariali e Mandamentali.	• Programmi di attività assistenziali, con individuazione dei volumi prestazionali specialistici e delle integrazioni con altri centri di offerta aziendali, anche di qualificazione sanitario-sociale.		X	X	X	X
• Riorganizzazione attività assistenziali.	• Formazione di appositi programmi terapeutici, dei protocolli diagnostico-terapeutici integrati (sanitario, psicosociale, dipendenze patologiche, salute mentale, etc.) e dei profili individuali di cura ed assistenza. Attivazione di POCT nelle case circondariali (collegamento con obiettivo 5.C – 5.G)		X	X	X	X
5. Altre azioni territoriali e di funzioni intermedie						
5.A – Riabilitazione						
• Programmazione dell'offerta di riabilitazione nell'ambito della garanzia di continuità terapeutica, con articolazioni in ambito distrettuale almeno per i trattamenti più ricorrenti. Diffusione dell'offerta riabilitativa su tutto il territorio dell'Azienda. • Realizzazione di percorsi specifici mirati al reinserimento lavorativo	• Elaborazione ed applicazione del piano che deve tener presente due obiettivi: a) grado del bisogno (misurato e motivato); b) riduzione dei fenomeni di "fuga" e di mobilità passiva.	X	X	X	X	X
	• Programmi di collaborazione con gli istituti preposti.		X	X	X	X
	• Adempimenti conseguenti a procedura già avviata per il trasporto utenti del Centro Cesariano di Manfredonia (da ANFFAS).	X	X	X		X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri	
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
• Riorganizzazione della offerta pubblica riabilitativa.	• Formazione ed applicazione di un programma di copertura del bisogno, tenendo conto dell'indagine statistica e delle azioni del al precedente obiettivo 4.L • Disponibilità ed attività delle strutture in relazione alla domanda appropriata. • Verifica continua appropriatezza delle prestazioni (analiticamente).		X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
• Riorganizzazione di centri specialistici, di riferimento per tutta la Provincia.	• Riconversione e riorganizzazione dello Ospedale di Torremaggiore in Ospedale specializzato di riabilitazione ad elevata complessità ed intensiva.				X	X
5.B - Trapianti						
• Campagne di informazione sul “bisogno” e di sensibilizzazione alla donazione di organi.	• Diffusione di documenti ed iniziative di conoscenza diretti a tutta la popolazione. • Inserito nella carta dei servizi • Coinvolgimento dei MM.MM.GG. e dei PP.LL.SS. Pubblicizzazione nei locali degli ambulatori di questi e nei locali di maggior frequenza di utenti e visitatori nelle strutture pubbliche.	X	X	X	X	X
		X	X X	X X	X	X
• Effettiva attivazione di prelievo di organi per la trapiantologia.	• Incremento continuo del numero dei prelievi; allineamento con la media regionale su popolazione.		X	X	X	
• Inserimento nella rete delle rianimazioni e dei centri di prelievo e definizione dei protocolli di accettazione e di prelievo.	• Adegamenti strutturali ed operativi necessari, formazione dei protocolli necessari.				X	
• Attivazione di articolazioni operative di neurologia e di neurochirurgia.	• Realizzazione delle iniziative di cui alla lettera “D” del precedente obiettivo 2. Integrazione con Strutture di Neurochirurgia della Provincia di Foggia.		X		X	X
5.C – Urgenza-emergenza e terapia intensiva						
• Applicazione protocolli terapeutici per le urgenze.	• Applicazione protocolli con gruppi operativi entro il 30/09/2009.		X		X	X
• Utilizzo dei percorsi di cura ed assistenza.	• Numero dei casi portati presso altre aziende inappropriatamente.		X		X	X
• Formazione dedicata, per tutti gli operatori.	• Presentazione nuovo programma entro il 30/09/2009.	X	X	X	X	X
• Medicina di Urgenza ed accettazione ospedaliera.	• Potenziamento delle qualità organizzative e prestazionali sia dei punti di primo intervento e sia, soprattutto, del Pronto Soccorso ospedalieri.		X			X
• Applicazione protocolli terapeutici per le urgenze.	• Applicazione protocolli con gruppi operativi entro il 30/09/2009.		X		X	X
• Riorganizzazione sul territorio e ottimizzazione delle risorse tra continuità assistenziale ed emergenza-urgenza.	• Istituzione di un Dipartimento di emergenza urgenza.					
5.D – Assistenza Sanitaria Insulare						
• Riorganizzazione assistenza sanitaria Isole Tremiti	• Approvazione, entro il 31/12/2009, di un piano di riorganizzazione delle attività, nell'ambito delle definizioni dei P.A.C.A. Accordo di programma con il Comune delle Isole Tremiti. Formazione P.A.T. (parte del Piano Attività Territoriale). • Riorganizzazione, entro il 30/09/2009, del processo di emergenza sanitaria.	X	X	X	X	X
			X		X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
5.E – Informatizzazione						
Realizzazione rete intranet completa dell'Azienda con garanzia di comunicazione anche con i centri di offerta sanitaria.	Assolvimento previsioni di cui all'art. 1, commi 280 e segg., della legge n. 266/2005.	X	X	X	X	X
Potenziamento del sito Web per renderlo funzionale alle esigenze assistenziali ed informative dell'Azienda.	Nel sito deve essere inserita e costantemente aggiornata la Carta dei Servizi e devono essere realizzate le metodologie di comunicazione indicate nel Cap. 3 del presente PAL.					X
5.F - Accreditalenti						
Procedure accreditamenti strutture sanitarie.	Applicazioni direttive e prescrizioni regionali, con massima trasparenza e tempestività. Formazione di specifici gruppi di lavoro per l'attuazione piani di verifica straordinaria ai sensi DGR 1398/2007. Applicazione del ciclo continuo di qualità tecnico-alberghiero nelle Strutture sanitarie aziendali	X				X
5.G - Attività diagnostica						
Radiologia per immagini.	- Riorganizzazione delle dotazioni di personale medico e tecnico di radiodiagnostica. Miglioramento della qualità degli esiti (della refertazione), dei tempi di attesa e dei tempi di risposta. Potenziamento della funzione di valenza provinciale della Struttura di neuroradiologia dell'Ospedale di San Severo. - Completamento del sistema di teleradiologia nell'area montana del Gargano Nord ed attivazione di analoga rete per l'area montana del Sub Appennino (settentrionale e meridionale) e per quella di confine con la Regione Molise. - Riprogettazione dell'impiego di attrezzature mobili di RMN e TAC, previo analisi degli esiti di qualità e della convenienza economica analisi (entro il 30/09/2009).		X		X	X
			X		X	
			X		X	
Diagnostica di laboratorio.	- Ulteriore miglioramento della qualità tecnica di tutte le strutture, attraverso l'applicazione di metodiche condivise e convalidate in sede dipartimentale. Ulteriore estensione al territorio delle attività dei laboratori ospedalieri (con rapporto 1: 50/60 mila abitanti) per postazione, attraverso l'attivazione di apposita attività itinerante di prelievo. - Informatizzazione (in rete) di tutte le articolazioni aziendali di patologia chimica (ospedaliere e territoriali). - Attività emergenza-urgenza (P.O.C.T.). - Potenziamento attività di analisi per farmacotossicologia. - Sviluppo attività di biologia molecolare		X		X	
			X		X	X
			X		X X X	
Anatomia patologica	Organizzazione attività di anatomia patologica negli ospedali aziendali.				X	

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
5.H - Disponibilita' sangue ed emoderivati						
• Produzione sangue da raccolta.	• Sviluppo della raccolta e della collaborazione con l'AVIS, su tutto il territorio aziendale		X		X	X
• Produzione plasma e derivati.	• Potenziamento tecnologico per la produzione di plasma ed emoderivati, secondo le previsioni del PRS e del Piano Regionale per il Sangue ed emoderivati. • Attività integrata con i centri territoriali di riferimento previsti nei Piani di cui sopra.		X		X	X
			X		X	X
6. Azioni e principi di supporto						
6.A - Flussi informativi						
• Garantire la tempestività e correttezza dei flussi informativi interni e, soprattutto, esterni, verso gli Enti locali, Regione, Associazioni, ecc.	• Adozioni di disposizioni di servizio rivolte al personale assegnato alle strutture aziendali. • Eliminazione dei ritardi di risposta alle richieste di adempimenti provenienti da soggetti interni e/o esterni.	X X	X X	X X	X X	X X
6.B - Principi di legalità						
• Applicazione dei principi contenuti nell'Atto aziendale relativi alla distinzione dei poteri di indirizzo e controllo da quelli di gestione amministrativa, tecnica ed economico-finanziaria.	• Rendere applicative le linee guida e gli indirizzi stabiliti dalla Direzione generale nell'Atto aziendale di organizzazione e funzionamento e negli atti di pianificazione e di programmazione aziendale.	X	X	X	X	X
• Impiego di stili operativi che tengano conto dell'affermazione dei generali principi di rispetto della legalità, di legittimità degli atti, efficienza-efficacia ed economicità della gestione.	• Diffusione della cultura di legalità e di rispetto della legge e dell'etica professionale comportamentale. Continuo monitoraggio della applicazione dei corrispondenti principi nei comportamenti e procedimenti. • Attivazione di controllo direzionale e di gestione.	X X	X X	X X	X X	X X
6.C - Equilibrio economico e controllo di gestione						
• Concreto e sostanziale apporto al perseguimento dell'obiettivo di garantire l'equilibrio economico dell'azienda e il pareggio annuale di bilancio.	• Azioni di razionalizzazione e miglioramento per recuperare spazi di efficienza attraverso il governo economico dei fattori produttivi e la applicazione dei metodi di cui al successivo cap. 3. Applicazione del sistema di contabilità direzionale.	X	X	X	X	X
• Analisi e monitoraggio continuo dei reports delle attività di competenza, per il controllo direzionale e di gestione.	• Costante controllo (responsabilizzato) economico dei costi, secondo il sistema di cui sopra. • Trasmissione con cadenza trimestrale, dei dati richiesti dal controllo direzionale ovvero in ogni caso che ragioni di necessità richiedano azioni ed interventi correttivi immediati, dell'avvenuta verifica e monitoraggio dei costi gestionali delle attività di competenza. • Riformazione del Piano Aziendale dei Centri di Funzione, di Responsabilità e di Costo.	X X	X X	X X	X X	X X X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti			Altri Integrazione e/o supporto	
		Prevenzione	Territoriale			Ospedaliero
			Sanitario	Sociosanitario		
6.D - Rapporti con l'utenza						
Realizzare azioni dirette a recuperare e rilanciare il rapporto tra l'Azienda e i cittadini al fine di garantire trasparenza, informazione, personalizzazione, coinvolgimento, consultazione e verifica di qualità anche da parte dell'utenza, per migliorarne il rapporto, in piena correlazione con gli obiettivi di rinnovamento e di deburocratizzazione dell'Azienda.	Adempimenti conseguenti.	X	X	X	X	X
	Verifica trimestrale e report di verifica.	X	X	X	X	X
	- Valorizzare la comunicazione istituzionale e a migliorare l'immagine aziendale, l'accoglienza ed il comfort alberghiero, attraverso: - la realizzazione di una banca dati; - la produzione di materiale informativo; - indagini di soddisfazione dell'utenza; - utilizzo rete aziendale; - restyling del sito internet aziendale; - creazione di una rete organizzata ed omogenea su tutto il territorio aziendale di Punti di ascolto URP periferici. -la completa dotazione dei tesserini di riconoscimento del personale aziendale per il miglioramento del rapporto con l'utenza.	X	X	X	X	X
	Esame periodico della performance, nell'ambito delle relazioni con il Comitato Misto Consultivo dell'Azienda.					X
	Predisposizione progetto per garantire corsie di accesso privilegiato a categorie deboli e/o pazienti affetti da patologie gravi.	X	X	X	X	X
	- Valorizzazione della comunicazione visiva - diffusione logo aziendale identificativo dei Servizi e strutture della ASL FG, apposto su tabelle indicative interne ed esterne; - segnaletica interna ed esterna alle Strutture chiara ed efficace	X	X	X	X	X
	- Adozione di regolamenti di organizzazione al fine di garantire: - uniformità della modulistica in uso nei Servizi aziendali; - uniformità delle procedure amministrative e sanitarie; - individuazione dei responsabili dei procedimenti ed indicazione dei tempi afferenti a ciascuna procedura	X	X	X	X	X
	Adozione del regolamento di attività libero-professionale intramoenia	X	X	X	X	X
	Adozione del Regolamento di accesso agli atti					X
	Adozione del Regolamento di Pubblica Tutela § 6.B1	X	X	X	X	X
	Implementazione di un Sistema di gestione dei reclami: definizione procedura riferimento § 6.B1	X	X	X	X	X
	Diffusione delle Carte dei Servizi delle Strutture convenzionate con la ASL FG	X	X			X
	Ampliamento attività Sportello scientifico telematico c/o P.O. Tatarella gestito dall'Associazione "Scienza e Vita" di Cerignola: dalla ricerca scientifica per i medici al service telematico per gli utenti" (da Movimento per la vita" Cerignola)				X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
6.E - Politiche del personale						
Introduzione e graduale realizzazione di politiche e metodiche organizzative di carattere innovativo, riguardanti sia l'aspetto della programmazione e sia quello della gestione.	Costruzione di un modello a "Sistema-Azienda" in cui si privilegi il lavoro di gruppo in modo che ogni operatore si senta parte attiva del cambiamento.	X	X	X	X	X
	Reingegnerizzazione, anche, dei processi amministrativi, attraverso la predisposizione, da parte delle strutture interessate, del programma annuale delle attività e di quello annuale del lavoro.	X	X	X	X	X
Misurazione del grado di soddisfazione del personale ad operare nella struttura di assegnazione.	Scheda/questionario del grado di soddisfazione entro il 30.09.2009.	X	X	X	X	X
	Applicazione di interventi di analisi partecipata.	X	X	X	X	X
Rideterminazione delle dotazioni organiche del personale e riesame degli istituti contrattuali di lavoro.	Ridefinizione delle dotazioni di organico del personale, nel rispetto delle norme vigenti.					X
	Approvazione del Piano triennale di fabbisogno del personale.					X
	Approvazione piani annuali di assunzione.					X
	Approvazione ed applicazione dei nuovi contratti integrativi aziendali, del personale, anche quello convenzionato.					X
Criteri di gestione amministrativa del personale: adeguamenti.	Revisione delle modalità di gestione del personale, potenziando metodiche e/o pratiche di trattazione specializzata delle materie di interesse e dei sottostanti procedimenti ed atti.					X
6.F - Sistema informativo						
Sviluppo dei sistemi informativi e potenziamento delle reti telematiche di trasmissione dati.	Verifica puntuale del progetto di informatizzazione (entro il 30/09/2009).					X
	Piano triennale di sviluppo dei sistemi informativi (approvazione entro il 31/12/2009 ed avvio procedure di affidamento)					X
Pieno utilizzo delle procedure applicative e della rete aziendale informatica al fine di garantire una gestione più efficiente di tutte le attività.	Adempimenti conseguenti e costante verifica dei risultati.	X	X	X	X	X
6.G - Acquisizione di beni e servizi						
Evitare in modo assoluto il ricorso alle proroghe contrattuali e, mai, a quelle "tacite".	Realizzazione delle procedure di scelta del contraente per l'acquisizione di beni e servizi secondo le tassative prescrizioni di legge e con la applicazione delle migliori conoscenze professionali.					X
	Verifica costante (da parte, per rispettiva competenza, della Struttura per la gestione tecnica e della Struttura gestione patrimonio) che non venga realizzata alcuna proroga, di contratti o rapporti scaduti, o in scadenza nell'anno, per acquisizione di beni e servizi e per lavori pubblici: certificazione semestrale.					X
	Coinvolgimento dei cittadini nel controllo sulla qualità di forniture e servizi.					X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
6.H Attività amministrative Presidi ospedalieri						
Riorganizzazione delle attività delle Direzioni Amministrative di Presidi ospedalieri.	- Adozione linee direttive finalizzate alla graduale e dinamica gestione centralizzata delle attività necessarie alla funzionalità degli stabilimenti e Presidi. - Analisi costi-rendimenti ed attivazione e gestione a regime contabilità separata, ai sensi del comma 9 dell'art. 4 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. - Recuperi proventi di cui al successivo punto 6. L.				X X X	 X
6.I -Tenuta delle casse economali						
Riorganizzazione operativa delle attività di gestione e tenuta delle casse economali.	- Entro il 30/09/2009, ridefinire il regolamento (da parte Struttura Gestione Patrimonio, in collaborazione con Struttura Economico-Finanziaria). - Verifiche trimestrali degli adempimenti con particolare riguardo alle scadenze ed al rispetto dei principi contabili (secondo regolamento). Obiettivo: perfetta rispondenza delle scritture contabili e costante flusso dei ricavi e di regolazione delle spese.		X		X 	X X
6.L- Recupero ricavi da pronto soccorso						
Rilevazione delle prestazioni di pronto soccorso che non hanno dato luogo a ricovero e di quelle d'urgenza.	Totale recupero dei proventi rivenienti dalle predette prestazioni. Azione affidata alla Struttura Burocratico Legale ed alle Direzioni amministrative ospedaliere.				X	X
Potenziamento della gestione informatizzata del servizio e di tale attività.	Monitoraggio con cadenza trimestrale.				X	X
6.M - Attività amministrative Distretti						
Riorganizzazione delle attività e funzioni di Responsabilità Amministrativa dei Distretti.	- Disciplina aziendale delle funzioni amministrative dei Distretti, proprie e di collegamento con le funzioni amministrative centrali: predisposizione regolamento entro il 31/12/2009 ed approvazione. - Attivazione controllo direzionale e contabilità separata, ai sensi del comma 2, dell'art. 3-quater, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.		X X			X X
6.N - Documenti contabili						
Predisposizione ed elaborazione di tutti i documenti contabili a valenza sia annuale e sia pluriennale connessi alla programmazione e gestione economico-patrimoniale dell'Azienda.	- Adempimenti connessi e monitoraggio continuo. - Garanzia di flussi informativi per (e con) le contabilità separate e per la contabilità direzionale.					X X
6.O- Rispetto termini di scadenza						
Rispetto dei termini di scadenza di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale di settore.	Adempimenti e verifiche continue	X	X	X	X	X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
6.P - Contabilita' analitica e direzionale						
Costruzione, elaborazione e tenuta del sistema di una contabilità analitica e direzionale per centri di funzioni, di responsabilità e di costo.	- Assicurare la reportistica trimestrale di contabilità analitica per C. di F., C.d.R. e C.d.C. - Completamento della contabilità analitica e di quella direzionale, finalizzate al miglioramento allocativo delle risorse ed alla rilevazione ed analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'Azienda.					X X
6.Q - Flussi informativi						
Garantire il normale flusso informativo di dati di attività, economici e di contabilità e di ogni qualsiasi segnalazione e suggerimento necessari per la corretta informazione ed al controllo delle attività complessive e delle condizioni di equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.	- Adempimenti da realizzare tassativamente alle scadenze previste, tanto da costituire parametro per la valutazione dei risultati dei Dirigenti interessati. - Rispetto adempimenti per assicurare il regolare invio telematico alla Regione al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della salute, della certificazione e di accompagnamento del conto economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati dalla regione con particolare riferimento ai limiti di spesa.	X X	X X	X X	X X	X X
6.R - Emissione titoli di pagamento						
Regolarità e trasparenza delle modalità di pagamento.	- Obiettivi specifici da assegnare ai dirigenti re-sponsabili delle liquidazioni e dei pagamenti. - Monitoraggio periodico (trimestrale). - La Struttura deve porre in essere tutte le azioni ed iniziative necessarie, anche attraverso l'emanazione di apposite linee guida e circolari applicative interne, affinché non si determinino ritardi nei pagamenti di fatture per acquisizione di beni e servizi e/o di debiti in generale per i quali si dovranno rispettare i tempi massimi previsti per i pagamenti, tenendo ovviamente conto delle disponibilità finanziarie ed osservando il principio di uniformità ed imparzialità di trattamento dei vari creditori.					X X X
6.S - Comunicazione						
Piano della Comunicazione						
	- Predisposizione e adozione Piano entro il 31/12/2009. - Favorire l'accesso ai servizi aziendali attraverso l'adozione obbligatorio del Piano di comunicazione aziendale così come previsto dalla legge n.150/00 e nel rispetto della direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 7/2/02 sulla attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni, che contenga la definizione degli obiettivi e della strategia della comunicazione, la descrizione delle singole azioni nonché la scelta dei mezzi di diffusione. - Verifica trimestrale della performance ed analisi per gli eventuali scostamenti.	X	X	X	X	X X X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri Integrazione e/o supporto
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	
			Sanitario	Sociosanitario		
6.B1- AUDIT CIVICO metodo "Cittadinanzattiva"						
Audit Civico: Piano delle Azioni di Miglioramento P.A.M.; già adottato con Del. C.S. 2587/2008	- Realizzazione della procedura di qualità delle azioni di miglioramento Audit Civico - Realizzazione del Piano di partecipazione Audit Civico - Realizzazione del Piano di comunicazione Audit Civico	X	X	X	X	X X
6.C1 - Qualità						
Metodica a regime	- Adozione del metodo di miglioramento continuo della qualità totale. - Adozione linee guida e istruzioni operative.	X	X	X	X	X X
Potenziamento degli indicatori di efficacia delle performances e di appropriatezza nell'esecuzione delle attività per il controllo dei risultati.	Realizzazione questionari e diffusione risultati.	X	X	X	X	X
6.D1 - Analisi partecipata sulla qualità,						
- Sistemi di analisi ed indagini di qualità percepita dai cittadini fruitori. - verifica dei requisiti di qualità (uniformità di accesso alle prestazioni, qualità tecnica delle prestazioni, qualità organizzativa, sicurezza operatori ed utenti, valorizzazione delle professionalità, diritti e soddisfazione utenti), <u>anche delle strutture e dei servizi convenzionati con la ASL FG</u>	- Metodica P.A.C.A. di cui al successivo Cap. III, paragrafo 2.1. Garanzia del contraddittorio nei processi di analisi e volontariato. - Iniziative periodiche (max annuali) di Analisi partecipata della qualità (A.P.Q.). - Sviluppo dell'utilizzo del modello di consenso informato nelle pratiche diagnostico-terapeutiche. - Realizzazione della qualità percepita, art. 14 D.Lgs. 502/92 e s.m.i. - Verifica dei requisiti di qualità - Implementazione di processi definiti e condivisi §6. B1 - Indagini di customer satisfaction	X X X X X X	X X X X X X	X X X X X X	X X X X X X	X X X X X
6.E1 – Privacy						
Perseguimento di azioni orientate a garantire a tutti i cittadini che i dati personali e sensibili siano trattati e custoditi in modo conforme a quanto previsto dalla legge.	- Formazione del programma aziendale per la tutela della privacy. - Adempimenti conseguenti. - Verifica periodica (semestrale). - Esame casi di eventuale deroga. - Adempimenti e relazioni con "Garante" nazionale privacy. - Implementazione del "Percorso Privacy" nella ASL FG, attraverso cicli periodici di formazione in house, differenziati per Aree/Servizi/Strutture e rivolto a tutto il personale.	X X X	X X X	X X X	X X X	X X X X X X

Obiettivi ed Azioni Positive	Indicatori di Verifica	Livelli Essenziali di Assistenza Coinvolti				Altri
		Prevenzione	Territoriale		Ospedaliero	Integrazione e/o supporto
			Sanitario	Sociosanitario		
6.H1 -Procedimenti espletamento gare						
Le strutture competenti dovranno assicurare e garantire che prima della scadenza dei contratti saranno portate a compimento le gare per la fornitura di beni e servizi.	Adempimenti conseguenti	X	X	X	X	X
	Predisposizione cronoprogramma di realizzazione.					X
	Previsione della funzione di controllo civico all'interno dei capitolati d'appalto § 6.B1					
6.I1- Tenuta ed aggiornamento inventari						
Continuo aggiornamento e tenuta dei registri inventariali dei beni mobili.	Formazione nuovi inventari, entro il 31/12/2010 in sostituzione di quelli assemblati delle ex AUSL.					X
	Adempimenti conseguenti, consistenti nella rilevazione dei beni aziendali e iscrizioni al libro cespiti delle scritture patrimoniali (entro il 30/06/2010).					X
	Partecipazione dei cittadini secondo il Piano della Salute Regione Puglia 2008-10, paragrafo 5/3.1					

III. 1 - L'organizzazione ed i metodi

Perché sia effettiva l'aspettativa dei migliori esiti possibili, rivenibili dalla pianificazione delle azioni e dalla programmazione delle attività aziendali, è necessario ripensare la complessiva architettura organizzativa aziendale, nonché la connessa articolazione degli "uffici" dirigenziali e delle responsabilità di azioni e di attività.

La Direzione Generale dell'Azienda vuole privilegiare ed applicare un modello di finalizzazione dell'organizzazione all'intero processo operativo (organizzazione che privilegia l'attività e gli esiti di questo), gradualmente superando quello che prospetta una organizzazione che fonda l'interesse sul miglior risultato conseguibile dallo specifico settore operativo (organizzazione "settoriale"), che non sarebbe utile per affrontare globalmente i problemi ed i bisogni di salute di una moltitudine di persone, quale è la popolazione, stabile ed occasionale (vacanziera, etc...), dell'ambito territoriale della ASL FG.

La scelta operata è, quindi, verso una organizzazione per "processi operativi", ossia per azioni complete, anche se, per il tempo necessario all'acquisizione della "cultura" gestionale innovanda, sarà necessario procedere con la, già prospettata, gradualità.

La riprogettazione dell'organizzazione aziendale e dell'articolazione delle "responsabilità" operative sarà, infine, funzionale alla applicazione dei programmi di attività e di intervento corrispondenti e/o coerenti con le azioni previste nel presente P.A.L., a tali fini utilizzando anche gli strumenti e le occasioni offerte dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale dipendente e del personale non a rapporto di impiego, quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, tutti attori dei processi di cura e assistenza e, specialmente, (com'è per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta) di governo continuo dei problemi di salute dei singoli Cittadini.

III 1.1 - La programmazione e la riorganizzazione delle attività' assistenziali

Orientare (e spostare) l'organizzazione fisica, dall'interesse al risultato della sola struttura operativa verso quello privilegiante i processi operativi (attività e prestazioni) realizzati, consente l'applicazione anche di una diversa e nuova metodica, che aggiunge alla gestione clinico - scientifica dei problemi di salute anche la responsabilità di guidare i diversi interventi di tutte le strutture sanitarie coinvolte, integrandoli verso il miglior risultato esprimibile dalla complessiva organizzazione aziendale, gestendo, così, l'intero processo ("modello divisionale" dell'organizzazione) finalizzato al bisogno di salute da soddisfare.

Il modello gestionale (delle attività assistenziali) che si intende realizzare è composto da un omogeneo insieme di Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.), progettati, approvati ed applicati come strumenti operativi di riferimento per predeterminate classi e tipologie di patologie: come (per es.) quelle ad elevata incidenza numerica (frequenza), ovvero a grado elevato di impegno assistenziale unitario, oppure che si riferiscono a fasce di età e di Utenti con particolare tipo di morbidità, o a maggior rischio, etc...

Dei P.A.C.A. approvati sarà formata una apposita "banca di processi e di dati", che saranno resi disponibili alla conoscenza di tutti attraverso il "portale aziendale della comunicazione".

Il coordinamento gestionale della applicazione dei P.A.C.A. è attribuito alle Strutture per la gestione delle cure primarie dei Distretti dell'Azienda, che, attraverso continue relazioni, dovranno garantire la uniformità applicativa ed il monitoraggio degli esiti su tutto il territorio aziendale, opportunamente relazionandosi con le Direzioni degli altri livelli essenziali, della prevenzione ed ospedaliera.

Funzionali e propedeutici alla realizzazione degli interventi nei P.A.C.A. sono la progettazione e la condivisione metodologica dei "protocolli diagnostico-terapeutici" e dei "percorsi diagnostico-terapeutici".

Per protocolli diagnostico-terapeutici si intendono le indicazioni di comportamento alle quali gli operatori sanitari possono far riferimento (e, quindi, sono soggetti ad una valutazione critica, caso per caso), tenendo cioè conto che ogni problema di salute ha una sua particolarità, che va valutata secondo scienza e coscienza professionale dagli operatori sanitari.

Il percorso diagnostico-terapeutico definisce la graduazione e successione di attività e prestazioni, nonché dei punti di offerta ai quali far riferimento per affrontare e, possibilmente, risolvere un determinato problema di salute. Come il "protocollo", il percorso diagnostico-terapeutico deve essere considerato come "modello di riferimento", che consente, comunque, in presenza di esigenze particolari, una diversa scelta dell'operatore. Anzi, le necessità ed esperienze di scostamento devono essere eviden-

ziate ai “gruppi” di progettazione dei percorsi e valutate ai fini della eventuale modifica, in miglioramento, degli stessi.

La Direzione Generale dell'ASL FG ritiene di rilievo strategico la piena collaborazione di tutti gli operatori e, pertanto, conferisce ruolo di puntuale direttiva, rivolta a tutti gli attori di processo, consistente nella necessità di pervenire alla concertazione e condivisione di protocolli terapeutici unici e di percorsi diagnostico-terapeutici coerenti ed applicati in ambiti di intervento predefiniti. Essi devono essere il frutto di esame scientifico – organizzativo e di scelte congiunte sulle migliori pratiche clinico - diagnostiche e di trattamento erogabili dalla “rete di servizi” aziendale e predisposti da “gruppi” (o commissioni) di progettazione, composti da:

- ✓ Medici Direttori e/o Dirigenti delle Cure Primarie,
- ✓ medici di medicina generale (o pediatri di libera scelta, quando occorra),
- ✓ specialisti Medici del Dipartimento di prevenzione, sanitari e Medici specialisti ambulatoriali, Medici ospedalieri e Medici specialisti dei servizi diagnostici interessati,
- ✓ operatori delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, ciascuno secondo la specifica competenza,
- ✓ farmacisti ed altri dirigenti sanitari dipendenti dell'Azienda,
- ✓ eventuali specialisti, anche universitari, di provata esperienza clinica nelle patologie interessate e nella gestione delle stesse,
- ✓ professionisti e/o dirigenti degli Enti Locali, quali assegnati alle funzioni di integrazione sanitario-sociale (per la parte di competenza).

L'obiettivo è di garantire che, a qualsiasi livello di intervento ed in qualsiasi parte del territorio dell'Azienda, ogni operatore sanitario affronti un determinato problema di salute secondo quanto già concordato, condiviso ed espresso con un linguaggio unico ed omogeneo in tutta l'Azienda. Il “linguaggio” da utilizzare deve essere il “migliore esprimibile”, nel periodo interessato, dalla complessiva organizzazione.

Il percorso diagnostico terapeutico è una parte dell'intero percorso di cura e di assistenza ed ha un ruolo significativo in quest'ultimo, in quanto è il risultato di un sub-processo di organizzazione delle attività e delle prestazioni sanitarie necessarie per risolvere uno stadio del problema di salute assunto “in carico”. Esso è tanto significativo che può richiedere la integrazione di interventi di più operatori e servizi assistenziali.

Per ulteriore aspetto, il percorso diagnostico-terapeutico può riferirsi ai gradi di intervento realizzabili in uno stesso livello (per esempio, l'Ospedale), pur se implicanti integrazioni di attività anche di diversi livelli essenziali di assistenza (per es. partecipazione del medico di medicina generale nel percorso di assistenza ospedaliera).

Sia i protocolli e sia i percorsi diagnostico-terapeutici, come già indicato, devono essere progettati ed intesi come “strumenti operativi di riferimento”, essendo rimessa alla valutazione responsabile degli operatori la necessità di operare “scostamenti” da quelli tipo (in relazione a specificità del caso), purché siano quelli più appropriati, secondo i dettami delle conoscenze scientifiche di cura e di assistenza.

L'indirizzo operativo è che, se la pratica clinica da applicare è derivata da apposite linee guida delle società scientifiche di ogni singola disciplina e, in maniera più adeguata, dai protocolli concertati e condivisi dagli attori di processo, il percorso diagnostico terapeutico ci dice anche come deve comportarsi la parte interessata di organizzazione aziendale, nel caso specifico e nell'ambito delle competenze di intervento che questa può offrire.

In questo senso la progettazione (concertazione e condivisione) del percorso diagnostico terapeutico deve intendersi come lo sviluppo degli interventi essenziali di cura della patologia e delle possibili complicanze della stessa, insieme alla definizione temporale delle attività necessarie, dei luoghi in cui devono essere rese e degli operatori chiamati a renderle: lo strumento da progettare deve essere utile per definire cosa si fa durante il percorso, chi lo fa, come, dove e quando farlo, utilizzando anche ulteriori risorse (e quali).

Invero, raramente un qualsiasi problema di salute può essere risolto con l'intervento di un solo livello essenziale di assistenza, inteso come area di offerta: ordinariamente, il primo livello interessato è quello di assistenza territoriale (comprese, anche le emergenze-urgenze) e cioè, la prima assunzione in carico del problema di salute è del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta; eventualmente, può passare a quello specialistico o polispecialistico territoriale, oppure al livello di assisten-

za ospedaliera, ma, sempre, il “case” deve ritornare all’attenzione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, che hanno stabilmente in “carico” la salute del Cittadino interessato.

In generale, la gestione di un problema di salute richiede l’integrazione di più livelli essenziali di assistenza, ovvero, di più gradi di intervento: per ognuno di questi, però, si deve realizzare un continuum di percorso diagnostico-terapeutico, cioè di utilizzo anche gli esiti del propedeutico percorso già seguito dal paziente. Non solo, ma i livelli di intervento necessari potrebbero non essere presenti nella ASL FG e la direttiva è che, in questi casi, devono essere individuati a monte, eventualmente contrattati e disciplinati, appositi rapporti o relazioni con i centri di offerta esterni verso i quali “orientare” il paziente. Tali rapporti sono regolati da appositi accordi contrattati preventivamente, mirati a garantire il massimo possibile di completezza del percorso di cura-assistenza, di qualità gestionale e percepita dei processi erogativi, nonché a realizzare la più oculata possibile allocazione di risorse, tanto da migliorare il governo economico dei processi operativi interessati, nell’ottica di una garanzia economicamente sostenibile delle attività programmate. Proprio per le necessità di completezza massima possibile, sui Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza e sugli strumenti applicativi degli stessi (Percorsi e Protocolli diagnostico-terapeutici) deve ricercarsi anche la condivisione degli altri soggetti erogatori, pubblici e privati, di assistenza sanitario-sociale, ove non fossero già stati coinvolti nella fase di progettazione anche in occasione dei “rapporti e relazioni” di cui al precedente accapo. Secondo quanto previsto dalla pianificazione sanitaria nazionale e regionale, la scelta operativa è quella di integrare i percorsi diagnostico-terapeutici con tutti i possibili soggetti erogatori e di rendere sequenziali gli interventi nell’ambito di quello generale ed unitario che si muove intorno al problema di salute, tanto da poter pervenire ad un percorso aziendale o interaziendale di cura ed assistenza.

La direttiva di progettare ed applicare i Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.) non corrisponde soltanto a criteri di razionalizzazione degli interventi sanitari e, quindi, ad obiettivi di maggiore economicità, ma, soprattutto, ai principi e codici etici di garanzia massima possibile della salute dei Cittadini, fatti già propri dalla pianificazione statale e regionale e, quindi, trasferiti in questa aziendale.

Il P.A.C.A. è un modello operativo che, nel prossimo triennio, deve essere prima sperimentato e poi applicato a regime e deve guidare la gestione del problema di salute di pazienti che presentano una stessa tipologia di malattia.

Il vantaggio per l’interesse pubblico, che la Direzione Generale dell’ASL FG attende dall’applicazione di percorsi assistenziali, è di migliorare continuamente linee di attività, utilizzando uno strumento gestibile dinamicamente e che consenta di mirare a migliori risultati ottenibili dalla applicazione di una metodologia condivisa di lavoro programmato ed integrato.

La funzione di garanzia della continuità di un percorso individuale assistenziale deve essere affidata all’operatore sanitario che più di ogni altro ha ruolo determinante nel processo. Invero (e come si è già detto), il primo contatto della Persona ammalata è con il proprio medico di medicina generale, che approccia il problema secondo le sue possibilità di intervento e può risolverlo direttamente o può avviare il Paziente presso un secondo livello di intervento che dispone di maggiori possibilità diagnostico-terapeutiche, seguendolo durante questa transizione. Tale secondo livello può essere costituito da Strutture specialistiche o polispecialistiche territoriali: il problema di salute può essere positivamente risolto ed il Paziente può essere rinviato alla attenzione del medico di medicina generale, che lo ha sempre in carico, oppure può essere avviato al livello successivo per il trattamento (eventuale) di competenza. Questo livello può essere (per esempio) quello ospedaliero: anche qui il problema può essere risolto positivamente, allora il Paziente torna all’attenzione del proprio medico di medicina generale (che deve rimanere in relazione con i medici ospedalieri), oppure può non risolversi (con la conseguenza che il Paziente potrebbe non essere sopravvissuto) o, ancora, il problema di salute potrebbe essere stato risolto per una parte e potrebbe essere necessario avviare il Paziente ad un trattamento riabilitativo o di cure per stati di cronicità: anche in quest’ultimo caso la decisione viene presa d’intesa, tra medico di medicina generale, medici ospedalieri e medici o dirigenti sanitari del centro di riabilitazione o per trattamenti a stati di cronicità. Dopo questo livello di intervento assistenziale, il Paziente ritorna al medico di medicina generale che ha avviato il percorso.

Insomma, nella gestione del P.A.C.A., il sistema attribuisce la continuità del carico del Paziente al suo MMG o PLS, che assumono, per il proprio assistito, la funzione del “case manager”.

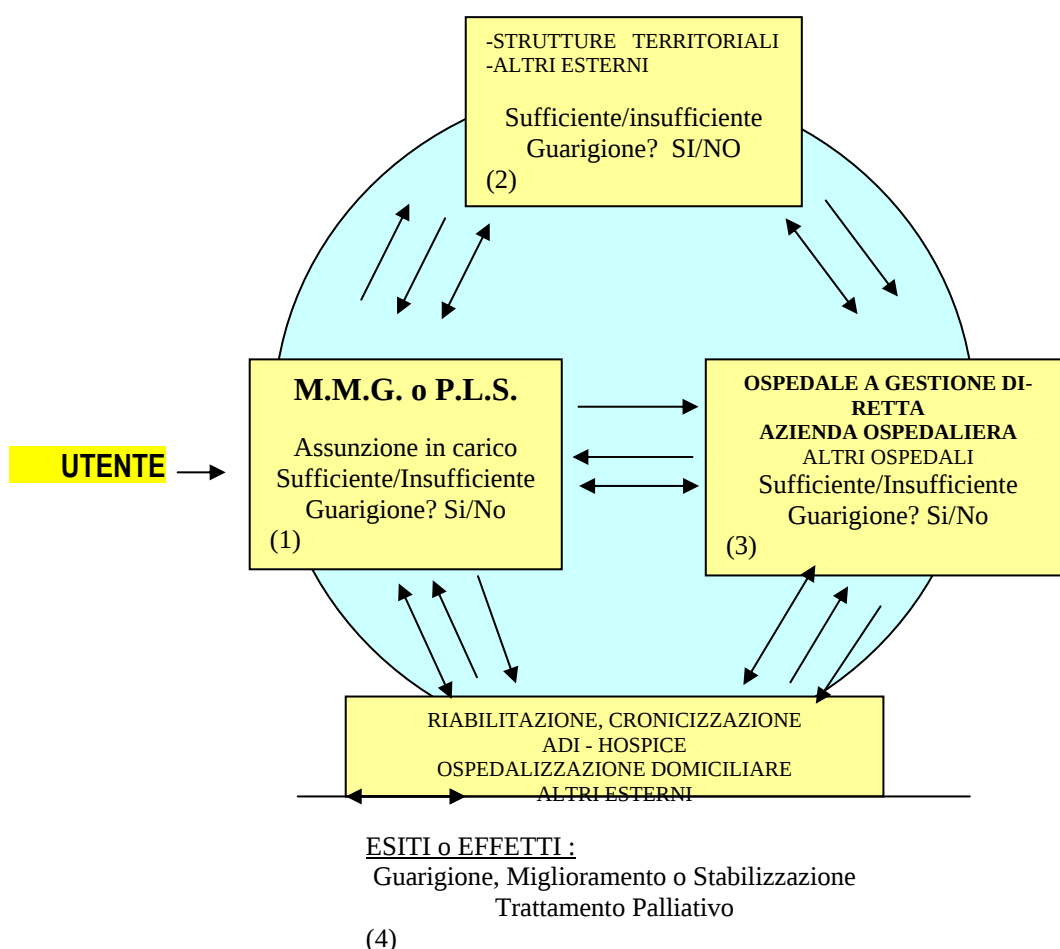
E’ chiaro che non è detto che il Paziente debba seguire tutte le tappe del percorso, in quanto, o direttamente il medico di medicina generale, piuttosto che un dirigente medico o sanitario dei livelli di intervento intermedi del ciclo (reinvestendo la “assunzione in carico” del medico di medicina generale, ossia la informazione e il consenso di questi) possono propendere di avviarlo direttamente al livello ri-

tenuto più appropriato per il caso (ad esempio, direttamente ad un ospedale, oppure ad un centro di riabilitazione, se questo non è direttamente usufruibile nella stessa struttura che sta realizzando la parte di percorso diagnostico-terapeutico di prima competenza).

Il processo che si applica consente di raggiungere, al meglio possibile, più di un risultato:

1. agevola l'Utente, orientandolo verso il trattamento più appropriato per la soluzione del problema di salute;
2. evita duplicazioni di interventi dello stesso tipo, elimina quelli inutili o superflui, sia diagnostici e sia terapeutici, con gli effetti di:
 - a) limitare i "rischi" connessi alla "moltiplicazione" ingiustificata di indagini diagnostiche;
 - b) garantire massima appropriatezza alle prescrizioni terapeutiche, dando un contributo, così, alla politica di riduzione della tutela farmacologica, dei tempi di attesa ed alla riduzione dei costi di intervento e favorendo, altresì, le politiche di reinvestimento di conseguenti economie o, perlomeno, di più oculata allocazione di risorse (maggiore efficacia allocativa di queste);
 - c) consente al "sistema" aziendale di non perdere "traccia" del Paziente e, più ancora, di avere il monitoraggio degli "esiti" dei complessivi interventi applicati intorno al problema di salute trattato;
3. Utilizza ed integra anche protocolli, risultati e percorsi diagnostico-terapeutici dei processi di screening per l'applicazione dei Piani aziendali della prevenzione delle malattie.

PERCORSO DI CURA E DI ASSISTENZA



PERCORSO DI PROCESSO

RELAZIONI

1-2-4: costituiscono, anche, funzioni di integrazione e continuità assistenziale di CURE PRIMARIE

Le relazioni e le azioni (che nel sistema aziendale si realizzano) sono, per il percorso di cura ed assistenza, sia di "interesse progettuale" (a monte), sia di tipo "applicativo-gestionale".

Quelle del primo tipo, oltre alla concertazione e alla condivisione dei protocolli e dei percorsi diagnostico-terapeutici, riguardano anche la partecipazione diretta degli attori di processo:

- nella formazione di prontuari terapeutici (farmaci) e dei dispositivi medico-chirurgici, di riferimento per “tutti” i medici prescrittori dell’Azienda (Prontuari Terapeutici Aziendali - PTA);
- alla definizione di metodiche e di stili della “comunicazione” con i Pazienti e con i loro familiari ed alla necessaria e dedicata formazione scientifico – gestionale degli operatori coinvolti.

In fase di applicazione e gestione del processo, i soggetti attori applicano tutte le tecniche e scelte necessarie alla realizzazione del principio della condivisione del trattamento e del problema di salute affidato (in carico) a loro, secondo le migliori conoscenze ottenibili con le evidenze scientifiche conosciute dal gruppo di operatori (rappresentativo di tutto il Know how “disponibile” di pertinenza).

Tutte le fasi di processo sono oggetto di continuo monitoraggio e verifica, al fine di valutare ogni ipotesi di cambiamento finalizzato al miglioramento della qualità totale del processo stesso e, soprattutto, degli esiti di salute fatti conseguire.

Gli scostamenti che dovessero essere necessari in corso di applicazione possono significare o nuovi comportamenti connessi a sopravvenute complicanze cliniche, oppure “opportunità” di intervenire per migliorare, investendone, come già precisato, dell’esame l’apposito gruppo di percorso.

Il governo clinico-gestionale della classe di malattia, pertanto, lo detiene il Gruppo dei professionisti (o delle professionalità) attori del processo. Il Gruppo Operativo di Percorso (G.O.P.) svolge la funzione di “disease management” ed è coordinato da un responsabile di processo, appositamente incaricato dalla Direzione Generale dell’Azienda.

Dovendosi raggiungere risultati di condivisione nella progettazione di protocolli e percorsi, il Gruppo deve operare in modo da garantire la evidenziazione e l’esame della opinione di tutti i partecipanti (categorie di professionisti, attori di processo) e la tecnica che la Direzione Generale dell’Azienda suggerisce, ai fini della formazione di scelte-decisioni condivise, è quella (molto semplice) dei “gruppi nominali”; essa si realizza con le seguenti modalità:

- a) posto l’argomento, ognuno può rendere una proposta, sia per gli aspetti clinico- scientifici e sia per gli aspetti gestionali;
- b) riunite le proposte, il Gruppo valuta le stesse e procede, attraverso una selezione (per eliminazione, in successione continua, di quelle ritenute meno complete o meno valide), alla scelta della soluzione migliore, che può anche essere composta dalla integrazione di elementi contenuti in più di una delle proposte presentate;
- c) la soluzione definitiva rappresenta, effettivamente, il frutto della partecipazione di tutti e risulta patrimonio assistenziale/gestionale di tutto il Gruppo e, quindi, unanimemente condivisa.

La Direzione Generale dell’Azienda opererà per ricercare ogni forma di facilitazione della piena e leale collaborazione con, e all’interno, di ciascun gruppo.

L’insieme dei protocolli e dei percorsi definiti diventa patrimonio, scientifico e gestionale, che la Direzione Generale, continuamente, rende disponibili ad Operatori ed Utenti, attraverso la costituzione della citata banca dei dati e dei processi operativi e la realizzazione di una rete (informatica) di comunicazione a cui possono avere accesso gli operatori interessati (attori di processo), con tutte le garanzie di tutela della privacy degli Assistiti.

III. 2 - Il processo della qualità

E’ finalizzato a garantire sicurezza, trasparenza e tutela all’utenza esterna ed agli operatori interni, in riferimento alla buona organizzazione ed alla sicurezza delle Strutture aziendali e dei processi che vi si svolgono. La realizzazione di esso consentirà anche di dare spazio a metodologie e tecniche di valutazione/miglioramento di varie finalizzazioni e specie, ivi comprese le qualità tipicamente professionali.

Sono obiettivi di rilievo per la Direzione Generale:

- ✓ facilitare e migliorare l’erogazione delle prestazioni nei Percorsi Aziendali di Cura e di Assistenza (P.A.C.A), mediante la predisposizione, l’applicazione e la verifica dei processi;
- ✓ garantire l’attenzione dell’Azienda (nel suo complesso) all’utenza, alla sua soddisfazione e al risultato finale dell’assistenza anche attraverso il miglioramento continuo delle pratiche cliniche e diagnostiche;
- ✓ rivolgere particolare attenzione alla formazione ed applicazione di programmi di miglioramento della qualità tecnologica e di quella di accoglienza-disponibilità;
- ✓ garantire una gestione nel rispetto di principi di legalità, nonché di sicurezza dell’ambiente in cui vengono erogate le cure;

- ✓ applicare la migliore appropriatezza allocativa delle risorse e conseguire i migliori esiti assistenziali possibili con il minor (sostenibile) impegno economico.

Le linee guida da utilizzare (per tutte le articolazioni aziendali) per intraprendere il cammino che porterà gradualmente a gestire “in qualità” i processi erogativi (gli schemi e le Check list di verifica saranno proposti a cura del responsabile aziendale per la qualità) riguarderanno:

1. Gli atti direzionali – Ogni articolazione (Dipartimento, Distretto, Presidio ospedaliero, etc..) deve proporre, in un documento/programma di attività (predisposto con il contributo del personale direttamente coinvolto, delle indicazioni provenienti da associazioni/comitati dei cittadini e dei suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti), gli obiettivi pertinenti e/o specifici di qualità che intende raggiungere (ivi compresa la identificazione delle responsabilità per la attuazione degli stessi), sia per quanto concerne la propria evoluzione organizzativa e sia per gli interventi, la quantità e la qualità delle prestazioni e dei servizi da erogare, in linea con la pianificazione e la legislazione vigenti dei livelli istituzionali sovra-ziendali e con gli indirizzi della Direzione Aziendale (PAL – PAT – Obiettivi generali ecc...). Gli obiettivi operativi sono comunque da ricomprendersi in quelli del più complessivo processo direzionale dell'Azienda, anzi devono comunque essere ricompresi in quelli di:

- > valutazione dei bisogni e della domanda e previsione della evoluzione degli stessi;
- > soddisfacimento dell'utenza in conformità alla priorità dei bisogni, alle norme, all'etica professionale, alle possibilità aziendali (nel senso del massimo interesse del cittadino e, nel contempo, dell'Azienda);
- > continuo miglioramento tecnico-scientifico delle attività;
- > attenzione ai requisiti per la tutela dell'ambiente di vita e di lavoro;
- > efficacia ed efficienza nella erogazione delle prestazioni e nel rendimento delle attività.

I risultati degli obiettivi di qualità dovranno essere: misurabili, assoggettati a scadenze, essere articolati nel tempo, diffusi a tutto il personale e sottoposti a valutazione periodica.

2.. Il programma operativo – Per garantire il conseguimento degli obiettivi di qualità, le Direzioni di articolazioni e di attività dovranno esplicitare nel documento la propria organizzazione interna ed il piano delle attività:

- > organigramma con annessa definizione delle responsabilità relative alle diverse funzioni;
- > tipologia e volume delle attività previste con il relativo piano organizzativo, individuando esplicitamente anche i processi operativi e le risorse con cui si vogliono (si possono) realizzare, ossia: le fasi con cui si sviluppano le attività (coerenti con la metodica operativa scelta dall'Azienda); le modalità di integrazione e di rendimento delle attività, le scadenze e gli strumenti (indicatori) per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi;
- > definizione del numero e della tipologia delle diverse figure professionali da utilizzare, delle risorse materiali e strumentali;
- > metodologia di informazione/coinvolgimento del personale della Struttura circa la programmazione operativa, avendo particolare cura di rendere disponibili le informazioni, quando e dove servono, per favorire l'integrazione multidisciplinare e dei servizi (finalizzata alla realizzazione dei P.A.C.A. e dell'assistenza globale alle persone).

3. Le Attrezzature – L'individuazione e la gestione delle attrezzature (apparecchiature biomediche, informatiche, altre attrezzature rilevanti) ha un impatto forte sulla qualità dei servizi da erogare; pertanto i Direttori di Struttura, ciascuno per le proprie competenze, dovranno provvedere a:

- > Proporre in modo documentato la programmazione degli acquisti tenendo conto dei reali bisogni, dell'evoluzione delle tipologie dei servizi, dell'obsolescenza, delle tecnologie e delle metodiche, della coerenza con il programma operativo di attività della struttura, dei benefici attesi in funzione dei costi da sostenere, dell'efficienza e della utilità delle apparecchiature (es. è impensabile acquistare una sofisticata attrezzatura per farla funzionare solo poche ore al giorno).
- > Proporre le necessità di formazione del personale all'utilizzo delle attrezzature e delle pratiche cliniche;
- > Proporre i livelli di utilizzo dei programmi relativi alle problematiche di sicurezza che la nuova acquisizione introduce.

4. Il Sistema Informativo/informatizzato – Dovrà essere in grado di garantire adeguate informazioni ed efficaci relazioni fra i diversi soggetti istituzionali (sanitari e sociali) che costituiscono il “Sistema di rete”, ma anche di sviluppare una condivisione di dati ed occasioni di conoscenze degli esiti assistenziali tra operatori, tra questi e gli utenti con le loro famiglie, coinvolgendoli in un'azione comune di promozione e di tutela della salute: più puntualmente, è trattato nei successivi paragrafi III.6.1/6.2/6.3.

Il Sistema Informativo (in quanto “processo comunicativo”) dovrà, innanzitutto, gestire le informazioni, all'esterno e all'interno (documenti e dati), in modo ciclico, programmato e verificato attraverso:

> La gestione, il controllo, la distribuzione e la conservazione della documentazione e/o dei dati relativamente alle specifiche attività, dalla esplicitazione chiara degli obiettivi al piano delle attività, alle linee guida e protocolli (organizzativi e clinici), ai dati di attività, ai risultati delle verifiche, ai piani di miglioramento, ecc...;

> La gestione dei dati finalizzata alla raccolta; elaborazione ed archiviazione dei dati di processo e di esiti, con la realizzazione di una “area comune” di dati accessibili (per esempio) agli operatori delle attività aggregate nei vari dipartimenti; fornire il ritorno informativo necessario per le valutazioni di competenza;

> rispondere al debito informativo verso la Direzione Generale, la Regione e lo Stato.

5. Le Buone Pratiche – rappresentano strumenti con cui si rende visibile a quanto al meglio è stato realizzato, in termini di responsabilità e di modalità operative finalizzate al corretto svolgimento delle attività, documentando chiaramente “*chi fa cosa e come*”.

6. La Verifica dei risultati - dovrà essere periodica e documentata la verifica (individuando chi, come e quando e a fronte di quali dati ed informazioni oggettive) del grado di:

- ✓ Conoscenza e condivisione di politiche ed obiettivi ed azioni corrispondenti;
- ✓ Raggiungimento degli obiettivi operativi programmati;
- ✓ Applicazione delle modalità operative previste;
- ✓ Adeguatezza delle risorse ;
- ✓ soddisfazione dell'utenza;
- ✓ soddisfazione del personale.

7. Il Miglioramento – costituisce un sub processo di progettazione ed applicazione di attività ed interventi, nonché conseguenze di verifica finalizzata ad orientare eventuali nuove scelte, come meglio descritto nel seguente sub paragrafo, considerando che la qualità delle attività e dei servizi erogati è misurata dal grado di soddisfazione, degli utenti e degli operatori interni, attraverso periodiche iniziative di “Analisi partecipata” della qualità (A.P.Q.).

III. 2.1 - La tecnica di miglioramento continuo della qualità

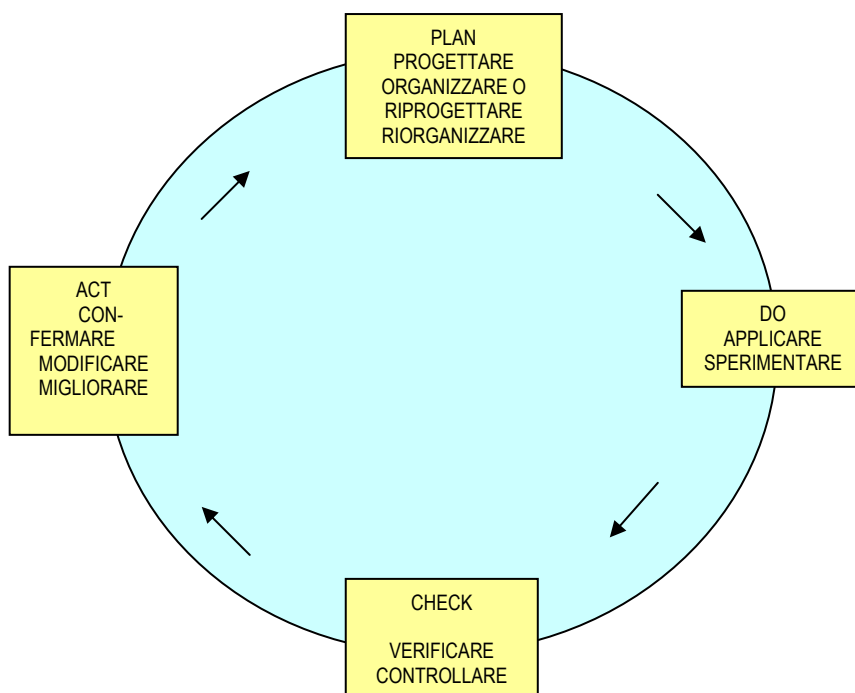
Direttiva generale da applicarsi alla gestione e allo sviluppo di tutti i processi operativi, è la tecnica di miglioramento continuo della qualità secondo il ciclo rappresentato dalla “ruota” di Deming, che ha trovato applicazione diffusa nella progettazione di modelli di organizzazione e di analisi degli esiti delle attività.

Nella pratica applicazione, la metodica fonda su una serie di interventi coincidenti con il ciclo di processo, che, dopo il completamento, si ripete, per confermare i buoni risultati o per introdurre le azioni migliorative suggerite dall'ultima analisi compiuta. Successivamente si rideterminano gli obiettivi, le azioni applicative e gli indicatori di verifica dei risultati attesi.

Il modello contempla le seguenti fasi:

- Progettazione del processo operativo e degli obiettivi, con la determinazione delle azioni da rendere e degli indicatori utili alla verifica della performance e/o dei risultati (PLAN);
- Applicazione del processo progettato (DO);
- Verifica dei risultati conseguiti (CHECK);
- Conferma o modifica del processo, anche attraverso l'introduzione di significativi correttivi (ACT).

Il ciclo P.D.C.A. (PLAN, DO, CHECK, ACT) è così rappresentabile:
(ciclo P.D.C.A. o ruota DI DEMING)



La descritta tecnica monitorizza le sequenze spaziali e temporali che interessano il processo, consentendo, attraverso l'osservazione diretta di coloro che vigilano sugli effetti del rinnovato modello delle attività e dell'organizzazione (cioè, prima di tutti, gli operatori o attori dei processi sotto osservazione), l'individuazione del grado di validità delle pratiche applicate, oppure degli scostamenti dal processo progettato (modello di riferimento), delle scelte da operare per la convalida o per la modifica del processo, nonché per la eventuale eliminazione degli aspetti negativi che possono aver provocato rallentamenti e duplicazioni di attività od interventi (l'aspettativa, invero, è sempre quella di migliorare il processo).

Dal risultato della verifica e dal ripensamento delle azioni da applicare, si conferma o si riprogetta il Piano di interventi.

In effetti, il continuo "ripensamento" del modello, anche se già applicato, migliora lo stesso e sempre più lo adatta alle nuove esperienze ed esigenze dell'attività da garantire, con evidente percezione, da parte dell'Utente, di un crescendo di più elevata qualità dell'esito finale: effetto della logica di "catena del valore", che, (per esempio) nel caso di miglioramento di un percorso di cura ed assistenza, sarà facilmente e favorevolmente accettato da chi ne è destinatario.

Gli indicatori o parametri da individuare, contestualmente alla fase di programmazione (PLAN), devono essere coerenti con gli obiettivi di incremento di "valore dell'assistenza" ed essere rapportati ad attività anche integrate e progettate con riferimento ai tempi di rendimento ed alle risorse assegnate, nonché confrontabili con i risultati di eventuali altre esperienze, realizzate anche in ambito extraaziendale, purché obiettivamente omogenee, per finalità e caratteristiche.

L'organizzazione delle attività deve, pertanto, essere "misurata" in maniera coerente con le valutazioni da applicare ai processi operativi di assistenza e cura che devono essere supportati come finalità predefinite.

Il metodo può essere applicato per il miglioramento della qualità tecnica, nonché di quella organizzativa delle attività, piuttosto che della qualità alberghiera o per migliorare il livello di accesso o di fruibilità delle prestazioni cura ed assistenza, anche sulla base del grado di soddisfazione percepita dagli utenti, misurabile attraverso gli strumenti (A.P.Q.) e gli indicatori della metodologia di audit civico che la Direzione Aziendale vuole che venga applicata a regime continuativo, ai fini della partecipazione attiva della cittadinanza sia alla fruizione e sia alla valutazione del migliore livello possibile di qualità totale delle stesse attività di cura ed assistenza.

III. 3 - L'organizzazione dipartimentale delle attività

Come previsto dall'art. 40 dell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento dell'Azienda l'organizzazione dipartimentale costituisce modello ordinario di gestione e strumento operativo di aggregazione e di integrazione di:

- ✓ attività assistenziali, sanitarie e socio sanitarie, poiché accomuna risorse e conoscenze scientifiche, destinandole o finalizzandole ad ottenere il prodotto assistenziale più efficace possibile, nonché a relazionare i processi erogativi delle Strutture, uniformandone le metodiche operative, al fine di ottenere anche il massimo possibile di miglioramento economico nella gestione degli stessi;
- ✓ di attività gestionali professionali – tecnico - amministrative, strategiche ed operative o di Livelli Essenziali di Assistenza, poiché si realizza il supporto necessario a garantire l'organizzazione, la gestione ed il potenziamento organizzativo della parte (dipartimentale) di aggregazioni delle attività sanitarie; ciò sia per gli aspetti dei riflessi esterni di queste e sia per le necessità interne funzionali al sostenimento dei processi erogativi di assistenza.

Partendo da un' effettiva analisi e verifica dello stato dell'arte della organizzazione dipartimentale corrente (attuale) e nel rispetto delle relazioni sindacali e dei rapporti con le Organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato in sanità, sarà rivisto il modello dipartimentale dell'Azienda per renderlo coerente con quello rinnovando della organizzazione generale e con i nuovi metodi gestionali delle attività aziendali.

Preliminarmente, la Struttura complessa aziendale per la Pianificazione procederà alla progettazione del Piano Aziendale dei Dipartimenti, articolato sia per le relazioni/integrazioni sanitario-sociali dei tre livelli essenziali di assistenza e sia per le attività strategiche ed operative di gestione tecnico-amministrativa; cioè, contemplando le necessità di aggregazione dipartimentale sia delle attività centralizzate e sia di quelle territoriali e/o ospedaliere. La prima delle due (articolazione di aggregazioni dipartimentali di attività sanitarie) sarà proposta dal Direttore Sanitario Aziendale, previa consultazione con le Direzioni operative delle strutture e/o delle attività sanitario- sociali, mentre le proposte di articolazione-aggregazione di attività tecnico amministrative sarà formulata dal Direttore Amministrativo Aziendale. La complessiva proposta di Piano è sottoposta al parere del Collegio di Direzione dell'Azienda prima che venga avviata la fase di informativa-concertazione di cui al successivo accapo.

Definite le proposte e garantite le relazioni sindacali (per la "Rappresentanza" di questa), il progetto unitario di dipartimentalizzazione sarà avviato all'esame della Conferenza dei Sindaci dei Comuni dell'Azienda, al Collegio Sindacale dell'Azienda, alle Organizzazioni degli utenti e del Volontariato in sanità e, per quanto riguarda i Dipartimenti ad attività integrata, al Magnifico Rettore della Università degli Studi di Foggia, per acquisirne preventivi pareri.

L'Azienda è già parte di Dipartimenti interaziendali per attività di assistenza, ma, secondo le opportunità, continuerà a proporre la realizzazione e/o partecipare agli stessi (perché anche attraverso questi modelli operativi possa garantirsi la copertura di quei bisogni assistenziali che non possono essere garantiti dalla potenzialità di offerta aziendale), con misure e con modalità predefinite e precontrattate dagli Organi ed Organizzazioni di governo delle strutture o Istituti relazionati, in conformità ai principi già stabiliti dalla Giunta regionale, con propria deliberazione del 08.05.2001 n. 681, ovvero secondo quanto sarà ulteriormente (o diversamente) stabilito dalla stessa.

Le forme di aggregazioni/integrazione devono consentire:

- a) di costituire organizzazioni dipartimentali interessate dalle attività di strutture operative anche fisicamente distinte tra loro, come nel caso della dipartimentalizzazione di attività tra ospedali e territorio (dipartimenti transmurali), oppure di Presidi della citata dipartimentalizzazione interaziendale;
- b) di facilitare la disponibilità all'accettazione della nuova organizzazione da parte dei Dirigenti, salvaguardandone l'autonomia professionale/operativa, ma finalizzandone le attività ed azioni verso obiettivi comuni;
- c) la possibilità di realizzare dipartimenti che aggregino le attività di competenza anche di Istituzioni diverse, come è , per esempio il Dipartimento per le cure primarie e/o per le funzioni sanitario-sociali, che interessa i Distretti Sanitario-Sociali dell'Azienda e gli Enti locali dei corrispondenti ambiti territoriali;
- d) l'utilizzo comune, nei processi assistenziali aggregati ed integrati, di risorse sia fisiche e sia intellettuali, di dati, percorsi e protocolli, attraverso una "area comune di dati e percorsi" il cui accesso deve essere reso disponibile da una adeguata rete informatica a tutte le strutture che aggregano le attività nel dipartimento, fatte salve le misure di garanzia e protezione di dati sensibili, con la possibilità di con-

dividere regole di comportamento assistenziale, etico, e (nel caso di coinvolgimento della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi) possibilità di formazione, di didattica e di ricerca;

e) la facilitazione di accesso dei cittadini alla più ampia, possibile, rete di offerta appropriata alle necessità.

L'avvio della nuova organizzazione dipartimentale Aziendale dovrà essere preceduta da una regolamentazione di principi comuni a tutti i Dipartimenti, in linea con quanto già stabilito dall'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento. La stessa regolamentazione prevederà, per i Dipartimenti Aziendali, due livelli di direzione costituiti da:

1) Direttore di Dipartimento : a cui sono affidate le funzioni di direzione gestionale e dell'organizzazione del Dipartimento , mentre le direzioni delle azioni e delle attività restano imputate ai Direttori delle articolazioni (strutture od attività) aziendali interessate nel Dipartimento; i Direttori dei Dipartimenti sono componenti di diritto del Collegio di Direzione dell'Azienda.

2) Comitato di Dipartimento : organismo collegiale rappresentativo di tutte le strutture che aggregano le proprie attività e che ha funzioni di programmazione interna delle stesse e di definizione di linee operative per la gestione delle medesime, tenendo conto di quanto previsto sia dai Percorsi e Protocolli diagnostico-terapeutici e sia dai Percorsi Aziendali di Cura e di Assistenza. Per i dipartimenti aggreganti attività gestionali tecnico-amministrative, parimenti, il Comitato di dipartimento definirà linee operative da applicarsi nei procedimenti, tenendo conto che devono conseguirsi risultati compiuti (completi) .

Sarà compito dei processi direzionali (da implementare nell'Azienda) definire le modalità di allocazione delle risorse, di attribuzione degli obiettivi, di assegnazione delle azioni positive e definizione delle attività per realizzarli e degli indicatori di verifica per valutare gli esiti delle attività aggregate nei singoli Dipartimenti.

III. 4 - Tempi e liste di attesa

Quello della riduzione dei tempi (e delle liste) di attesa costituisce uno degli obiettivi prioritari della legislazione e pianificazione, statale e regionale, rispondendo sia al principio etico di equità degli accessi alle occasioni di assistenza e sia a quello di qualità degli esiti di qualsiasi attività, azione e prestazione. Il problema deve essere affrontato secondo una diversificazione, per priorità, di bisogno di assistenza sanitaria (diagnostica o terapeutica) e cioè attivare un metodo secondo il quale l'utente sia (anche attraverso una puntuale educazione svolta dal "sistema" Azienda e, prima di tutti, dai M.M.G. e P.L.S.) avviato ad una "attesa" che può prevedere anche tempi differenti di accesso, in relazione alle possibili conseguenze che, per il suo problema di salute, può avere un "ritardo od una accelerazione" del trattamento sanitario da egli chiesto.

Uno degli strumenti principali di informazione sul metodo e di "educazione" degli utenti è costituito da apposito capitolo da prevedere nella Carta dei Servizi dell'Azienda. Costituisce, invece, garanzia di equità di accesso il completamento della realizzazione del sistema unico di prenotazione, articolato in rete su tutto il territorio della Provincia di Foggia e coinvolgente sia l'offerta delle strutture a gestione diretta dell'ASL, sia dell'IRCCS di San Giovanni Rotondo, sia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia e sia degli altri soggetti privati accreditati.

Il modello metodologico che si vuole attivare fonda sulla diversificata considerazione delle priorità ed urgenze - gravità di intervento, connesse alle domande di prestazioni. La gestione delle liste d'attesa già attivata nell'Azienda ha tenuto prevalentemente conto dell'ordine temporale (o cronologico) di prenotazione degli utenti e della formazione di liste uniche d' attesa, pur contemplando accessi rapidi per le esigenze connesse a stati acuti-urgenti.

Si considera subito che tale sistema, non solo risulta "inappropriato" perché non contiene nessun criterio, predeterminato e condiviso da tutti i prescrittori che possa selezionare obiettivamente il numero di accessi (indistinti), ma neanche "etico" rispettoso di principi di legalità, in quanto potrebbe privilegiare (solo perché temporalmente prenotata prima) una prestazione non immediatamente necessaria (per esempio di routine in un processo di indagine preventiva periodica) ad una che sarebbe più urgente, perché connessa a "dubbio" diagnostico per patologia ad elevato rischio degenerativo (oltre alle ipotesi di urgenze sopra richiamate).

L'occasione per progettare il nuovo metodo è data proprio dal processo di formazione dei Percorsi di Cura ed Assistenza. E' nel corso delle scelte condivise (dai vari "gruppi di percorso") per la formazione dei protocolli e dei percorsi, che può raggiungersi l'intesa per disciplinare (ai fini dei tempi d'attesa) che le articolazioni del Sistema Unico di Prenotazione, provvedano a formare più di una lista, in relazione alle citate priorità e gravità che sono indicate dai medici prescrittori (almeno quelli

dell'Azienda e della "rete" di cui è parte) secondo quanto concordato e condiviso proprio in occasione della progettazione e formazione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici. La nuova impostazione ha possibilità di successo dipendente, in larga parte, dall'efficacia e continuità dell'azione di "educazione" agli accessi alle prestazioni sanitarie, che i citati medici prescrittori realizzeranno nei confronti (verso) gli utenti. Perché questa azione di "educazione" possa essere foriera di comportamenti consenzienti da parte di questi, è necessario definire, comunque, dei tempi massimi entro i quali rendere anche le prestazioni incluse nelle liste di "non urgenza e gravità" dei casi.

E' a questo punto che deve essere esaminata la possibilità di adeguare la "offerta" che l'intera rete aziendale può garantire. Di massima, sarebbero utilizzabili più soluzioni:

a) assegnare ad una parte di articolazioni della rete di offerta (preferibilmente per area territoriale) il compito di soddisfare le prestazioni "non urgenti" e non connesse a "gravità" di casi, mentre altri punti di offerta (e, primi, quelli aziendali a maggiore dotazione di risorse) sono deputati a soddisfare le liste "di priorità" d'accesso e di gravità-urgenza;

b) prevedere, per questi, il vincolo di "apertura di attività" (dei servizi) aziendali per non meno di dodici ore giornaliere continuative (secondo il bisogno effettivo), opportunamente articolando gli orari di lavoro del personale, tanto che si eviti una (non giustificabile) concentrazione di operatori in alcune ore diurne (per es. quelle mattutine) e si eliminino i "tempi morti o di non attività effettiva".

A tali ultimi fini, costituisce puntuale direttiva utilizzare al massimo l'impegno del personale, per cui, ove (ordinariamente, nello stesso ambito cittadino) fosse necessario, si dovrà procedere a diversa assegnazione (logistica e di presidio) di articolazione operativa del personale, previo (ovviamente) rispetto delle relazioni sindacali e tenendo conto della qualificazione professionale di ciascun operatore. Deve tenersi, cioè, conto del fondamentale principio, costituente anche interesse pubblico, secondo il quale l'operato di ognuno deve essere funzionale al perseguimento degli obiettivi dell'Azienda, essendo altresì chiaro che l'assunzione di personale (salvo casi specifici) avviene nella funzione o qualifica o profilo e non nel "posto".

Solo dopo la verifica dello stato dell'organizzazione del lavoro ed applicazione di tutti questi presupposti, ove vi siano necessità prestazionali residue, può essere attivato l'istituto di "prestazioni aggiuntive", che deve contemplare solo il rendimento di prestazioni effettive e quantificabili e non meri prolungamenti dell'orario di lavoro, secondo quanto previsto dai CC.CC.NN.LL.: a questi ultimi fini, costituisce vincolo di comportamento, per tutte le articolazioni aziendali, il divieto di impiegare in prestazioni aggiuntive tutti quegli operatori (compresi i Direttori di struttura) che, nel normale orario di lavoro, non siano costantemente e direttamente (cioè con frequenza ordinaria individuale) impegnati a rendere prestazioni dello stesso tipo di quelli da rendere negli orari e/o quote (prestazionali) aggiuntivi. Quest'ultimo vincolo costituisce direttiva specifica del Direttore Generale, con tutte le conseguenze previste per legge e dai Contratti Collettivi di Lavoro, anche Integrativi Aziendali.

Utilizzando le occasioni offerte dall'applicazione dei Percorsi Aziendali di Cura e di Assistenza, individuando interventi di riorganizzazione delle attività e delle articolazioni operative aziendali ed adeguando anche le dotazioni di risorse complessivamente necessarie, in conclusione, si dovrà pervenire alla formazione di raggruppamenti per gradi di necessità e d'urgenza, attraverso i quali accogliere le prenotazioni e gestire le conseguenti liste d'attesa.

Poiché alla formazione delle lungaggini dei tempi di attesa possono contribuire anche quei casi in cui, ad accettata prenotazione, l'utente, senza preavvertire almeno 24 ore prima o senza giusto motivo, non si presenti per ricevere la prestazione chiesta, l'Azienda (con la stessa logica con cui è impegnata a rimborsare l'utente quando non sia stata in grado di garantirgli la prestazione già prenotata e questi sia stato costretto a rivolgersi ad altro soggetto erogatore della stessa) procederà, tramite la propria Struttura legale ad avviare azioni di risarcimento (nel limite tariffario della prestazione) nei confronti degli utenti inadempienti, perché il comportamento di questi determina un ritardo (danno) nei confronti di altri utenti che non hanno potuto accedere a quelle prestazioni nel giorno considerato. Perché possa raggiungersi il risultato generale di soddisfo del bisogno, la Direzione Generale emanerà l'indirizzo di associare, ai normali orari di lavoro degli operatori interessati, una quota di eventuali orari aggiuntivi (che saranno utilizzati solo in caso di effettiva necessità) e per accettare le prenotazioni di un numero ulteriore di utenti in corrispondenza delle prestazioni che possono essere rese negli stessi orari aggiuntivi programmati.

La nuova metodologia di progettazione e gestione dei tempi e liste di attesa è, ovviamente, soggetta a verifica e miglioramento continuo della qualità, secondo la tecnica descritta nell'apposito, precedente, paragrafo del presente PAL.

Se nuove metodologia e regole fossero limitate ai soli tempi e liste di "accesso", al problema della relativa soddisfazione del bisogno non si darebbe una soluzione completa se non si stabilissero anche re-

gole per la definizione dei tempi di risposta. Questa parte di problema deve essere considerata a seconda che trattasi di sole visita o consulto, oppure di visita con applicazioni di diagnostica non richiedenti tempi aggiuntivi per le refertazioni od, invece, che trattasi di prestazioni diagnostiche che richiedono tempi di lavorazione successiva (clinica di laboratorio) o controlli e/o verifica dei risultati diagnostici (grandi attrezzature diagnostiche). Nel primo caso è previsto che i tempi di risposta siano compresi in quelli di rendimento della prestazione (immediati), mentre negli altri due casi, i tempi di risposta non possono essere superiori a quelli tecnici stabiliti nelle schede direzionali e di budget, per le rispettive prestazioni, del periodo di riferimento: il rispetto dei tempi di risposta, alla pari di quelli di accesso, costituiscono obiettivi operativi specifici, che annualmente devono essere assegnati alle articolazioni che rendono le prestazioni in questione.

Particolare attenzione deve essere riservata ai tempi di rendimento di prestazioni ambulatoriali delle articolazioni o strutture diagnostiche degli Ospedali a gestione diretta, dovendosi prevedere nel processo direzionale aziendale che, rispetto a quelle per utenti "esterni", devono essere prioritariamente eseguite le prestazioni per pazienti ricoverati, in maniera tale che non siano in alcun caso allungati, per tali motivi, i tempi di degenza (o, per esempio, di attesa pre-operatoria).

In relazione allo stato delle dotazioni diagnostiche, nonché alle quantità e tipologie di prestazioni contrattate con soggetti erogatori esterni, ogni anno, attraverso il citato processo direzionale, vengono assegnati specifici volumi (quantitativi-qualitativi) prestazionali.

III. 5 - Il sistema direzionale

Gli artt. 56-57 e 58 dell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento già disciplinano il complessivo processo di indirizzo, contabilità e controllo direzionale, in armonia con il più generale sistema di pianificazione e programmazione dell'Azienda ed agli stessi si fa rinvio.

Il processo direzionale è finalizzato a sviluppare il senso di appartenenza aziendale ed a rendere indirizzi e chiarezza operativa ai Dirigenti delle strutture, ai programmi di attività delle articolazioni dell'Azienda in ordine a quello che si deve fare per realizzare le azioni, generali e specifiche, facendoli diventare i principali artefici della pianificazione delle azioni e della programmazione delle attività, che essi stessi devono, poi, realizzare.

La Direzione Generale chiede a tutti i Direttori di Dipartimento, dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri (per le Strutture confluenti) una relazione sullo stato dell'arte delle azioni ed attività, sulle prospettive di sviluppo della domanda, sulle ulteriori azioni proponibili per farvi fronte e sui risultati che si prospettano conseguibili, sulle potenzialità e carenze attuali rispetto al raggiungimento dei risultati attesi, nonché sulle risorse necessarie per conseguirli (con la evidenziazione, anche, di quelle già disponibili e di quelle che, invece, dovrebbero essere integrate).

Questa è stata la impostazione direzionale propedeutica anche alla formazione del presente P.A.L. e lo sarà per i Programmi di Attività Territoriali e per le applicazioni dei Piani di Zona (almeno per quanto riguarda la parte di realizzazione implicante attività aziendali), nonché dei Programmi di attività ospedaliera: tutti quanti questi "Piani e Programmi" devono essere utilizzati anche per la realizzazione dei percorsi di Cura ed Assistenza dell'ASL FG.

Funzionali a questi devono essere i Programmi delle attività di supporto che definiscono e realizzano anche le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi generali aziendali, delle attività programmate e di quelli specifici dei P.A.C.A. attivati o attivabili nel periodo di riferimento. Come indicazione (non esaustiva) i principali Programmi di supporto sono costituiti da:

- programma triennale di fabbisogno di personale e programmi annuali di assunzioni dello stesso;
- programma triennale ed elenchi annuali dei lavori pubblici;
- programma triennale e programmi annuali di fabbisogno di beni e di servizi;
- programmi triennali e programmi annuali di investimenti in tecnologie ed attrezzature (non previste già nel programma di lavori pubblici).

Dalla riorganizzazione definitiva dei processi dell'Azienda si dovrà passare alla ridefinizione dell'architettura delle "responsabilità", a tali fini utilizzando sia gli strumenti resi disponibili dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CC.CC.NN.LL.) del personale (in rapporto di pubblico impiego e non), sia dai corrispondenti Contratti Integrativi Aziendali e sia dalla legislazione, pianificazione e programmazione, statale e regionale, vigenti e/o attivi nel periodo di riferimento. Strumenti conseguenti sono la graduazione degli incarichi (o uffici) dirigenziali, da definire previo rispetto delle relazioni sindacali previste dagli stessi CC.CC.NN.LL., nonché la corretta e completa applicazione dei contratti collettivi degli operatori sanitari in rapporto di "convenzionamento" (interno) con l'Azienda, come previsto dagli artt. 37-38 e 39 dell'Atto Aziendale di Organizzazione e Funzionamento.

Completata l' articolazione delle "responsabilità" e la graduazione delle stesse , la Direzione Generale definirà anche il Piano Aziendale dei Centri di Funzioni (C. di F.), dei Centri di Responsabilità (C. di R.) e dei Centri di Costo (C. di C.). Ai primi corrispondono i " Livelli essenziali di assistenza" (e, pertanto, sono tre) ai quali afferiscono i risultati di tutte le attività realizzate e ai quali "trasferire" i costi impiegati per renderle. I Centri di Funzioni costituiscono, pertanto, lo specchio dei risultati, complessivi, di governo della salute, realizzati nell'Azienda in un determinato periodo di riferimento.

I Centri di Responsabilità costituiscono articolazioni operative e di attività ai quali si fa corrispondere la funzione di direzione e di responsabilità gestionale. I CC. di RR. (ed, in alcuni casi anche i CC) devono essere articolati in maniera corrispondente e/o coerente con il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali (e, quindi, degli "uffici" dirigenziali), per cui nel sistema direzionale aziendale sono previsti CC. di RR. di 1°, di 2°, di 3°, ecc...tipo, a cui si fa corrispondere la Direzione di Distretti, Dipartimenti Territoriali, Presidio Ospedaliero (1° tipo), piuttosto che degli altri Dipartimenti aggreganti attività (2° tipo), oppure di strutture complesse o di programmi dipartimentali di attività, organizzati anche nella forma di strutture semplici a valenza dipartimentale (3° tipo). I CC. di CC., che costituiscono ulteriori articolazioni interne di questi ultimi, mantengono la stessa matrice di codifica del C. di R. al quale afferiscono, ma assumono una ulteriore identificazione come Centri di Costo (C. di C.) ove siano ritenuti, dalla Direzione Generale, interessanti per le analisi dei risultati, dei costi e dei rendimenti, perché ritenuti influenti sul risultato complessivo del Centro di Responsabilità dei quali fanno parte.

Cioè l'Azienda, nel suo complesso, viene considerata come un principale sistema unitario, che ha come obiettivo il perseguimento di una mission ed il raggiungimento di obiettivi di azioni e di attività: per questo si articola in sottosistemi funzionali (livelli essenziali di assistenza) e sottosistemi operativi (delle diverse strutture o articolazioni operative).

Gli obiettivi generali sono identificati nel presente PAL e saranno specializzati nei piani di azioni e programmi di attività: nei Programmi di Attività Territoriali (PAT), nei Programmi di Attività Ospedaliera (P.A.O.) e nei Programmi (funzionali) dei Dipartimenti Territoriali (P. dei D.T.). Le proposte di tali Piani e Programmi sono portati all'esame del Collegio di Direzione, prima di avviare la fase di partecipazione-concertazione con i soggetti, interni ed esterni, ordinariamente coinvolti dall'Azienda nei processi di pianificazione e programmazione.

Agli obiettivi ed azioni aziendali devono farsi corrispondere le attività programmabili dai Dirigenti (Direttori e/o Responsabili), le quali devono essere definite previa contrattazione con la Direzione Generale. Nella contrattazione devono essere specificati i risultati attesi, da misurare attraverso l'individuazione di indicatori o parametri di verifica prefissati e condivisi (tra la Direzione Generale e i Dirigenti interessati), contemporaneamente o (meglio) contestualmente alla assegnazione di mezzi e di risorse riconosciuti necessari per la realizzazione delle stesse. Il processo che si realizza, così, è quello di budgetting, ossia della responsabilizzazione dei dirigenti stessi sul raggiungimento di risultati, sull'utilizzo di risorse o di fattori "della produzione", a mezzo dell'assegnazione di budget, di obiettivi, di personale, di beni, di servizi, di investimenti, ecc.... Il processo di budget si realizza annualmente, (ordinariamente) prima del mese di gennaio dell'anno di riferimento, sulla base anche degli obiettivi generali e strategici che l'Azienda predefinisce, nel PAL o negli aggiornamenti annuali dello stesso, entro la fine dell'anno precedente e che vengono partecipati (assegnati) ai Dirigenti (Direttori e/o Responsabili) perché possano essere di temporaneo (o unico) riferimento sino alla definizione degli obiettivi specifici, che avverrà con l'approvazione e condivisione del documento completo di budget annuale della corrispondente articolazione strutturale e/o di attività.

Nell'Azienda è costituito un "Comitato di budget", formato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori della Pianificazione e del Controllo di Gestione e da un rappresentante del Collegio di Direzione dell'Azienda, scelto con criteri di turnazione, escludendo, di volta in volta, possibili conflitti di interesse. Il Direttore del Dipartimento o della Struttura a cui si riferisce il budget è l'altra parte contraente.

Con il procedimento di budgetting si avvia il "processo direzionale", che si articola in più fasi, che sono comunque, relazionate e finalizzate anche a consentire la verifica e la valutazione dei risultati delle attività e delle azioni, da parte dell'apposito organismo di controllo interno dell'Azienda, che (non essendo influente il "nomen") i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale identificano con il Nucleo di Valutazione Aziendale. I controlli interni sono resi attraverso analisi, preventive e successive, della performance conseguita, nelle attività rese dalle singole articolazioni aziendali e CC. di CC., che risulta essere anche parte essenziale dei risultati riferibili al Direttore o Responsabile del C.d.R. ovvero dei CC. di CC. interessati.

Le analisi misurano il livello di conseguimento degli stessi risultati in relazione agli indicatori di verifica prefissati ed alle scelte operative (di attività assistenziali e gestionali) effettuate, nonché al grado di consumo delle risorse umane, finanziarie e materiali (aspetto economico), procedendo anche alla verifica o all'esame degli scostamenti rispetto ai livelli attesi, alla eventuale presenza di elementi ostativi (ovvero di "condizionamenti esterni" e/o di cause non dipendenti o "non controllabili" dai Dirigenti interessati) che abbiano potuto compromettere il pieno conseguimento dei risultati. Solo dopo, sono da considerare possibili responsabilità del Direttore o Responsabile dell'articolazione strutturale e/o di attività interessata ed, infine, procedere all'applicazione di possibili rimedi, realizzabili attraverso le stesse fasi mirate al "miglioramento continuo" della qualità totale (descritto in precedente parte del presente PAL). Questo processo è definito "Direzionale", perché, attraverso apposite comunicazioni periodiche (report trimestrali) commentate, rende la possibilità (ai Direttori o ai Responsabili delle articolazioni strutturali e di attività) di apportare interventi correttivi alle azioni in corso (ciclo del miglioramento continuo), così fungendo anche da "orientamento" per le iniziative o scelte successive.

Tutto il sistema direzionale aziendale contempla processi condivisi e relazioni tra le diverse articolazioni dell'organizzazione aziendale. Dal sistema direzionale è effettivamente realizzata tutta la fase di attività gestionali che supportano la mission di periodo dell'Azienda, in quanto è finalizzato a sviluppare anche il senso di appartenenza aziendale ed a rendere indirizzi e chiarezza operativa ai Dirigenti in ordine a quello che si deve fare per realizzare i programmi generali e specifici aziendali. In ogni caso, il sistema direzionale dell'Azienda tiene conto della coerenza con eventuali e corrispondenti linee guida regionali.

III. 6 Il processo della comunicazione e della partecipazione

Per progettare servizi appropriati e di qualità con un razionale impiego di risorse, per dare trasparenza alle attività e alle caratteristiche dei servizi erogati è d'obbligo, per l'Azienda sanitaria, informare e ricevere informazioni. Per questo è previsto che l'intero sistema aziendale dell'ASL FG interiorizzi la "cultura dell'informazione e della comunicazione" intesa come:

- Gestione dei dati
- Gestione della documentazione
- Informazioni e relazioni con l'utenza interna ed esterna.

Le scelte di programmi o di interventi specifici, che hanno effetti sulla salute, trovano nella comunicazione tra le parti coinvolte la soluzione più efficace dal punto di vista etico e strategico. Una buona comunicazione consente, infatti, di creare all'esterno un livello di attesa controllato circa i servizi erogabili e di sviluppare all'interno motivazione, coinvolgimento, senso di appartenenza.

Alcuni obiettivi dei PSN e del PRS Puglia (che pongono grande attenzione alla conoscenza diffusa delle iniziative di promozione di comportamenti e di stili di vita per la salute, all'uso appropriato dei servizi sanitari, all'integrazione socio-sanitaria, alla continuità dei percorsi assistenziali, alla tutela dei soggetti deboli) richiedono servizi sempre più orientati verso un "modello a rete" e sempre più attenti al miglioramento dei "processi e dei percorsi assistenziali". La necessità di elaborare e di programmare un piano di comunicazione è, di conseguenza, un bisogno indispensabile. A tali fini si dovrà rendere chiarezza per distinguere a chi è rivolta la comunicazione, con quali mezzi si vuole comunicare e quello che si deve trasmettere perché si realizzi il massimo di conoscenza in maniera assolutamente trasparente.

In questa prospettiva l'ASL FG, definita la pianificazione e programmate le attività, intende rivolgersi alla popolazione, sistematicamente, la COMUNICAZIONE, nel modo seguente:

- ❖ assicurandosi il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli operatori interni, unitamente alle rappresentanze dei Cittadini destinatari delle azioni di tutela (Comitato Misto Consultivo);
- ❖ trasmettendo all'esterno un messaggio efficace, relativo a come intende porsi rispetto ai possibili utilizzatori;
- ❖ dotandosi del citato sistema informativo/informatizzato quale strumento per l'azione comunicativa, capace di reggere l'attività interna e di generare le informazioni necessarie per le verifiche di qualità dalle quali, successivamente, nasceranno le occasioni di miglioramento e le possibilità di azioni per l'adeguamento delle politiche operative e della pianificazione; il sistema informativo deve essere tale da permettere una effettiva rete di informazioni tra tutti gli operatori dell'Azienda e tra questa e l'esterno.

III. 6.1 La comunicazione esterna e la carta dei servizi

La Carta dei Servizi dell'ASL FG sarà emanata dalla Direzione Generale, acquisito il parere del Collegio di Direzione dell'Azienda e con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni

di tutela rappresentative dell'utenza, dovrà illustrare e specificare, in modo chiaro, comprensibile ed esauriente:

- ✓ L'Azienda ASL FG ed i suoi principi fondamentali di governo e di gestione dell'assistenza;
- ✓ Le attività e i servizi forniti con esplicita dichiarazione di:
 - Obiettivi e standard per la qualità;
 - Impegni e programmi;
 - Modalità di accesso alle prestazioni;
 - Meccanismi di tutela e di verifica.

Della Carta dei Servizi sarà resa ampia diffusione, anche via Internet, previa pubblicazione sul Sito Web Aziendale.

Per dare continuità di messaggio rispetto alla Carta dei Servizi, ciascuna struttura dovrà garantire ulteriori informazioni all'utente (anche nei momenti in cui esso si trova all'interno della struttura), come:

- Modalità esplicite di erogazione delle prestazioni;
- Informazione alla persona e ai familiari sullo stato di salute;
- L'identificazione del responsabile di ogni attività;
- L'indicazione dei tempi e dei luoghi per dare l'informazione;
- Coinvolgimento degli utenti nel percorso assistenziale da seguire attraverso il consenso informato e la partecipazione alla definizione di quello individualizzato.

La comunicazione efficace (umanizzata) si dovrà fondare anche sull'attenzione, da parte di ogni struttura o articolazioni di attività, a comprendere/conoscere il cittadino affidato, i suoi bisogni, le sue aspettative, la percezione che ha del servizio erogato e come intenderebbe vederlo migliorato. Per favorire l'interscambio comunicativo ed orientare l'utenza, sarà completata la rete organizzata di UU.RR.PP./ACCOGLIENZA su tutto il territorio aziendale.

Il sistema di valutazione della soddisfazione dell'utente e del gradimento delle prestazioni ricevute, della segnalazione di eventuali disservizi (reclami) e delle conseguenti risposte all'utente contribuirà al conseguimento del miglior risultato possibile, nel massimo interesse del cittadino stesso e dell'Azienda. Analogamente saranno previste forme di confronto con gli organismi rappresentativi dell'utenza ed in particolare delle sue fasce più deboli, attraverso lo sviluppo del ruolo di "partecipazione" del Comitato Misto Consultivo aziendale e delle possibili articolazioni territoriali dello stesso.

II. 6.2 La comunicazione interna

Essa, oltre a garantire la comprensione, la condivisione e la diffusione degli obiettivi aziendali e di ciascuna articolazione, deve contribuire al coinvolgimento, alla motivazione, all'aumento del senso di appartenenza e di integrazione di tutti gli operatori coinvolti.

L'informazione deve riguardare:

- Tutte le notizie che devono essere diffuse tra i vari operatori affinché i contenuti siano un patrimonio di conoscenze comuni, uniformi ed omogenee per tutti;
- Tutte le informazioni che derivano da incontri programmati fra i vari attori della rete, a tutti i livelli (Riunioni/Integrazione);
- La conoscenza dei Protocolli e Percorsi assistenziali attivati nell'Azienda;
- La conoscenza acquisita nei gruppi di lavoro per il miglioramento (Valutazione delle criticità);
- La conoscenza acquisita attraverso la gestione dei dati.

La regolare e sistematica comunicazione all'interno dovrà necessariamente prevedere puntuali e trasversali momenti di coordinamento, di integrazione e di condivisione (riunioni ordinarie). La circolazione delle informazioni dovrà essere garantita da una Rete Intranet Aziendale (con disponibilità di banche dati, aree comuni di attività, banche di processi e percorsi, etc.). La comunicazione assumerà, così, un ruolo strategico e di integrazione acquisendo forti potenzialità organizzative, di gestione, di omogeneizzazione delle attività e di risultati specifici e complessivi.

E' evidente che l'interscambio comunicativo, a tutti i livelli intenso e permanente, si configura come direttiva per tutti e non dovrà rimanere solo ad un livello puramente teorico: le "aspettative" generate nell'utenza dovranno trovare riscontro puntuale nell'operatività quotidiana dei professionisti (credibilità), pena l'incoerenza dei messaggi forniti ed il disorientamento dei potenziali fruitori del servizio (utenti interni ed esterni).

III. 6.3 La partecipazione

L'obiettivo primario di porre al centro della propria azione l'individuo ed i suoi diritti sarà realizzato anche alimentando, tra gli operatori interni, la cultura di "Azienda al servizio dei cittadini" in quanto protagonisti della riuscita delle strategie aziendali. In tale ottica la presenza e l'impegno delle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei cittadini assolvono ad un ruolo fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi di umanizzazione del servizio e di efficacia delle prestazioni rese. L'Azienda, inoltre, deve promuovere la partecipazione dei cittadini mediante la sottoscrizione di Protocollo e/o accordo di intenti con le stesse associazioni, stabilendo modalità ed ambiti di possibile collaborazione di queste con le strutture sanitarie aziendali, con particolare riferimento:

- alla tutela degli utenti, attraverso la pratica attuazione del regolamento di pubblica tutela e la costituzione della Commissione Mista Conciliativa;
- alla rilevazione del gradimento dei servizi e la qualità percepita da parte degli utenti, attraverso la realizzazione di indagini di gradimento (A.P.Q.);
- al costante confronto sull'adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze degli utenti;
- all'umanizzazione ed accoglienza dei servizi.

Necessita consolidare il rapporto tra l'Azienda e le citate associazioni per la tutela degli utenti, attraverso la istituzione del "Comitato Misto Consultivo", formato da rappresentanti delle associazioni che aderiscono al "Protocollo di intenti", con il compito di verificare, con cadenza mensile, gli impegni assunti nella Conferenza dei Servizi e lo stato di attuazione della Carta. Fondamentale sarà l'apporto che il Comitato darà alla preliminare fase preparatoria per la realizzazione della Conferenza dei Servizi ed alla definizione del bilancio sociale annuale dell'Azienda.

Per potenziare la partecipazione dei cittadini attraverso le istituzioni che li rappresentano è necessario che la Conferenza dei Sindaci, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni locali dell'ambito territoriale dell'Azienda, provveda, attraverso la propria rappresentanza, alla necessaria partecipazione per l'impostazione dei piani e programmi attraverso valutazioni e proposte di bisogni generali.

Completamento e garanzia di tutte le richiamate modalità di "comunicazione e partecipazione" sono rappresentate dalla applicazione del sistema di valutazione partecipata delle attività realizzate dall'Azienda, completato attraverso il sistema di audit civico, utile (soprattutto), ai fini del perseguimento dell'obiettivo strategico di miglioramento degli esiti degli interventi e della qualità totale, tenendo conto del parere-bisogno espresso liberamente dai cittadini destinatari della funzione di tutela della salute.

Al fine di rendere concreti gli esiti di miglioramento continuo della qualità totale, gli obiettivi ed i risultati di analisi e conoscenza derivanti dal modello-sistema di audit civico assumono fondamentale importanza. Già nel presente P.A.L. sono state previste molte azioni che sono coerenti con gli obiettivi di audit civico. Inoltre, più di uno sono già stati i problemi esaminati come di particolare interesse per i cittadini (come, per esempio, il fenomeno della eccessiva migrazione o mobilità sanitaria verso le altre Aziende o verso altre Regioni, l'equa distribuzione dell'offerta specialistica diagnostico-terapeutica; la applicazione di un sistema aziendale innovativo di organizzazione delle attività assistenziali, anche ai fini del miglioramento dei tempi o delle liste d'attesa, ecc.), ma, dai dati epidemiologici, la necessità principale è soprattutto il potenziamento dell'assistenza ai malati oncologici (diagnostica, terapeutica, riabilitativa e per cronicità), che è assolutamente coerente e che determina, pertanto, migrazione sanitaria rilevante e, poiché trattasi di patologie anche ad elevato coinvolgimento sociale, con penalizzazione indotte anche dei parenti. Per questi motivi ed ai fini dell'interessamento per le azioni da monitorare con audit civico, il "problema concreto vissuto come urgente dalla comunità provinciale" è quello della "più completa possibile risposta alla domanda di assistenza per patologie oncologiche", che, peraltro, trova notevole risalto tra le "azioni" previste nel presente P.A.L., costituendo, insieme alle malattie dell'apparato cardiovascolari, elevato livello di morbidità e di cause di morte. E' per questo che la partecipazione-informazione ai processi di cura ed assistenza a malati oncologici riveste importanza strategica per l'ASL FG.

II.7 La formazione

Le risorse umane sono fondamentali per l'organizzazione delle attività dell'Azienda e per la corretta gestione delle stesse; pertanto le modalità di Formazione/Aggiornamento e di Inserimento/Addestramento del personale saranno particolarmente curate sotto tutti gli aspetti. Ciascuna articolazione o struttura dovrà proporre, entro il mese di ottobre di ogni anno, un piano di formazione/aggiornamento del personale per l'anno successivo (da finalizzare anche alla interiorizzazione della politica di intervento e della metodologia

individuata dalla Direzione Generale nel presente documento), indicando il referente. Devono essere altresì normalizzate (in procedure) le modalità per favorire l'inserimento/affiancamento del personale di nuova acquisizione. La formazione del personale deve essere realizzata con il diretto governo dell'Azienda, evitando costose forme di "esternalizzazione" dei compiti di individuazione dei bisogni e di predisposizione degli appositi piani. La formazione deve riguardare tutti gli operatori dell'Azienda, compresi i MMG, i PLS e gli specialisti ambulatoriali interni. La Direzione generale, sulla base di proposta- parere del Collegio di Direzione dell'Azienda e nel rispetto delle relazioni sindacali, approva il Programma triennale e quelli annuali per la formazione-aggiornamento professionale.

III. 7.1 Formazione/Aggiornamento ECM

Dovrà essere prevista esclusivamente in relazione alle linee strategiche dell'Azienda ASL FG e ponendo particolare attenzione alla formazione di quei professionisti che sono in relazione diretta con l'utenza. I programmi di formazione saranno approvati dalla Direzione Generale con appositi piani triennali e programmi annuali, nei quali sarà previsto anche il costo dei singoli eventi.

Principio generale è che la formazione-aggiornamento devono avvenire prevalentemente in loco, utilizzando prioritariamente le esperienze interne, alle quali associare anche massime esperienze scientifiche e professionali di livello nazionale ed internazionale, favorendo collaborazioni con l'Università e con altri Centri di riconosciuta valenza scientifico/assistenziale e scientifico/gestionale. La scelta di privilegiare la formazione presso le sedi operative dell'Azienda risponde sia alla necessità di far formare, a parità (se non in ulteriore economia) di costi, un maggior numero di operatori interessati agli stessi processi operativi e sia alla circostanza che le eventuali pratiche clinico-terapeutiche o gestionali, sono realizzate come "nuova produzione aziendale".

La realizzazione degli eventi sarà affidata ai Direttori e Dirigenti responsabili, ciascuno per le proprie competenze, (Direttori di Dipartimenti, di Strutture, Responsabili di servizi infermieristici, tecnici sanitari e tecnico, etc.), che collaboreranno con la Struttura Aziendale per la Formazione, anche ai fini di:

- ✓ Calendarizzazione degli eventi programmati;
- ✓ Individuazione di strumenti e risorse interne per far fronte/collaborare alle esigenze formative;
- ✓ Individuazione di chiari criteri di selezione/avvicendamento del personale da formare;
- ✓ Individuazione degli indicatori/attività per misurare/valutare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;
- ✓ Realizzazione dei procedimenti di accreditamento (E.C.M.) degli eventi.

Gli obiettivi di sviluppo della formazione devono essere funzionali alla realizzazione delle priorità appresso elencate:

- ✓ Mission e obiettivi generali e per la qualità totale dell'Azienda e delle articolazioni operative di questa;
- ✓ Progettazione ed applicazione di protocolli diagnostico – terapeutici, di percorsi diagnostico-terapeutici, di percorsi di cura e di assistenza;
- ✓ Sviluppo delle buone pratiche assistenziali e comportamentali;
- ✓ Sviluppo della cultura di dipartimentalizzazione delle attività;
- ✓ Il miglioramento di particolari conoscenze scientifiche e delle pratiche da applicarsi nei vari processi assistenziali;
- ✓ Modalità di apprendimento per l'uso appropriato di strumenti, attrezzature e dispositivi disponibili per l'erogazione di attività e prestazioni;
- ✓ Modalità per la conoscenza e l'applicazione delle norme di sicurezza relative ai rischi specifici che si presentano nei luoghi di lavoro.

Le attività di formazione e di addestramento devono essere programmate tenendo ben presenti fattori quali: i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; l'individuazione di personale esperto per l'affiancamento, il turn over e il numero del personale da formare.

Tutte le attività di qualificazione e di addestramento devono essere dimostrabili attraverso un archivio nominativo/banca dati in cui risultino raccolti i documenti che rendono oggettiva e trasparente l'acquisizione della qualificazione e il mantenimento nel tempo dei gradi formativi (continuità) previsti.

Il ricorso alla formazione presso Centri di offerta esterni all'Azienda assume un'occasione residuale e sarà così prevista:

1) Formazione coerente con gli obiettivi aziendali;

- o Se avviata a seguito di domanda individuale, dovrà essere preventivamente autorizzata dalla Direzione Generale ed ha carattere di eccezionalità. L'autorizzazione della Direzione Generale

comporterà solo la concessione di assenze dal servizio retribuite ordinariamente secondo i contratti individuali di lavoro di ciascun operatore, senza alcuna ammissibilità di remunerazione di eventuali attività eccedenti (prolungamenti di orari, ecc..) e neanche di scomputo su orari di lavoro dovuti per attività ordinaria (ad eccezione di quelli “consumati” durante l’attività di formazione). I costi di iscrizione, di viaggio e di permanenza restano a completo carico degli operatori richiedenti.

- o Se avviata direttamente dall’Azienda, saranno garantiti agli operatori interessati la concessione di autorizzazione per l’assenza dal servizio ordinario, il carico all’Azienda dei costi di iscrizione, viaggio e soggiorno, con esclusione di ogni ipotesi di remunerazione aggiuntiva.

2) Formazione non prevista dagli obiettivi aziendali:

- o È quella movimentata a domanda individuale e comprende anche la partecipazione a convegni di categoria: non è previsto alcun concorso dell’Azienda, neanche per quanto concerne la concessione di autorizzazione all’assenza dal servizio e la conservazione di ordinaria remunerazione. La possibilità di partecipare è subordinata all’utilizzazione di congedo ordinario, ovvero all’utilizzo di orari di lavoro prestati in eccedenza a quelli minimi dovuti, regolarmente e/o preventivamente autorizzati dalle Direzioni di appartenenza e/o di afferenza. In generale i Contratti Collettivi Aziendali Integrativi (di quelli nazionali) di lavoro, definiranno la materia dei principi connessi alle attività di formazione.

Insomma, in linea con quanto indirizzato dalla Regione Puglia, l’attività formativa è intesa come un “processo di sviluppo professionale continuo”.

In questa prospettiva, la Direzione Aziendale considera centrale la cultura della partecipazione alla formazione dei Programmi di Formazione ed aggiornamento, quale presupposto dell’orientamento al risultato, al posto della cultura dell’adempimento. Ciò significa richiamare tutti gli attori della scena organizzativa ad assicurare, negli ambienti di propria competenza e in diretta correlazione con gli obiettivi aziendali, un impegno specifico e costante teso a pensare, curare, gestire il proprio bisogno formativo.

Per rendere concreto quanto esposto, e al fine di stabilire un equilibrio tra le esigenze dell’Azienda e quelle degli operatori, si implementerà la “rete aziendale della formazione”.

CAPITOLO IV L’ORGANIZZAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA AZIONI DI SVILUPPO ED ORGANIZZAZIONE FISICA

IV. 1 - Considerazioni preliminari

La progettazione dell’organizzazione fisica dell’ASL FG deve tener conto:

- a) della necessità connessa alla realizzazione di processi erogativi (operativi) integrati, estesi su predefinite aree territoriali (“aree ampie territoriali”), ribadendo che il territorio dell’ASL è il secondo in Italia per estensione ed è caratterizzato orograficamente dai rilievi sub-appenninici e garganici, oltre a costituire insediamento di oltre 640.000 abitanti, che si elevano al oltre 1.000.000 nei mesi estivi per il fenomeno di attrazione turistica;
- b) della opportunità di tener conto, per territorio e popolazione, di standard (operativi e di impiego di immobilizzazioni – risorse) che si allineano, per la massima parte dei casi, a quelli fissati nei documenti di pianificazione della Regione Puglia, slave limitate deroghe motivate da particolari condizioni geografiche e/o geomorfologiche (distanze superiori a 40 km dai più vicini e significativi centri di offerta sanitaria dell’Azienda; collocazione frontaliera con altre Regioni, accompagnata anche dalla precedente motivazione; collocazione in aree montane o sub montane, di difficoltosa accessibilità;
- c) dei bisogni di salute della popolazione di ciascuna area, rendendone compatibile il sistema di offerta e/o risposta per tali bisogni, considerando equità di accessibilità e di distribuzione delle “occasioni” di cura ed assistenza;
- d) della ingegnerizzazione di dedicati (per aree ampie territoriali e per sub parti di queste, come precisato al precedente punto “b”), “Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.), ovvero anche di percorsi relazionati con altre Aziende o Centri di offerta sanitaria o altre Istituzioni (P.A.I.C.A.), da definirsi (prioritariamente) con la stessa metodologia e con analoghe modalità di integrazione, come previsto nel precedente Capitolo III;

e) della riorganizzazione dei processi tecnico- amministrativi di supporto.

Tenendo, altresì, conto di quanto altro contenuto nel precedente Capitolo III, la progettazione dell'organizzazione fisica che si prevede possa essere coerente, nonché la specificazione di alcune azioni principali, costituisce contenuto dei successivi paragrafi.

IV. 2 - Il livello essenziale della funzione di prevenzione

Azioni ed attività di tale LEA sono garantite dal Dipartimento aziendale di Prevenzione e dalle proprie articolazioni nelle aree ampie territoriali, che, in applicazione del Regolamento regionale approvato con DGR n.403 del 17/03/2009, sono nel numero di due, salva più puntuale definizione dei limiti territoriali, da individuarsi con apposito atto, proposto alla Regione dal Direttore Generale dell'ASL, sentito il Collegio di Direzione, e previa concertazione con la Conferenza dei Sindaci dei Comuni e con gli soggetti istituzionali della "partecipazione".

I nuovi problemi dell'organizzazione del lavoro, la globalizzazione dei mercati, le malattie infettive emergenti dell'uomo e degli animali, la sicurezza alimentare, nuovi inquinanti ambientali, il traffico, lo sfruttamento dei territori, le nuove tensioni sociali locali ed internazionali, portano a un necessario cambiamento degli obiettivi e mission del Dipartimento di Prevenzione.

Inoltre è cresciuta un'altra consapevolezza: i determinanti di salute comportamentali, o "stili di vita", connessi alla maggior parte delle malattie odierne, prevalentemente considerati come frutto di scelte individuali e che, in quanto tali, dovevano trovare risposte nell'ambito del singolo "privato", sono in realtà condizionati, orientati e anche generati, da fattori sociali, culturali ed economici e, pertanto, ne hanno meglio configurato una valenza collettiva, ovvero di "sanità pubblica".

Il Piano di Salute regionale 2008-2010 ha apportato profonde novità di tipo culturale ed organizzativo nel sistema di tutela e sviluppo della salute. In particolare, ha introdotto nuovi concetti in materia di promozione della salute, di trasversalità delle azioni e degli obiettivi tra Enti e servizi, di lavoro "per Piani" per la salute, individuando su tali temi il Dipartimento di Prevenzione quale interlocutore tecnico privilegiato a supporto delle specifiche azioni ed attività delle Aziende sanitarie.

Questi anni hanno dimostrato la percorribilità del lavoro di sanità pubblica per "patti" e Piani interistituzionali e hanno visto l'avvio di importanti esperienze di promozione della salute da parte dei DP.

In coerenza con tanto, è necessario procedere ad un riorientamento del ruolo del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito delle previsioni della legislazione e della pianificazione regionale, attraverso:

- Il pieno coinvolgimento e responsabilizzazione del Dipartimento di prevenzione nella progettazione ed applicazione dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza, e particolarmente per le relazioni operative nell'attuazione degli interventi previsti nel Piano Aziendale per la Prevenzione secondaria di patologie e rischi, come previsto nei Piani Nazionale e Regionali corrispondenti; lo sviluppo delle competenze e capacità professionali su questioni e temi, anche nuovi, di alta complessità: ciò vale per tutte le professionalità e, in particolare, per le professioni Tecniche della Prevenzione, che dovranno essere valorizzate e coinvolte nei processi di riqualificazione e sviluppo, coerentemente con l'organizzazione complessiva del Dipartimento di Prevenzione e con gli obiettivi indicati nel Capitolo VI del presente documento;
- l'impegno di fornire alla comunità locale servizi di informazione-promozione della salute, di vigilanza e controllo efficaci, di elevata professionalità e corrispondenti a standard qualitativi riconosciuti (validati), specie su problemi quali l'igiene e sicurezza sul lavoro e la sicurezza alimentare. Tale attività è evidentemente rivolta anche alla popolazione destinataria delle produzioni locali, in particolare di quelle alimentari, soggette a direttive e controlli riconosciuti a livello internazionale;
- il bisogno di dare forte uniformità tecnica ed organizzativa, all'interno del Dipartimento, nei processi e nelle risposte;
- la necessità di governare e coordinare azioni preventive svolte anche da altre articolazioni organizzative dell'Azienda;
- la necessità di mettere in atto strategie idonee ad interagire efficacemente con le comunità locali sia, come detto, a livello istituzionale con gli amministratori pubblici per il tramite dei Distretti e delle altre Direzioni aziendali, sia direttamente nei confronti dei cittadini e delle forme di aggregazione e rappresentanza.

Ciò naturalmente non mette in discussione il piano del rapporto diretto con l'Autorità sanitaria locale che consiste nell'espletamento delle funzioni di supporto tecnico al Sindaco per l'adozione di atti amministrativi finalizzati alla tutela della salute pubblica.

Al Dipartimento di Prevenzione, come macro Struttura organizzativa dell'ASLFG, compete la funzione di supporto tecnico alla Direzione Generale nel proprio ruolo di committente, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e del miglioramento della qualità della vita. Tale funzione si esplica, inoltre, nei confronti degli Enti Locali e degli altri soggetti istituzionali coinvolti, in particolare della Conferenza dei Sindaci e delle articolazioni della stessa, nella elaborazione e realizzazione dei Piani per la Salute nelle parti relative alla descrizione epidemiologica dei rischi sanitari e dei fenomeni patologici, all'educazione alla salute, all'informazione, alla comunicazione del rischio.

Il Dipartimento di Prevenzione opera per garantire:

- la programmazione delle attività connesse allo svolgimento delle funzioni proprie, la verifica e la valutazione dei risultati delle stesse;
- lo svolgimento coordinato e uniforme, su base aziendale, delle funzioni e delle attività;
- l'integrazione operativa tra le strutture organizzative ad essa afferenti;
- il coordinamento tecnico-professionale delle discipline specialistiche afferenti;
- i rapporti di integrazione e di sinergia operativa con le altre aree dipartimentali e con enti ed organizzazioni esterne.

Il Dipartimento di Prevenzione è inoltre la macro struttura dell'Azienda USL preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Tale livello è articolato nelle seguenti aree di offerta:

- profilassi malattie infettive e diffusive nei riguardi dell'intera collettività;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di lavoro e di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- igiene e sicurezza negli istituti educativi e scolastici;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- medicina legale.

In relazione a tali aree di offerta il Dipartimento di Prevenzione ha funzioni di governo professionale e di promozione delle azioni volte alla individuazione e rimozione delle cause di nocività e malattia, nonché di erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza nei vari ambiti territoriali, secondo quanto necessitante ai Distretti e da questi richiesto per il perseguimento degli obiettivi posti dalla Direzione generale dell'Azienda attraverso i Piani di Attività Territoriali.

Per quanto non previsto nel presente e nei (conferenti) successivi paragrafi, trovano applicazione le disposizioni del citato Regolamento Regionale, approvato con la DGR n. 403 del 17/03/2009.

IV. 2.1 - Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, in coerenza con il Regolamento Regionale sopra citato, nella ASL FG "è diviso in due aree territoriali". In relazione alle funzioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il Dipartimento è articolato, per ciascuna area, nelle seguenti strutture *organizzative*:

1. Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P)
2. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N)
3. Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro S.P.E.S.A.L.)
4. Servizio di Sanità animale (S.I.A.V. "Area A)
5. Servizio di sanità Animale di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (S.I.A.V. "Area B"
6. Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (S.I.A.V. "Area C")

Per ogni area territoriale le strutture organizzative, con bacino di utenza sovradistrettuale, come sopra individuata, sono rette da un Direttore del Servizio, nominato dal Direttore Generale ai sensi del D.P.R. 484/98 e L.R. n. 25/2006.

Le articolazioni organizzative afferenti ai vari Servizi saranno individuate successivamente con la determinazione degli "uffici dirigenziali", nel rispetto delle relazioni sindacali ed in coerenza con i fondi contrattuali ai fini della verifica di sostenibilità del relativo costo.

Con le stesse modalità, in staff alla Direzione del Dipartimento Centrale ed in conformità all'art. 1 del Regolamento di cui alla DGR n. 403 del 17/03/2009, saranno istituite, con funzioni tecnico-sanitarie, tre strutture semplici:

1. Epidemiologia e flussi informativi;
2. Qualità, comunicazione, formazione, educazione sanitaria;
3. Servizio tecnico della prevenzione.

Inoltre, sarà prevista una Struttura centrale amministrativa per tutte le attività del Dipartimento, relative alla gestione del personale e del budget assegnato, nonché per le attività di controllo di gestione e predisposizione dei conseguenti atti amministrativi, come previsto dal citato regolamento regionale.

La direzione della Struttura amministrativa verrà conferita dal Direttore Generale ad un dirigente amministrativo in possesso dei relativi requisiti previsti dai CC.CC.NN.LL. della dirigenza SPTA ed in conformità ai dettami di cui al D.Lgs. n. 165/2001.

IV. 2.2 - La metodica organizzativo-operativa Integrazione intra-servizi

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi dell'integrazione intra-servizi previsti dal Piano di Salute Regionale 2008-2010 viene adottato un modello organizzativo in grado di omogeneizzare ed integrare gli approcci operativi e le linee di orientamento tecnico, relazionale e procedurale, con particolare attenzione ai rapporti con l'utenza e garantire la massima integrazione multidisciplinare e multiprofessionale nell'ambito aziendale.

Le politiche aziendali di innovazione riguardano la "metodica organizzativo-operativa" di garanzia e rendimento delle azioni ed attività di tutela della salute a cui il Dipartimento di prevenzione deve attenersi in maniera uniforme su tutto il territorio.

Il presupposto organizzativo fondamentale per fornire prodotti dipartimentali integrati, caratterizzati da univoca referenzialità e semplificazione per l'utenza, multidisciplinarietà e appropriatezza delle azioni e dei contenuti, è rappresentato dalla modalità di lavoro per processi trasversali, a cui contribuiscono operatori delle diverse strutture organizzative in rapporto all'omogeneità delle materie di riferimento, alle funzioni proprie delle aree territoriali ed alle esigenze di integrazione.

A tal fine verranno attivate alcune azioni prioritarie quali:

1. L'unificazione su tutto il territorio aziendale delle procedure per rilascio dei pareri preventivi per nuovi insediamenti (attività produttive, impianti tecnologici, ecc) attivando il metodo della Conferenza intra-Servizi ed del rilascio Parere Unico.
2. L'implementazione di Piani Mirati specifici:
 - Piano "Scuola Sicura" – Piano di vigilanza negli ambienti scolastici prioritariamente orientato alla verifica delle disposizioni della L.R. 45 ed alle indicazioni delle Linee Guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistiche-ricettive e termali. Servizi interessati SISP, SPESAL, SIAN
 - Piano "Soggiorno Sicuro" – Piano di vigilanza nelle strutture di soggiorno e ristorazione collettiva finalizzato alla sicurezza alimentare e, in accordo con le nuove disposizioni previste dalle LL.RR n°35/08 e n° 45/08, alla prevenzione della legionellosi ed alla verifica della sicurezza sanitaria delle piscine ad uso natatorio. Servizi interessati SISP, SPESAL, SIAN, SIAVB.

Integrazione con il Distretto

Nell'ottica di una prevenzione condivisa con la comunità e da essa partecipata e nel contesto di una programmazione elaborata localmente, in accordo con l'obiettivo del Piano di Salute Regionale 2008-2010 dell'interazione tra servizi di sanità pubblica e gli altri servizi sanitari, l'apporto di una "visione" di sanità pubblica anche all'interno dei processi assistenziali (la valutazione degli esiti in termini di popolazione, i problemi legati alla garanzia di equità nell'accesso, ecc.) è fondamentale per la realizzazione della missione del Dipartimento di Prevenzione. In questo ampliamento di prospettiva, salvaguardando il pieno rispetto delle relazioni sindacali, potranno essere attivate in ogni Distretto apposite articolazioni operative e/o Strutture semplici di prevenzione, considerando che il Distretto è il luogo dell'integrazione e della condivisione dei programmi e costituisce lo snodo nell'organizzazione delle campagne di screening con l'obiettivo di garantire l'accesso ai servizi di diagnosi precoce a tutti i soggetti delle fasce di età a rischio.

Per quanto riguarda il livello della erogazione, alla "produzione" delle attività territoriali di sanità pubblica, con particolare riferimento a quelle alla persona (vaccinazioni) o correlate a progetti coinvolgenti altri servizi (Piano Regionale della Prevenzione, Piano di Educazione alla salute), contribuisce la Struttura semplice, per garantirne l'appropriatezza, la qualità e l'uniformità tecnico-professionale secondo gli indirizzi

scientifici del Dipartimento stesso ed in base alla domanda e cronoprogramma di intervento ordinata (chiesta dal Distretto), nell'ottica dell'uso integrato delle risorse in comune.

A tal fine verranno stipulati accordi di attività prestazionali con i Direttori dei Distretti finalizzati a definire:

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

Il Responsabile della Struttura semplice distrettuale di riferimento assicura al Distretto un raccordo qualificato in ordine alle specifiche problematiche ed è dotato di autonomia professionale relativamente alle attività da svolgere. In ogni caso, volumi e tipologie di prestazioni dirette alle persone sono definite nei Programmi di Attività Territoriali, proposti dai Direttori dei Distretti ed approvati dal Direttore generale.

IV. 2.3 - Salute e ambiente

L'attribuzione alla organizzazione sanitaria pubblica, nell'ambito della «prevenzione collettiva», della «verifica degli effetti sulla salute da inquinamento atmosferico e acustico», «...da impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani», «...da detenzione, smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi», «...da scarichi civili, produttivi e sanitari», e della «valutazione dell'impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee alla tutela della salute umana» nonché della «formulazione di mappe di rischio ambientale», impone la conoscenza dei dati per le valutazioni di carattere sanitario che il Dipartimento di Prevenzione deve poter effettuare nello svolgimento delle sue attività. Per tali considerazioni diventa di massimo rilievo orientare l'interesse verso una maggiore conoscenza del territorio e attivare interlocuzioni con l'Amministrazione Provinciale, i Comuni ed in particolare con ARPA-Puglia attraverso la stipula di accordi di programma finalizzati al raggiungimento di una effettiva integrazione Ambiente-Salute, con particolare riguardo alla attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio.

La tutela della salute deve essere perseguita non solo con lo strumento della vigilanza, ma innanzitutto con valutazioni di impatto sanitario, riferite a rischi sanitari da sorgenti ambientali esistenti, o in sede di programmazione, ai bisogni generali del territorio.

Attività prioritarie:

- Costruire la mappa dei fattori di rischio significativi per la salute
- Validare con controllo pubblico il monitoraggio dei numerosi impianti di depurazione, localizzati sulla fascia costiera al servizio di gran parte degli insediamenti turistici, che scaricano nel suolo tramite sub-irrigazione
- Localizzazione delle sorgenti di emissione dei campi elettromagnetici con particolare riferimento a quelle che interagiscono con strutture residenziali, scolastiche e per l'infanzia
- Effettuare il monitoraggio dell'inquinamento elettromagnetico nei siti più sensibili
- Programmare azioni volte a ridurre in via prioritaria l'inquinamento atmosferico da polveri nel bacino marmifero di Apricena.
- Effettuare il censimento delle microdiscariche di rifiuti inerti con particolare attenzione alla contaminazione da amianto
- Verificare l'esito delle attività di bonifica e di ripristino ambientale dei siti contaminati,
- Monitorare e programmare interventi per l'igiene e la solubilità di falde acquifere, di pozzi, di invasi ed impianti di acque destinate all'uso minimo, realizzando i seguenti interventi:
 1. raccolta dati circa gli approvvigionamenti idrici mediante acquisizione, dal gestore degli impianti di acquedotto, di: a) planimetria 1:25000 riportante le fonti utilizzate per l'approvvigionamento idrico e i relativi impianti di acquedotto e suoi aggiornamenti nel tempo; b) documentazione autorizzazione e/o concessione allo sfruttamento della risorsa idrica; c) planimetria 1:20000 con l'ubicazione della risorsa attinta e relative aree di salvaguardia; d) stratigrafia del terreno interessato; e) relazione tecnica circa le caratteristiche costruttive, la cronologia di realizzazione dell'impianto di acquedotto, la sua portata media annua e il numero di abitanti serviti;

2. effettuazione, in collaborazione con i competenti uffici comunali, dei controlli periodici di congruità (esame ispettivo) relativamente a pozzi, sorgenti, laghi e bacini, opere di trasporto, serbatoi, reti di distribuzione;
3. verifica conformità risultanze esame ispettivo alle prescrizioni della normativa di settore e segnalazione difformità riscontrate, a seconda dei casi, a comune e/o regione e/o gestori di impianto d'acquedotto;
4. definizione dei punti di prelievo per i controlli interni per impianti di acquedotto ricadenti nel territorio di ASL e proposta, a comune e/o regione e/o gestori dell'impianto d'acquedotto, di adozione atti necessari a salvaguardare e/o a promuovere la qualità delle risorse idriche e dell'acqua condotta;
5. rilascio parere ai fini dell'autorizzazione e/o concessione di nuove fonti di approvvigionamento idrico sulla base di una diversificazione di accertamenti analitici per quanto riguarda la mappatura dei punti di prelievo, la frequenza dei campionamenti e i parametri da rilevare;
6. acquisizione, con periodicità almeno mensile - da parte del gestore dell'impianto di acquedotto - delle risultanze dei controlli sui servizi essenziali del ciclo dell'acqua (compresi analisi di routine effettuate, modalità eventuale trattamento, ecc.), controllo di qualità ed espressione giudizio di qualità e idoneità all'uso dell'acqua destinata al consumo umano;
7. effettuazione controlli esterni relativi a punti di prelievo delle acque superficiali e sotterranee, impianti di adduzione - accumulo - potabilizzazione, reti di distribuzione, acque utilizzate in imprese alimentari, nelle strutture sanitarie, nelle strutture ricettive, nelle strutture pubbliche (scuole, comuni, ecc.), nonché delle acque fornite mediante cisterne, anche nei riguardi dell'efficacia della disinfezione e della contaminazione da presenza di sottoprodotti di disinfezione;
8. individuazione dei punti di prelievo delle acque superficiali e sotterranee, impianti di adduzione - accumulo - potabilizzazione, reti di distribuzione, acque utilizzate in imprese alimentari, acque fornite mediante cisterne, anche nei riguardi dell'efficacia della disinfezione e della contaminazione da presenza di sottoprodotti di disinfezione;
9. individuazione dei parametri soggetti a controllo di verifica e di quelli per i quali si ritiene che, per un periodo determinato, sia improbabile che si ritrovino in concentrazioni tali da far prevedere il rischio di un mancato rispetto del relativo valore di parametro, con determinazione del numero dei campioni e programmazione della frequenza dei controlli;
10. campionamento di acque e attività di laboratorio, eseguita da ARPA o da apposito laboratorio aziendale, che segua procedure di controllo analitico della qualità sottoposte al controllo del Ministero della Sanità in collaborazione con l'ISS e comunicazione al gestore dell'eventuale superamento dei valori di parametro;
11. comunicazione valutazioni potenziali rischi per la salute umana e rischi che potrebbero derivare da interruzione approvvigionamento o da limitazione di uso - per il superamento dei valori di parametro - e relativa proposta al sindaco di adozione di eventuali provvedimenti a tutela della salute pubblica (gestione non conformità) proposta, a comune, provvedimenti cautelativi, contingibili e urgenti richiesti da esigenze di tutela della salute degli utenti e vigilanza sugli interventi adottati;
12. comunicazione, all'Autorità d'Ambito, di parere in merito al possibile rischio per la salute derivante dalla non conformità di parametri;
13. informazione ai consumatori circa i provvedimenti adottati a tutela della salute pubblica e trasmissione periodica risultanze attività di verifica ai Comuni, alle Regioni ed ai Gestori degli impianti.

Inoltre, al fine di costruire risposte adeguate ad obiettivi di salute complessi saranno sviluppati rapporti sinergici con tutte le altre strutture regionali che perseguono l'obiettivo del miglioramento della sicurezza sanitaria, della qualità della vita e dell'ambiente, nelle sue diverse componenti (Osservatorio Epidemiologico Regionale, Istituto Zooprofilattico Sperimentale, ARPA Puglia, Università),

IV. 2.4 - Prevenzione delle malattie

Le malattie infettive sono da sempre oggetto di estrema attenzione per la sanità pubblica sia dal punto di vista della prevenzione della trasmissione interumana, sia dal punto di vista della sorveglianza

dell'andamento epidemiologico delle singole malattie per adottare precauzioni o specifiche azioni di profilassi vaccinale o comportamentali

Nel corso del 2008 nel territorio della Azienda ASL non si sono verificati particolari eventi epidemici.

La applicazione del Piano regionale della prevenzione sarà completamente realizzata nel triennio di valenza del P.A.L.

La prevenzione delle malattie infettive attraverso le vaccinazioni è universalmente riconosciuto uno degli interventi di sanità pubblica di maggiore efficacia, caratterizzato da rapporti rischio-beneficio e costo-beneficio estremamente favorevoli. E' fuor dubbio che il successo ottenuto con vaccinazioni raccomandate quali l'antipertosse e anti-Hib è certamente da ascrivere all'effetto di trascinamento indotto dalle vaccinazioni obbligatorie.

Le attività da realizzare nel campo del miglioramento della pratica vaccinale nel periodo di vigenza del P.A.L. sono:

- Continuare l'applicazione del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 in ordine agli obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni.
- intervenire tempestivamente al verificarsi di malattie infettive di particolare interesse collettivo per la loro diffusibilità e la possibilità di prevenzione;
- garantire che gli interventi vengano effettuati entro 24 ore dalla segnalazione nei casi di meningite, epatiti, morbillo e tossinfezioni alimentari;
- assicurare, in ogni distretto, tempestiva informazione ai Direttori di Distretto e ai Sindaci sulle patologie infettive di particolare rilevanza e/o gravità che si verificano in ambienti collettivi;
- sorvegliare, negli interventi di profilassi complessi e coinvolgenti più soggetti e servizi sanitari, il corretto svolgimento di percorsi, allertando, in caso di evidenza di punti di crisi, i Direttori dei Distretti interessati;
- assicurare procedure di intervento omogenee su tutto il territorio della ASL;
- monitorare l'andamento epidemiologico delle principali malattie infettive al fine di fornire informazioni agli organismi sanitari ed istituzionali per programmare interventi sanitari;
- inviare i report informativi ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri di libera scelta e tutti i servizi sanitari della Azienda Sanitaria;
- avviare, sistematicamente programmi di comunicazione nei confronti della popolazione generale, al fine di diffondere nel modo più capillare possibile le conoscenze sui vaccini, sulla loro sicurezza, sui vantaggi delle vaccinazioni;
- migliorare le coperture vaccinali per morbillo, rosolia, varicella (che potrà giovare della prossima introduzione del vaccino tetravalente anti morbillo-parotite-rosolia-varicella MMRV) e per le malattie batteriche invasive (anti-pneumococco eptavalente e anti-meningococco C);
- incentivare l'offerta attiva delle nuove vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Vaccini (anti-HPV, anti-Rotavirus)
- certificare la qualità dei servizi vaccinali, attraverso avviando le procedure per l'accreditamento degli stessi
- definire le strategie vaccinali per la tutela dei viaggiatori verso aree a rischio;
- programmare attività vaccinali nelle popolazioni immigrate che rappresentano ad oggi veri e propri cluster di soggetti suscettibili per malattie ormai sottoposte a controllo o eliminate e che pertanto aumentano il rischio di insorgenza di eventi epidemici (per esempio poliomielite e morbillo)
- completare l' informatizzazione dei Servizi Vaccinali (Sistema GIAVA), al fine di ottenere dati per valutazioni in tempo reale delle coperture e per la migliore gestione di tutta l'attività vaccinale.

Tali attività saranno meglio specializzate e quantificate nei Programmi di Attività Territoriali dei Distretti dell'Azienda.

IV. 2.5 - Promozione della salute negli ambienti di lavoro e di vita

Al fine di raggiungere gli obiettivi del presente P.A.L., le articolazioni di "Piano Mirato" SPESAL esercitano gli interventi preventivi attraverso lo strumento del "Programma Mirato".

Il "Piano Mirato" costituisce uno strumento che garantisce anche la qualità delle prestazioni, avendo come presupposto un'azione progettuale e di verifica intermedia e finale dei risultati.

Il "Programma Mirato" favorisce un nuovo sistema di relazioni tra sistema pubblico di informazione-prevenzione-controllo e sistemi aziendali della sicurezza con il coinvolgimento delle Organizzazioni Sinda-

cali e delle Associazioni di Categoria e contribuisce all'analisi delle cause degli infortuni, alla ricerca delle soluzioni e delle misure più idonee (tecniche, procedurali e organizzative).

Nel triennio di riferimento del P.A.L. saranno avviati "Piani e Programmi mirati", con iniziative di comunicazione, informazione, formazione, nei settori :

- Costruzioni
- Manifatturiero (con orientamento ai prevalenti settori presenti sul territorio con maggiori indici di incidenza degli infortuni e delle malattie professionali utilizzando il sistema dei Nuovi Flussi)
- Agricoltura
- Nuove tipologie di rischio
- Lavoratori atipici e stranieri
- Industrie lapidee (estrazione della pietra).
- Ex Enichem di Manfredonia
- Opifici di produzione di prodotti alimentari

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

Appare indispensabile potenziare il sistema dei controlli dei fattori di rischio lavorativi impegnandosi a condurre indagini di monitoraggio ambientale e biologico. Queste attività sono fondamentali per esercitare compiutamente le funzioni di vigilanza e comprendere l'eventuale successivo impatto sulla salute non solo dei lavoratori ma anche della popolazione generale. Si farà ricorso all'attivazione di sinergie e della collaborazione di strutture pubbliche operanti sul territorio come i laboratori di igiene ambientale e industriale di ARPA Puglia, nonché dei risultati di analisi e ricerca garantiti dalla integrazione, in queste funzioni, con la Università degli Studi di Foggia e da questa contrattata con la Regione Puglia attraverso gli appositi "Protocolli di Intesa" di cui al D. Lgs. 21/12/1999, n. 517 ed al D.P.C.M. 24/05/2001.

IV. 2.6 - Sicurezza alimentare

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

I principali obiettivi di carattere generale che si intendono perseguire, attraverso la stretta collaborazione del S.I.A.N e del S.I.A.V. "Area B ", nel prossimo triennio sono:

- Ridurre gli episodi di intossicazione e tossinfezione alimentare;
- garantire lo stato sanitario degli allevamenti di animali destinati alla produzione di alimenti;
- garantire un'adeguata attività di vigilanza e controllo sulle imprese alimentari , sui prodotti, sui laboratori privati che effettuano esami in regime di autocontrollo aziendale, promuovendo un maggior numero di controlli mirati ed a campione da parte delle ASL;
- coordinare mediante emanazione di linee guida le attività inerenti la applicazione della normativa comunitaria relativa alla sicurezza alimentare e sanità e benessere animale, incentivando la formazione continua del personale dei Dipartimenti di Prevenzione e le attività di controllo ufficiale presso le imprese del settore mediante audit ed ispezioni;
- coordinare le attività di vigilanza e controllo sulle industrie alimentari basandosi sulla realizzazione dei programmi annuali regionali di controllo che prevedano:
- coordinare all'interno della programmazione regionale tutti i piani e programmi di controllo già in atto;
- estendere ed implementare il sistema anagrafico a tutti i settori degli animali da reddito al fine della verifica delle produzioni animali negli allevamenti regionali;
- Implementare le attività di raccordo con gli altri attori interessati alla sicurezza alimentare per individuare modalità comuni per la valutazione, la gestione e la comunicazione del rischio.

Attraverso la funzione di Igiene della nutrizione, sarà completata la realizzazione delle attività di sorveglianza nutrizionale, attraverso la partecipazione alla raccolta:

- dei consumi ed abitudini alimentari,
- dei rilievi dello stato nutrizionale,

- degli stili di vita per gruppi di popolazione,
- dell'incidenza dei bambini e degli adolescenti in sovrappeso,
- dei dati per la conoscenza delle biotecnologie per alimenti, ai fini salutistici e nutraceutici,
- dei dati epidemiologici (mortalità, morbosità).

Le attività di educazione alimentare e nutrizionale e di prevenzione nutrizionale saranno attuate attraverso:

- l'avvio di nuovi "servizi al cittadino" in forma di "Counselling nutrizionale" diretto a singoli individui o gruppi, e in rete con le altre attività preventive e terapeutiche dell'ASL,
- l'implementazione di interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva, compresa la definizione di linee guida e protocolli contemplanti le azioni per la piena applicazione dell'obbligo di impiego di prodotti alimentari biologici nelle vivande, ai sensi dell'art. 59, comma 4, della legge 23/12/1999, n. 488.

Saranno inoltre garantite le seguenti attività:

- interventi nei settori produttivi e commerciali di competenza, in collaborazione con i Servizi Veterinari, per la promozione della qualità nutrizionale (etichettatura nutrizionale, dieta equilibrata, prodotti dietetici e per l'infanzia, rapporti favorevoli qualità nutrizionale/trattamenti di conservazione e produzione, ecc.);
- effettuazione di programmi regionali relativi all'Igiene della Nutrizione;
- la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario, tecnico ed amministrativo afferente all'area funzionale in linea con la nuova normativa dell'Unione Europea in tema di Sicurezza alimentare.
- La vigilanza sull'impiego di prodotti alimentari biologici nella somministrazione delle vivande in Ospedali e Comunità (art. 59, comma 7, L. n. 488/99).

IV. 2.7 - Sanità pubblica veterinaria

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Saranno formati appositi programmi di intervento per le funzioni di informazione e controllo per:

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

A tali fini, saranno prodotti linee guida e protocolli operativi, progettati in collaborazione con le Organizzazioni istituzionali degli allevatori e con quelli degli altri operatori in agricoltura.

IV. 2.8 - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

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

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

E' prevista la definizione di appositi programmi di attività e di lavoro per garantire il costante controllo delle corrispondenti filiere alimentari, nonché la adozione di linee guida e protocolli (aggiuntivi) per il miglioramento continuo, organizzativo e strutturale, degli stabilimenti di produzione.

IV. 2.9 – Sanità animale

Assicurando la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffusive nonché la tutela delle popolazioni dalle antropozoonosi, dovranno garantirsi azioni di profilassi attraverso un apposito programma di intervento, nell'ambito di quello di prevenzione delle malattie negli animali negli allevamenti, finalizzato anche allo sviluppo delle produzioni zootecniche, nei canili e negli altri ritrovi e ricoveri per animali.

L'obiettivo prioritario, anche attraverso la integrazione delle coerenti attività delle altre articolazioni operative del Dipartimento, è l'eradicazione di malattie classiche quali la brucellosi bovina ed ovicaprina, la tubercolosi e la leucosi bovina.

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

L'istituzione dell'anagrafe canina informatizzata provinciale (quale parte dell'analogo obiettivo regionale) ed una campagna di educazione per la diffusione delle sterilizzazioni costituiscono obiettivi significativi. In particolare l'anagrafe canina dovrà essere parte anche dell'intervento di prevenzione delle malattie di cui sopra.

IV . 2.10 - L'Educazione alla salute

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

Per il triennio 2009-2011 sono temi prioritari delle attività di educazione alla salute da realizzarsi a con il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e dell'Agenzia Regionale Sanitaria:

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

IV. 3 - Il livello essenziale della funzione assistenziale, sanitario-sociale, sul territorio

Nel modello organizzativo scelto dalla Direzione Generale trovano piena applicazione i principi già contenuti nella legislazione e nella programmazione statale e regionale. Secondo tali principi, è al Distretto che viene affidata la competenza di governare (domandare, guidare-applicare, verificare e misurare gli esiti) i processi assistenziali sul territorio, con ciò confermandosi la necessità che anche l'organizzazione delle attività debba essere progettata e realizzata per processi (cioè , per garantire la realizzazione di percorsi assistenziali sanitario-sociali).

Tale modello costituisce scelta strategica della Direzione generale, perché, infatti, è nel corso dei processi completi che si analizzano i bisogni specifici, si applicano le migliori tecniche e/o metodiche "possibili" per risolvere i problemi di salute, si impiegano nel miglior modo possibile le risorse necessarie e disponibili, ma, soprattutto, si verificano gli esiti degli interventi e, quindi, si responsabilizza, effettivamente, l'intero sottosistema delle cure primarie, per area territoriale, oltre a decidere sulla necessità di ricorrere ad altri bisogni assistenziali, integrandoli (o acquisendoli).

Lo strumento deve essere utile anche a misurare i costi che il processo sviluppa nel completo percorso e nelle parti di possibile gradualità dello stesso.

Attraverso un "miglioramento continuo" delle azioni di percorso si rende effettiva la possibilità di realizzare il principio del miglior governo possibile delle azioni mirate alla soddisfazione delle necessità espresse dalla popolazione del territorio, sia per gli aspetti di assistenza sanitaria e sia per quelli sociali correlabili ai primi.

A lume di tanto, viene attribuita al Distretto la funzione di principale laboratorio della progettazione organizzativa delle attività dell'Azienda, in linea con la specifica previsione, contenuta già nel Piano Regionale della Salute, che ha identificato il Distretto come un modello organizzativo in grado di assicurare l'integrazione ospedale-territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria partendo dal suo nucleo fondamentale, il Medico di Medicina Generale. Le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, attività territoriali e programmate, emergenza territoriale, così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., svolte dai MMG concorrono alla realizzazione degli obiettivi di salute assicurando ai cittadini-utenti prestazioni appropriate per livelli essenziali di assistenza, con i modelli organizzativi e gli strumenti operativi previsti dai relativi accordi di lavoro.

Tali modelli consentono la realizzazione di una rete di articolazioni per la erogazione della assistenza primaria, partendo dallo studio del singolo Medico di Medicina Generale e arrivando alle forme più complesse di associazionismo (super rete, super gruppo e CPT) senza tralasciare la valorizzazione della medicina associata in rete e in gruppo ferme le modalità erogative condivise, di seguito contemplate.

La definizione degli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per attuarla, impone un coinvolgimento diretto degli operatori sanitari nei momenti di programmazione e pianificazione delle politiche sanitarie, in piena aderenza a quanto previsto dalle leggi regionali n. 25 e 26 del 2006 e dagli strumenti di Contrattazione Regionale.

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

L'obiettivo è quello di sviluppare una rete i cui nodi siano costituiti dalle forme associative della medicina generale, secondo una logica di stretta aderenza alle caratteristiche e necessità del territorio e avendo chiare le finalità: costruire forti relazioni funzionali tra le responsabilità professionali ed organizzative per il miglioramento della qualità dell'assistenza, passando dalla logica delle regole, vincoli ed autorizzazioni (Government) a quella della costruzione del consenso per la concreta attuazione delle politiche scelte (Governance).

E' per questo che la Direzione Generale dell'Azienda assegna una funzione strategica al Distretto, riconfermando quanto già premesso e, cioè, il riconoscimento allo stesso delle competenze di analisi della domanda di salute, di governo delle offerte dei servizi e prestazioni e la possibilità di orientamento/destinazione della domanda stessa.

Nella ASL FG, dunque, il Distretto deve essere il riferimento essenziale del Cittadino con riguardo al suo problema di salute, che deve trovare ogni possibile soluzione nell'ambito delle occasioni offerte da una mappa dei bisogni e delle risposte, a loro volta contemplati (progettati) nel Programma Territoriale delle Attività (P.T.A.), a cui si deve accompagnare una altrettanto programmata integrazione di assistenza ospedaliera e degli altri centri di offerta disponibili.

Essenziale nella progettazione e gestione delle attività sanitarie necessarie per la popolazione del territorio è il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti sanitari territoriali ed ospedalieri, degli altri professionisti sanitari, delle Organizzazioni dei Cittadini e del Volontariato in sanità, nonché degli Enti Locali per la integrazione degli interventi sociali con quelli a rilevanza sanitaria.

Nell'area di offerta distrettuale, ovvero nell'ambito della corrispondente rete, anche interdistrettuale, si realizza la prima parte di interventi assistenziali, partendo (nella generalità dei casi) proprio dagli "orientamenti" di cura condivisi dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di Libera Scelta.

Tenendo conto della metodologia operativa già evidenziata per i Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.), il paziente è avviato al Percorso Diagnostico Terapeutico (P.D.T.) che il "gruppo" interdisciplinare e interprofessionale dei PACA ha preventivamente progettato, condiviso e sottoposto all'approvazione della Direzione Generale dell'azienda. Come si è visto (a proposito del modello operativo delle attività), il PDT ha un'applicazione più puntuale nell'area di offerta ospedaliera, ma anche in quella territoriale (distrettuale) l'impiego di tale "strumento operativo" è scelto come "metodo" irrinunciabile, soprattutto perché:

- a) Il PDT di area di offerta è una parte del PACA ed è, pertanto, coerente con gli altri eventuali interventi necessari per risolvere quel particolare problema di salute;
- b) In ragione di tanto, si comprende come l'utilizzo di PDT, che sono comuni (condivisi) per quelli praticati in tutti i punti di offerta assistenziali (sanitario – sociali) dell'azienda, garantisce uniformità all'appropriatezza tecnico-scientifica e gestionale degli stessi interventi;
- c) Conseguenze immediate sono:
 - c.1)** L'applicazione delle migliori pratiche assistenziali che, (da tutti) nell'ambito dell'Azienda, sono state riconosciute e condivise secondo le effettive possibilità di intervento disponibili (appropriatezza e qualità professionale);
 - c.2)** La certezza, per operatori ed utenti dell' utilizzo del punto di offerta più appropriato, conoscendone a monte l'estensione (o link) o il grado di impegno e le pratiche cliniche proprie del livello d'intervento scelto, stimolando, così (o, meglio, obbligando), l' organizzazione Aziendale a realizzare quanto è necessario per la completa informazione del paziente e per dotare ciascun punto di offerta di quanto indispensabile alla realizzazione dell'intervento assistenziale di riferimento (garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e della qualità relazionale o di informazione ed alberghiera e dell'utilizzo immobilizzazioni - dotazioni tecnico-strutturali, tecnico-diagnostiche, etc.);
 - c.3)** La possibilità di rendere (nell'ambito del P.A.C.A.) sia "prestazioni complete" (intendendo, con queste, quelle che già risolvono completamente il problema di salute in carico), sia "prestazioni in-

termedie“ (intendendo quelle che sono riconosciute essenziali dai protocolli diagnostico-terapeutici previsti dal corrispondente P.A.C.A., ma che, pur non potendo risolvere completamente il problema di salute in carico, sono tuttavia necessarie, sia per anticipare gradi di accertamenti che in ogni caso dovrebbero essere effettuate in successivi livelli di intervento, per es. Ospedaliero, ecc..., sia per avere notizie cliniche più puntali ai fini del trattamento sanitario necessario, ovvero di un miglior indirizzo del paziente verso il successivo/ulteriore livello d'intervento. Il metodo è, altresì, utile per meglio distribuire nella rete di offerta le prestazioni necessarie, con la conseguenza che si velocizza il processo assistenziale, si riducono e/o si eliminano i tempi di attesa per le strutture di successivo approdo, si eliminano le “ripetizioni” di prestazioni e quindi, si rende il maggior prodotto assistenziale possibile all'utente, al minor costo programmato (per l'Azienda).

Si favorisce, così, ancora di più, la possibilità per i MMG/PLS di seguire il percorso del proprio Paziente nel trattamento di cura e di assistenza ad Egli riservato (effettiva occasione di “ governo” del problema di salute del proprio assistito), realizzandosi il concetto di presa in carico che si rifà al recupero di una “dimensione olistica” del problema salute in cui vengono superati i compartimenti stagno e la autoreferenzialità delle varie figure professionali, caratteristiche di una metodica assistenziale, potendo così attuare processi di osmosi professionale e “relazioni generative” in grado di arrivare ad una visione condivisa del problema.

IV. 3.1 - Il Distretto e le Cure Primarie

Si è già ribadito che gli strumenti di programmazione delle politiche sanitarie sia nazionali che regionali spostano la loro attenzione sul territorio.

In particolare nella nostra Regione, anche alla luce delle indicazioni strategiche enunciate nel Piano Regionale della Salute, la rete distrettuale è divenuta la soluzione di integrazione migliore per recepire ed avviare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche, il motore per la mobilitazione delle risorse della comunità, il collegamento con il livello istituzionale e il Centro di valutazione dei risultati attesi dalle singole azioni assistenziali.

Poiché sul territorio si gioca gran parte della sostenibilità economica delle politiche sanitarie, occorre progettare la costruzione del Distretto inteso come un grande pilastro al quale affiancare le attività ospedaliere: ottenendo così una macro-organizzazione di modello dipartimentale che sia committente ed erogatore diretto di servizi, nonché principale attore istituzionale nei rapporti interni ed interistituzionali, oltre ad essere luogo di partecipazione del “cittadino competente” (non più utente), costruttore di un progetto di salute individuale e collettivo, nonché parte attiva nella valutazione dei risultati ottenuti tramite i programmi di Audit Civico.

Con il termine CURE PRIMARIE si intende l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di libera scelta, dai Medici della Specialistica Ambulatoriale Territoriale, l'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria domiciliare nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici (di Sanità Pubblica, Pediatri, Ginecologi, Geriatri, Fisiatri) e altre professioni sanitarie e sociali.

Sono attività di cure primarie tutte quelle orientate a promuovere salute con forme di assistenza erogate nei luoghi più vicini al cittadino (domicilio dei pazienti, ambulatori territoriali, strutture residenziali) in una ottica di integrazione delle risorse e coordinamento dei processi.

La *mission* delle cure primarie è quindi la tutela della salute globale del cittadino e la presa in carico dei processi erogativi per gruppo di patologie; la *vision* passa attraverso la equità, la accessibilità, la partecipazione della comunità, la sostenibilità dei costi, la continuità assistenziale, l'integrazione e la multiprofessionalità.

Le cure primarie si discostano dal paradigma assistenziale valido per le malattie acute, ossia la mobilitazione del sistema sanitario di fronte ad un evento acuto, bensì consistono nella applicazione operativa della Medicina di Iniziativa con i suoi tre principali elementi:

- valutazione di bisogni della comunità e attenzione ai determinanti di salute, anche quelli cosiddetti “distali”, ossia quelli socio-economici che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute, anche nei riguardi della utilizzazione e qualità dei servizi;
- propensione agli interventi di prevenzione, costruzione di specifici data base su cui programmare interventi proattivi;
- coinvolgimento e motivazione degli utenti.

Questo cambio di paradigma della sanità territoriale (dall'attesa ... alla iniziativa) può avvenire solo con l'adesione convinta di tutti gli attori, dai professionisti ai decisori politici, alle comunità locali, alle istituzioni accademiche, passando attraverso il pieno coinvolgimento del cittadino-utente.

La Regione Puglia con la L. n. 25/2006 ha disciplinato all'interno del Sistema Distretto l'organizzazione e l'articolazione funzionale della U.O. Complessa delle CURE PRIMARIE.

L'ASL FG con delibera n. 3472 del 06/11/2007 ha adottato la Nuova articolazione dei servizi distrettuali, così come previsto dall'art. 14 della Legge Regionale n. 25/2006, la quale, tuttavia, potrà essere oggetto di modifiche, a seguito di diversa pianificazione ed indirizzi regionali.

IV 3.1.1 - Ruolo del Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta nella Organizzazione Distrettuale.

Come già precisato, una rete territoriale moderna ed efficiente fa riferimento ad un nuovo modello organizzativo che parte dal suo nucleo fondamentale, il Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta.

L'erogazione delle attività e/o prestazioni di assistenza primaria parte dallo studio del singolo MMG e PLS arrivando alle forme più complesse di associazionismo (super rete, super gruppo e CPT), senza tuttavia tralasciare la valorizzazione della Medicina associata in rete e in gruppo.

Le articolazioni che partecipano al programma di sviluppo dell'assistenza territoriale seguono il seguente schema a complessità crescente:

- studio del MMG e PLS
- nucleo di Medici associati in rete, sia nella forma semplice che in quella complessa (super rete)
- nucleo di Medici associati in gruppo, sia nella forma semplice che in quella complessa (super gruppo)
- Centro Polifunzionale Territoriale (CPT) direttamente organizzato e gestito da Medici associati che operano in strutture messe a disposizione da Medici o utilizzando sede e personale dell'Azienda Territoriale
- Unità Territoriale di assistenza Primaria (UTAP) che garantisce la integrazione di tutti gli operatori impegnati nella erogazione dell'assistenza primaria, in particolare tra la Medicina di Famiglia, la Continuità Assistenziale e la Medicina Specialistica.

IV. 3.1.1 bis – Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale

Lo specialista ambulatoriale, concorre ad assicurare, nell'ambito delle attività distrettuali e territoriali l'assistenza primaria agli altri operatori sanitari.

Le prestazioni dello specialista riguardano tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ospedaliera, in sede ambulatoriale, domiciliare, di assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Nello svolgimento della propria attività lo specialista:

- a) assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizza i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;
- b) collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, e alle attività di farmacovigilanza pubblica;
- c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
- d) realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;
- e) assicura il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;
- f) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;
- g) lo specialista è tenuto a partecipare alle attività formative programmate dall'Azienda;
- h) partecipa nelle articolazioni organizzative del Distretto che attuano l'assistenza primaria, comprese le UTAP, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta.

IV. 3.1.2 - Casa della Salute

E' il luogo in cui avviene realmente la integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie e dove viene erogata assistenza primaria H24 in virtù di una presenza a tempo pieno dei Medici di Medicina Generale in collaborazione con i Medici di Continuità Assistenziale.

Attraverso una reale integrazione ospedale-territorio, in essa possono essere presenti centri di offerta specialistica riconducibili a Specialisti ospedalieri che di fatto si spostano sul territorio oltre che a Specialisti ambulatoriali.

In essa può trovarsi collegamento con la Porta Unitaria Di Accesso (PUA) per la rete integrata dei servizi, soprattutto per le necessità tra dimissioni ospedaliere programmate e protette e l'assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale.

La valenza strategica della figura dei MMG e PLS nell'ambito dell'organizzazione delle attività sanitarie è sancita dagli stessi Accordi Regionali che diventano strumenti per realizzare la programmazione, in quanto garantiscono un'assunzione condivisa di responsabilità nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico.

IV. 3. 2 - L'organizzazione delle attività distrettuali

In applicazione del principio contenuto nel comma 1 dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (...modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie....), preliminarmente, si deve precisare che, anche seguendo la logica dei P.A.C.A., le attività dei distretti sono ordinariamente organizzate in forma dipartimentale transmurale (inter LEA, ma anche interistituzionali, ove previsto nelle relazioni operative dei Piani di Zona e Programmi di Attività territoriali). Il Programma aziendale dei Dipartimenti (di cui al precedente III. 3) definisce le aggregazioni anche delle attività dei Distretti, che possono interessare pure altre Aziende (es. ospedaliere, IRCCS) e, pertanto, assumere la specie di Dipartimenti Interaziendali, specie per l'applicazione del principio di integrazione contemplato dal comma 1-septies dell'art. 4 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

IV. 3.2.1 – Gli strumenti di programmazione delle attività (PdZ e PAT)

Il Piano Sociale di Zona, previsto dalla Legge Regionale 17/2003, è lo strumento attraverso il quale gli Enti Locali associati tra di loro definiscono il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali con l'indicazione degli obiettivi strategici, delle priorità di intervento, degli strumenti, dell'assetto organizzativo, delle risorse del personale da utilizzare, nonché delle modalità di monitoraggio e di valutazione.

Il Coordinamento Istituzionale, inteso come autonoma articolazione distrettuale del Comitato dei Sindaci, diventa (così) il luogo del governo politico istituzionale del sistema territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari. Attraverso lo strumento del Piano Sociale di Zona, si attua un processo di integrazione istituzionale con la conseguente necessità di costituire luoghi di lavoro comuni, in cui gli attori sociali e sanitari (con pari dignità) siano impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione ed integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari, nonché una integrazione gestionale-organizzativa e professionale.

Nel pieno rispetto di quelli che sono i bisogni di salute espressi dalla popolazione di riferimento e soprattutto sulla scorta delle indicazioni pervenute nel corso della elaborazione del P.d.Z., il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali (PAT), strumento di programmazione ed applicativo politiche sanitarie, previsto dall'art. 3 quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Tale strumento, sulla scorta delle indicazioni generali, contemplate nel PAL e sulla base di valutazioni epidemiologiche specifiche del territorio di riferimento, contestualizza in ambito distrettuale uno specifico programma specifico per la salute e viene proposto dal Direttore del Distretto al Comitato dei Sindaci per essere successivamente approvato dal Direttore Generale.

In esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il Coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i Presidi Ospedalieri.

La parte socio-sanitaria presente in entrambi gli strumenti di programmazione, frutto di una "unica strategia programmatica", sarà parte integrante della pianificazione sia sociale che sanitaria del territorio.

Dovrà infatti prevedere:

- la esatta descrizione dei servizi e delle strutture, presenti sul territorio distrettuale, nonché la loro eventuale implementazione;
- la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi di bisogno di salute effettuata sul territorio;

- la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi, la tipologia del personale impegnato e da impegnare negli stessi;
- la previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell'Azienda raccordata con quella di competenza dei Comuni;
- la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore.

Sono questi gli strumenti in base ai quali l'ambito territoriale potrà dotarsi di un assetto organizzativo in grado di migliorare i percorsi di accesso ai servizi sociosanitari.

IV. 3.2.2 – Gli altri strumenti di organizzazione delle attività socio-sanitarie (PUA ed UVM) sul territorio

L'organizzazione delle attività distrettuali determina la necessità di costituire luoghi di lavoro comune in cui gli attori sociali e sanitari, con pari dignità, siano impegnati a ricercare e negoziare gli accordi di crescente collaborazione e integrazione di cui sopra.

Il Coordinamento Istituzionale, inteso come autonoma articolazione distrettuale del Comitato dei Sindaci, diventa il luogo del governo politico-istituzionale del sistema territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari.

La fase istruttoria, in relazione al singolo caso di salute, tiene conto della previsione dell'eventuale Percorso di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.) applicabile allo stesso caso ed elabora quindi il "progetto socio-sanitario personalizzato".

Fermi restando servizi, articolazioni ed uffici di coordinamento, già previsti dalle disposizioni regionali sul piano organizzativo e della costruzione delle procedure di accesso ed accoglienza dell'utente e del nucleo familiare al sistema integrato dei servizi, assumono rilievo due "luoghi" organizzativi attraverso i quali garantire lo svolgimento di funzioni essenziali:

- la Porta Unica di Accesso (PUA) per l'accoglienza e l'orientamento dell'utente, per una prima valutazione del caso;
- la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per la valutazione complessa del caso rispetto al quadro complessivo del fabbisogno di prestazioni di cura e di assistenza e per la definizione del progetto personalizzato di intervento ai fini della presa in carico.

PUA

E' un sistema di accoglienza della domanda in grado di aprire al cittadino, simultaneamente, tutta la gamma di opportunità offerte dalla rete locale dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

La "Porta Unica di Accesso" esprime, infatti, in maniera figurata il concetto di ingresso alla rete dei servizi, il superamento e la unificazione di pre-esistenti e settoriali punti di accesso alla rete dei servizi sanitari distrettuali e alla rete dei servizi sociali professionali comunali.

UVM

E' costituita da due team multiprofessionali, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi. Costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata. E' coordinata da un Coordinatore socio-sanitario o altro dirigente nominato dal Direttore del Distretto e da un operatore sociale nominato dai Comuni dell'ambito. E' integrata da figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso sulla base della istruttoria preliminare attivata dalla PUA.

La PUA provvede ad attivare direttamente tutti i principali referenti della UVM (MMG/PLS, specifiche unità operative distrettuali. Servizio Sociale) rispetto alla quale svolge funzioni di vera e propria segreteria organizzativa.

IV. 4 – Il livello essenziale della funzione ospedaliera

In coerenza con i principi e metodi contemplati nel precedente Capitolo III, la funzione ospedaliera deve essere organizzata in maniera tale che possano conseguirsi, prioritariamente, i seguenti risultati:

- a) garantire, per ciascuna "area territoriale ampia o comprensorio", la risposta ai bisogni di salute, a tal fine considerando la offerta esprimibile da tutti i centri di offerta (pubblici e privati) accreditati sul territorio aziendale e ponendo come obiettivo la possibilità di organizzare, negli ospedali a gestione diretta della ASL, tutte le principali attività che (nelle stesse aree territoriali ampie o comprensori) rendano effettivamente realizzabili i percorsi di Cura e di Assistenza che saranno attivati, nonché il rendimento di quelle già consolidate e di quelle rispondenti alle azioni previste nel precedente Capitolo II. Ciò non si

contrappone, ne si sovrappone completamente, alle attività ospedaliere dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia e dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo, perché questi sono istituzionalmente "chiamati" a rendere prestazioni di elevato ed elevatissimo impegno tecnico-scientifico e non, invece, ad assorbire la domanda che, più appropriatamente, rientra nelle attribuzioni di base e di medio-elevato livello di impegno, ovvero larga parte di quella che istituzionalmente rientra nelle attività degli ospedali a gestione diretta aziendale. Ovviamente, quella di altri centri di offerta (privati accreditati) si pone e viene considerata come attività di completamento del bisogno (appropriato) di ospedalizzazione espressa dal territorio;

b) la integrazione, nell'ambito dell'intero sistema di offerta come sopra finalizzato, deve così mirare a rendere il massimo possibile di soddisfazione dei bisogni di salute ed intercettare, con riferimento a specifiche patologie, la domanda che fa registrare un elevato (non fisiologico) tasso di mobilità sanitaria passiva, sia intraregionale e sia, soprattutto, extra regionale. Per entrambi i tipi di mobilità, a contrario, l'obiettivo è di realizzare al massimo possibile il principio di "avvicinare" il complessivo sistema di tutela della salute al cittadino bisognoso, mentre la riduzione della mobilità sanitaria passiva extraregionale consentirà di realizzare un freno al "drenaggio" continuo di risorse e di attività, che (diversamente), per l'ASL FG, ha significato e significherebbe perderle a monte. Il fenomeno della mobilità extra regionale è stato evidenziato ampiamente nel Capitolo I del presente P.A. L., tuttavia occorre ribadire e/o precisare ulteriormente che:

- 1) il maggiore flusso di mobilità si registra verso Regioni frontaliere (a Nord ed a Nord-Ovest del territorio aziendale) ed è relativo anche a prestazioni di non elevato grado specialistico;
- 2) la mobilità passiva extraregionale comporta un aggravio economico medio annuo (ultimo biennio) di oltre 78.000.000 euro;
- 3) al costo indiretto a carico della ASL deve, per obiettivi ed aspettative generali della comunità aziendale, accompagnarsi il "costo sociale", connesso alla mobilità fisica dei cittadini della Azienda verso altre Regioni;
- 4) è così che la "interruzione" del ciclo aziendale di "cura" pregiudica anche quello virtuoso di continuità di presa in carico del problema di salute, compromettendo anche una buona politica di continuità assistenziale.

Gli obiettivi di riorganizzazione – integrazione dell'offerta di azioni ed attività dei tre livelli essenziali di assistenza con le modalità ed allocazioni previste nel successivo paragrafo IV.6, nonché le aspettative di complessivo miglioramento atteso della metodica di governo dei processi, riportata nel precedente capitolo III, possono portare a risultati di:

- 1.1) migliore distribuzione nel territorio, specie quello frontaliero tra Regioni, di "occasioni di cura ed assistenza", secondo processi di attività integrata che contribuiscono direttamente ad incrementare il grado di "affidabilità" del sistema aziendale di tutela della salute e, conseguentemente, a meritarsi la corrispondente fiducia dei cittadini frontalieri, che essendo informati sul processo di cura ed assistenza ad essi diretto, si sentono "parte" attiva dello stesso sistema ed, in presenza di (costruendo) pari "occasioni", non hanno certamente interesse a "mobilitarsi" (ovvero a spostarsi) fuori Regione, grazie ad una migliore equità di accesso per i primi e per i cittadini delle aree montane e sub montane delle aree garganiche e daune, opportunamente completando la complessiva offerta necessaria anche attraverso la integrazione con le rispettive, maggiori realtà ospedaliere degli Ospedali Riuniti e dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza";
- 1.2) graduale internalizzazione della soddisfazione della domanda che determina mobilità passiva extraregionale, di valore quasi equivalente (per anno) al precedente disavanzo economico di gestione della Azienda (con la prospettiva che il costo annuo delle prestazioni in mobilità passiva potrebbe ridursi, progressivamente, di oltre il 60%, anche perché tali prestazioni ed attività, se rese dall'Azienda, costerebbero meno dell'importo delle tariffe pagate ad altre Regioni) in quanto, pur considerando il relativo incremento di costi per beni e servizi, la gran parte degli altri hanno già carattere di fissità (personale e parti di quelli dei richiamati servizi), dovendosi, altresì, tener conto delle economie di scala rivenibili dall'atteso incremento della produzione;
- 1.3) il beneficio "sociale" sarebbe prima di tutto di tipo assistenziale, perché, per conseguenza della maggiore capacità attrattiva e dello sviluppo ulteriore della attività a gestione diretta (e per i motivi di cui al successivo punto IV.1.4), l'ASL dovrà necessariamente sviluppare politiche di miglioramento continuo di qualità totale, per evitare che il cittadino "consumi" proprie "facoltà" fuori Regione, in una condizione di "adattamento" sicuramente meno agevole di quella godibile "a casa propria";

1.4) il governo effettivo dei problemi di salute della gente e la possibilità, a parità di qualità tecnico-professionale, di ottenere i migliori esiti finali depositano nel metodo indicato nel precedente Cap. III di effettiva gestione del “caso” e della costante presa in carico dello stesso, garantibili (prioritariamente) da condizioni permanenti di continuità di cura ed assistenza integrata.

La attuale rete ospedaliera a gestione diretta aziendale comprende stabilimenti ospedalieri di varie dimensioni strutturali e di varia rilevanza curativo-assistenziale, nessuno dei quali garantisce tutte le attività e prestazioni utili per il carico dei bisogni di salute espressi dalla popolazione; per cui, ferme le possibilità di completamento di esse (contrattandolo con le due citate maggiori realtà ospedaliere esterne), deve essere prevista una diversa organizzazione, dei “presidi ospedalieri”, che passa da ipotesi di integrazione – completamento di più stabilimenti alla configurazione di ospedali “sentinella”, per i bisogni risolvibili con funzioni assistenziali di area medica interessanti anche più Distretti.

In linea con quanto previsto nel precedente Capitolo III (par.III.1.1), il livello di assistenza ospedaliera è di particolare importanza nella applicazione dei Percorsi Aziendali ed Interaziendali di Cura e di Assistenza. Il costo attuale della funzione ospedaliera supera, di gran lunga, il limite standard di assegnazione e ciò è determinato sia da situazioni di non utilizzo o sottoutilizzo di strutture ospedaliere e sia , non secondariamente, da inappropriatezza (di afferenza prestazionale ed organizzativa) delle attività rese. Proprio per questo, negli ospedali è necessario organizzare le attività per percorsi diagnostico-terapeutici, ossia per processi operativi e ciò perché:

- si consente la maturazione culturale e gestionale per trasformare la attuale organizzazione per Strutture operative in quella, appunto, per processi;
- si realizza la possibilità, in contabilità direzionale, di determinare i costi pieni che si consumano nella realizzazione del processo operativo completo e, poiché la “remunerazione” economica di questo è data da una predeterminata “Tariffa” (valore economico per D.R.G.), conseguentemente, si possono individuare e correggere le diseconomie, attraverso procedimenti di miglioramento continuo della qualità totale del citato processo esaminato;
- si ha la possibilità di progettare, con criteri obiettivi, l'articolazione della organizzazione in base ai bisogni effettivi di tutela della salute, attraverso una rete ospedaliera coerente (cfr. punto 2.3 del PRS).

Per questo, la scelta aziendale è di assumere criteri e parametri contenuti nel PRS, tali che possano essere realizzati i percorsi assistenziali nell'area comprensoriale da cui sono espressi i citati bisogni (cfr. par. IV. 1 e par. IV. 3 del presente P.A.L.) ed, in ogni caso, facendo riferimento al numero della popolazione assistita, alle distanze dei luoghi di cura, alle caratteristiche morfologiche del territorio ed anche, per il periodo di riferimento del P.A.L., alle risorse strutturali ed organizzative già esistenti, che vanno certamente riorganizzate, ma utilizzate, quando non sia possibile (nel citato periodo) finanziare e realizzare nuove immobilizzazioni tecniche (nuovi ospedali, strutture, ecc.). La riorganizzazione e l'utilizzo pieno degli stabilimenti ospedalieri, nel rispetto delle finalità previste nel paragrafo 2.3 del P.R.S., devono consentire la garanzia di equa distribuzione della “rete assistenziale in ambito ospedaliero” (cfr. paragrafo 2.3.2 del P.R.S.) ed (esaltando metodiche di integrazione) anche di realizzare parti delle articolazioni assistenziali, intensive e per post-acuzie, di cui al paragrafo 3.2.2. dello stesso PRS.

Soprattutto la completezza (possibile) di occasioni di assistenza ospedaliera deve tenere conto delle necessità espresse nelle analisi di bisogni di cui al Cap. I del presente P.A.L. In tale parte si è già considerato come la vicinanza ad altre Regioni e la dispersione di popolazione in aree montane e sub montane determinino mobilità sanitaria passiva extraregionale, non dimenticando che anche la collocazione frontaliere con altre Province determina mobilità passiva, sia pur nell'ambito della Regione.

Queste considerazioni motivano che, nella riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale, si tenga conto di:

- a) prevedere, nelle aree frontaliere (a Nord ed a Sud della Provincia di Foggia), realtà ospedaliere a gestione diretta che possano intercettare la domanda in mobilità e riorganizzare attività che consentano di soddisfare al massimo possibile i corrispondenti bisogni “in uscita”: la riduzione programmata e graduale del valore economico di tale mobilità, determinerebbe la possibilità di ulteriormente potenziare (in proprio) la offerta necessaria, autofinanziandola (prospettata riduzione della mobilità); quello a sud è territorio interessato da mobilità passiva prevalentemente extra provinciale, quello a nord è soggetto a notevole mobilità passiva extraregionale;
- b) garantire che per le aree montane del Gargano e dei Monti Dauni Settentrionali, oltre alla rispettiva offerta dell'IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza” di San Giovanni Rotondo e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, la soddisfazione di appropriata domanda ospedaliera sia as-

sicurata da Presidi ospedalieri e da Stabilimenti ospedalieri svolgenti il citato ruolo di “sentinella”, in forma integrata con quelli di cui al precedente punto “a”.

Per la parte Sud della Provincia, la realtà strutturale dell’Ospedale “G. Tatarella” è già utile allo scopo: bisogna, però, completare la attivazione di tutte le articolazioni assistenziali, già previste e che vengano potenziate-specializzate ulteriormente con il presente P.A.L. Il completamento e potenziamento delle attività del Presidio ospedaliero di Manfredonia deve garantire la più completa possibile offerta ai bisogni di quella popolazione montana e costiera.

La parte Nord della Provincia presenta una più difficile situazione, che ha bisogno di più tempo e di una transitoria riarticolazione prima di conseguire una analoga adeguatezza strutturale. Essa è costituita dall’Alto Tavoliere e, precisamente, dal Distretto di San Severo che, dopo quello della città di Foggia, risulta essere il più popoloso (oltre 107.000 abitanti) della ASL FG, ma che è anche confinante con la Regione Molise e che ha un elevatissimo tasso di mobilità sanitaria passiva extraregionale. Nell’area dell’Alto Tavoliere ed in quella più frontaliere insistono rispettivamente lo stabilimento Ospedaliero (maggiore) di San Severo e quello (minore) di Torremaggiore. Lo Stabilimento Ospedaliero di San Severo, pur se di rispettabili dimensioni, non riuscirebbe a contenere tutte le attività ospedaliere necessarie per il territorio, ma soprattutto è allocato nel centro abitato (molti fabbricati di civili abitazioni sono addossati alla cinta muraria ospedaliera) e non è dotato di una minima area di parcheggio. Lo stabilimento di Torremaggiore, pur se circondato da area utile e collocato fuori dal centro abitato, è di ridotte dimensioni. La proposta dell’Azienda è che la Regione programmi la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera che costituisca l’Ospedale dell’Alta Capitanata (OAC), da ubicarsi in una area fuori dai centri abitati (dei due Comuni di San Severo e Torremaggiore) e di più facile accessibilità per gli altri Comuni dell’area nord interessata. Conseguentemente, i due citati Ospedali sarebbero riconvertiti per ospitare servizi sanitari non ospedalieri ed altri servizi e dipartimenti sanitari territoriali, i quali sono collocati, per larga parte, in immobili in locazione da privati. Sino alla realizzazione di tale nuovo (e unico) complesso ospedaliero, i citati stabilimenti di San Severo e Torremaggiore saranno utilizzati in forma (organizzazione) integrata e con la previsione della realizzazione di un’area assistenziale di riabilitazione di riferimento provinciale. Come previsto dal P.R.S., in particolari aree geografiche come quelle del Gargano, è possibile la presenza di Ospedali del territorio, con un numero minimo di posti letto di area medica, per pazienti acuti ed eventualmente post-acuti. Gli stabilimenti ospedalieri di Monte Sant’Angelo e San Marco in Lamis possono assumere la funzione di Ospedali del Territorio. Nel Comune di Vico del Gargano verrà attivato un Ospedale del Territorio, per garantire alle comunità locali un’assistenza ospedaliera minima.

Per la parte centrale del territorio provinciale è già prevalente la funzione di assistenza ospedaliera garantita dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, per la quale valgono le stesse osservazioni rese per l’IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza” e cioè che mission istituzionale di essi deve essere quella di garantire prestazioni di “eccellenza”, anche per rendere un rilevante contributo al drenaggio della mobilità extraregionale. Proprio per questo ed anche a garanzia e tutela delle popolazioni dei Monti dauni, una funzione di rilievo per l’assistenza ospedaliera deve essere conferita al Presidio Ospedaliero di Lucera, nel quale deve essere contemplata ed anche potenziata la organizzazione delle attività sanitarie, con il primario e già citato obiettivo che (esso Presidio) deve garantire, al massimo possibile, il livello di appropriatezza di intervento ospedaliero nell’applicazione di Percorsi di cura e di assistenza.

Ovviamente, l’organizzazione per la gestione delle attività ospedaliere a gestione diretta dell’Azienda, deve osservare il modello dipartimentale. Fermo restando quanto previsto nel precedente paragrafo III.3, nella massima parte dei casi (pressoché totalità) l’aggregazione è di tipo “transmurale” sia perché riguarda le attività di più ospedali e sia, soprattutto, perché sono interessate anche attività sanitarie territoriali e/o distrettuali.

IV. 5 – Azioni e progetti di sviluppo

IV. 5. 1. – Il consultorio familiare ed il percorso territoriale materno-infantile

L’Azienda intende adeguare l’attuale assetto organizzativo dei consultori familiari che sono funzionalmente inseriti ed organizzati nella Struttura Complessa definita “Servizio Sovradistrettuale delle Attività Consultoriali”, di cui alla delibera aziendale, del Commissario Straordinario, n. 1211 del 28/04/2008.

Nell’ambito di tale Struttura sovradistrettuale, la qualificazione delle strutture semplici territoriali dovrà tener conto del numero di popolazione assistita per ogni distretto, ma soprattutto delle qualificazioni che già hanno, per il periodo di vigenza del presente PAL, gli incarichi di responsabilità in corso e della condizione che siano rispettati i limiti dei fondi dei contratti integrativi aziendali di lavoro, nonché di popolazione assistita.

L'Azienda intende dare, quindi, piena attuazione a quanto indicato nel Piano Regionale della Salute nonché nella organizzazione dei consultori, in cui si prevede la presenza di un Consultorio ogni 20.000/30.000 abitanti, salve deroghe dovute a particolari collocazioni geografiche e/o geomorfologiche.

Pertanto, è necessaria una redistribuzione dei Consultori Familiari sull'intero territorio, vista la difforme presenza di tali strutture all'interno dei distretti tanto più che, in alcuni casi, ci si trova in presenza di meri ambulatori ginecologici e non di veri e propri servizi consultoriali.

Complessivamente, i Consultori Familiari da prevedere sul territorio aziendale (quale risultante del rapporto tra popolazione e presenza di un consultorio ogni 20.000 abitanti) sono 32.

È, inoltre, necessario ridistribuirli facendo riferimento alla popolazione residente e anche al tasso di fecondità per ciascun Distretto.

Attualmente i consultori (complessivamente 33) sono diversamente distribuiti: infatti si va dai tre consultori presenti nella città di Foggia che ha una popolazione di circa 150.000 abitanti, ai sei consultori presenti nel Distretto di Troia che ha una popolazione, prevalentemente anziana, di poco più di 42.000 abitanti.

Il bacino di utenza per consultorio è, quindi, molto diversificato e non rispondente a quanto previsto negli strumenti regionali di pianificazione.

Pertanto è necessario procedere alla redistribuzione territoriale dei Consultori Familiari, istituendone alcuni laddove il numero degli abitanti è elevato e trasformando i consultori familiari, che già attualmente non rispondono ai requisiti organizzativi e strutturali previsti, essendo spesso carenti oltre che nelle sedi e nelle attrezzature anche nella costituzione delle equipe, in *ambulatori consultoriali* che afferiscono alla articolazione consultoriale, nel cui territorio e popolazione sono compresi.

Al fine di migliorare il rapporto tra popolazione e consultorio di riferimento (1 consultorio ogni 20.000 abitanti) si prevede di attivare nuove strutture consultoriali e di trasformare alcuni consultori in ambulatori consultoriali e precisamente come indicato nella tabella n. 1).

Per la città capoluogo si prevede di aggiungere ai tre consultori esistenti altri 4 consultori considerando che è stato aperto un ambulatorio consultoriale a Borgo Mezzanone che, potrà far riferimento al Distretto di Manfredonia nel cui territorio ricade, oppure direttamente alla S.C. consultoriale sovradistrettuale.

Si può realizzare, quindi, la presenza di un consultorio per una popolazione che va da un minimo di circa 22.000 ad un massimo di circa 30.000 abitanti con le relative equipe consultoriali. Fermi il rispetto pieno delle relazioni sindacali e dei requisiti e presupposti previsti dai CC.CC.NN.LL. del personale interessato si potrà articolare, per ogni ambito distrettuale o quote (di consistenza) omogenee dei Distretti, una struttura semplice operativa di consultorio.

In riferimento a quanto stabilito nel D.P.R. 14 gennaio 1997, relativamente ai requisiti minimi, la situazione delle strutture consultoriali è molto diversificata.

L'ASL FG ha previsto, nel piano di ammodernamento aziendale, la costruzione e/o la ristrutturazione di locali da destinare a Consultorio Familiare e l'acquisto delle attrezzature, degli arredi e della strumentazione necessaria per l'attuazione delle attività consultoriali.

Anche in merito al personale la situazione dei consultori della ASL FG presenta una dotazione di operatori non omogenea e in alcuni casi problematica. Nel corso del prossimo triennio bisognerà procedere ad assicurare in tutti i consultori l'inserimento, ove mancanti, di quelle figure professionali previste stabilmente nelle equipe e sarà presa in considerazione la possibilità di garantire, almeno a livello distrettuale, la presenza di un mediatore culturale che possa facilitare e favorire il rapporto tra immigrati/e e operatori consultoriali.

L'ASL FG ha avviato l'informatizzazione dei consultori al fine di consentire il passaggio da strumenti informativi in formato cartaceo a strumenti informatizzati che potranno velocizzare la registrazione delle attività, la lettura e l'interpretazione dei dati.

Attualmente la registrazione dei dati di attività avviene, nella maggior parte dei consultori, in forma cartacea per la mancanza degli strumenti informatici. Si prevede di arrivare a dotare tutti i consultori familiari di tali strumenti in tempi brevi per consentire l'utilizzo del sistema di rilevazione dei dati previsto dal Ministero della salute e dalla Regione Puglia in modo omogeneo.

Nella maggior parte dei consultori familiari dell'ASL FG, soprattutto dove le equipe sono complete e le sedi dotate sufficientemente di attrezzature e strumenti utili all'attività consultoriale, i servizi offerti sono quelli previsti dalla L.R. n. 30/77 e si stanno attuando le attività previste nel POMI nonché quelle contenute nei P.d.Z. quali l'equipe integrate per l'affido e l'adozione e per l'abuso ed il maltrattamento. Pertanto i Consultori Familiari attuano il programma delle attività previste dalla normativa vigente e concorrono al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici del servizio, nonché gli obiettivi aziendali stabiliti.

Sono attività generali:

1. fornire assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e paternità responsabili sia biologica che adottiva e per i problemi di coppia e della famiglia (L.405/75 e L.R. 30/77);
2. tutelare la salute della donna e del prodotto del concepimento;
3. assicurare l'armonico sviluppo del neonato e del bambino in linea con quanto previsto dalla Carta dei Diritti del Bambino dell'ONU e dell'adolescente con particolare riferimento all'autostima, alla sessualità, al consolidamento dell'identità personale e degli aspetti relazionali;
4. divulgare le informazioni idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza, anche attraverso la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dal singolo o dalla coppia in ordine alla procreazione responsabile e al ricorso ad IVG;
5. partecipare agli interventi di prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile e maschile;
6. diffondere su tutto l'ambito territoriale una cultura della solidarietà interfamiliare e dell'affido, nonché della mediazione nelle relazioni familiari nei casi di separazione e di divorzio.

Sono attività specifiche:

- per la coppia e la famiglia:

- a) promozione del benessere nelle relazioni intrafamiliari e dei rapporti tra famiglia e contesto sociale;
- b) promuovere la procreazione responsabile, la tutela sociale della maternità e prevenire il ricorso all'IVG;
- c) assistenza in gravidanza e nel puerperio e nei casi di ricorso all'IVG;
- d) interventi precoci e prevenzione del maltrattamento e della violenza intrafamiliare;
- e) prevenzione della conflittualità tra coniugi in fase di separazione e attuazione di interventi di mediazione familiare per la risoluzione dei conflitti familiari;
- f) sostegno alla genitorialità;
- g) prevenzione dei disturbi della sfera sessuale;
- h) educazione affettiva e sanitaria.

- per il singolo:

- a) promozione del benessere nelle relazioni e nei rapporti sociali;
- b) prevenzione del disagio nelle relazioni e nella sfera affettiva e sessuale;
- c) partecipazione a screening per la prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile e maschile.

- per l'infanzia:

- a) prevenzione del disagio infantile soprattutto in situazioni di rischio socio-ambientale;
- b) prevenzione del maltrattamento e abuso sessuale all'infanzia;
- c) prevenzione del disadattamento e abbandono scolastico;
- d) sostegno e attuazione di interventi finalizzati alla soluzione di problemi che creano disagio al minore ed alla famiglia;
- e) educazione affettiva e sanitaria.

- per l'adolescenza:

- a) prevenzione di fattori di rischio in adolescenza anche nella sfera sessuale;
- b) prevenzione del maltrattamento e l'abuso;
- c) prevenzione del disadattamento e abbandono scolastico;
- d) prevenzione del bullismo e di comportamenti antisociali;
- e) educazione affettiva e sanitaria.

- per l'età post - fertile

- a) Promozione e sensibilizzazione delle donne alla prevenzione ed al trattamento delle malattie degenerative proprie dell'età e al miglioramento del proprio stile di vita e della sessualità;
- b) Controlli strumentali periodici per le donne in corso di trattamento con terapia ormonale sostitutiva;
- c) Promozione dell'aggiornamento professionale degli operatori sulle problematiche del climaterio e della menopausa e sulle possibilità di trattamento;

- per la comunità:

- a) favorire la costituzione di una rete tra i servizi ed il tessuto sociale per rispondere ai bisogni delle realtà locali;
- b) promozione della cultura della salute fisica, psicologica e sociale;

Intervenire, in sinergia con il DP e con il Distretto, nell'offerta attiva delle vaccinazioni per il conseguimento degli obiettivi del P.S.N. e del P.R.S.

La specificazione di tali viene effettuata nella maggior parte dei Consultori familiari seppur con alcune difficoltà legate alla esiguità delle risorse strutturali, organizzative ed umane.

Nuovi bisogni

Per la compiuta realizzazione delle indicate attività è necessario istituire nuove sedi consultoriali laddove la popolazione attualmente servita supera di gran lunga i previsti 20.000 abitanti, salve deroghe connesse a situazioni geografiche particolari (secondo quanto riportato nella tabella che segue):

- a) Garantire per tutti i consultori il rispetto dei requisiti minimi strutturali secondo quanto previsto dal Regolamento regionale n. 3 del 13.01.2005.
- b) Garantire la completezza dell'equipe consultoriali con le figure professionali previste nel PRS 2008/2010.
- c) Informatizzare la rete consultoriale per realizzare un monitoraggio costante ed omogeneo delle attività consultoriali.
- d) Contribuire alla attuazione dei progetti nazionali e regionali, partecipando alle attività specifiche (Percorso Nascita, prevenzione tumori collo dell'utero e mammella, ecc.).
- e) Attivare la progettazione e realizzare la partecipazione in percorsi assistenziali condivisi tra Consultori, DSS, Ospedali, Dipartimenti, ecc. su programmi nazionali, regionali, aziendali (Percorso Nascita, PON sicurezza, IVG, ecc.)
- f) Contribuire ad attuare i programmi di intervento per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza, per l'educazione all'affettività, alla sessualità, alla genitorialità, alla prevenzione del disagio minorile e adolescenziale, ecc.
- g) Partecipare alla formazione delle équipes integrate per l'affido e l'adozione e per l'abuso ed il maltrattamento con i P.d.Z. di tutti i distretti nonché per quanto previsto nella L. 285/97.
- h) Partecipare alla realizzazione di interventi per la promozione del benessere psicofisico e sociale per la popolazione immigrata.
- i) Prevedere programmi di formazione continua degli operatori consultoriali.
- j) Prevedere che il percorso territoriale materno infantile è parte di quello più ampio riguardante la istituzione e funzionamento di Dipartimento materno-infantile, aziendale o anche interaziendale e, perfino, ad "attività integrata", analogamente a quanto previsto dal D.Lgs. n. 517/99.

Distretti	Comuni presenti nel distretto - Popolazione	Consultori Familiari e ambu- latori consultoriali esistenti	Consultori familiari da isti- tuire	Consultori da trasfor- mare in Ambulatori consultoriali	Nuova articolazione distretti
Distretto di San Severo 107.621 ab.	-Apricena (13.611) -Chieuti (1.771) -Lesina (6.337) -Poggio Imp. (2.864) -San Paolo C. (6.003) -San Severo (55.824) -Serracapriola (4.062) -Torremaggiore (17.149)	- Apricena - Torremaggiore - Serracapriola - San Severo	-San Severo		-Apricena -San Severo 1 -San Severo 2 -Serracapriola -Torremaggiore
Distretto di San Marco in Lamis 60.115 ab.	-Rignano Garganico (2.195) -San Giovanni Rotondo (26.822) -San Marco in Lamis (14.754) -San Nicandro Garganico (16.344)	-San Giovanni Rotondo -San Marco in Lamis -San Nicandro Garganico		-Rignano Garganico	-San Giovanni Rotondo -San Marco in Lamis -San Nicandro Garganico
Distretto di Vico del G. 47.087 ab.	-Cagnano V. (8.127) -Carpino (4.452) -Ischitella (4.352) -Isole Tremiti (492) -Peschici (4.390) -Rodi G. (3.705) -Vico del G. (7.950) -Vieste (13.619)	- Ischitella - Rodi Garganico - Vieste			-Ischitella -Rodi Garganico -Vieste
Distretto di Manfredonia 80.331 res.	Manfredonia (57.140) -Mattinata (6.516) -Monte S. A. (13.414) -Zapponeta (3.261)	-Manfredonia -Mattinata -Monte S. Angelo	- Manfredonia	-Borgo Mezzanone	- Manfredonia 1 - Manfredonia 2 - Mattinata - Monte Sant'Angelo
Distretto di Cerignola 94.571 ab.	-Carapelle (6.046) -Cerignola (58.280) -Ordona (2.650) -Orta Nova (17.792) -Stomara (4.844) -Stomarella (4.959)	- Cerignola - Orta Nova - Stomarella	- Cerignola		-Cerignola 1 -Cerignola 2 -Ortanova -Stomarella
Distretto di Foggia 153.469 ab.	Circoscrizioni I, II, III Circoscrizioni IV, V	- Foggia n. 1 - Foggia n. 2 - Foggia n. 3	- Foggia n. 4 - Foggia n. 5 - Foggia n. 6 - Foggia n. 7		-Foggia 1 -Foggia 2 -Foggia 3 -Foggia 4 -Foggia 5 -Foggia 6 -Foggia 7
Distretto di Lucera 55.379 ab.	-Alberona (1.049) -Biccari (2.903)	- Casalvecchio di P. - Lucera	- Lucera	- Mottamontecorvino - Pietramontecorvino	-Casalvecchio di Puglia -Lucera

	-Carlantino (1.126)	- Mottamontecorvino	- Roseto Valfortore	-Vulturino
	-Casalnuovo M. (1.805)	- Pietramontecorvino	- San Marco La Catola	
	-Casalvecchio di P. (2.020)	- Roseto Valfortore		
	-Castelnuovo (1.603)	- S. Marco La C.		
	-Celenza V. (1.823)	- Vulturino		
	-Lucera (34.671)			
	-Mottamontecorvino (882)			
	-Pietramontecorvino (2.784)			
	-Roseto V. (1.230)			
	-San Marco La C. (1.135)			
	-Volturnara A. (514)			
	-Vulturino (1.834)			
Distretto di Troia 42.179 ab.	-Accadia (2.542)	- Accadia	- Accadia	-Ascoli Satriano
	-Anzano di P. (1.974)	- Ascoli S.	- Candela	-Bovino
	-Ascoli S. (6.343)	- Bovino	- Orsara di P.	-Troia
	-Bovino (3.656)	- Candela		
	-Candela (2.731)	- Orsara di P.		
	-Castelluccio dei S. (2.018)	- Troia		
	-Castelluccio V. (1.390)			
	-Celle S. Vito (190)			
	-Deliceto, (4.006)			
	-Faeto (672)			
	-Monteleone di P. (1.191)			
	-Orsara di P. (3.073)			
	-Panni (890)			
	-Rocchetta S.A. (1.993)			
	-Sant'Agata di P. (2.166)			
	-Troia (7.341)			

IV. 5. 1. 2 -Dipendenze Patologiche ASL FG

Il Piano di Salute della Regione Puglia 2008/2010 comprende quali obiettivi specifici per il settore delle Dipendenze Patologiche :

2.4.11 - Lotta al fumo di tabacco / Abuso di alcol / Contrasto all'uso di psicostimolanti e/o stupefacenti / Contrasto al gioco d'azzardo ed alle dipendenze comportamentali;

1.3.5 - Assistenza ai detenuti tossico - alcolodipendenti.

Viene inoltre indicata la necessità di predisporre interventi straordinari per la piena realizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (l.r. 27/99 ; l.125/2001; l. 328/2000 e sua attuazione regionale ; PSR ; Delibera di G.R. 1722 del 30-11-2005), secondo le seguenti direttrici :

- adeguare la dotazione organica dei DDP , previa verifica e monitoraggio;
- implementare il sistema di rilevazioni dati;
- promuovere l'integrazione socio-sanitaria con particolare attenzione all'implementazione del Piano regionale delle politiche sociali e dei Piani di zona nell'area della cura e riabilitazione.

Tuttavia le tematiche generali delle dipendenze intersecano a pieno titolo anche altre problematiche e settori di intervento sociale e sanitario :

- Immigrazione (fenomeni di abuso/dipendenza da alcol e stupefacenti con caratteristiche spesso difforni da quelle in atto nella popolazione italiana e difficoltà di accesso alle cure per i soggetti immigrati);
- Incidenti sul lavoro (nella quota di essi legata all'uso di alcol e sostanze psicotrope)
- Prevenzione e promozione di stili di vita sani (in rapporto al rilevante uso e "consumo" di sostanze psicotrope a scopo voluttuario, anche quando non si parla di abuso in senso stretto, nonché a comportamenti di tipo additivo legati al cibo, al sesso, allo shopping e all'uso di internet /videogiochi);
- Violenza sui minori e sulle donne (spesso associata ad abuso di alcolici e/o stupefacenti).
- Medicina dello sport (lotta al doping e prevenzione dei fenomeni di addiction legati alle pratiche sportive);
- Medicina penitenziaria.

Articolazione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche si articola, attualmente, in 6 strutture complesse:

- San Severo (Ser.T. San Severo / Torremaggiore / Apricena / San Nicandro Garganico)
- San Giovanni Rotondo (Ser.T. San Giovanni Rotondo / Cagnano Varano / Vieste)
- Cerignola (Ser.T. Cerignola / Ortanova)
- Manfredonia (Ser.T. Manfredonia)
- Foggia (Ser.T. Foggia / Troia)
- Lucera (Ser.T. Lucera)

Utenti in carico nell'anno 2007:

Criticità

L'espansione e la nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti con la diffusione della cocaina e delle metamfetamine (extasy e congeneri) tra soggetti per altri versi del tutto integrati nella società e nel mondo del lavoro, l'aumento del consumo di alcol tra i giovani e la "normalizzazione" dell'uso della cannabis, l'incremento delle dipendenze comportamentali, la cronicizzazione della tossicodipendenza con fenomeni estesi di povertà e di marginalità sociale in adulti di età superiore ai 40 anni, rappresentano altrettante criticità che rendono necessario un ripensamento sulle modalità organizzative e operative dei servizi.

Le carenze in ordine al numero di operatori addetti e le disparità esistenti nella loro collocazione nei vari ambiti territoriali del Dipartimento, rinvenienti dalle tre disciolte ASL della provincia di Foggia, rappresentano un'area di forte criticità nell'attuazione degli obiettivi della Piano Attuativo Locale che va affrontata e risolta, nell'arco temporale di riferimento.

Del pari critica è la situazione del privato sociale e degli enti ausiliari, con una operatività legata al modello storico della Comunità Terapeutica riabilitativa residenziale e semiresidenziale per eroinomani, oggi fortemente in declino in tutta la nazione.

Necessità organizzativo-funzionali

- Adeguamento degli organici dei Ser.T.

Sarà quindi necessario nel triennio di vigenza del PAL riequilibrare il sistema dei servizi potenziando in primo luogo gli organici delle strutture dipartimentali maggiormente carenti, rapportandoli al numero di soggetti in trattamento ed alla popolazione di riferimento.

In generale sono carenti le figure mediche ed in particolar modo i medici psichiatri in tutto il Dipartimento (problematica della comorbidità psichiatrica); a macchia di leopardo ed in particolar modo nelle Sezioni dipartimentali con minor numero di operatori, vi sono gravi carenze di psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri.

Per implementare le politiche di contrasto delle dipendenze comportamentali, del fumo di tabacco, dell'abuso di alcol, delle droghe psicostimolanti e per l'assistenza ai detenuti alcol/tossicodipendenti, dovrà essere valutata la possibilità di incrementare la dotazione organica del DDP.

- Articolazione organizzativa del DDP

L'articolazione organizzativa del DDP è definita dalla legge regionale 27/99 e dalla 26/06 e prevede: Ser.T. / Interventi in carcere (ove esistente nel territorio di competenza) / Alcolologia / Prevenzione / Doppia diagnosi / Epidemiologia; per i principi generali di organizzazione e funzionamento sarà necessario tener conto della disciplina generale dell'Azienda, di cui al precedente cap. III, par. 3.

- Università, formazione e ricerca.

Esiste un rapporto di collaborazione più stretto tra DDP e Università di Foggia, da cui è scaturito nel mese di dicembre 2008 l'attivazione di un Master universitario di I livello in "comorbidità psichiatrica nelle dipendenze patologiche", promosso dalla Scuola di specializzazione in psichiatria della Facoltà di medicina e chirurgia in collaborazione con il DDP.

La collaborazione proseguirà nel corso del triennio, sia nel campo della formazione e sia in quello della ricerca: nel 2008 il Ser.T di Manfredonia ha ottenuto il finanziamento dal Ministero della Salute di un progetto di ricerca biennale sulla problematica del doping nelle pratiche sportive non professionistiche, a cui collaborerà anche l'Università di Foggia.

- Privato sociale, enti ausiliari e volontariato

Il rapporto di collaborazione si è già strutturato con riunioni mensili di coordinamento su base provinciale, con progetti sperimentali gestiti in sinergia tra pubblico e privato sociale, con la programmazione di una formazione diretta sia agli operatori dei servizi pubblici e sia a quelli delle organizzazioni del privato sociale e del volontariato. Tale collaborazione dovrà proseguire ed essere implementata nel triennio.

- Piani di zona

Le politiche dei Piani di zona per l'area prioritaria "Dipendenze" devono trovare un maggior coordinamento su base provinciale, salvaguardando le specificità ed i bisogni dei vari ambiti, rapportandosi in maniera più puntuale alle politiche generali del Dipartimento per evitare duplicazioni, sprechi, interventi divergenti da

parte di attori diversi. La circolare del 15 dicembre 2008 della Regione Puglia, su questi temi, punta a superare alcune difficoltà di interpretazione riguardo ai ruoli delle istituzioni che concorrono a definire i Piani, ribadendo la centralità del DDP all'interno della rete di tutela dei soggetti affetti da dipendenza patologica.

- Assistenza ai detenuti alcol/tossicodipendenti

In attuazione del DPCM 1/4/2008 che riforma la Medicina Penitenziaria, vanno potenziate le attività di prevenzione e riabilitazione, prevedendo il concorso del privato sociale. La problematica della comorbidità psichiatrica dovrà essere affrontata con un protocollo operativo tra il DDP ed il DSM e con eventuali risorse professionali aggiuntive, meglio se operanti in una équipe formata da operatori di entrambi i dipartimenti. Dovranno essere implementati gli interventi preventivi e socio-riabilitativi per i minori, attraverso una sempre maggiore integrazione con il Tribunale dei Minori e gli organi del Ministero della Giustizia.

- Accordi di attività intra-ASL

Definire in tempi brevi Accordi di attività con Distretti, Dipartimenti, Ospedali dell'Azienda per regolamentare la modalità di presa in carico e la gestione dei pazienti con patologie di competenza di più servizi; inoltre vanno stabilite intese per evitare duplicazioni di interventi e/o per definire metodologie condivise ed aggiornate in campo preventivo.

- Fumo di tabacco

Accanto ad una articolazione e/o struttura semplice dedicata nella sezione dipartimentale di San Severo, è stato da poco attivato dal Ser.T di Manfredonia un programma di supporto motivazionale per coloro che decidono di smettere di fumare, coinvolgendo il Distretto ed i medici di famiglia nel progetto. Va perseguita ed incrementata una politica di collaborazione in questo senso, dove vari attori agiscono per uno stesso fine ed in modo sinergico: DDP, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, medici di famiglia, pneumologi, cardiologi etc.

- Alcool

Il numero di soggetti in trattamento presso le U.O. di alcologia del DDP aumenta progressivamente ogni anno (oltre 400 utenti in carico nel 2007), però solo la sezione dipartimentale di Foggia ha una unità operativa con personale dedicato esclusivamente a questo compito, mentre nelle altre sezioni gran parte del personale vi si dedica a tempo parziale.

Alla prevenzione dell'abuso e dipendenza, nonché delle patologie alcol-correlate e degli incidenti provocati dall'alcol sulla strada e sui luoghi di lavoro, vengono dedicate numerose iniziative da parte del DDP, in gran parte nel mondo della scuola.

A partire dall'esperienza maturata nel progetto nazionale "Alcool e Lavoro" con interventi effettuati nei luoghi di lavoro del territorio, dovrà essere maggiormente esteso tale tipo di attività, assicurando una continuità nel tempo agli interventi; similmente le esperienze di attività notturne nei luoghi del divertimento attuate negli anni scorsi per prevenire gli incidenti stradali alcool/droga correlati dovranno essere implementate coinvolgendo un numero ancora maggiore di giovani. Il rapporto con gli enti del volontariato, essenzialmente Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi, necessita di un maggior sviluppo.

Carente è l'offerta di trattamenti comunitari dedicati specificatamente agli alcolisti in tutta la regione. Tra gli obiettivi da perseguire nel triennio, oltre all'aumento di risorse umane dedicate a tempo pieno all'alcologia, va implementata la collaborazione con gli enti del volontariato, il privato sociale ed i medici di medicina generale, per programmi integrati di prevenzione / trattamento / riabilitazione.

- Laboratori di tossicologia

In applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2007, deve essere perseguito il potenziamento ed accreditamento dei laboratori di tossicologia, per le attività medico-legali connesse alla certificazione di tossicodipendenza, di idoneità alla guida e per i lavoratori che svolgono mansioni pericolose per sé e per gli altri.

- Dipendenze comportamentali

I fenomeni assai diffusi di dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo patologico / disturbi addittivi dell'alimentazione / internet addiction / shopping patologico / sex addiction) rappresentano uno dei fenomeni emergenti nel campo delle dipendenze patologiche su scala mondiale.

Poiché persiste un forte stigma sociale nei confronti dei Ser.T. e di coloro che li frequentano per motivi di cura, deve realizzarsi la possibilità che i trattamenti di queste patologie vengano realizzati presso strutture "neutre" come i Poliambulatori, stabilendo accordi con i Distretti per l'attivazione di ambulatori dedicati, così come sta già avvenendo per il fumo di tabacco.

- Nuove droghe

Il fenomeno della diffusione delle cosiddette “nuove droghe” va di pari passo con la diffusione del “consumo” di sostanze, considerato da una parte non trascurabile dei giovani una prassi normale al pari di tante altre. Peraltro le droghe psicostimolanti come la cocaina e l'extasy, caratterizzate da una più lenta comparsa della condizione di dipendenza, nell'immaginario collettivo, vengono considerate meno pericolose della classica eroina e in molti ambienti non solo giovanili e sono ormai diffuse al pari dell'alcol.

Le persone che ne fanno uso, non solo non si sentono “drogati”, ma essendo in gran parte socialmente integrati non si rivolgono ai Ser.T., anche per timore dello stigma sociale. Ambulatori in strutture “neutre” che garantiscano la privacy con apertura serale per permettere ai consumatori/lavoratori di accedervi, gruppi di auto-mutuo aiuto, informazione e prevenzione effettuata con operatori-pari, sono azioni da sviluppare nel triennio da parte del DDP.

- **Immigrazione**

Il DDP sta stabilendo rapporti di collaborazione con le associazioni del privato sociale che si occupano di immigrati e di homeless, attivando corsi di formazione per gli operatori e per i mediatori culturali e linguistici di questi enti. L'obiettivo che si intende perseguire è quello di formare operatori-pari nelle diverse etnie che rappresentino il veicolo privilegiato attraverso cui far pervenire informazioni sui servizi, fare prevenzione, avviare attività di strada, adattando le strategie di intervento alle caratteristiche culturali di coloro su cui si pensa di intervenire.

Il progetto nazionale “Alcol e immigrati” che si sta realizzando nel territorio aziendale rappresenta un piccolo ma significativo passo nella direzione auspicata.

IV. 5. 1. 3 - Salute mentale

Tendenze evolutive di medio-lungo periodo relative ad aspetti strutturali della domanda e dell'offerta:

Il Piano della Salute 2008-2010 della Regione Puglia registra le criticità diffuse della rete assistenziale dei servizi di tutela della salute mentale, tra i quali naturalmente quelli dell'ASL FG, a riguardo dei quali la situazione attuale è la seguente:

- 1) in uno solo dei nove CSM funzionanti è assicurata la presenza dello psichiatra per le 12 ore diurne (peraltro su cinque giorni a settimana), mentre negli altri è garantita per le sei ore antimeridiane, con in più - per due di essi - alcuni rientri pomeridiani a fasce orarie;
- 2) la carenza di personale dedicato è di entità significativa, specie quando si considera la dirigenza medica e psicologica;
- 3) la rete riabilitativa residenziale provinciale è limitata nelle ore di assistenza, con bassissimo turnover di utenti (188 p.l. h 24, ripartiti in 12 comunità riabilitative; 9 p.l. h 12 in 1 comunità alloggio; 10 p.l. in 3 gruppi appartamento; rispetto agli standard regionali di riferimento che prevedono 194 pl in comunità h 24; 48 pl in comunità h 12 e 65 pl in gruppi appartamento), per la gran parte solo autorizzate (3 comunità riabilitative accreditate istituzionalmente e 9 autorizzate, la comunità alloggio accreditata provvisoriamente, i tre gruppi appartamento autorizzati);
- 4) la rete riabilitativa semiresidenziale è largamente carente, basata su strutture attivate direttamente dai servizi territoriali con le scarse risorse economiche e di personali disponibili (a fronte delle 260 utenze giornaliere per i giorni feriali previste dagli standard regionali ne sono assicurate 120 in 8 Centri diurni, dei quali 1 accreditato istituzionalmente e 7 autorizzati);
- 5) vi è una considerevole mobilità passiva nell'assistenza riabilitativa residenziale: 98 utenti sono ospiti di strutture extra ASL, 12 dei quali fuori regione;
- 6) non vi è un progetto dipartimentale definito sull'inserimento lavorativo degli utenti;
- 7) l'assistenza psichiatrica in carcere è stata, finora, una funzione separata dal DSM, assicurata da consulenti esterni;
- 8) non vi è stato un progetto dipartimentale definito sull'assistenza agli immigrati;
- 9) il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è gravemente sottodotato, in grado di assicurare risposte in una parte minoritaria del territorio e richiede, possibilmente, una organizzazione da struttura complessa, con tre strutture semplici territoriali (una per Area);
- 10) il Servizio di Psicologia Clinica, già organizzato per aree, richiede un'articolazione in tre strutture complesse, una per Area.

Lo stesso Piano della Salute, che integra in sé i contenuti della legge regionale n. 26/2006 e del DIF 2007 e le Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale 2008 tracciano le direttrici organizzative future, che si possono così riassumere:

- 1) promozione di un servizio di tutela della salute mentale di comunità, con una stretta integrazione tra il DSM, dotato di una rete completa di strutture funzionanti per le 12 ore diurne, e gli altri servi-

- zi sociali e sanitari presenti nel territorio, con la piena valorizzazione delle reti naturali esistenti e delle forme associative di utenti e familiari;
- 2) contrasto alle nuove forme di istituzionalizzazione dei disabili psichici, attraverso una rimodulazione della rete riabilitativa residenziale e semiresidenziale finalizzata a identificare percorsi di uscita progressiva dal circuito;
 - 3) contrasto allo stigma e all'esclusione sociale, con lo sviluppo di precise strategie di empowerment e con programmi di formazione e inserimento lavorativo;
 - 4) potenziamento delle azioni di tutela della salute mentale in età evolutiva e di diagnosi precoce degli esordi; in questo stesso ambito, di concerto con gli altri servizi sanitari e sociali interessati, l'attivazione di un servizio aziendale per i disturbi del comportamento alimentare;
 - 5) attivazione di programmi di intervento mirati in favore degli extracomunitari;
 - 6) attivazione di programmi per favorire il passaggio al DSM delle competenze in materia di sanità penitenziaria e il superamento degli OPG;
 - 7) realizzazione completa del modello organizzativo dipartimentale.

Organizzazione attuale del DSM

La rete delle articolazioni dipartimentali attuali è la seguente:

- Centro di Salute Mentale (coincide, di norma come ambito territoriale, con il distretto sanitario)

CSM di San Severo, ambito territoriale del distretto sanitario di San Severo, aperto per le 12 ore diurne dei giorni feriali, con pronta disponibilità notturna e festiva: popolazione 107.621 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di San Severo;
- equipe territoriale di Torremaggiore;
- centro diurno di San Severo, autorizzato, gestito in forma integrata con un'associazione di familiari e utenti, l'Associazione Dauna per la Salute Mentale, e con una cooperativa sociale di tipo B, la Bel Lombroso;
- comunità riabilitativa h 24 da 16 p.l. di San Severo, autorizzata, gestita in forma integrata con l'ATI OSA-Domus-Duemila;

CSM di San Marco in Lamis, ambito territoriale del distretto sanitario di San Marco in Lamis, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 60.115 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di San Marco in Lamis;
- equipe territoriale di San Giovanni Rotondo;
- centro diurno di San Giovanni Rotondo, autorizzato, gestito direttamente;
- comunità riabilitativa h 24 da 16 p.l. di San Nicandro Garganico, autorizzata, gestita in forma integrata con l'ATI OSA-Domus-Duemila;

CSM di Rodi Garganico, ambito territoriale del distretto sanitario di Vico del Gargano, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 47.087 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Rodi Garganico;
- centro diurno di Rodi Garganico, autorizzato, gestito in forma integrata con la cooperativa Nemesi;
- comunità riabilitativa h 24 da 16 p.l. di Carpino, autorizzata, gestita in forma integrata con l'ATI OSA-Domus-Duemila;
- comunità riabilitativa h 24 da 14 p.l. di Vico del Gargano, autorizzata, gestita in forma integrata con l'ATI OSA-Domus-Duemila;

CSM di Manfredonia, ambito territoriale del distretto sanitario n. 4 – Manfredonia, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 80.331 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Manfredonia;
- centro diurno di Manfredonia, autorizzato, gestito in forma integrata con l'associazione di volontariato Psyché;
- centro diurno di Monte Sant'Angelo, autorizzato, gestito dall'Associazione Genoveffa De Troia;
- comunità riabilitativa h 24 da 16 p.l. o 18 di Zapponeta, autorizzata, gestita da CUS scarl;
- comunità alloggio h 12 da 8 p.l. di Monte Sant'Angelo, accreditata provvisoriamente, gestita dall'Associazione Genoveffa De Troia;

- gruppo appartamento 1 da 3 p.l. di Monte Sant'Angelo, autorizzato, gestito dall'Associazione Genoveffa De Troia;
- gruppo appartamento 2 da 3 p.l. di Monte Sant'Angelo, autorizzato, gestito dall'Associazione Genoveffa De Troia;

CSM di Cerignola, ambito territoriale del distretto sanitario n. 5 - Cerignola, aperto per le 6 ore diurne dei giorni feriali: popolazione 94.571 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Cerignola;
- equipe territoriale di Ortanova;
- comunità riabilitativa h 24 da 18 p.l. di Cerignola, accreditata istituzionalmente, gestita da CUS scarl;

CSM Foggia 1, ambito territoriale del distretto sanitario n. 6 di Foggia 1 – Foggia, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 82.764 (circa) abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Foggia 1;
- centro diurno di Foggia, accreditato istituzionalmente, gestito da CUS scarl;
- comunità riabilitativa h 24 da 18 p.l., accreditata istituzionalmente, gestita da SPES scarl;
- comunità riabilitativa h 24 da 16 p.l. (attualmente in uso solo 14 p.l.), autorizzata, gestita da Futura coop. Soc.

CSM di Foggia 2, ambito territoriale del distretto sanitario n. 7 di Foggia 2 - Foggia, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 77.000 (circa) abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Foggia 2;
- comunità riabilitativa h 24 da 10 p.l., autorizzata, gestita da Futura coop. Soc.;
- comunità riabilitativa h 24 da 18 p.l. (attualmente in uso solo 14 p.l.), autorizzata, gestita da Futura coop. Soc.

CSM di Lucera, ambito territoriale del distretto sanitario n. 8 di Lucera, escluso i Comuni di Biccari, Alberona e Roseto Valfortore, giusta delibera n. 333 del 30/03/2006, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 50.622 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Lucera;
- day hospital da 2 p.l.;
- gruppo appartamento da 4 p.l. di Lucera, autorizzato, gestito in forma integrata con l'associazione Croce Blu.

CSM di Troia, ambito territoriale del distretto sanitario n. 9 di Troia, compreso i Comuni di Biccari, Alberona e Roseto Valfortore, giusta delibera n. 333 del 30/03/2006, aperto per le 6 ore dei giorni feriali: popolazione 47.500 abitanti;

articolazione territoriale:

- equipe territoriale di Troia;
- equipe territoriale di Deliceto;
- centro diurno di Troia, autorizzato, gestito in forma integrata con Futura Soc. Coop.;
- centro diurno di Deliceto, autorizzato, gestito in forma integrata con Futura Soc. Coop.;
- comunità riabilitativa h 24 da 10 p.l. di Panni, autorizzata, gestita in forma integrata con Futura Soc. Coop.;
- comunità riabilitativa h 24 da 20 p.l. di Anzano, accreditata istituzionalmente, gestita in forma integrata con Futura Soc. Coop.;

- Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

articolazione territoriale:

SNPIA – Area Nord (Distretti 1,2,3);

SNPIA – Area Centro (Distretti 6,7,8,9);

- Servizio di Psicologia Clinica

articolazione territoriale:

SPC – Area Nord (Distretti 1,2,3);

SPC – Area Centro (Distretti 6,7,8,9);

SPC – Area Sud (Distretti 4,5);

- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura

SPDC di San Marco in Lamis (Distretti 1,2,3);

SPDC di Foggia (Distretti 6,7,8,9);

SPDC di Manfredonia (Distretti 4,5).

articolazione interna:

deghe ordinarie;

dh;

- SPDC di Manfredonia, da 15 p.l. di cui 1 per dh, con area di riferimento il territorio della ex AUSL FG/2.

articolazione interna:

deghe ordinarie;

dh;

- SPDC di Foggia, struttura ad attività integrata, a Direzione universitaria, da 15 p.l. di cui 1 per dh, con area di riferimento il territorio della ex AUSL FG/3;

articolazione interna:

degenza 1;

degenza 2;

dh.

L'organizzazione attuale, comunque, è caratterizzata da una cultura dipartimentale con soddisfacente integrazione tra le diverse articolazioni del DSM, nonché da una distribuzione delle articolazioni del DSM sull'intero territorio dell'ASL FG.

Nel periodo di vigenza del PAL saranno esaltati obiettivi di:

- condivisione del paradigma presa in carico – continuità assistenziale – progetto terapeutico individuale dell'utente;
- cultura epidemiologico - valutativa.

Definizione dell'organizzazione che si programma di conseguire:

- Adeguamento organizzazione dipartimentale;
- Rispetto dei LEA nei percorsi di cura (Progetti Obiettivo Nazionali "Tutela della Salute Mentale" 1994-1996 e 1998-2000, L.R. 30/1998, L.R. 26/2006, PRS 2006-2010, DPCM 29/11/2001, all. 1C;
- Garantire il processo riabilitativo e contribuire alla sperimentazione di forme alternative alla residenzialità istituzionale;
- Potenziamento attività di tutela della salute mentale in età evolutiva;
- Presa in carico detenuti portatori di disturbi psichici e superamento OPG;
- Implementare un Sistema Informativo dipartimentale;
- Formazione;
- Programmi specifici di inserimento lavorativo degli utenti;
- Prevenzione, promozione della salute mentale e lotta allo stigma.

IV. 5. 1. 4 – Persone con disabilità – La riabilitazione nel territorio

Le caratteristiche geomorfologiche del territorio provinciale e della sua popolazione comportano una serie di problemi e di difficoltà che richiedono risposte adeguate e che rendono inidonea una eccessiva centralizzazione dei servizi offerti. A ciò si aggiunga che la funzione della riabilitazione contempla la integrazione di attività di più livelli essenziali di assistenza (area di offerta), nonché la partecipazione ai processi erogativi di più livelli istituzionali (Enti Locali interessati dalla applicazione dei Piani di Zona per la interazione sanitario-sociale, l'Ospedale specializzato aziendale di riabilitazione, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, privato e privato-sociale accreditate, ecc.) oltre a contemplare un esercizio di attività particolarmente delicato, in quanto opera con utenze "fragili", portatrici di problematiche anche complesse e che richiedono quindi risposte spesso altrettanto complesse.

Il modello organizzativo e di gestione operativa delle attività è quello dipartimentale, di interesse aggregativo aziendale ed interaziendale, rispondente al disegno organizzativo scelto dall'Azienda nel proprio Atto di Organizzazione e funzionamento e coerente con le disposizioni dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., degli atti di indirizzo regionali e corrispondenti obiettivi assegnati ai Direttori generali delle Aziende sanitarie, in materia di dipartimentalizzazione aziendale ed interaziendale, che rendono inconciliabili schemi organizzativi sorpassati e, comunque, difficilmente applicabili nella ASL FG. A tal proposito, si assumono quelle delle tre (ex) AA.UU.SS.LL. confluite come tre aree ampie territoriali o comprensori in cui insisto-

no, per quanto attiene la riabilitazione, tre Strutture Complesse Territoriali. Obiettivo strategico della funzione di Riabilitazione consiste nella omogeneizzazione dell'organizzazione fisico-strutturale e nella integrazione completa delle attività su tutto il territorio aziendale, tenendo presente quanto previsto nei Percorsi Aziendali ed (eventualmente) Interaziendali di Cura ed Assistenza, anche in relazione ad eventuali ed ulteriori integrazioni (acquisizioni esterne) di interventi correlati ai gradi di elevatissima complessità delle attività-prestazioni da garantire quale assistenza riabilitativa.

In questo senso assume obiettivo prioritario la realizzazione di una attività centralizzata ospedaliera di riabilitazione intensiva e di alta complessità.

A lume di tanto, le funzioni di integrazione possono riguardare anche obiettivi di qualificazione e formazione di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Foggia.

La finalità di tale organizzazione delle attività è quella di offrire alle persone con bisogni riabilitativi, nei limiti delle risorse complessivamente disponibili, tutte le prestazioni possibili di cura e di riabilitazione valide ai fini di tutelare la salute globalmente intesa, nonché di garantire interventi di prevenzione, offrire pari opportunità a tutto il territorio e contenere i fenomeni di esclusione sociale, nell'ambito dei livelli prestazionali individuati in ambito riabilitativo. Attraverso le modalità organizzativo - metodologiche delle attività di cura ed assistenza previste nel precedente Capitolo II, l'Azienda contratterà interventi e prestazioni necessarie con altri soggetti erogatori (prioritariamente) del territorio provinciale per rendere al massimo, possibile, esteso l'intervento di tutela della disabilità e della salute in generale, anche con la formalizzazione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, sia pur sempre nel rispetto della legge e nell'ambito delle direttive ed autorizzazioni regionali. Infatti, il Piano Regionale della Salute gradua le attività-interventi di assistenza riabilitativa individuando quattro livelli di complessità:

- ✓ intensiva;
- ✓ ad alta complessità;
- ✓ a media complessità, in favore di pazienti che, superata la fase post acuzie, necessitano di un programma terapeutico caratterizzato da un moderato impegno e, comunque, da una presa in carico per le prestazioni sanitarie funzionali al massimo recupero possibile della disabilità;
- ✓ a bassa complessità, in favore di persone che hanno bisogni riabilitativi minimali.

Viene inoltre specificatamente individuata la riabilitazione per l'assistenza ai minori affetti da disturbi comportamentali e/o da patologie neuropsichiatriche e specifiche terapie di riabilitazione come ippoterapia e musicoterapia.

In linea con quanto previsto sopra ed (in generale) nella metodologia contemplata dal presente PAL, il setting assistenziale dei primi due livelli fa capo all'Ospedale specializzato di riabilitazione, mentre gli altri livelli di attività sono di competenza delle strutture territoriali, in un sistema di rete che mira ad ottenere la citata maggiore completezza ed appropriatezza delle prestazioni.

Il trattamento delle persone con bisogni riabilitativi minimali, che richiedono un programma riabilitativo semplice e piuttosto breve, a bassa complessità, viene assicurato in modo capillare in tutto il territorio provinciale, per garantire pari opportunità di accesso alle strutture riabilitative. Gli interventi, secondo la domanda programmata ed autorizzata dal Distretto nell'ambito del corrispondente Piano delle Attività Territoriali (P.A.T.) sono gestiti direttamente a livello distrettuale, dalle articolazioni di assistenza riabilitativa e protesica, che hanno inoltre il compito di assicurare la fornitura dei presidi e ausili protesici agli utenti che ne hanno diritto in funzione della loro patologia e delle condizioni economiche.

Le disabilità importanti con possibili esiti permanenti, invece, che richiedono risposte complesse ed articolate e una presa in carico spesso a lungo termine, nonché una forte integrazione tra i Servizi ospedalieri e territoriali, vanno avviate alla attività ospedaliera di riabilitazione, attraverso l'U.V.M. distrettuale, adeguate al livello di complessità. In ogni caso, l'approccio assistenziale sia in età evolutiva o in età adulta o geriatrica e la sua presa in carico avvengono, secondo quanto previsto nel presente P.A.L. e per le attività distrettuali, nonché, operativamente, in modo multidisciplinare, attraverso l'intervento di équipes riabilitative composte da figure sanitarie e sociali e con l'articolazione del Dipartimento aziendale di Riabilitazione, che contempla l'aggregazione-gestione delle attività di Strutture Territoriali ed Ospedaliere, contemplate nella architettura delle articolazioni operative della ASL FG.

La Direzione del Dipartimento è stata formalmente attribuita. Per l'espletamento di tutte le funzioni connesse la Direzione del Dipartimento è coadiuvata da apposito personale sanitario e amministrativo.

L'integrazione scolastica dei disabili viene assicurata in tutto il territorio provinciale ed è organizzata da Unità Operative semplici operanti a livello di macro area territoriale, che provvedono alla realizzazione di

tutte le attività previste dalla normativa in materia di integrazione dei disabili in ogni ordine e grado dell'istituzione scolastica.

IV. 5. 1. 5 - Teleradiologia ed informatizzazione

Attualmente, fatta eccezione (in parte) per l'Ospedale di Cerignola, la dotazione strutturale e di risorse (in primis quelle tecnologiche e del personale) sono assolutamente carenti e necessitano, anche a salvaguardia di responsabilità civili e penali, di un rilevante investimento-tampone che assorbirebbe notevoli finanziamenti, senza risolvere appieno il problema.

Il risultato migliore atteso può essere conseguito modificando il modello operativo-gestionale delle attività di diagnostica, a costi di investimento non superiori, ma con benefici, anche economici, duraturi.

Con la nuova e crescente convergenza sulle soluzioni informatiche all'interno delle Aziende Sanitarie, i nuovi sistemi digitali vengono riconosciuti come strumento per accrescere l'efficienza e come veicolo di contenimento/riduzione dei costi, con conseguente positivo impatto economico a regime.

Nell'Azienda è già attivo un sistema di teleradiologia che collega le articolazioni di diagnostica radiologica dell'area garganica con la Struttura di Neuroradiologia dello Stabilimento Ospedaliero di San Severo, consolidata nelle sue funzioni di Struttura di neuroradiologia di riferimento per tutto il territorio della ASL. Il positivo risultato di tale sperimentazione consente di pianificare l'estensione di tele-sistema anche in altre Aree Ampie Territoriali dell'Azienda, in particolare modo in quelle dei Monti Dauni Settentrionali e Meridionali, con previsione di realizzarlo nel primo biennio di vigenza del presente P.A.L..

Il vantaggio principale consiste in un miglioramento significativo della gestione del flusso di lavoro, vitale nelle odierne strutture sanitarie ed elemento essenziale nella dinamica della cura del paziente.

L'applicazione di soluzioni integrate di software e hardware per automatizzare compiti di routine e rendere più efficiente il flusso dei dati, consente di conseguire una struttura in grado di offrire un'assistenza sanitaria migliore e più efficace anche dal punto di vista dei costi.

Ottimizzare l'utilizzo delle risorse attualmente disponibili nelle radiologie già migliora i risultati, producendo un aumento della produttività, riducendo anche le necessità di ulteriore personale medico e tecnico sanitario, delle quali non potrebbe farsi a meno se dovesse permanere il sistema e lo stato attuale.

Il miglioramento delle qualità organizzativo-gestionali della diagnostica radiologica e per immagini comporta l'utilizzo di avanzati sistemi informatici che consentono, tra l'altro, di ottimizzare accessi degli utenti, migliore esecuzione e refertazione, archiviazione e circolazione dedicata delle immagini, con una notevole riduzione di risorse e/o fattori produttivi e, quindi, di costi.

L'impatto con l'attuale assetto vedrà il coinvolgimento di tutte le sue componenti (flussi operativi, organizzazione di risorse umane e tecnologie), dando origine alla necessità di predisporre un insieme di interventi tra loro correlati: prima di tutti, la completa dotazione di attrezzature digitalizzate e l'estensione del sistema RIS-PACS. Tale intervento deve essere realizzato prioritariamente, in tutte le articolazioni (sia ospedaliere e sia territoriali) di diagnostica radiologica e per immagini dell'Azienda e, quindi, anche reso compatibile (attraverso accordi interaziendali mirati) con i sistemi diagnostici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia e con l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo.

L'intervento di reingegnerizzazione del modello organizzativo-gestionale del sistema aziendale integrato (a tali fini) articola le seguenti previsioni:

1. La realizzazione di una rete locale, all'interno dei P.O. - LAN (Local Area Network) - per il servizio di diagnostica per immagini.
2. La digitalizzazione della radiologia convenzionale tramite un sistema CR (Computer Radiography).
3. L'informatizzazione della gestione dati della radiologia tramite un sistema RIS (Radiological Information System).
4. L'archiviazione delle immagini su supporti informatici non riscrivibili, in linea con la legislazione vigente.
5. La visualizzazione degli studi tramite stazione di refertazione con monitor ad alta risoluzione ed elevata luminosità.
6. La realizzazione di una rete territoriale - WAN (Wide Area Network) - tra le varie Strutture Sanitarie della AUSL, per la condivisione di immagini diagnostiche e referti.

Performance attesa

a) Migliorare la qualità diagnostica

I software di elaborazione delle immagini digitali consentono di migliorarne la qualità, anche a fronte di esami non perfettamente eseguiti (sotto-sovrapposizioni).

E' possibile estendere la latitudine dell'immagine conservando il microcontrasto dei dettagli, modificare il contrasto e quant'altro in relazione a specifici quesiti diagnostici, evitando ulteriori indagini rx.

b) Diminuire l'uso di film/chimici

Con l'impiego di stampanti a secco si elimina completamente l'impiego dei prodotti chimici di sviluppo e fissaggio, con evidenti vantaggi sia sul piano economico, quanto su quello dell'impatto ambientale.

La possibilità di effettuare la refertazione con l'impiego di apposite workstation ad alta risoluzione, consente di stampare solo le immagini più significative sotto l'aspetto diagnostico e di effettuare il montaggio di più immagini all'interno della stessa pellicola.

Una opportuna gestione delle operazioni di stampa porta ad una riduzione drastica del consumo di film: ciò rappresenta solo un primo importante passo verso la gestione completamente informatizzata del flusso delle immagini all'interno di una struttura sanitaria, volta in prospettiva alla eliminazione dei tradizionali supporti di stampa, con conseguenti significative riduzioni di costi.

c) Uniformare la qualità immagine tra Strutture diverse

La gestione informatizzata delle immagini e delle procedure porta ad una standardizzazione, posizionata sui massimi livelli, della qualità delle immagini diagnostiche prodotte all'interno dei vari presidi ospedalieri e servizi di radiologia dell'Azienda.

d) Migliorare il servizio al paziente:

* Drastica riduzione dei tempi di attesa: le immagini sono caricate sulla workstation in tempo reale (appena ricevute dalla rete di comunicazione);

* Miglioramenti organizzativi derivanti dall'automazione delle procedure - tempi - correlazione con altri reparti, che coinvolgono l'intero iter diagnostico-terapeutico del paziente all'interno di una struttura di offerta complessiva;

* Miglioramenti diagnostici dovuti alla post-elaborazione, che rende possibile la produzione di immagini non ottenibili con l'attuale tecnica convenzionale;

* Drastica riduzione delle ripetizioni degli esami, dovute ad errori di esposizione o alla richiesta di diversi quesiti diagnostici sulla stessa regione anatomica.

e) Ottimizzare la produttività del reparto in relazione al personale in organico

L'automazione delle attività correlate all'esecuzione dell'esame, da quelle legate all'anagrafica (inserimento dati paziente, tipologie dell'esame, ...), agli espletamenti di adempimenti, determinati dalla normativa del SSN, ai tempi di accesso all'immagine, alle modalità di refertazione, all'invio delle immagini in stampa oppure verso altri reparti della struttura sanitaria (Ortopedia, Chirurgia, ...), consentono una standardizzazione delle procedure con conseguente riduzione dei tempi morti ed un consistente aumento della produttività delle Strutture di Radiologia.

f) Velocizzare la distribuzione delle immagini all'interno della struttura

In virtù del collegamento in rete di tutti i comparti della Struttura Sanitaria (LAN), in ogni punto di essa è possibile, in tempo reale, disporre delle immagini, così come delle diagnosi e di qualsivoglia altro dato necessario.

g) Velocizzare la distribuzione delle immagini all'esterno - Integrazione complessi sanitari distribuiti sul territorio:

Parimenti è possibile, attraverso una rete territoriale (WAN), annullare le distanze che separano presidi della ASL come anche centri specializzati in ambito nazionale ed internazionale (consulenza qualificata).

h) Migliorare il servizio offerto ai reparti interni:

Tutte quelle attività attualmente svolte "manualmente", come la consegna dei radiogrammi e dei referti, che richiedono impiego di personale, di tempo ed inducono possibilità di errore, possono essere effettuate in tempo reale attraverso la distribuzione in rete di immagini e dati.

L'estrema flessibilità dei sistemi informativi consente di filtrare questi ultimi, in modo mirato per singolo reparto o servizio, mediante opportune password di accesso.

i) Ridurre il rischio di perdita di informazioni:

Il sistema RIS risulta completamente integrato al sistema CR (computerizzazione della radiologia convenzionale) e al sistema PACS (connessione alle unità CT, MR US) attraverso un modulo (DICOM gateway) apposito.

L'integrazione garantisce che l'inserimento dei dati anagrafici dei pazienti e delle informazioni relative all'esame diagnostico, siano inserite nel sistema RIS durante la fase di prenotazione e di accettazione, per poi essere trasferite automaticamente sotto forma di lista di lavoro al terminale del sistema Cr ed essere associate all'immagine dell'indagine diagnostica.

Questa funzionalità, evitando procedure di reinserimento dei dati, garantisce la sicurezza delle informazioni inserite nel PACS ed accelera i tempi di esecuzione dell'esame.

l) Aumentare il gap con le strutture concorrenti:

- * Ottimizzazione del flusso di lavoro ed il conseguente aumento della produttività delle Strutture di Radiologia.
- * Drastico taglio dei tempi morti annessi alla circolazione dei radiogrammi, referti e dati all'interno dei reparti e dei vari P.O. della ASL, con relativa riduzione dei tempi di degenza.
- * Miglioramento della qualità diagnostica.
- * Percezione da parte dell'utente del miglioramento della qualità del servizio, anche in relazione a ulteriori ricoveri o nuove indagini diagnostiche/controlli periodici.
- * Diminuzione della "migrazione" dell'utenza, attraverso la consulenza qualificata "on line" con centri nazionali ed internazionali ad altissima specializzazione, con garanzia di continuità di presa di carico.

Sotto l'aspetto gestionale sarà possibile:

- eliminare le attività che non aggiungono valore al prodotto/servizio (ad es. le ridondanze e le attività di controllo inappropriate o inefficaci);
- razionalizzare le attività necessarie, cercando di eliminare i colli di bottiglia e di rivedere l'organizzazione degli adempimenti che generano ritardi;
- rendere il processo più flessibile ed adattabile;
- prevenire la possibilità di errori e di ricicli, sia assicurando informazioni adeguate, sia coinvolgendo preventivamente l'utilizzatore finale del servizio;
- inserire il controllo nelle normali attività;
- ridurre drasticamente l'utilizzo di documenti cartacei.

Hardware & software: schema generale

Sistema CR (Computed Radiography)

La Computer Radiography rappresenta l'unica soluzione oggi disponibile per la digitalizzazione della radiologia convenzionale.

Essa consente di acquisire le immagini convenzionali in forma digitale mediante l'uso di cassette con schermi ai fosfori a memoria riutilizzabili.

Il sistema CR dovrà essere composto da:

- * Lettore di cassette a fosfori, acquisisce le immagini radiografiche attraverso l'uso di cassette di vario formato contenenti schermi a fosfori a memoria per applicazioni generali o ad alta definizione.
- * Terminale per l'identificazione delle cassette, direttamente da questo monitor i dati dell'immagine vengono collegati alle informazioni relative al paziente ed alle cassette utilizzate per il relativo esame. Il monitor mostra le immagini processate a partire dai dati grezzi originali attraverso algoritmi preimpostati; l'operatore ha comunque la possibilità di modificare i parametri di visualizzazione. Le immagini possono essere automaticamente inviate ai sistemi di stampa e/o alla stazione d'archiviazione.
- * Software per la post-elaborazione delle immagini rappresenta il pacchetto software per la post-elaborazione:
 - * collegamento in Dicom all'archivio che consente il trasferimento delle immagini all'archivio;
 - * collegamento con stampanti in Dicom che garantisce il collegamento verso stampanti Dicom compatibili
- * scarico della worklist dal sistema RIS, che consente l'inserimento sicuro e veloce dal sistema RIS delle informazioni anagrafiche del paziente e del tipo di esame eseguito.

Integrazioni stampanti

Dovrà essere predisposto il collegamento in Dicom verso stampanti laser a secco su film e/o verso stampanti che utilizzano supporti non diagnostici (per la distribuzione di immagini a scopo di consultazione).

Per la scelta delle stampanti più adatte alle specifiche esigenze applicative ed operative del servizio di diagnostica per immagini, sarà opportuno compiere un'analisi dei flussi e della struttura fisica della rete che verrà implementata.

Sistema RIS

Il sistema integrato RIS/PACS (Radiological Information System/Picture Archiving Computed System) è in grado di adempiere completamente alla gestione delle immagini e dei dati, tipici dell'ambiente radiologico.

Il RIS, fulcro dell'intero sistema, consta di un database di alto livello attraverso il quale è possibile migliorare l'efficienza automatizzando e razionalizzando i processi.

L'utilizzo non richiede particolari conoscenze d'informatica ed è indicato, oltre che per attività prevalentemente assistenziale, anche laddove dove è richiesta la gestione di un archivio scientifico con finalità di ricerca.

Le funzioni di base di un sistema RIS sono:

- * Prenotazione degli esami.
- * Accettazione Pazienti.
- * Log dell'esecuzione degli esami con eventuale Scarico dei materiali.
- * Refertazione degli esami (anche attraverso l'eventuale integrazione con un programma di refertazione vocale).
- * Firma Digitale con valore legale.
- * Stampe, statistiche per esami, provenienze, carichi di lavoro, ecc.
- * Modulo, personalizzabile, per integrazioni con CUP o altri applicativi ospedalieri.

Sistema di archiviazione

* La legislazione vigente approva l'utilizzo di supporti informatici alternativi al film per la memorizzazione delle immagini.

* Il sistema di archiviazione digitale delle immagini dovrà necessariamente essere totalmente conforme allo standard DICOM 3.0, che utilizza supporti ottici non riscrivibili CD-R, rispondenti alle normative vigenti in tema di archiviazione delle immagini mediche.

* La conseguente possibilità di diffusione su larga scala dell'hardware e del software ha prodotto la diminuzione dei costi perchè:

- è possibile l'impiego più efficiente degli spazi a disposizione;
- è resa possibile la razionalizzazione dei processi di lavoro e la possibilità di integrare diversi reparti di radiologia o addirittura complessi sanitari distribuiti.

Stazione di visualizzazione e refertazione

La stazione di visualizzazione multimodale, specificamente progettata per la selezione e la visualizzazione di immagini diagnostiche, dovrà garantire la possibilità di adattare la configurazione in funzione delle diverse esigenze, dalla refertazione su monitor ad altissima risoluzione e luminosità, alla consultazione delle immagini su PC standard dotati di monitor editoriali.

Rete WAN

Il collegamento delle Strutture Sanitarie consente di massimizzare i vantaggi offerti dalla reingegnerizzazione dei processi, amplificando su scala territoriale quelli che sono i miglioramenti gestionali offerti da un sistema integrato.

La Rete renderà possibile pensare alle varie Strutture distribuite sul territorio come ad un'unica articolata Struttura, ove sia possibile una programmazione più razionale ed efficace delle attività e prestazioni, sotto il profilo della qualità del servizio offerto al cittadino utente ed alla gestione dei costi.

Questa sorta di "sincronizzazione" delle risorse disponibili a livello territoriale può essere sviluppata in maniera integrata, razionalizzando, su scala più ampia, le risorse umane coinvolte nel processo in relazione a questioni logistiche attribuendo valore aggiunto al "prodotto/servizio" sanitario, attraverso un apposito studio di fattibilità, reso utilizzando le risorse professionali aziendali e della Università degli Studi di Foggia, per pervenire ad una rapida e trasparente soluzione del problema, nel rispetto di elementi di massima qualità possibile e di pieno rispetto di principi di legalità nelle successive fasi di "acquisizione" del nuovo sistema.

IV. 5. 1. 6 – Diagnostica di Patologia Clinica

Prioritariamente, è obiettivo realizzare la informatizzazione in rete dei Laboratori di Patologia Clinica che ne sono sprovvisti (Poliambulatori ex-Inam Foggia e Vico del Gargano) e la attivazione completa della informatizzazione dei Laboratori Analisi di Cerignola, Manfredonia - Monte Sant'Angelo e Lucera. Inoltre, poiché il sistema informatico (LIS) dei Laboratori Analisi della ex ASL FG1 è in dotazione dal 2000 (Windows 98), è assolutamente necessario l'aggiornamento parco hardware e software con relative stampanti. Il progetto, comunque, in un momento successivo dovrà prevedere l'uniformità degli attuali Sistemi operanti (Powerlab della Unitech), presenti negli SS.OO. di San Severo, Torremaggiore, San Marco in Lamis, Vieste, Cerignola (anche se non ancora attivato) e Dasilab, parzialmente attivo nei PP.OO. di Manfredonia - Monte Sant'Angelo e Lucera.

Tale uniformità è propedeutica al collegamento informatico tra le varie Strutture del Dipartimento di Patologia Clinica. La informatizzazione è necessaria per aumentare la produttività delle Strutture, che ne sono sprovviste, con il collegamento degli strumenti al LIS del Laboratorio nonché a semplificare le procedure di accettazione e refertazione. Inoltre, negli Stabilimenti dove è già esistente una rete informatica, è indispensabile il collegamento dei reparti con il Laboratorio di Analisi, in particolare, del Pronto Soccorso. Infine, la informatizzazione completa dei Laboratori Analisi è necessaria e propedeutica al piano di riorganizzazione

della Emergenza-Urgenza. In più, il progetto deve prevedere il collegamento ed, ove mancante, la informatizzazione dei Punti prelievo sul Territorio con il rispettivo Laboratorio di riferimento.

La informatizzazione ed il collegamento ai Laboratori dei Punti di Prelievo permetterà consistenti aumenti di prestazioni erogabili nel Territorio senza ripercussioni organizzative e con un maggiore impatto dei Laboratori sui processi assistenziali complessivi. In un successivo momento, si potrà prevedere anche un collegamento informatico dei Laboratori e Punti prelievo con i Medici di base.

Riorganizzazione dell'Urgenza e attivazione POCT (Point Of Care Testing: ossia, punti rete diagnostica per la salute).

Il piano di riorganizzazione dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, a cui è integrato anche quello di riorganizzazione dei Laboratori di Patologia Clinica della ASL FG (Deliberazioni di G.R. n.2054 del 30-11-2007 e n.159 del 19-2-2008), prevede la installazione dei POCT nei Pronto Soccorso degli Stabilimenti di Manfredonia, Cerignola, Lucera e nei Punti di Primo Intervento di Torremaggiore, San Marco in Lamis, Monte Sant'Angelo, Vico e Vieste. La stazione POCT prevede l'uso di cinque apparecchiature: Emogasanalisi, Contaglobuli, Strumenti per test coagulativi, Sistema analitico per dosaggio Markers Cardiaci, Analizzatore automatico per Biochimica Clinica. Per ogni stazione POCT è previsto un software di gestione e controllo con collegamento in rete degli strumenti tra loro e con il rispettivo Laboratorio di riferimento. Il progetto dovrà prevedere, oltre all'utilizzo di Linee Guida per assicurare la qualità analitica e la qualità globale, anche l'adozione di Protocolli Operativi condivisi, dai Responsabili dei Laboratori di riferimento nonché dai Responsabili dei Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento, per la gestione dei POCT e la definizione delle relative responsabilità.

Potenziamento attività di Farmacotossicologia

E' necessario, per ottemperare a quanto previsto dai Protocolli Operativi degli art. 186 e 187 del Codice della Strada, nonché per ottemperare a quanto definito in sede di Conferenza Stato-Regione in data 18/08/2008 in materia di accertamenti tossicologici per i lavoratori a rischio. A tali fini, salva la possibilità di dotarne anche l'area ampia sud dell'Azienda, bisogna considerare che è già esistente, presso lo S.O. di San Severo, l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Farmacotossicologia, che deve essere potenziata con l'acquisizione di un Gascromatografo con campionatore con spazio di testa ed un sistema HPLC dedicato al dosaggio della CDT%, attraverso l'utilizzo di fondi di un finanziamento di un apposito progetto del Ministero della Salute che ha individuato, per questo, il Laboratorio Analisi di San Severo per la esecuzione di tali analisi nel territorio della Provincia di Foggia (tale finanziamento è stato predisposto già dal Luglio 2008, con la determinazione dirigenziale del Dirigente del settore Assistenza Territoriale Prevenzione dell'Assessorato Regionale alla Salute n°231 del 18/07/2008 ad oggetto "Potenziamento dei Laboratori di Analisi Chimiche per gli adempimenti previsti dal T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope; progetto finanziato dal Ministero della Salute con il FNLD E.F. 1990/1991). Il progetto prevede in un momento successivo, con fondi Regionali, l'acquisizione di un gascromatografo con spettrometria di massa.

Attività di Biologia Molecolare:

Tale attività, da organizzare ed allocare presso Stabilimenti Ospedalieri che offrono la disponibilità di personale e locali idonei (il modello base di Laboratorio di Biologia Molecolare prevede, per l'esecuzione delle analisi, tre differenti aree o zone) dovrà provvedere alla esecuzione oltre che di esami Microbiologici di Biologia Molecolare quali:

- Virologia: HBV, HCV, HIV, HPV (cod. 16,18,6,11,33 quest'ultimo per lo screening del cancro della cervice uterina).
- Batteriologia: Mycobacterium tuberculosis, Chlamydia trachomatis e etc.
- Protozoi

anche alla esecuzione di esami di Biologia Molecolare di Genetica Umana per oncoematologia (BCR-Abl, Linfomi B, Linfomi T, PML-RARA, Melanoma BCL2) emostasi e trombosi. In particolare l'esecuzione degli esami molecolari per emostasi e trombosi dovrà prevedere l'offerta agli utenti degli esami necessari per lo Screening della trombofilia (fattore V Leiden, fattore V HR2, Fattore II G20210A, MTHFR C677T, MTHFR A1298C).

Attività di Anatomia ed Istologia Patologica

Salva la costituzione di un Dipartimento aziendale di oncologia e l'aggregazione nel corrispondente dipartimento interaziendale, l'attività di anatomia patologica ed istologia, in ambito aziendale, può essere organizzata temporaneamente nel Dipartimento aziendale di Patologia clinica per provvedere alla esecuzione di esami nell'ambito delle attività sia ospedaliere (soprattutto) e sia territoriali nonché alla esecuzione di quelli per screening oncologici. Tale attività potrà essere integrata nella rete oncologica regionale per

l'attuazione di programmi di screening previsti dal piano Regionale della Salute. Oltre alla dotazione del personale, sarà indispensabile la realizzazione di strutture e dotazioni tecnologico-strumentali rispondenti ai requisiti essenziali per l'accreditamento. L'allocazione delle strutture dovrà essere prevista in Presidi Ospedalieri nei quali sono allocati strutture con attività sia medica e sia chirurgica anche di oncologia. Obiettivo prioritario è la realizzazione di tempi minimi di accesso e soprattutto di risposta (questi ultimi coincidenti con i soli tempi tecnici di esecuzione, rivenienti e/o stabiliti in appositi protocolli operativi aziendali, che contemplano anche la definizione di obiettivi di qualità diagnostica e totale).

Trasferimento del Laboratorio Analisi dello Stabilimento di San Severo nei nuovi locali

Nei locali del nuovo Ospedale, prima del trasferimento, sarà necessaria la preparazione di un cronoprogramma: cablaggio dei nuovi locali per la informatizzazione e trasferimento in successione dei vari settori del Laboratorio. Sarà indispensabile la indizione della gara per la acquisizione in "service" della nuova strumentazione, essendo previsto nel nuovo Laboratorio il consolidamento della Chimica-Clinica ed Immunometria, sia in routine che in urgenza, nonché una stazione di pre-analitica (CoreLab) con gli strumenti di programmazione delle attività attuative del PAL.

IV. 5. 1. 7 – Emergenza–Urgenza Sanitaria

Davanti ad un malato "urgente" serve un particolare coordinamento che garantisca la complessa risposta necessaria: tale è il sistema organizzato di Emergenza–Urgenza Sanitaria.

La risposta alle urgenze sanitarie è sempre garantita dal funzionamento del Sistema Emergenza Sanitaria, nelle sue sedi operative extra ed intra ospedaliere, adeguando risorse umane e tecnologiche tali da poter far fronte a qualunque tipo di emergenza e maxiemergenza in maniera pronta, efficace ed efficiente.

Il rapporto costo/beneficio per l'intero settore dell'Emergenza Sanitaria non può essere valutato sulla base dei criteri tradizionali utilizzati in economia sanitaria in senso lato e per gli altri servizi sanitari in senso stretto. Però è altrettanto innegabile che il sistema deve essere relazionato:

- all'estensione del territorio di pertinenza,
- alle caratteristiche del bacino d'utenza,
- alle caratteristiche dell'ospedale di riferimento.

Dalla delibera della Regione Puglia n. 382 del 03.02.1999 e successiva n. 1714 del 29.10.2002, "Atto di indirizzo per il riordino del Sistema di Emergenza-Urgenza Sanitaria in Puglia, si evince che sono confermati cinque livelli di operatività:

1. Postazione di emergenza territoriale
2. Posto di primo soccorso
3. Pronto Soccorso ospedaliero
4. Dipartimento di Emergenza, Urgenza ed Accettazione (DEA)
5. Dipartimento di Emergenza, Urgenza ed Accettazione di Alta Specialità (EAS)

Alla ASL viene anche affidato il compito di individuare, nel proprio territorio, l'ubicazione e la tipologia dei vari livelli di operatività per la erogazione delle prestazioni di emergenza-urgenza sanitaria, lasciando ampia libertà interpretativa sulle caratteristiche relative ai primi due livelli assistenziali.

E' tuttavia importante cercare di individuare e fissare i requisiti minimi anche dei primi due livelli almeno nella realtà contestuale del territorio di pertinenza aziendale. Pertanto è posto in evidenza che:

- il territorio della provincia di Foggia presenta peculiarità orografiche a seconda che si prendano in considerazione la Daunia piuttosto che il Gargano o la Capitanata;
- gli ospedali di riferimento sono distanti mediamente un'ora e mezza dai Comuni che si trovano alla estrema periferia della Provincia;
- tali Comuni sono penalizzati da una viabilità tormentata da lontananza superiore a 50 km o da ricorrenti tornanti e sede stradale stretta o a volte dissestata ormai da decenni.

Anche per queste motivazioni ci si è posto un primo obiettivo: quello di mettere a punto una rete di assistenza capillare che dia una reale ed efficace copertura di tutto il territorio mediante punti fissi di soccorso dislocati strategicamente, soprattutto a protezione delle zone e comunità più lontane o più disagiate, permettendo cioè ad ogni cittadino di essere assistito nel minor tempo possibile da una struttura sanitaria aziendale in grado di assicurare:

- la stabilizzazione delle funzioni vitali
- un orientamento diagnostico e primi provvedimenti terapeutici
- trasporto protetto ad ospedale competente per la patologia in atto.

Quindi le risposte sanitarie sono state diversificate in relazione alla gravità dell'evento.

In questo contesto si fa riferimento a quelle strutture sanitarie che in prima istanza sono chiamate ad assistere i cittadini del territorio di riferimento e quelli che sono in transito a bordo di mezzi di soccorso afferenti al S.S.U.Em. 118: i Punti di Primo Intervento.

L'emergenza territoriale

Anche in tema di emergenza sanitaria uno dei primi requisiti per poter determinare un piano di intervento risulta essere il bacino d'utenza. Esso deve considerare una dimensione minima, ovvero deve essere ristretto ad una dimensione tale da poter mantenere una capacità operativa specifica (che è legata alla frequenza degli interventi maggiori) e da una dimensione massima per non superare il limite d'accessibilità alla struttura sanitaria (Servizi di Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Postazioni Emergenza Territoriale 118).

I limiti armonici del rapporto efficienza/efficacia considerano un bacino minimo di 50.000 e un bacino massimo di 200/250.000 persone residenti.

I punti di soccorso devono essere collocati sul territorio secondo isocrone d'accesso:

- Tempo di assistenza in risposta alla chiamata di soccorso: 8' nell'area urbana e 20' in quella extra urbana, con presenza del medico sui mezzi di soccorso quando necessario;
- Trasferimento dal Pronto Soccorso ai centri super specialistici, con trasporti protetti: 30' (valore medio).

I tempi indicati seppure previsti dalla normativa vigente, sono intesi come orientativi, per quanto concerne il trasporto secondario protetto (con medico a bordo del mezzo di soccorso) in considerazione anche di particolari condizioni orografiche legate alla provincia di Foggia.

E' da considerare anche la necessità di integrazione fra il trasporto su strada e quello aereo, in considerazione dell'orografia territoriale e della lontananza (decentramento) dei luoghi di bisogno, da quelli di offerta appropriata.

L'Emergenza Territoriale rappresenta solo una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria, dove l'integrazione delle varie competenze professionali, che ruotano intorno alla problematica "emergenza", consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi, la quale, una volta attivata (dall'allarme alla centrale operativa al trattamento mirato del paziente), consente la continuità delle cure secondo una sequenza logica e razionale di interventi e con l'applicazione di percorsi e di protocolli di cura predefiniti anche su basi interaziendali e/o regionali.

Il medico dell'emergenza svolgerà le sue funzioni in un modello organizzativo ottimale che si avvale di Centrali Operative 118, DEA, PSA, Punti di Primo Intervento, secondo un preorganizzato modello aziendale.

Nella nostra realtà regionale la chiusura di molti piccoli ospedali e la riconversione di altri ha determinato un minor numero di posti letto disponibili ed allontanato fisicamente i cittadini dai grandi centri, aumentando le distanze dagli ospedali. A fronte di questo duplice aspetto della realtà, si pone il problema della risposta appropriata (tempi e modalità) all'evento in emergenza da un lato e l'eventuale successiva non ospedalizzazione del paziente (presunta diagnosi e terapia a domicilio) dall'altro.

Ma la risposta non può che essere qualificata erogando un'assistenza sanitaria fornita da una equipe esperta come quella composta da un medico ed un infermiere preparati a far fronte alle urgenze in strutture territoriali.

E' necessario quindi investire anche sui Punti di Primo Intervento (P.P.I.), per garantire una risposta efficace che può evitare in molti casi ricoveri ospedalieri, assistendo il paziente, secondo percorsi di cura ed assistenza (PACA) condivisi con i Dipartimenti, la specialistica Ambulatoriale, i Medici di famiglia e i Pediatri di libera scelta, i CIM, etc, nelle priorità e necessità evidenziate.

Punto di primo intervento territoriale

Fatte salve le valutazioni di appropriatezza per competenze specialistiche, costituisce un servizio di primo riferimento per l'emergenza-urgenza ed è dislocato sul territorio in una struttura fissa (presso ambulatori, strutture ospedaliere integrate e/o riconvertite, case di cura convenzionate, centri di riabilitazione dislocati sul territorio) tenendo presente i seguenti criteri:

- alta densità di popolazione e sua distribuzione
- disagiate situazioni geografiche
- viabilità

(cfr. Cap. I del presente PAL).

Esso ha la funzione di garantire un primo approccio diagnostico-terapeutico nonché la stabilizzazione delle funzioni vitali nei pazienti acuti, ancorché una assistenza sanitaria erogata da medici ed infermieri

che abbiano comprovata esperienza nell'applicazione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare ed assistenza al traumatizzato.

Necessita di attrezzatura minima di base per erogare prestazioni sanitarie (visita medica, suture non complesse, immobilizzazioni di fratture, elettrocardiogramma, assistenza respiratoria con cannule oro e naso faringee, pallone autoespandibile (Ambu) e CPAP, e defibrillatore). E' in contatto radio, telefonico e informatico con il Servizio di Pronto Soccorso, con il DEA e con la C.O. 118 di riferimento; è dotato di ambulanze di tipo A ovvero automediche a trazione integrale per poter intervenire sul territorio di propria pertinenza, anche in circostanze ambientali avverse, assolvendo a quella che viene definita fase territoriale dell'assistenza.

“Presso i P.P.I. è possibile effettuare un primo intervento medico in caso di problemi minori, stabilizzare il paziente in fase critica e /o attivarne il trasporto presso l'ospedale più idoneo” (Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida su sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. .N.114 Serie Generale del 17 maggio 1996) L'orario di tali servizi è fissato nell'arco delle 24 ore giornaliere. “Allo scopo di favorire ed incentivare il costituirsi di rapporti di collaborazione fra medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale,” medici del S.U.Em. 118, “ medici del Dipartimento di emergenza urgenza ed accettazione e rendere possibile uno scambio culturale oltre le informazioni cliniche relative ai pazienti assistiti, appare opportuno che i presidi di continuità assistenziali siano il più possibile accorpatisi o dislocati presso i Servizi di Pronto Soccorso o di P.P.I.” (G.U. n. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996)

Il P.P.I. deve offrire all'utenza :

1. triage infermieristico
2. sala visita di pronto soccorso attrezzata per ACLS e CPAP
3. postazione 118 medicalizzata

Nel rispetto della normativa vigente e di quanto previsto nel regolamento della rete dipartimentale interaziendale di emergenza-urgenza, attivato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria O.O.RR. di Foggia e l'IRCSS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, ogni segmento del sistema sanitario che istituzionalmente si occupa di emergenza-urgenza sanitaria, Continuità Assistenziale, P.P.I., P.S.A., DEA di I° e II° livello, è previsto che possa essere allertato dalla C.O. 118.

Anche il Servizio 118 è stato rivisitato nella sua iniziale configurazione e rimodellato su le mutate esigenze di assistenza ed evidenze statistiche dell'attività di emergenza svolta dal 2003 al 2008.

Sicché il territorio provinciale è stato suddiviso in più aree: Gargano; Preappennino Dauno nord, centro e sud; Capitanata nord, centro e sud.

Il Subappennino nord fa riferimento al P.P.I. in VOLTURINO

Il Subappennino centro fa riferimento al P.P.I. in TROIA

Il Subappennino sud fa riferimento al P.P.I. in ASCOLI SATRIANO

L'istituzione di questi P.P.I. rappresentano la novità assoluta del sistema.

Presso i P.P.I. saranno allocate delle Postazioni il cui personale addetto (medico, infermiere soccorritore ed autista soccorritore), disponendo di un'auto a trazione integrale, viene impiegato nei Comuni della microarea interessata nel giro di venti-trenta minuti nella maggior parte dei casi, portando soccorso qualificato, ALS, nei casi di particolare gravità.

La scelta delle sedi dei P.P.I. Territoriali è stata dettata dalla possibilità di organizzare rendez-vous (trasferimento del medico Territoriale sull'ambulanza non medicalizzata).

A tutto ciò si aggiunge quell'assistenza sanitaria della quale i cittadini della microarea di riferimento possono fruire trovando in loco quelle risposte che consentono loro di non allontanarsi né allontanare le ambulanze dal proprio territorio nei casi di patologie minori.

Riorganizzazione emergenza-urgenza sanitaria (118)

L'assetto riorganizzativo del sistema è stato proposto ed approvato dalla Regione, alla luce della esperienza maturata dal S.S.U.Em. 118 e delle criticità riscontrate nell'arco di quattro anni di attività, che hanno portato alle seguenti determinazioni:

1. invarianza della organizzazione nella ex AUSL FG1 (area nord), completata con l'istituzione di una Postazione medicalizzata 118 h/12 sulle Isole Tremiti. Il costo viene assorbito con la riconversione delle presenze (dotazioni) mediche, già in dotazione;
2. nella ex FG2 è considerata procrastinabile l'attivazione della seconda postazione di Cerignola (Cerignola autostrada);

3. nella ex FG 3 la rimodulazione prevede maggiore attenzione ai bisogni delle popolazioni del Subappennino Dauno, istituendo una rete di tre Punti di Primo Intervento Territoriali cui faranno capo le postazioni 118 ed i cittadini delle microaree di pertinenza (Subappennino nord, Subappennino centro, Subappennino sud);
4. attivato un servizio di elisoccorso (HEMS), con base logistica in Foggia, a supporto di particolari condizioni clinico-situazionali e dei dipartimenti interaziendali (Azienda FG, Azienda OO.RR. di Foggia e IRCSS San Giovanni Rotondo) di emergenza urgenza e cardiologia in fase di attivazione.
 - 1.a - L'arcipelago delle Tremiti è costituito dalle isole di San Nicola, San Domino, la Capraia ed il Crepacchio. Di queste sono abitate solo le prime due. La popolazione censita ammonta a 436 anime di cui circa la metà stabilmente residente anche nei mesi invernali: la maggior parte di questi abita l'isola di San Domino.
 La geopolitica del territorio dell'Azienda risulta tanto complessa da porre alla considerazione problematiche d'assistenza, in via prioritaria relative ai cittadini residenti sulle due isole maggiori dell'Arcipelago delle Tremiti. Questo è collegato quotidianamente a mezzo traghetto ed aliscafo con il porto di Termoli e, tramite elicottero, con Foggia. Nei mesi estivi si verifica un sovraffollamento ed i collegamenti con la terra ferma (Ortona, Termoli, Rodi Garganico-Capoiale, Vieste, Manfredonia) sono assicurati da numerose corse di motonavi, aliscafi ed elicotteri.
 Nei mesi invernali, i collegamenti con la terra ferma sono fortemente dipendenti dalle condizioni meteomarine. Si tenga presente che i medici della Continuità Assistenziale si alternano in turni di presenza settimanale, date le difficoltà di raggiungere o partire dalle isole e che spesso risulta impossibile anche il traghettamento da un'isola all'altra (San Nicola e San Domino).
 La conclusione della fase sperimentale del S.S.U.Em. 118 nella provincia di Foggia impone, anche sulle Isole, soluzioni assistenziali che rispettino i parametri previsti dalle norme vigenti in tema di emergenza urgenza sanitaria. Pertanto, perché si abbia una omogeneizzazione assistenziale su tutto l'ambito nei tempi e nei modi prescritti dalle normative vigenti, è considerata razionale l'istituzione di una postazione 118 medicalizzata h /12 che completi l'assistenza erogata dalla Continuità Assistenziale che già svolge appieno la sua attività.
 - 2.a - L'esperienza maturata porta a considerare che risulta confacente alle richieste la risposta in termini di tempistica e di professionalità erogata sul tratto autostradale interessato, anche grazie all'attivazione di protocolli operativi integrati concordati tra le Centrali 118 di Foggia e BAT, il che giustifica la procrastinabilità dell'attivazione della seconda postazione di Cerignola, stante la attuale situazione.
 - 3.a - Si è resa opportuna, come già indicato, la delimitazione della fascia Preappenninica in tre parti, ognuna servita da un P.P.I. Territoriale che svolga le funzioni essenziali di :
 - a) assolvimento in loco delle richieste di assistenza sanitaria (in relazione alla dotazione tecnologica a disposizione) delle popolazioni pertinenti;
 - b) attivazione di servizi di telemedicina e più specificatamente: telecardiologia, teleradiologia, telemetria per la saturimetria in pazienti pneumologici;
 - c) attività di filtro nei confronti dei Servizi di P.S., considerato che il 77 % degli interventi 118 eseguiti esitano in codici 0 e codici1 (patologie di minimo impegno che possono essere trattate in loco);
 - d) assistenza con MSA (automedica a trazione integrale con equipaggio ALS) alle postazioni limitrofe secondo protocolli operativi della C.O. Foggia 118;
 - e) terapia trombolitica per IMA STEMI e Ictus Cerebri;
 - f) assistenza anche logistica all'elisoccorso, determinando con luci da campagna l'elisuperficie, alla bisogna;
 - g) interventi di assistenza in particolari condizioni proibitive per l'ambulanza (strade innevate, fangose, frane, ecc.)
 - h) rifornimento farmaci e presidi sanitari, costituendo in loco un magazzino di minima
 - i) Ricognizione, sopralluogo e organizzazione del Posto Medico Avanzato in caso di maxiemergenze.
 - 4.a - L'attivazione dell'HEMS (emergenza sanitaria su elicottero) ha rappresentato il più corretto raccordo tra periferia e centro in tempi brevi in particolar modo quando nei P.P.I., pensati in funzione di attività di filtro e di risposta rapida ed esaustiva a livello territoriale, non riescono ad esaurire le problematiche di emergenza in loco.

Infatti, in quelle situazioni nelle quali la criticità del paziente, l'orografia, la distanza dai DEA di riferimento e le modalità di trasporto dell'infortunato richiedono un rapido trattamento e una veloce centralizzazione, la risposta operativa ottimale è rappresentata dall'elisoccorso.

Primo intervento ospedaliero

Esso è organizzato in Servizio (struttura semplice) ed è allocato in ospedali che sono stati interessati dalla riconversione prevista dal Piano Regionale di Riordino della Rete Ospedaliera del 2005: cioè, negli stabilimenti ospedalieri di Monte Sant'Angelo, San Marco in Lamis e Torremaggiore. La dotazione organizzativa è identica a quella già indicata in precedenza.

Spesso accade che, per la esiguità delle risorse umane e tecnologiche, i sanitari sono costretti ad inviare i pazienti giunti alla loro diretta osservazione presso gli ospedali di riferimento al fine di garantire agli stessi un'assistenza più completa. Spesso tale atteggiamento di doverosa (per il paziente) precauzione è origine di trasferimenti lunghi ed indaginosi, accessi impropri ai P.S.A. o ai DEA di I° e II° livello e provocano ricoveri impropri. Pertanto è risultato che le criticità assistenziali con le quali è chiamato a misurarsi l'equipe sanitaria addetta ai P.P.I. ancora oggi sono:

- Esami di laboratorio non sempre eseguibili nelle 24 ore
- Esami radiologici non sempre eseguibili nel corso delle 24 ore
- Carenza di letti tecnici per attivare una O.B.I. (osservazione breve intensiva per un massimo di 12 ore).

Considerato che gli accessi diretti o in transito sui mezzi del S.S.U.Em. 118 sono risultati circa 22.000 (ventiduemila) nei cinque P.P.I. esistenti ed operanti (Vieste, Vico del Gargano, Monte Sant'Angelo, San Marco in Lamis e Torremaggiore) e che sono in avanzato stato di attivazione altri tre in terra Daunia (Voluturino, Troia ed Ascoli Satriano) si è previsto il potenziamento dei servizi di teleradiologia e telecardiologia attivando anche laboratori d'urgenza (P.O.C.T) affidati direttamente ai componenti le équipes dei P.P.I. ove non siano già presenti, in loco, laboratori d'analisi.

L'evoluzione tecnologica rende possibile e sicura l'esecuzione decentralizzata di analisi di laboratorio ed il POCT (Point Of Care Testing) che consente di avere risultati emogasanalitici ed altre analisi di urgenza in tempi rapidi ed in sistema di rete, rappresenta un'attività integrativa ed integrata della patologia clinica tradizionale per assicurare tempi di risposta abbreviati e conformi alle necessità cliniche dell'emergenza.

Le caratteristiche dei pazienti afferenti alle aree critiche e le caratteristiche delle attività lavorative nelle medesime inducono a far ritenere l'utilizzo, del POCT, se non indispensabile, raccomandato: l'arrivo imprevisto di casi gravi, l'imprevedibilità delle situazioni, le rapide modificazioni del quadro clinico ed il trattamento terapeutico inefficace, se non è rapidamente praticato e monitorizzato, suggeriscono la necessità di decisioni rapide e tempestive, di un lavoro in team coordinato e teso al continuo risparmio di tempo nelle attività programmabili. Sulla base di tempi di risposta, spesso inadeguati, dei laboratori centrali, ha avuto una forte propensione la citata scelta di postazioni decentrate per effettuare esami rapidamente.

L'intervento rientra nell'ambito della pianificazione delle azioni istituzionali dell'Azienda e si articola all'interno di un quadro territoriale di riorganizzazione del Servizio Emergenza (S.S.U.Em. 118 e P.P.I.) dell'ASL di Foggia. La proposta organizzativa è quella di implementare i punti di primo intervento attrezzandoli con apparecchiature per le analisi di emergenza tali da poter funzionare 24H su 24H senza l'ausilio di personale tecnico specializzato e sotto il controllo delle articolazioni di diagnostica di urgenza del Dipartimento aziendale di Patologia Clinica.

Gli scopi di tale progetto sono molteplici; ma, *in primis*, si ottiene il trattamento *in loco* dei pazienti garantendo loro uno screening diagnostico di emergenza in un tempo inferiore ai 15 minuti, coprendo tutte le 24H giornaliere. Questo permette di decongestionare l'area critica centrale dotando le strutture periferiche della cintura che delimita la provincia di Foggia della possibilità di ottenere parametri di emergenza in un tempo inferiore ai 15 minuti. Avere la possibilità di "capire" in tempi brevi lo *status* clinico del paziente significa poter accelerare i tempi di diagnosi e di cura dello stesso. La provincia di Foggia risulta la seconda in Italia per estensione territoriale, ciò significa che, ad esempio, un cittadino dell'area a confine con la Regione Molise o dei monti Dauni o del Promontorio del Gargano, per avere un esame di emergenza, quale è l'emogasanalisi, debba percorrere più di 50 chilometri, spesso su strade tortuose e poco sicure. La situazione risulta ancora più critica nei mesi invernali, dove il ghiaccio e spesso la neve rendono di fatto impraticabili i collegamenti con Lucera, San Severo e Manfredonia.

In virtù di queste forti motivazioni sono stati individuati otto punti di Primo Intervento equamente distribuiti sulla fascia, più esterna della provincia di Foggia o in area submontana: Torremaggiore, San Marco in Lamis, Vico del Gargano, Vieste, Monte Sant'Angelo, Voluturino, Troia, Ascoli Satriano. Tali strutture saranno sede di un POCT in grado di effettuare analisi su sangue intero in ogni momento del giorno, in tempo

reale, con analizzatori sempre pronti all'uso e con tempi massimi di attesa di 15 minuti. Per i punti di primo intervento organizzati in stabilimenti ospedalieri dotati di laboratori di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, l'attività del POCT si integra con questi e con i laboratori degli ospedali di riferimento della rispettiva area ampia territoriale o circoscrizione.

Sono stati individuati inoltre due Dipartimenti di Emergenza di Primo Livello nei P.O. di San Severo e di Cerignola e due P.S.A. nei P.O. di Lucera e Manfredonia.

Per tutti i POCT è prevista la monitoraggio dell'attività da due postazioni informatiche remote site nei due Dipartimenti di Emergenza di Primo Livello di San Severo e Cerignola. Il software gestionale permetterà di visionare l'attività delle singole postazioni, di controllare lo stato degli analizzatori, di avere la refertazione unica per paziente di tutti gli esami, di effettuare l'archiviazione dei dati e il controllo da remoto degli strumenti.

I risultati attesi dall'intervento di organizzazione dei POCT sono:

- Risparmio di tempo (tutti i risultati in un tempo inferiore ai 15 minuti) e disponibilità dei parametri vitali nella medicina critica in tempo reale;
- Risultati direttamente al letto del paziente;
- Decentralizzazione delle prestazioni;
- Possibilità di controllare da remoto più strumenti (2 o più postazioni) con conseguente ottimizzazione del personale;
- Azienda unica che gestisce un progetto dedicato al POCT nelle Unità di Primo Intervento.

IV. 5. 1. 8 - Telecardiologia

La telecardiologia è attività operativamente integrata in quella più ampia dell'emergenza-urgenza sanitaria, anche se è strutturalmente collocata nell'ambito delle strutture ospedaliere di cardiologia dotate di terapia intensiva cardiologica. Allo stato tale attività è organizzata (con esperienza gestionale pluriennale) solo presso la Struttura Complessa di Cardiologia – UTIC dello Stabilimento Ospedaliero di San Severo. Il modello operativo di San Severo deve essere esteso, nel triennio, al rimanente territorio aziendale (non garantito attualmente) e specialmente per le aree montane del sub-appennino, oltre che per la rete di emergenza-urgenza sanitaria dell'Azienda, con collegamenti funzionali alle strutture di cardiologia- UTIC degli altri Ospedali (delle relative aree territoriali ampie di riferimento) a gestione diretta.

Quella attualmente funzionante è la Struttura semplice di telecardiologia che collega la Cardiologia Ospedaliera di San Severo con il Territorio dell'Alto Tavoliere, del Gargano e di alcuni centri del Sub-Appennino Dauno, integrandosi con l'attività del 118, dei PPI e delle postazioni di Continuità assistenziali (guardie mediche).

Oltre a tale integrazione Ospedale/Territorio H/24, tale struttura di Telecardiologia esplica un servizio interno per le varie U.O. dell'Ospedale di San Severo, per i Pronto Soccorso e per alcuni reparti dell'Ospedale di Torremaggiore e di San Marco in Lamis. Nella Tabella 1 è riportato un riepilogo delle postazioni collegate e delle apparecchiature in dotazione.

La rete attivata di telecardiologia, collegato allo S.O. di San Severo, è dotata delle seguenti tecnologie:

- N 3 linee telefoniche dedicate (0882-221109/222583/242163);
- N 22 elettrocardiografi ELI 100 ;
- N 10 elettrocardiografi ELI 150 con Modem GSM,
- N 32 Cardiovox ;
- una Centrale di ricezione (E-SCRIBER SERVER) per gli elettrocardiografi ELI 100 ed ELI 150;
- una Centrale di ricezione per Cardiovox.

E' da rilevare che gli elettrocardiografi ELI a differenza dei Cardiovox offrono al medico del territorio la possibilità di stampare e leggere, contestualmente al cardiologo della centrale ospedaliera, l'ECG e di condividerne la diagnosi. Ciò comporta evidenti vantaggi sia di tipo clinico e sia medico-legale, per cui, si prevede la necessaria riconversione strumentale.

Il Servizio non dispone di un organico medico-infermieristico ad hoc. Infatti fin dalla istituzione (2003) l'attività è stata espletata dai dirigenti medici e dal personale di nursing della S.C. Cardiologia-UTIC.

Il modello di telecardiologia di San Severo ha due funzioni fondamentali:

1. collega l'area dell'emergenza cardiologica ospedaliera di San Severo con il territorio di riferimento (integrazione Ospedale-Territorio). Tale attività, definita Telecardiologia Esterni, offre agli operatori dell'emergenza territoriale (118, PPI, PS, Guardie Mediche) sia la possibilità di ottenere un tracciato ECG repertato in tempo reale ed H/24 da un cardiologo operante nella UTIC dell'Ospedale di

San Severo e quindi esperto di elettrocardiografia d'urgenza (aritmie, infarto etc), sia la possibilità di effettuare con lo stesso cardiologo un teleconsulto all'inizio della gestione del paziente e, se necessario, per tutta la durata del trasporto in ospedale o della stabilizzazione sul territorio. Il confronto medico ospedaliero-medico dell'emergenza territoriale, offre il vantaggio della continua formazione degli operatori e favorisce lo sviluppo dell'attitudine al lavoro in team.

Attraverso la Telecardiologia ed il Teleconsulto è stato possibile organizzare nell'area del Gargano, dell'Alto Tavoliere, delle Isole Tremiti, e più recentemente in alcuni centri del Sub-Appennino Daunino, la Trombolisi pre-ospedaliera nel trattamento dell'IMA-STE. A tale scopo tutte le ambulanze del 118, i PPI e le altre postazioni esterne, sono state dotate dei farmaci necessari e il personale medico-infermieristico è stato messo in condizioni di acquisire il know-now necessario. Tale trattamento innovativo, i cui vantaggi sono ben noti, costituisce attualmente ancora una prerogativa esclusiva della S.C. Cardiologia-UTIC di San Severo e della ASL FG ed è stato recentemente inserito nel documento ARES: "La Rete per il trattamento dell'IMA-STE". L'esperienza accumulata dal team medico-infermieristico della Cardiologia di San Severo-Presidi territoriali dell'Emergenza, unica in tutta l'Italia Centro-Meridionale, ha costituito il fondamento per l'avvio della Trombolisi pre-ospedaliera in altre aree territoriali (Fermo, Macerata, Ariano Irpino, Costiera Amalfitana) ed è stata oggetto di alcune pubblicazioni scientifiche di rilevanza nazionale.

2. Espleta un servizio online con varie U.O. dell'Ospedale di San Severo, San Marco in Lamis e Torremaggiore (Tab I) con il vantaggio di non spostare i pazienti da un servizio all'altro per effettuare l'ECG (viaggiano le informazioni).

Il numero delle prestazioni erogate dal Gennaio 2003 al Dicembre 2008 è stato di 123.770 così suddiviso: telecardiologia esterni 32.411, teleconsulti 17.680, telecardiologia interni 73.688. Il numero delle prestazioni per anno è riportato nella Figura 1, dalla quale si evince un progressivo incremento delle prestazioni, che comunque, persistendo le attuali dotazioni organiche medico-infermieristiche è destinato ad attestarsi su un plateau delimitato obbligatoriamente dalle risorse. E' da rilevare che il numero delle prestazioni esterne e dei teleconsulti subisce annualmente un rilevante incremento nei mesi di Maggio-Settembre per effetto del turismo religioso e vacanziero del territorio del Gargano e delle Isole Tremiti. Durante tale periodo anche i punti di Pronto Soccorso Estivo vengono dotati di Cardiovox.

Per quanto sopra esposto (mancanza di un organico dedicato e totale ammortamento delle apparecchiature) si può affermare che quella di Telecardiologia di San Severo è una struttura della ASL/FG a costo zero e sulla base della stessa occorre organizzarne altre, sia pure con analisi comparata di risorse.

Inoltre come dianzi detto, il servizio sia pure con le criticità correlate ai turni di ferie del personale medico-infermieristico, viene effettuato H/24 anche durante il periodo Maggio-Settembre in cui, si verifica il citato marcato incremento del numero delle prestazioni richieste ed il contestuale periodo di ferie del personale e pertanto, fino ad oggi, neppure in tale periodo il servizio di Telecardiologia è stato svolto con il ricorso a prestazioni aggiuntive.

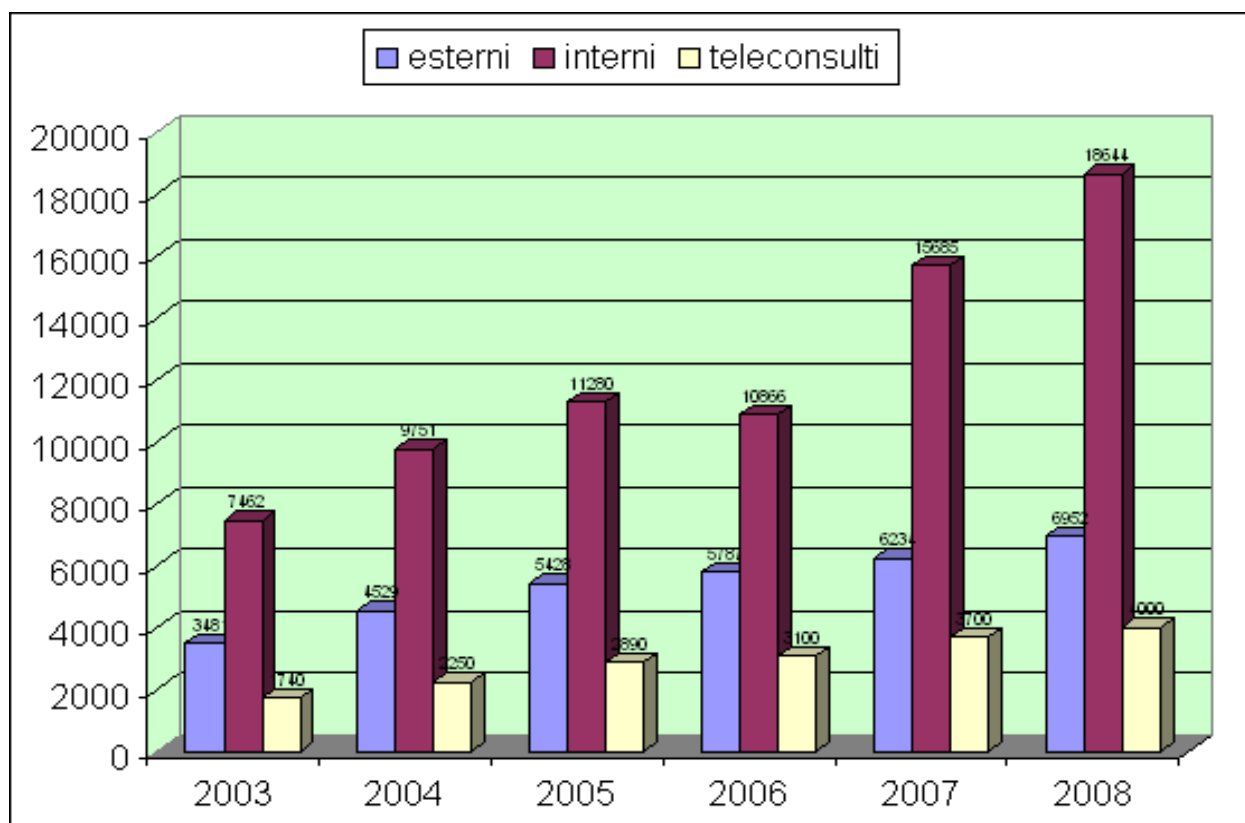
Come in precedenza esposto, il servizio offerto dalla Struttura Semplice di Telecardiologia è ben assestato per quanto riguarda i volumi, ma ormai è già in una zona oltre l'equilibrio per quanto riguarda il rapporto domanda/operatori. Verosimilmente anche la dotazione strumentale dovrebbe essere implementata, non solo se si vorranno aumentare i volumi, ma anche per effetto delle innovazioni tecnologiche intervenute sul "mercato" tecnico-scientifico.

La S.C. Cardiologia-UTIC ha messo in atto già nel corso del 2008 un percorso assistenziale per la gestione integrata Ospedale/MMG dello Scompenso cardiaco. In tal senso potrebbe essere fornita, almeno ai gruppi di MMG organizzati in super-rete, la possibilità di non inviare il paziente alla struttura ambulatoriale per i controlli ma di ottenere nel proprio studio o a domicilio un ECG ed un teleconsulto con il cardiologo della Cardiologia di San Severo.

Altra possibilità della Telecardiologia e del Teleconsulto è quella di poter effettuare sui territori più lontani, i controlli dei pacemakers e dei defibrillatori.

Tabella 26	Telecardiologia. Riepilogo delle postazioni collegate alla S.C. di cardiologia dello S.O. di San Severo					
Ospedali.						
	San Severo :					
		Chirurgia generale		ELI 100		
		Dialisi		ELI 100		
		Nefrologia		ELI 100		
		Oculistica		ELI 100		
		Ortopedia		ELI 100		
		Ostetricia e Ginecologia		ELI 100		
		PPI		ELI 150		
		Rianimazione		ELI 250		
		Urologia		ELI 100		
	San Marco in Lamis					
		PPI		ELI 100		
	Torremaggiore:					
		Day Surgery		ELI 100		
		M.A.R.		ELI 100		
		PPI		ELI 100		
Postazioni 118						
		Apricena		Cardiovox		
		Cagnano		Cardiovox - ELI 100		
		Carpino		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Ischitella		Cardiovox		
		Lesina		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Peschici		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Rodi Garganico		Cardiovox - ELI 100		
		San Marco		Cardiovox		
		San Nicandro		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		San Severo		Cardiovox		
		Serracapriola		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Torremaggiore		Cardiovox - Eli 150		
		Tremiti -	San Nicola	ELI 100		
		Tremiti -	San Domino	Cardiovox - ELI 100		
		Vico del Gargano		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Vieste		Cardiovox - ELI 100 - ELI 150		
		Volturino		Cardiovox		
Altre Postazioni						
		Casalvecchio di Puglia		Cardiovox		
		Castelluccio dei Sauri		Cardiovox		
		Dialisi San Nicandro		Cardiovox		
		Pietra Montecorvino		Cardiovox - ELI 150		
		Rignano Garganico		Cardiovox		
P.S. Estivi						
		Lido del Sole		Cardiovox		
		Marina di Chieuti		Cardiovox		
		Marina di Lesina		Cardiovox		
		Mattinata		Cardiovox		
		San Menaio		Cardiovox		
		Torremileto		Cardiovox		
		Zapponeta		Cardiovox		
Evento San Pio P.M.A. (Posto Medico Avanzato)						
		Anfiteatro		Cardiovox		
		Auto Medical		Cardiovox		
		Chiesa Nuova		Cardiovox		
		Pozzo Cavo		Cardiovox		

Figura 1: Prestazioni di Telecardiologia effettuate dal 2003 al 2008 dalla Struttura semplice di Telecardiologia della S.C. Cardiologia - U.T.I.C. dell'Ospedale di San Severo



IV. 6 L'organizzazione fisica per aree territoriali, per ospedali e distretti

Con la approvazione del Piano regionale della salute, la Regione Puglia ha inteso dettare le linee di pianificazione e il processo dinamico delle risorse in relazione ai servizi richiesti per raggiungere gli obiettivi di soddisfacimento, benessere e sostenibilità etica ed economica della popolazione regionale.

A tal fine la ASL di Foggia ha inteso pianificare la rete aziendale ospedaliera, la rete extraospedaliera, quella distrettuale e dell'area delle fragilità.

Gli allegati che si riportano di seguito riassumono tale riorganizzazione.

IV. 6.1. Riorganizzazione della rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera passa attraverso un utilizzo delle risorse già esistenti, avviando una fase, per alcune situazioni di potenziamento, e in altri casi di dismissione di alcune funzioni per riportarle nelle finalità del piano: principio fermo deve essere quello della contestualità tra dismissioni e nuove attivazioni.

La rete ospedaliera aziendale sarà costituita da una serie di ospedali classificati in relazione al livello di complessità e/o specialistiche.

Essa viene pertanto rimodulata in tre ospedali intermedi (Cerignola, Manfredonia e San Severo), uno di Base (Lucera), tre ospedali del territorio (Monte Sant'Angelo, San Marco in Lamis e Vico del Gargano), oltre ad un ospedale specializzato in attività di riabilitazione intensiva (Torremaggiore), per un totale di 1100 posti letto, in linea con quanto previsto al paragrafo 2.3 del Piano Regionale della Salute.

L'istituzione nell'area geografica del Gargano di tre ospedali del territorio è motivata dalla necessità di garantire alle comunità locali una assistenza ospedaliera minima.

Nelle strutture ospedaliere suddette è prevista la presenza dei servizi senza posti letto già attivi, nonché di quelli essenziali alle nuove funzioni dei singoli ospedali come riassunte nelle tabelle successive. L'articolazione operativa degli ospedali sarà coerente con i principi propri della organizzazione dipartimentale delle attività, di cui al precedente paragrafo III. 3.

Rete della Dialisi

La pianificazione intende offrire risposte adeguate alle esigenze di sviluppo del sistema assistenziale rivolto ai pazienti nefropatici cronici nell'ambito delle attività del Dipartimento Interaziendale di Nefrologia e

Dialisi congiuntamente all'IRCCS-Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia.

Nell'ambito di tale pianificazione i punti Dialisi a gestione diretta di questa Azienda sono ad Accadia, a Cerignola, a Lucera, a Manfredonia, a Monte Sant'Angelo, a San Nicandro Garganico ed a San Severo che sono funzionalmente integrati al fine di garantire una risposta adeguata ai corrispondenti bisogni sia in termini quantitativi che qualificativi, salvo quanto previsto nel penultimo periodo del precedente paragrafo IV.4.

Integrazione tra la rete ospedaliera e il territorio

Data l'esiguità della popolazione afferente ai Distretti del Sub Appennino Dauno e le difficoltà collegate alla rete viaria, in questa fase non si ritiene opportuno attivare risorse per l'ospedale del territorio ma diventa più razionale la attivazione di ulteriori Punti di primo Intervento per microaree nei Comuni di Volturino, Troia e Ascoli Satriano, miranti a prevenire ricoveri impropri dando una immediatezza di risposta ai bisogni di salute delle popolazioni dell'area disagiata del Sub Appennino Dauno.

L'attività diagnostica radiologica e cardiologica territoriale oggi presente solo in alcuni realtà della Provincia, sarà potenziata prevedendo una sua estensione a tutto l'ambito territoriale e con i punti strategici della rete dell'Urgenza/Emergenza (Pronto Soccorso ospedalieri, P.P.I. e postazioni 118) attraverso la rete della telecardiologia, della teleradiologia e di diagnostica su attrezzature mobili.

IV. 6.2. Assistenza distrettuale

Il modello organizzativo distrettuale è quello determinato dalla L.R. n. 25/06 e dal Piano Regionale della Salute, articolato per:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Specialistica
- Assistenza Consultoriale
- Assistenza nelle strutture Residenziali e Semiresidenziale Territoriale
- Assistenza Psicologica
- Assistenza Socio Sanitaria.

La rete distrettuale della ASL sarà composta da otto Distretti in quanto nella Città di Foggia (come si è già indicato nei corrispondenti prospetti riportati nel Cap. I del presente PAL), dagli attuali due Distretti, si procederà all'accorpamento in un unico Distretto.

Pertanto saranno attivi i seguenti Distretti, indicati in successione geografica territoriale, da Nord a Sud della Provincia, tenendo conto, anche, delle pregresse realtà organizzative delle attività.

1. San Severo
2. San Marco in Lamis
3. Vico del Gargano
4. Foggia
5. Lucera
6. Troia
7. Manfredonia
8. Cerignola

La rete dei Poliambulatori è definita ai sensi del paragrafo 2.4.1.1 del Piano Regionale della Salute 2008/10 in:

- Poliambulatori di Base (Carapelle, Pietra Montecorvino, Casalnuovo Monterotaro, Roseto Valfortore, San Marco La Catola, Mattinata, Monte Sant'Angelo, San Nicandro Garganico, San Giovanni Rotondo, Apricena, San Paolo Civitate, Lesina, Serracapriola, Bovino, Ascoli Satriano, Faeto, Rocchetta Sant'Antonio, Cagnano Varano, Carpino, Peschici, Rodi Garganico);
- Poliambulatori Specialistici (Foggia, Cerignola, Orta Nova, Lucera, Manfredonia, San Marco in Lamis, San Severo, Torremaggiore, Troia, Accadia, Vieste);
- Poliambulatori di Terzo Livello (Foggia, Vico del Gargano);

In tali poliambulatori vengono garantite le branche specialistiche di riferimento indicati dal Piano, tuttavia le specialistiche oggi attive saranno mantenute e si procederà al potenziamento delle sub articolazioni in particolar modo nelle zone del Sub Appennino Dauno, del Gargano e dell'area frontaliera, sulla base di specifiche esigenze assistenziali.

Casa della Salute

La Casa della Salute, con l'offerta di servizi e prestazioni che essa propone, rappresenta presidio strategico nel distretto sociosanitario e luogo di ricomposizione naturale delle diverse attività territoriali, in

grado di fronteggiare alcune tra le più evidenti criticità nel rapporto tra SSR e cittadino e allo stesso tempo di garantire il rispetto dei LEA sanitari e sociosanitari propri del distretto, nella loro unitarietà di prevenzione, cura e riabilitazione.

La Casa della salute è da intendere come la struttura in grado di erogare materialmente nello stesso spazio fisico, anche grazie a collegamenti funzionali, l'insieme delle prestazioni sociosanitarie e di garantire la continuità dell'assistenza con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Si colloca nell'ambito di un distretto sanitario, quale quello individuato dalle attuali normative. In relazione alle attuali disponibilità si procede alla individuazione di Case della Salute.

Residenze Sanitarie Assistenziali

Nell'ambito della riconversione delle strutture ospedaliere dimesse, e sulla scorta delle RSA già attive, sarà implementata la rete delle RSA con l'attivazione di una ulteriore struttura per 40 posti letto, per cui la capacità recettiva complessiva prevista dell'ASL FG passa a 200 posti letto.

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità ha la finalità di garantire un equilibrio in termini di dotazioni e di certezze assistenziali con particolare riferimento all'opportunità di realizzare la definizione di percorsi di diagnosi e cura assicurati nel territorio di riferimento, con un minimo di protocolli e setting operativi con l'offerta complessiva di 83 posti letto.

Hospice

Sulla scorta delle determinazioni del Piano Regionale della Salute 2008/10, la ASL FG ha previsto altresì l'attivazione di hospice per l'assistenza ai pazienti oncologici.

La Rete è composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiato ed in genere preferito dal malato, e le strutture di degenza dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

In linea con le modalità e principi organizzativi previsti per la Rete delle cure palliative regionale, secondo la logica della continuità assistenziale, sarà garantito ai cittadini bisognosi la possibilità di - ricovero nei centri residenziali di cure palliative (hospice); - ricovero in regime di day hospice; - assistenza ambulatoriale; - assistenza domiciliare specialistica, secondo quanto previsto nei corrispondenti P.A.C.A. o P.A.I.C.A..

Assistenza Penitenziaria

La ASL di Foggia aderisce al protocollo di intesa tra Regione Puglia e Amministrazione Penitenziaria, che prevede iniziative finalizzate alla prevenzione delle malattie e interventi a garanzia della continuità assistenziale, in ossequio al principio per cui il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo e della collettività e come tale va garantito anche a coloro che vivono in condizioni di restrizione o limitazione della libertà personale. Le azioni sono quelle previste nel paragrafo II. 2 del presente P.A.L.

Area della Fragilità

Nell'Area delle Fragilità sono comprese quelle strutture che la Regione ha definito con le LL.RR. 25 e 26 del 2006 a valenza sovradistrettuale e dipartimentali. Pertanto si procederà al potenziamento delle strutture oggi presenti prevedendo l'accorpamento dei CSM operanti nella Città di Foggia e prevedendo un Dipartimento di Riabilitazione transmurale ospedale/territorio, al fine di garantire tutto il percorso terapeutico/assistenziale dei pazienti.

Le attività consultoriali, con il relativo Percorso Donna, organizzato in servizio sovradistrettuale farà sì che i programmi di attività possano essere uniformemente attuati su tutto l'ambito provinciale.

Rete Territoriale Integrata

La rappresentazione della organizzazione fisica, ossia la distribuzione dei punti di offerta, di cui al presente paragrafo, è quella riportata nelle successive tabelle:

Posti letto ospedal ^{xx}

	Totali	San Severo	Torremaggiore	S. Marco in L. o- spedale territorio	Vico del Gargano ospedale territorio	Lucera	Manfredonia	Monte S. Angelo ospedale territorio	Cerignola
disciplina	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto	posti letto
Cardiologia	40	10				10	10		10
UTIC	32	8				8	8		8
Medicina Interna	193	32		25	20	32	32	20	32
Geriatria	16						16		
Nefrologia	20	10							10
Neurologia	24	12							12
Gastroenterologia	16						16		
Pneumologia	32	16					16		
Chirurgia Generale	128	32		DS	DS	32	32	DS	32
Oculistica	22	DS				DS	DS		22
Ortopedia	104	32				24	24		24
ORL	16	DS					DS		16
Urologia	30	15							15
Ostetricia e Ginec.	88	24				16	24		24
Pediatria	52	16				10	10		16
Rianimazione	16	8							8
Psichiatria	45			15		15*	15		
Riabilitazione 26	60		40	20					
Riab. Cardiolog.	20		20						
Riab. Pneomolog.	20		20						
Fibrosi Cistica	6								6
Lungodegenza	120		24	24	24	24		24	
totali	1100	215	104	84	44	171	203	44	235

* = PP.LL. provvisoriamente allocati presso gli OO.RR.

DS = day surgery.

La Pneumologia comprende 4 posti letto di UTIR

In tutte le UU.OO. di Medicina Interna verranno assicurate attività di DH di oncologia medica

Distretto Socio Sanitario San Severo

OSPEDALE INTER-MEDIO MASSELLI MASCIA	cardiologia	medicina interna	nefrologia	neurologia	chirurgia generale	pneumologia	oftalmologia	ORL	ortopedia	ostetricia e ginecologia	pediatria	UTIC	rianimazione	dialisi	urologia	riabilitazione	totale
posti letto	10	32	10	12	32	16	DS	DS	32	24	16	8	8	X	15		215
OSPEDALE DI RIABILITAZIONE TORRE-MAGGIORE		Riabilit. art. 56		Riabilit. Pneumol.		Riabilit. Cardiol.	Lungodegenza										
posti letto	40		20		20		24										104
RSA Torremaggiore p.l.	40																
UDT Torremaggiore p.l.	9																

POLIAMBULATORI

	San Severo specialistico	Torremaggiore specialistico	Apricena di base	S. Paolo Civ. di base	Lesina di base	Serracapriola di base	Poggio Imp. di base	Chieti di base
Cardiologia	X	X	X	X	X	X	sub articolazioni dei poliambulatori	
Oftalmologia	X	X	X	X	X	X		
ORL	X	X	X	X	X	X		
Dermatologia	X	X	X	X	X	X		
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X		
Pneumologia	X	X	X	X	X	X		
Centro prelievi	X	X	X	X	X	X		
Radiodiagnostica	X	X						
Gastroenterologia	X	X						
Ortopedia	X	X						
Medicina Interna	X	X						
Geriatria	X	X						
Urologia	X	X						
Neurologia	X	X						
Allergologia	X	X						
Medicina fisica e riabilitativa	X	X						
Ostetricia e ginecologia	X	X						
Odontoiatria	X	X						
Neuropsichiatria infantile	X	X						
Oncologia	X	X						
Diabetologia	X	X						
Chirurgia generale	X	X						

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

Le ore specialistiche e le sub articolazioni oggi esistenti potranno variare sulla base di particolari esigenze assistenziali

HOSPICE		8						
Casa della Salute			X	X				
Centro sovradistrettuale per la prevenzione tumori della donna				X				

AREA DELLA FRAGILITA' - SAN SEVERO

Centro di Riabilitazione ex art. 26	X
Centro Salute Mentale	X
Centro diurno S.M.	X
Sezione Dipartimentale D.D.P.	X
U.O. Consultoriale	X

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118	Mike*	Mike*	India**		Mike*	Mike*		
P.P.I.		X						

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

** India: infermierizzata

Distretto Socio Sanitario San Marco in Lamis

OSPEDALE DEL TERRITORIO SAN MARCO IN LAMIS	medicina interna	chirurgia generale	SPDC	lungodegenza	Riabilitazione 26	Totale
posti letto	25	DS	15	24	20	84

POLIAMBULATORI

	San Marco in lamis specialistico	San Nicandro G.co di base	S. Giovanni Rotondo di base	Rignano Garganico
Cardiologia	X	X	X	sub articolazione dei poliambulatori
Oftalmologia	X	X	X	
ORL	X	X	X	
Dermatologia	X	X	X	
Endocrinologia	X	X	X	
Pneumologia	X	X	X	
Centro prelievi	X	X	X	
Radiodiagnostica	X			
Gastroenterologia	X			
Ortopedia	X			
Medicina Interna	X			
Geriatria	X			
Urologia	X			
Neurologia	X			
Allergologia	X			
Medicina fisica e riabilitativa	X			
Ostetricia e ginecologia	X			
Odontoiatria	X			
Neuropsichiatria infantile	X			
Oncologia	X			
Diabetologia	X			
Chirurgia generale	X			
Centro dialisi		X		

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

Le ore specialistiche e le sub articolazioni oggi esistenti potranno variare sulla base di particolari esigenze assistenziali

RSA		60
UDT p.l.		18
Casa della Salute		X
Hospice	8	

AREA DELLA FRAGILITA' - SAN MARCO IN LAMIS

Centro di Riabilitazione ex art. 26		X	
Centro Salute Mentale	X		
Centro diurno S.M.	X		
Sezione Dipartimentale D.D.P.			X
U.O. Consultoriale	X		

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118	Mike*	Mike*		
P.P.I.	X			

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

Distretto Socio Sanitario Vico del Gargano

OSPEDALE DEL TERRITORIO VICO DEL GARAGNO	medicina interna	chirurgia generale	lungodegenza	totale
posti letto	20	DS	24	44

POLIAMBULATORI

	Vico del Gargano III livello	Vieste specialistico	Cagnano Varano di base	Capino di base	Peschici di base	Rodi Garganico specialistico	Ischitella	Isole Tremiti
Cardiologia	X	X	X	X	X	X	X	sub articolazioni dei poliam- bulatori
Oftalmologia	X	X	X	X	X	X	X	
ORL	X	X	X	X	X	X	X	
Dermatologia	X	X	X	X	X	X	X	
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X	X	
Pneumologia	X	X	X	X	X	X	X	
Centro prelievi	X	X	X	X	X	X	X	
Radiodiagnostica	X	X				X		
Gastroenterologia	X	X				X		
Ortopedia	X	X	X	X	X	X		
Medicina Interna	X	X				X		
Geriatrica	X	X						
Urologia	X	X	X	X	X	X		
Neurologia	X	X				X		
Allergologia	X	X						
Medicina fisica e riabilitativa	X	X				X		
Ostetricia e ginecologia	X	X				X		
Odontoiatria	X	X				X		
Neuropsichiatria infantile	X	X						
Oncologia	X	X						
Diabetologia	X	X				X		
Chirurgia generale	X	X				X		
Laboratorio di Analisi	X							
Endoscopia digestiva per screening tumori del colon-retto	X							
Mammografia						X		
Servizio Radiodiagnostica con TAC, RMN e DEXA	X							

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

Le ore specialistiche e le sub articolazioni oggi esistenti potranno variare sulla base di particolari esigenze assistenziali

AREA DELLA FRAGILITA' - VICO DEL GARGANO

Casa della Salute		X				X	
Centro di Riabilitazione ex art. 26	X						
Centro Salute Mentale							X
Centro diurno S.M.	X						X
Articolazione Dipartimentale D.D.P.		X	X				
U.O. Consultoriale		X					

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118	Mike*	Mike*	Mike*	India**	Mike*	Mike*	India**	Mike*
P.P.I.	X	X						
UDT p.I.	10	9						

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

** India: infermierizzata

Piano Attuativo Locale ASL FG

Distretto Socio Sanitario Foggia
POLIAMBULATORI

	Di III livello	Specialistico
Cardiologia	X	X
Oftalmologia	X	X
ORL	X	X
Dermatologia	X	X
Endocrinologia	X	X
Pneumologia	X	X
Centro prelievi	X	X
Radiodiagnostica		X
Gastroenterologia	X	X
Ortopedia	X	X
Medicina Interna	X	X
Geriatria	X	X
Urologia	X	X
Neurologia	X	X
Allergologia	X	X
Medicina fisica e riabilitativa	X	X
Ostetricia e ginecologia	X	X
Odontoiatria	X	X
Neuropsichiatria infantile	X	X
Oncologia	X	X
Diabetologia	X	X
Chirurgia generale	X	X
Laboratorio di Analisi	X	
Servizio Radiodiagnostica con TAC e RMN	X	

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

AREA DELLA FRAGILITA' – FOGGIA

Dipartimento di Riabilitazione	Centro di riabilitazione età adulta
	Centro riabilitazione età evolutiva
Dipartimento di Salute Mentale	Centro Salute Mentale
	Servizio di Neuropsichiatria infantile
	Psicologia clinica
	Centro diurno S.M.
Dipartimento Dipendenze Patologiche	Sezione Dipartimentale D.D.P.
Servizio Sovradistrettuale Consultoriali	2 U.O. Consultoriali
	Coordinamento Mediazione Familiare
	Unità Tutela Minori
Postazioni 118	4 postazioni INDIA* + 1 Sierra**

Dipartimento di Prevenzione

* India: infermierizzata

** Sierra: automedica (medico – infermiere – autista soccorritore)

Distretto Socio Sanitario Lucera

OSPEDALE DI BASE LASTARIA	cardiologia	medicina interna	chirurgia generale	oftalmologia	ortopedia	ostetricia e ginecologia	UTIC	SPDC	Dialisi	Pediatria	Lungodegenza	Totale
posti letto	10	32	32	DS	24	16	8	15	X	10	24	171

POLIAMBULATORI

	Lucera specialistico	Pietramontecorvino di base	Casalnuovo Monterotaro di base	Roseto Valfortore di base	San Marco La Catola di base	Alberona	Biccari	Carlantino	Casalvecchio di Puglia	Castelnuovo della Daunia	Celenza Valfortore	Motta Montecorvino	Volturara Appula	Volturino
Cardiologia	X	X	X	X	X	sub articolazioni dei poliambulatori								
Oftalmologia	X	X	X	X	X									
ORL	X	X	X	X	X									
Dermatologia	X	X	X	X	X									
Endocrinologia	X	X	X	X	X									
Pneumologia	X	X	X	X	X									
Centro prelievi	X	X	X	X	X									
Radiodiagnostica	X													
Gastroenterologia	X													
Ortopedia	X													
Medicina Interna	X													
Geriatrica	X													
Urologia	X													
Neurologia	X													
Allergologia	X													
Medicina fisica e riabilitativa	X													
Ostetricia e ginecologia	X													
Odontoiatria	X													
Neuropsichiatria infantile	X													
Oncologia	X													
Diabetologia	X													
Chirurgia generale	X													

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

Le ore specialistiche e le sub articolazioni oggi esistenti potranno variare sulla base di particolari esigenze assistenziali

U.D.T. p.l.							17
HOSPICE							9

AREA DELLA FRAGILITA' - LUCERA

Centro di Riabilitazione ex art. 26	X
Centro Salute Mentale	X
Centro diurno S.M.	X
Sezione Dipartimentale D.D.P.	X
U.O. Consultoriale	X

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118	Mike*		India**	India**			India**		India**		India**	India**	Sierra***
P.P.I.													X

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

** India: infermierizzata

*** Sierra: automedica (medico – infermiere – autista soccorritore)

POLIAMBULATORI

	Troia specialistico	Accadia specialistico	Bovino di base	Ascoli Satriano di base	Faeto di base	Rocchetta S. Antonio di base	Anzano di Puglia	Candela	Castelluccio Valmaggiore	Castelluccio dei Sauri	Celle San Vito	Deliceto	Panni	Monteleone di Puglia	Sant'Agata di Puglia	Orsara di Puglia
Cardiologia	X	X	X	X	X	X	Sub articolazioni dei poliambulatori									
Oftalmologia	X	X	X	X	X	X										
ORL	X	X	X	X	X	X										
Dermatologia	X	X	X	X	X	X										
Endocrinologia	X	X	X	X	X	X										
Pneumologia	X	X	X	X	X	X										
Centro prelievi	X	X	X	X	X	X										
Radiodiagnostica	X	X														
Gastroenterologia	X	X														
Ortopedia	X	X														
Medicina Interna	X	X														
Geriatria	X	X														
Urologia	X	X														
Neurologia	X	X														
Allergologia	X	X														
Medicina fisica e riabilitativa	X	X														
Ostetricia e ginecologia	X	X														
Odontoiatria	X	X														
Neuropsichiatria infantile	X	X														
Oncologia	X	X														
Diabetologia	X	X														
Chirurgia generale	X	X														
Centro dialisi		X														

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

Le ore specialistiche e le sub articolazioni oggi esistenti potranno variare sulla base di particolari esigenze assistenziali

RSA Troia p.l.	60															
U.D.T.																18
Casa della Salute		X		X												

AREA DELLA FRAGILITA' - TROIA

Centro di Riabilitazione ex art. 26											X
Centro Salute Mentale	X										
Centro diurno S.M.											X
Articolazione Dipartimentale D.D.P. Lucera	X										
U.O. Consultoriale	X										

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118		India**	India**	India**			Mike*	India**	India**							India**
P.P.I.	X			X												

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

** India: infermierizzata

Distretto Socio Sanitario Manfredonia

OSPEDALE INTERMEDIO C. DE LELLIS	cardiologia	medicina interna	geriatria	gastroenterologia	chirurgia generale	pneumologia	ORL	ortopedia	ostetricia e ginecologia	pediatria	UTIC	lungodegenza	Dialisi	SPDC	totale
posti letto	10	32	16	16	32	16	DS	24	24	10	8		X	15	203
OSPEDALE DEL TERRITORIO SAN MICHELE ARCANGELO p.l.		20			DS							24	X		44
RSA Monte Sant'Angelo p.l.	40														
UDT Mattinata p.l.	10														

POLIAMBULATORI

	Manfredonia specialistico	Monte S. Angelo di base	Mattinata di base	Zapponeta
Cardiologia	X	X	X	sub articolazione dei po- liambulatori
Oftalmologia	X	X	X	
ORL	X	X	X	
Dermatologia	X	X	X	
Endocrinologia	X	X	X	
Pneumologia	X	X	X	
Centro prelievi	X	X	X	
Radiodiagnostica	X			
Gastroenterologia	X			
Ortopedia	X			
Medicina Interna	X			
Geriatria	X			
Urologia	X			
Neurologia	X			
Allergologia	X			
Medicina fisica e riabilitativa	X			
Ostetricia e ginecologia	X			
Odontoiatria	X			
Neuropsichiatria infantile	X			
Oncologia	X			
Diabetologia	X			
Chirurgia generale	X			

AREA DELLA FRAGILITA' - MANFREDONIA

Centro di Riabilitazione ex art. 26	X
Centro Salute Mentale	X
Centro diurno S.M.	X
Sezione Dipartimentale D.D.P.	X
U.O. Consultoriale	X

Postazioni 118	Mike*	India**	Mike*	Mike*
P.P.I.		X		
Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione				

* Mike: medicalizzata

** India: infermierizzata

Distretto Socio Sanitario Cerignola

OSPEDALE INTER-MEDIO G. TATARELLA	cardiologia	medicina interna	nefrologia	neurologia	chirurgia generale	oculistica	ortopedia	ORL	urologia	ostetricia e ginecologia	pediatria	rianimazione	UTIC	fibrosi cistica	dialisi	totale
posti letto	10	32	10	12	32	22	24	16	15	24	16	8	8	6	X	235

POLIAMBULATORI

	Cerignola specialistico	Orta Nova specialistico	Carapelle di base	Ordona	Stornara	Stornarella
Cardiologia	X	X	X	sub articolazioni dei poliambulatori		
Oftalmologia	X	X	X			
ORL	X	X	X			
Dermatologia	X	X	X			
Endocrinologia	X	X	X			
Pneumologia	X	X	X			
Centro prelievi	X	X	X			
Radiodiagnostica	X	X				
Gastroenterologia	X	X				
Ortopedia	X	X				
Medicina Interna	X	X				
Geriatrica	X	X				
Urologia	X	X				
Neurologia	X	X				
Allergologia	X	X				
Medicina fisica e riabilitativa	X	X				
Ostetricia e ginecologia	X	X				
Odontoiatria	X	X				
Neuropsichiatria infantile	X	X				
Oncologia	X	X				
Diabetologia	X	X				
Chirurgia generale	X	X				

Ulteriori branche saranno aggiunte sulla base di particolari esigenze assistenziali

AREA DELLA FRAGILITA' - CERIGNOLA

Centro di Riabilitazione ex art. 26	X
Centro diurno ex art. 26	X
Centro Salute Mentale	X
Centro diurno S.M.	X
Sezione Dipartimentale D.D.P.	X
U.O. Consultoriale	X

Le attività dell'Area della fragilità saranno garantite su tutto l'ambito distrettuale

Postazioni 118	Mike*	Mike*
----------------	-------	-------

Unità Operative del Dipartimento di Prevenzione

* Mike: medicalizzata

CAPITOLO V RISORSE E GRADUAZIONE DEGLI INTERVENTI

V. 1 – La programmazione delle risorse

L'applicazione delle azioni e la realizzazione degli interventi di riorganizzazione richiedono la preliminare verifica della compatibilità degli stessi con le risorse effettivamente disponibili in ogni momento di iniziativa.

L'argomento, in generale, è stato considerato nel paragrafo III. 5 del presente P.A.L. (sistema direzionale) e sono stati indicati i principali strumenti operativi necessari per le previsioni di sostenibilità economica di azioni ed attività aziendali.

Tali sono, prevalentemente, i programmi triennali ed annuali di investimenti per immobilizzazioni tecniche (immobili ed impianti) e per le tecnologie (attrezzature, sistemi tecnologici, ecc..), nonché quelli per l'acquisizione di beni e servizi e per la determinazione del fabbisogno di personale.

I programmi di investimento costituiscono strumenti di più immediata iniziativa di applicazione della pianificazione, perché tengono conto dei trasferimenti dedicati, già ricevuti o "promessi" dai livelli Regionale e Statale, ovvero di quelli previsti come ammissibili a finanziamento dagli stessi sovraordinati livelli istituzionali, oppure delle iniziative di realizzazione e/o acquisizione attivabili (previa autorizzazione regionale) con modalità di "finanza alternativa" ed, infine, di appositi finanziamenti da bilancio, per i motivi e nei limiti previsti dalle leggi.

I programmi di acquisizione di beni (diversi dai primi) e servizi, ma, soprattutto, quelli per la determinazione del fabbisogno di personale devono essere formati in coerenza con gli altri strumenti applicativi del P.A.L. (Programmi di Attività Territoriali, Programmi di Attività Ospedaliera, Programmi di Attività di Supporto, ecc.) e, pertanto, devono essere specializzati in previsione dei contenuti di questi.

In ogni caso, l'obiettivo di conseguire l'equilibrio economico della complessiva gestione aziendale, comporta l'obbligo di recuperare (anche gradualmente) la "appropriata allocazione" delle risorse, tenendo conto della situazione di partenza, come evidenziata nel successivo paragrafo VI. 1.

Prima di tutto per "appropriata allocazione" delle risorse si fa riferimento alle destinazioni per i Livelli Essenziali di Assistenza (aree di offerta) previsti dal comma 6 dell'art. 1 (lettere "a" – "b" – "c") del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Il riorientamento della destinazione delle risorse, più puntualmente esaminato nel successivo paragrafo VI. 2, deve essere effetto soprattutto del miglior grado di "appropriatezza" (nei citati L.E.A.) delle azioni ed attività, conseguibile, in massima parte, dalla "attenta" progettazione ed applicazione dei P.A.C.A., di cui al precedente paragrafo III. 1. 1, attraverso anche la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici nelle competenti aree di offerta aziendali, validi sia per il territorio e sia per il livello ospedaliero. Il complessivo processo è di graduale effetto, in quanto contempla anche il raggiungimento di una diversa maturità culturale - gestionale, da parte degli operatori (attori) interessati, come si è specificato nel citato precedente paragrafo III. 1, a cui si rinvia.

Dai programmi di fabbisogno del personale si devono determinare le dotazioni utili del periodo considerato e cioè il fabbisogno corrispondente alla realizzazione dei Programmi di attività relativi allo stesso periodo temporale: questo, ovviamente, già costituisce strumento ulteriore per la programmazione ed il controllo dei "costi" del personale. E' così, che il rispetto dei vincoli di contenimento di questi (ai sensi del comma 565, dell'art. 1 della Legge n. 296 del 27/12/2006 e s.) assume il necessario carattere di gradualità anche nelle applicazioni annuali, fermo restando che "...il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento..." deve essere più puntualmente determinato, soprattutto, con riferimento alle vicissitudini che hanno determinato cambiamenti di "status" di operatori i cui costi erano già classificati in quelli di "acquisizione di servizi" e che, soppressi, devono essere reconsiderati come costi del personale.

La coerenza con le necessità relative ai Programmi di Attività determina anche che i programmi di fabbisogno di beni di consumo e di servizi siano corrispondenti e/o riferiti al periodo di applicazione dei primi, nel rispetto, anche in questi casi, dei vincoli di contenimento imposti dalle leggi.

Investimenti

Salvo quanto sarà previsto negli atti di adeguamento annuale dei programmi di investimento, nel presente PAL sono riportati gli interventi più significativi relativi alle possibilità offerte dal Piano strategico annuale 2007-2013 e, prima di tutto, quelli relativi e/o finanziabili con il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) riguardante lo stesso periodo, nonché le previsioni contenute nell'elenco, per l'anno 2009, dei lavori pubblici ed in quello relativo alle attrezzature sanitarie anche aggiornato nelle finalizzazioni dall'Azienda

(nelle more della predisposizione ed approvazione dei completi Programmi triennali e degli elenchi annuali previsti dal D.Lgs. n. 163 del 12/03/2006 e s.m.i.) ed, in particolare, così riepilogati:

ASL FG
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
RIEPILOGO SOMME FAS E FESR 2007/2013

	SOMMA PROGETTO	SOMME CERTIFICABILI
INTERVENTO Linea di attività 1 – Adeguamento e potenziamento delle strutture ambulatoriali e consultoriali già attive nei distretti sociosanitari		
INTERVENTO 1.1 - Adeguamento corpo "D" dell'ex P.O. "Tommaso Russo" di Cerignola per Poliambulatorio Specialistico	€ 1.500.000,00	€ 500.000,00
INTERVENTO 1.2 - Completamento struttura sanitaria esistente sull'isola di San Domino per Poliambulatorio Isole Tremiti	€ 1.500.000,00	€ 500.000,00
INTERVENTO 1.3 - Adeguamento e potenziamento del poliambulatorio di Foggia.	€ 2.500.000,00	€ 750.000,00
INTERVENTO 1.4 - Potenziamento ed adeguamento a norme struttura Poliambulatoriale di Rodi Garganico – FG.	€ 600.000,00	€ 400.000,00
INTERVENTO 1.5 - Ampliamento ed adeguamento a norme struttura Poliambulatoriale di Serracapriola - FG	€ 300.000,00	€ 100.000,00
INTERVENTO 1.6 - Apparecchiature ed Arredi per il Potenziamento delle strutture ambulatoriali e consultoriali.	€ 4.300.000,00	€ 1.300.000,00
Sommano	€ 10.700.000,00	€ 3.550.000,00
INTERVENTO Linea di attività 2 – Realizzazione di nuove strutture ambulatoriali, poliambulatoriali e consultoriali, di case della salute nei distretti sociosanitari.		
INTERVENTO 2.1 - Realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale, nel comune di Volturino	€ 700.000,00	€ 250.000,00
INTERVENTO 2.2 - Realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale, nel comune di Castelluccio Valmaggiore	€ 700.000,00	€ 210.000,00
INTERVENTO 2.3 - Completamento Poliambulatoriale Mattinata – Località Giorni.	€ 1.000.000,00	€ 600.000,00
INTERVENTO 2.4 - Consultorio familiare. Manfredonia – P.O. "S Camillo De Lellis".	€ 1.500.000,00	€ 600.000,00
INTERVENTO 2.5 - Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale in San Giovanni Rotondo.	€ 2.500.000,00	€ 780.000,00
INTERVENTO 2.6 - Polo interistituzionale territoriale di assistenza socio sanitaria integrata (P.I.T.A.S.S.I.) Torremaggiore – via Pier Gobetti	€ 4.800.000,00	€ 2.500.000,00
INTERVENTO 2.7 - Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale nel Comune di Stornara.	€ 500.000,00	€ 150.000,00
INTERVENTO 2.8 - Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale nel Comune di Carapelle.	€ 500.000,00	€ 150.000,00
Sommano	€ 12.200.000,00	€ 5.240.000,00
INTERVENTO Linea di attività 3 – Realizzazione, ristrutturazione, adeguamento funzionale di strutture per le prestazioni sanitarie terapeutico riabilitative di titolarità ASL (es.: dipendenze, non autosufficienze, disabilità, salute mentale, DCA, ecc...)		
INTERVENTO 3.1 - Opere di completamento Centro Diurno Psichiatrico e fornitura apparecchiature Cerignola – Viale Giuseppe Di Vittorio	€ 500.000,00	€ 150.000,00
INTERVENTO 3.2 -Centro Diurno per l'Autismo Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	€ 750.000,00	€ 225.000,00
INTERVENTO 3.3 - Realizzazione di una struttura sanitaria per prestazioni terapeutico riabilitative, CSM e Centro Diurno. Troia	€ 700.000,00	€ 250.000,00
INTERVENTO 3.4 -Realizzazione di una sede per CSM e Centro Diurno Deliceto	€ 700.000,00	€ 250.000,00
INTERVENTO 3.5 -Comunità Alloggio Manfredonia – Via Orto Sdanga	€ 700.000,00	€ 600.000,00
INTERVENTO 3.6 -Casa della Salute presso struttura di San Paolo Civitate - FG.	€ 1.400.000,00	€ 700.000,00
INTERVENTO 3.7 - Progetto per la realizzazione di una struttura destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale e Centro di riabilitazione Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	€ 5.500.000,00	€ 1.500.000,00
INTERVENTO 3.8 - Ristrutturazione locali all'interno del P.O. di Cerignola da destinare a I.N.M.P. Istituto Nazionale per le Malattie della Povertà Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	€ 700.000,00	€ 250.000,00
Sommano	€ 10.950.000,00	€ 3.925.000,00
RIEPILOGO INTERVENTI 1	€ 10.700.000,00	€ 3.550.000,00
RIEPILOGO INTERVENTI 2	€ 12.200.000,00	€ 5.240.000,00
RIEPILOGO INTERVENTI 3	€ 10.950.000,00	€ 3.925.000,00
IMPORTO COMPLESSIVO INTERVENTI	€ 33.850.000,00	€ 12.715.000,00

Descrizione	Conto Co.ge	Tipologia	anno 2009		Tipologia di finanziamento
			Importi Finanziati con fondi dell'azienda		
Completamento struttura, acquisto di arredi e attrezzature, ristrutturazione e messa a norma ospedale esistente.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	2.876.360	Art.20 L.67/88 (II fase)
Completamento requisiti essenziali, adeguamento e messa a norma ospedale di Torremaggiore	010.110.00110	Fabbricati disponibili ed indisponibili	0	6.500.000	Art. 20 L.67/88 (II fase)
Costruzione di un fabbricato per ambulatori polispecialistici presso l'area dello stabilimento ospedaliero di Torremaggiore "San Giacomo".	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	137.000	Art.20 L.67/88 (II fase)
Progetto per il completamento dell'edificio polispecialistico di Vico del Gargano sito alla via Di Vagno.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	230.000	Art.20 L.67/88 (II fase) e DGR 329/04
Completamento edificio adibito a RSA in Torremaggiore.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	600.000	Art.20 L.67/88 (II fase)
Lavori di realizzazione di una struttura per cure palliative "Hospice". Legge 39/99 - DMS 4/5/01 DGR 1299 DEL 17/10/2000	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	384.556	L. 39/99 DMS 4/5/01 E DGR 1299/00
Libera professione. Attivazione del reparto di diagnostica per immagini nello stabilimento ospedaliero di San Severo. LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA ART. 1 D.Lgs 28/07/2000 N. 254	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	1.080.000	Art. 1 d.lgs 254/2000
Completamento, ristrutturazione ed adeguamento a norme del corpo E del PO Lastaria di Lucera.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	302.000	DGR 329/04
Carlantino. Lavori per la ristrutturazione di locali per destinazione sanitaria nel comune di Carlantino.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	350.000	DGR 329/04
San Marco La Catola. Realizzazione di struttura sanitaria per servizi distrettuali dipartimentali nel comune di San Marco La Catola.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	300.000	DGR 329/04
Motta Montecorvino. Progetto di un presidio ambulatoriale e di riabilitazione funzionale nel comune di Motta Montecorvino.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	256.148	DGR 329/04
Castelnuovo della Daunia. Realizzazione di struttura sanitaria per servizi distrettuali e dipartimentali nel comune di Castelnuovo della Daunia.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	258.027	DGR 329/04
Roseto Valfortore. Realizzazione di struttura sanitaria per servizi distrettuali e dipartimentali nel comune di Roseto Valfortore.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	244.433	DGR 329/04
San Severo. Accordo di programma integrativo 2007. Adeguamento e messa a norma impianti tecnologici PO di San Severo-San Marco e Torremaggiore.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	1.092.500	
San Marco in Lamis. Messa a norma ed adeguamento antincendio PO San Marco in Lamis, San Severo e Torremaggiore.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	1.092.500	
Vieste. Completamento e messa a norma impianti presidio sanitario territoriale di Vieste.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	0	300.000	
Incarichi professionali per analisi sismiche	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	231.275	231.275	Impegno di spesa delibera CS n. 1881/07
Realizzazione di un Poliambulatorio ad Ascoli Satriano	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.430.000	Art.20 L.67/88
Ristrutturazione piano terra scuola elementare per Guardia medica e 118 nel Comune di Candela	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	(D.G.R. 329/04)
Ristrutturazione e trasformazione ex istituto d'arte in SERT a Foggia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		140.000	Art.20 L.67/88
Ristrutturazione di locali per destinazione sanitaria nel Comune di Accadia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	(D.G.R. 329/04)
Realizzazione di una struttura poliambulatoriale nel Comune di Orsara	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		23.000	Art.20 L.67/88
Adeguamento a norme antincendio del P.O. di Monte Sant'Angelo (perizia residuo finanziamento RSA)	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		382.558	Art.20 L.67/88
Adeguamento a norme P.O. di Monte Sant'Angelo	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		138.390	Art.20 L.67/88
Adeguamento a norme P.O. T. Russo Cerignola	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		36.951	Art.20 L.67/88

Adeguamento a norme P.O. "Camillo de Lellis" Manfredonia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		72.762	Art.20 L.67/88
Interventi strutturali ed impiantistici per l'emergenza urgenza P.O. di Cerignola	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.750.000	D.G.R. 688/2003
Ristrutturazione Presidio di Riabilitazione "Cesarano" di Manfredonia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		25.000	D.G.R. 689/2003
Ampliamento P.O. Manfredonia (P.S. sala parto sala operatoria)	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	40.000	1.127.000	(D.G.R. 329/04) + Del C.S. n. 2136/07
Adeguamento e rifunionalizzazione del P.O. di Manfredonia per attività intramoenia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.640.000	D.G.R. 689/2003
Realizzazione di una struttura per servizi distrettuali in Ortanova	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		520.000	(D.G.R. 329/04)
Realizzazione di una struttura per servizi distrettuali in Mattinata	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		667.000	(D.G.R. 329/04)
Adeguamento locali per Dialisi Monte	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	10.000		Del. D.G. n.1443/06 contr. rep.11 dell'8.6.07
Realizzazione di un nuovo centro Diurno Cerignola	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	186.000		Del. C.S. n. 2997/07
Manutenzione straordinaria immobili strutture distrettuali ed ospedaliere	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	2.000.000		Stanz. di bilancio
Ristrutturazione laboratorio analisi Manfredonia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	300.000		(Del. C.S. n. 3627/07)
Ristrutturazione SPDC Manfredonia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili	360.000		Del C.S. 3337/07
DGR 688/03 Vieste	010.110.00111	Fabbricati indisponibili		300.000	DGR 688/03
DGR 688/03 Vieste	010.110.00112	Fabbricati indisponibili		300.000	DGR 688/03
Adeguamento al piano regionale di riordino della rete ospedaliera (nuovi reparti Cerignola)	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		102.000	(D.G.R. 329/04)
Attrezzature palazzina AIDS Manfredonia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		343.277	L.135/90
Acquisto attrezzature sanitarie P.O. Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		1.000.000	Art.20 L.67/88 (II fase)
Asilo nido aziendale in Cerignola	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		330.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.2
INTERVENTO 1.1 -Adeguamento corpo "D" dell'ex P.O. "Tommaso Russo" di Cerignola per Poliambulatorio Specialistico	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		450.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 1.2 -Completamento struttura sanitaria esistente sull'isola di San Domino per Poliambulatorio Isole Tremiti	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		450.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 1.3 -Adeguamento e potenziamento del poliambulatorio di Foggia.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		750.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 1.4 -Potenziamento ed adeguamento a norme struttura Poliambulatoriale di Rodi Garganico – FG.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		180.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 1.5 -Ampliamento ed adeguamento a norme struttura Poliambulatoriale di Serracapriola - FG	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		100.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 1.6 -Apparecchiature ed Arredi per il Potenziamento delle strutture ambulatoriali e consultoriali.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.290.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.1 -Realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale, nel comune di Volturino	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		210.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.2 -Realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale, nel comune di Castelluccio Valmaggiore	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		210.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.3 -Completamento Poliambulatoriale Mattinata – Località Giorni.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		300.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.4 -Consultorio familiare. Manfredonia – P.O. "S Camillo De Lellis".	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		450.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.5 -Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale in San Giovanni Rotondo.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		750.000	POR FESR 2007/2013

					Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.6 -Polo interistituzionale territoriale di assistenza socio sanitaria integrata (P.I.T.A.S.S.I.) Torremaggiore – via Pier Gobetti. Completamento intervento.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		3.200.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.7 -Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale nel Comune di Stornara.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		150.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.8 -Realizzazione di una nuova struttura Poliambulatoriale nel Comune di Carapelle.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		150.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 2.9 -Nuova costruzione di una sede, nel Comune di Troia, per Servizi Territoriali Distrettuali e dipartimentali	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.200.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.1 -Opere di completamento Centro Diurno Psichiatrico e fornitura apparecchiature Cerignola – Viale Giuseppe Di Vittorio	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		150.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.2 -Centro Diurno per l'Autismo Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.3 -Realizzazione di una struttura sanitaria per prestazioni terapeutico riabilitative, CSM e Centro Diurno. Troia	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.4 -Realizzazione di una sede per CSM e Centro Diurno Deliceto	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.5 -Comunità Alloggio Manfredonia – Via Orto Sdanga	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.6 -Casa della Salute presso struttura di San Paolo Civitate - FG.	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		450.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.7 -Progetto per la realizzazione di una struttura destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale e Centro di riabilitazione Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		1.500.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
INTERVENTO 3.8 -Ristrutturazione locali all'interno del P.O. di Cerignola da destinare a I.N.M.P. Istituto Nazionale per le Malattie della Povertà Cerignola – P.O. "G. Tatarella".	010.110.00110	Fabbricati indisponibili		250.000	POR FESR 2007/2013 Asse III Linea 3.1
Aggiornamento tecnologico diagnostica per immagini (digitalizzazione Manfredonia)	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	1.050.000	189.091	DGR n.689/2003
Attivazione sistema per diagnostica cardiologica nello stabilimento ospedaliero di San Severo.	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	998.000		
Procedura negoziata per la fornitura di una sterilizzatrice a porta singola con n. 6 unità di sterilizzazione per l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Manfredonia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	87.967		
Procedura in economia ex art. 125 del D.Lgs n. 163/06, per acquisto di apparecchiature elettromedicali, occorrenti al Pronto Soccorso del P.O. di Manfredonia e al Pronto Soccorso e terapia del dolore del P.O. di Monte Sant'Angelo	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	100.000		
Procedura di acquisto attrezzature per l'U.O. di Anestesia e Rianimazione P.O. di San Severo	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	190.000		
Procedura aperta per la fornitura di apparecchiature sanitarie, da destinarsi all'istituendo polo radiologico di Foggia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		902.000	D.G.R. 296/2004
Procedura di acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs. 163/2006, per la fornitura di elettrobisturi occorrenti alle UU.OO del PP.OO. Di Cerignola, San Severo e Lucera	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	180.000		
Procedura di acquisto di un sistema centralizzato per il monitoraggio dei parametri vitali per la Chirurgia Generale del P.O. di Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	70.000		
Procedura negoziata, ai sensi del D.Lgs. 163/06, per la fornitura e posa in opera di apparecchiature sanitarie, strumentario,macchinari elettronici, macchine per ufficio e immobilizzazioni, da destinarsi al Poliambulatorio di Margherita di Savoia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		140.000	Art. 20 L. 67/89
Procedura di acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs. 163/2006, per la fornitura di apparecchiature elettromedicali occorrenti alle UU.OO. Di Ortopedia del P.O. di Manfredonia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	100.000		
Procedura per l'acquisto di software per centro trasfusionale di San Severo	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	41.000		

Procedura di acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 del D.Lgs. N. 163/2006, per la fornitura di arredi sanitari e non sanitari occorrenti alle varie UU.OO. Dei PP.OO. Di Lucera, Manfredonia, San Severo e Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	162.930		
Autorizzazione alla fornitura di monitor multi - parametro per le UU.OO. Di Anestesia e Rianimazione, Pronto Soccorso, Chirurgia e Nefrologia delle SS.OO. Di Manfredonia e Monte Sant'Angelo	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	86.388		
Autorizzazione alla fornitura di n. 1 sistema compatto per video endoscopia completo di accessori per video intubazioni per l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	62.081		
Autorizzazione alla fornitura di apparecchiature elettromedicali per l'U.O. di Endoscopia Digestiva del P.O. di San Severo	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	60.418		
Autorizzazione alla fornitura di n. 1 sistema operativo di cistoscopia a fluorescenza di cui n. 1 telecamera 3 CCD PDD per diagnosi fotodinamica precoce e n. 1 fonte di luce per l'U.O. di Urologia del P.O. di Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	42.594		
Autorizzazione alla fornitura di arredi per il Poliambulatorio di Margherita di Savoia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie		41.129	Art.20 L.67/89
Autorizzazione alla fornitura di n. 1 sterilizzatrice al plasma di perossido d'idrogeno per l'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Manfredonia	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	158.760		
Completamento tavolo operatorio modello opt 100 per il comparto operatorio di ginecologia del P.O. di Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	11.682		
Autorizzazione alla fornitura di apparecchiature elettromedicali per l'U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale del P.O. di Cerignola	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	40.300		
Acquisto strumentazione sanitaria per le Sale Operatorie della ASL FG	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	190.000		
Attrezzature sanitarie varie: colonne endoscopiche, ecografi, elettrocardiografi, tavoli operatori, videocistoscopi, autoclavi ecc.	010.110.00200	Attrezzature Sanitarie	3.090.605		
Acquisto P.C. completi per la ASL FG	010.110.00450	Macchine elettroniche per ufficio	150.000		
TOTALI			10.000.000	41.524.957	

V. 2 – La graduazione degli interventi

Il criterio di graduare l'applicazione del P.A.L. in relazione alla effettiva disponibilità di risorse è stato già più volte evidenziato

In particolare, assumono carattere di priorità temporali e per finalità essenziali:

a) la rimodulazione dell'organizzazione delle strutture ed attività di supporto (intendendosi quelle amministrativo-professionali e tecniche), secondo i principi contenuti nel presente P.A.L. e, particolarmente, la rimozione di organizzazioni di trascinamento dalle Direzioni generali delle ex A.A.UU.SS.LL. (personale delle Strutture ed uffici centrali e territoriali delle pregresse organizzazioni), per destinarle, più appropriatamente, allo svolgimento delle funzioni decentrate nei tre livelli essenziali di assistenza (LEA, come aree di offerta), dopo aver definito la organizzazione delle Strutture operative centrali, che senza perdere tale funzione, possono anche essere "allocate provvisoriamente" in sedi decentrate dell'Azienda, ove esistono aree immobiliari ed organizzazioni operative disponibili ed utili allo scopo;

b) la progettazione della organizzazione delle attività secondo il modello dipartimentale e secondo le articolazioni complessive previste nel presente P.A.L. (a regime), pur contemplandone il graduale completamento in relazione alla programmazione e realizzazione delle nuove attività, nonché la definizione della organizzazione integrata (interaziendale, interistituzionale, ecc.) contemplata nella presente pianificazione, ivi compresa quella parte di integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Foggia, riveniente dalla applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n. 517/99, del D.P.C.M. 24/05/2001 e dagli appositi Protocolli di intesa tra la Regione Puglia e la stessa Università vigenti nel periodo di riferimento e/o applicazione del presente P.A.L.;

c) la progettazione ed approvazione dei modelli di organizzazione delle attività di cura ed assistenza per processi operativi, ovvero anche dei P.A.C.A. e dei P.A.I.C.A., per la successiva applicazione finalizzata alla elevazione della qualità totale dell'organizzazione operativa e degli esiti delle attività complessive dell'Azienda;

d) la formazione dei Programmi triennali ed annuali di Attività per i 3 Livelli Essenziali di Assistenza, tenendo conto delle relazioni contemplate nei Piani di Zona per la integrazione sanitario - sociale;

e) la formazione dei Programmi triennali e degli elenchi annuali di "supporto" e/o risorse (lavori pubblici, tecnologie ed attrezzature, beni e servizi, fabbisogno di personale);

f) la ridefinizione delle dotazioni di organico del personale, anche tenendo conto delle rideterminazioni economiche di cui al precedente paragrafo V. 1;

g) la progettazione ed applicazione di nuovo "sistema direzionale" dell'Azienda, con propedeutica ridefinizione, nel rispetto delle relazioni sindacali dell'architettura degli "uffici dirigenziali" e, quindi, dei Centri di funzione, dei Centri di responsabilità e dei Centri di costo dell'Azienda.

Definiti gli adempimenti prioritari (rispettivamente....) per la applicazione di azioni, interventi ed attività previsti nel presente P.A.L. e negli atti di programmazione applicativi, sarà data attuazione, curando che, in ogni caso, sia rigorosamente rispettato il citato principio che, alla dismissione di una precedente organizzazione di attività, deve accompagnarsi la contestuale organizzazione e realizzazione della nuova, tenendo ovviamente conto dell'eventuale intervento di successiva pianificazione regionale.

CAPITOLO VI SOSTENIBILITA' ECONOMICA E CONCLUSIONI

VI. 1 – La situazione economica di partenza

Quanto sopra disegna e rappresenta lo scenario complessivo e specifico degli indirizzi e delle scelte che l'Azienda è chiamata a realizzare per il miglioramento dei livelli assistenziali e del benessere collettivo della popolazione nei prossimi anni.

Poiché finalità, indirizzi ed obiettivi del PAL, già contenuti nel PSN e nel PRS, devono essere tradotti in termini contabili nel Bilancio pluriennale e questa Azienda ha già adottato il Bilancio Preventivo Economico ed il Bilancio pluriennale 2009-2011 con atto del D.G. n. 213 del 30.01.2009, si dovrà integrare tali atti, per quanto di nuovo previsto nel PAL, al fine di dare concreta attuazione alle scelte compiute ed alle priorità individuate e per definirli anche in relazione all'intervento del DIF del SSR.

La progettazione e l'applicazione delle attività di tutela della salute per processi operativi, l'applicazione di Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A) e dei corrispondenti sottoprocessi, nonché la integrazione anche di Percorsi Aziendali - Interaziendali di Cura ed Assistenza (P.A.I.C.A.) e, soprattutto attraverso la più stretta collaborazione ed integrazione con i centri di offerta di eccellenza presenti sul territorio, oltre a rappresentare una opportunità sul piano del governo della salute, sul fronte delle compatibilità economiche facilitano l'obiettivo, sempre presente, di razionalizzare e contenere i costi.

L'andamento economico dell'Azienda, per livelli essenziali di assistenza, esercizio 2008, è quello sinteticamente evidenziato nella tabella che segue:

ANNO 2008: RICAVI E COSTI PER LIVELLI DI ASSISTENZA (€ .000)					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	% Quota FSR	RICAVI	COSTI	DIFF.	% COSTI
Prevenzione	4,50%	45.226	41.002	4.224	3,52
Territorio	49%	506.720	587.681	- 80.961	50,47
Ospedaliera	46,50%	469.928	535.770	- 65.842	46,01
Totale		1.021.874	1.164.453	- 142.579	

(1) % del Finanziamento regionale da destinare al livello di assistenza

(2) costituiti prevalentemente dalla quota del FSR ed in misura marginale da ricavi propri

(3) da Bilancio 2008

(4) differenza tra costi e ricavi

(5) incidenza dei costi per livello di assistenza sul totale dei costi aziendali

Per quanto riguarda il risultato negativo della funzione ospedaliera e l'eccessivo tasso di ospedalizzazione, è da evidenziare che lo stesso risultato è stato registrato in presenza di una attività che nel complesso, evidenzia una performance sufficiente per quanto riguarda quella di ricovero sia ordinario e sia

in day hospital o day surgery; infatti, i bassi tassi di occupazione dei posti letto di Cerignola e Manfredonia, rispettivamente pari al 62,6% e 58,3% sono compensati dai maggiori tassi di utilizzo registrati negli altri presidi, 84,1% a Monte Sant'Angelo, 89,5% a Lucera, 76% a San Severo e San Marco in Lamis, oltre il 90% a Torremaggiore, fermo restando che, in generale, il dato relativo deve essere ancora depurato dei DRG per ricoveri inappropriati e per l'elevato tasso di ospedalizzazione.

Il risultato della gestione dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera presenta un saldo negativo di oltre il 10% rispetto alle quote di finanziamento destinate e/o destinabili nel triennio. Anche tenendo conto dell'importo dei corrispondenti "ricavi" (cioè quote destinate) incrementati annualmente del tasso medio previsto di inflazione (2%), occorre realizzare interventi di contenimento dei costi, fino ad una performance di riequilibrio economico, soprattutto riducendo costi derivanti sia dalla inappropriata cura e di prescrizioni diagnostico-terapeutiche e sia dalla inadeguatezza dell'organizzazione delle attività e di impiego degli altri "fattori della produzione" nei due citati Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Livello essenziale della prevenzione non presenta squilibrio economico di gestione rispetto alle quote destinate, anche se ciò potrebbe essere dovuto ad un sottostimato costo del personale utilizzato in comune con i Distretti e devono essere ancora applicati gli interventi connessi al Piano Regionale della Prevenzione e cioè la realizzazione degli screening e delle altre iniziative di prevenzione.

VI. 2 - Le destinazioni economiche e conclusioni

Nel Piano Regionale della Salute, di cui alla deliberazione del Consiglio regionale n. 553/2008, che punta al miglioramento del sistema e delle condizioni di salute, si individuano obiettivi economico-finanziari specifici per ciascun livello di assistenza che, traslati nella situazione aziendale, comportano riallineamenti marginali, per quanto attiene l'allocazione delle risorse, mentre, rispetto all'equilibrio economico, evidenziano la necessità di interventi per la riduzione dei costi, sia nell'area dell'assistenza ospedaliera e sia in quella dell'assistenza territoriale, come già indicato nel precedente paragrafo.

Riguardo l'entità del finanziamento su cui contare nel triennio 2009 – 2011, in attesa che la Regione apronti il documento di indirizzo economico funzionale che stabilisce le nuove assegnazioni, nelle quantificazioni economiche si è fatto riferimento ai costi e ricavi 2008, considerando di uguale valore sia i maggiori costi legati all'inflazione e sia i maggiori ricavi per adeguamento del FSR. Le restanti voci di ricavo, comprensive della mobilità sanitaria attiva, ticket, concorsi, rimborsi per attività tipiche ammontano al 1,46% del totale ricavi e non fanno prevedere significativi scostamenti rispetto all'andamento storico registrato.

Sul fronte dei costi della produzione, l'obiettivo aziendale dell'equilibrio economico, a risorse invariate, passa attraverso l'autofinanziamento delle nuove attività ed il miglioramento di quelle esistenti, da realizzare con la riallocazione delle risorse e l'appropriatezza delle prestazioni, al fine di garantire una equa e sostenibile erogazione dei livelli di assistenza su tutto il territorio. Attivando percorsi aziendali condivisi, si possono sviluppare economie di spesa che pur non incidendo sulla qualità della prestazione (anzi migliorandola), limitano le ridondanze e quindi gli sprechi.

Incrementare l'offerta di prestazioni specialistiche, recuperando risorse dalla riduzione/eliminazione di ricoveri inappropriati, rafforza la presenza sul territorio, riduce gli acquisti da strutture accreditate, rigenera il rapporto/fiducia del cittadino utente verso le strutture aziendali (reparto/presidio) e riduce la fuga verso strutture di ricovero non aziendali.

In effetti, considerando che il tasso di ospedalizzazione della popolazione ASL supera mediamente il 250 per mille, non è possibile prevedere un incremento (in generale) della offerta ospedaliera, semmai l'obiettivo deve essere quello del miglioramento della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e di una riqualificazione dell'offerta, tenendo presente che parte preminente della mobilità passiva extraregionale è costituita dalla assistenza riabilitativa specialistica in regime di ricovero ospedaliero e ciò è stato motivo di primario interesse della nuova pianificazione aziendale, tanto da prevedere la riconversione dello stabilimento ospedaliero di Torremaggiore in Ospedale specialistico di riabilitazione, altresì integrando le previsioni di investimenti per le necessità prioritarie di adeguamento degli spazi fisici e di completamento dell'adeguamento e messa a norma di aree destinate alle degenze ed ai servizi essenziali dello stesso ospedale.

Il fenomeno della mobilità passiva intra ed extraregionale è una questione rilevante per l'ASL FG, in quanto, oltre ad assorbire il 38,22% del finanziamento aziendale (per € 362.256.971,00), è costituito da attività di medio bassa complessità, mostrando quindi una mancata risposta delle strutture aziendali rispetto alle necessità sanitarie della propria popolazione residente, comportando anche costi privati per i pazienti. Inoltre, a ragione degli alti costi fissi comunque sopportati dall'ASL per le proprie strutture (immobili, apparecchiature, personale ecc...), la mobilità passiva genera risultati economici peggiori. In tale direzione, il

piano sanitario regionale, stabilisce un obiettivo di riduzione del 10-15% del tasso di ospedalizzazione che, attraverso un migliore presidio del territorio, potrebbe riguardare solo le strutture di ricovero terze, con un risparmio superiore a 40 milioni di euro annui.

In conclusione, tutto quanto previsto (in precedenza) nel presente P.A.L. è mirato al conseguimento del complessivo risultato di miglioramento della qualità totale aziendale ed all'atteso equilibrio economico della gestione complessiva, del quale sarà data specifica previsione e più dettagliata dimostrazione in apposito documento triennale di riequilibrio economico che sarà assunto in sede di definizione dei bilanci (triennale ed economico preventivi) dell'Azienda, anche in corrispondenza della graduale applicazione dei programmi attuativi dello stesso PAL e, soprattutto, delle previsioni dei Documenti regionali di indirizzo economico e funzionale delle Aziende del S.S.R.