

L.R. 19-9-2008 n. 23

Piano regionale di salute 2008-2010.

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

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

1.1 Il contesto

Quadro demografico

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

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

- nella popolazione pugliese le fasce di età 0-30 anni rappresentano una proporzione più consistente;
- le strutture delle popolazioni nazionale e regionale sono speculari nelle prime fasce (0-1 anni) a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra regione;
- la quota di ultrasessantacinquenni è maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile, mentre le ultime fasce di età (ultraottantenni) sono praticamente sovrapponibili.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 La salute delle donne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IVG e contraccezione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gravidanza e parto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La tendenza ad anticipare il rientro al lavoro è tipica delle madri del Mezzogiorno: circa il 60% di queste donne riprende a lavorare entro i 6 mesi di vita del bambino (contro il 32% delle madri del Nord Italia). La motivazione prevalente a riprendere anticipatamente il lavoro è l'esigenza economica (49,5%).

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

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

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

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

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

Il 98% delle donne è stato seguito in gravidanza da un medico ginecologo e l'1% anche da un'ostetrica; nel 70% dei casi il ginecologo di fiducia è uno specialista che lavora in Ospedale o in Casa di cura e solo l'8% è seguito in Consultorio familiare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Salute non riproduttiva

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

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

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

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

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

Salute nelle donne immigrate

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

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

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

Le indagini finora condotte sulla popolazione immigrata mostrano:

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

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

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

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

[1] (Definizione dell'ICPD Programma of Action - riportata nel Rapporto Defining sexual health - Report of a Technical Consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization, Geneva 2006. <http://www.who.int/reproductive-health/publication5/sexualhealth/index.html>).

1.3 Le fragilità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- il raccordo e la messa in rete delle iniziative già avviate sia in ambito pubblico che privato
- la promozione della assunzione di responsabilità da parte di tutti i settori coinvolti, soprattutto in ambito pubblico (servizi sociali e sanitari, mondo giudiziario, forze dell'ordine, ecc.)
- la realizzazione di interventi in ognuna delle aree tematiche individuate a livello internazionale come necessarie per un approccio significativo al tema.

Tali tematiche si possono sintetizzare in:

1. Supporto e protezione delle vittime
2. Attività e interventi di rieducazione con gli aggressori, ove possibile
3. Formazione
4. Ricerca
5. Informazione e sensibilizzazione.

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

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

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

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

1.3.2 La tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva

La mortalità neonatale, pur in costante riduzione, non è ancora allineata con la media nazionale. Per quanto una analisi dettagliata del fenomeno non sia disponibile, è credibile che ciò sia effetto di numerosi fattori sui quali si può intervenire adottando i modelli previsti nel documento relativo alla prevenzione della interruzione di gravidanza ed attivando le procedure previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) nazionale, cogliendo anche l'occasione della promozione del parto indolore. Tali fattori sono: l'insufficiente standardizzazione delle fasi del percorso di gravidanza; la insufficiente centralizzazione delle gravidanze a rischio; la distribuzione a macchia di leopardo delle unità di assistenza neonatologica, accompagnata dalla eccessiva diffusione dei punti nascita.

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

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

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

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

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

1.3.3 I disturbi del comportamento alimentare

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1-3% per la bulimia nervosa,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.4 La popolazione immigrata

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

Nella nostra Regione, secondo i dati ISTAT relativi ai residenti, la popolazione straniera al 31 dicembre 2006 ammonta a 51.242 unità (26.151 maschi e 25.091 femmine), ovvero l'1,26% del totale della popolazione residente, mostrando un incremento di 16.150 presenze (+ 46%) rispetto al

2002 (35.092). Negli ultimi cinque anni, inoltre, sembra essersi manifestata una marcata tendenza alla "femminilizzazione" dei flussi migratori, leggendo i dati che evidenziano la popolazione straniera femminile cresciuta del 52,2% (da 16.483 a 25.091 unità), mentre la popolazione maschile è cresciuta nello stesso periodo solo del 40,5% (da 18.609 a 26.151).

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

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

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

- della attuazione di interventi volti a garantire la estensione del diritto della tutela della salute a tutti i cittadini stranieri immigrati
- della attività di prevenzione necessaria a limitare la diffusione di patologie provenienti dai paesi di provenienza.

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

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

- il 55% dei ricoveri di cittadini stranieri, inclusi gli irregolari con codice STP e con dichiarazione di indigenza, a totale carico del SSN riguarda l'area "gravidanza, parto, puerperio", cui si aggiunge un 7% di ricoveri per "malattie e disturbi nel periodo neonatale";
- il 4,4% dei ricoveri di cittadini stranieri, inclusi gli irregolari con codice STP e con dichiarazione di indigenza, a totale carico del SSN riguarda l'area "malattie dell'apparato respiratorio" e il 4% l'area "malattie dell'apparato digerente".

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

In Puglia, in particolare, va segnalato che per effetto dei flussi migratori si è registrato negli ultimi anni un aumento di incidenza di patologie il cui trend era da tempo stabilmente in discesa nel nostro territorio, come ad es. la tubercolosi. Questo fenomeno viene sicuramente aggravato sia dalle scadenti condizioni igieniche e dalla elevata promiscuità che si osserva nei luoghi di vita e di lavoro

di queste persone, sia dalla difficoltà, se non addirittura dalla impossibilità per gli immigrati clandestini, di rivolgersi alle strutture sanitarie presenti nel nostro territorio. A questo deve aggiungersi l'elevata incidenza della IVG nella popolazione femminile immigrata, di cui si è già trattato.

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

Le criticità nel SSR riguardano in particolare:

- * questioni organizzative, che non consentono quella flessibilità nella organizzazione della rete distrettuale dei servizi sanitari tale da assicurare una copertura adeguata nelle aree di maggiore concentrazione di migranti, come le aree del lavoro stagionale in agricoltura;
- * la carenza di figure di mediazione in tutta la rete dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, che spesso impedisce ai cittadini stranieri la conoscenza dei propri diritti, una corretta interazione con il personale medico e paramedico, una efficace trasmissione di messaggi di prevenzione e di educazione sanitaria;
- * la carenza di presidi territoriali, di tipo ambulatoriale, dedicati alla tutela, alla prevenzione e alla cura della salute dei cittadini stranieri immigrati, quando presenti con una grande concentrazione, e per patologie per le quali non può rimanere il canale dell'urgenza l'unico canale di accesso alla cura, perché spesso intempestivo, rischioso per la salute e la vita delle persone, e talvolta inappropriato rispetto alla patologia presentata, e quindi tale da impegnare in modo inefficiente le risorse del SSR.

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

- * la piena equiparazione ai cittadini italiani per l'assistenza degli stranieri residenti o soggiornanti con contratto di lavoro, degli stranieri con regolare permesso di soggiorno, ma anche per le altre tipologie di permessi indicati dall'art. 34 TU (famiglia, asilo politico, richiesta asilo, motivi umanitari, ecc.);
- * l'obbligo di assicurarsi a proprie spese, oppure di iscriversi volontariamente al SSN alle particolari condizioni previste dal D.M. 8 ottobre 1986 per quegli stranieri immigrati e regolarmente soggiornanti che non siano obbligatoriamente iscritti al SSN;
- * le prestazioni delle cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per tutti gli stranieri immigrati non in regola con le norme relative all'ingresso o al soggiorno;
- * le prestazioni agli stranieri senza oneri a loro carico se privi di risorse economiche, fatte salve le quote di compartecipazione alla spesa a parità dei cittadini italiani.

La multiculturalità della domanda di cure e di prestazioni sanitarie da parte delle persone immigrate richiede, inoltre, la presenza di mediatori linguistici e culturali nelle principali strutture della sanità

territoriale (ambulatori e consultori), ancora quasi del tutto assenti nella rete delle strutture territoriali in Puglia.

Le mutilazioni genitali femminili (MGF)

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

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

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

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

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

1.3.5 La popolazione carceraria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. Oltre un terzo (35,4%) di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili, il 58,3% da famiglie in cui c'è almeno una persona non disabile che si fa carico della persona disabile. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento soprattutto nel Sud. Il Sud e le Isole presentano tassi più elevati per le patologie croniche "gravi" e la disabilità.

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

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

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

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

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

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

- Centro "Nostra Famiglia" di Ostuni unico centro-aiutii attivo in Puglia, che eroga percorsi di riabilitazione di elevata complessità, in particolare per minori, con la più recente attivazione di una équipe multiprofessionale per l'assistenza specifica per l'autismo;
- presso l'Ospedale di Gallipoli vengono erogate prestazioni odontoiatriche complesse per persone diversamente abili per le quali tali interventi possono richiedere ricovero ospedaliero e anestesia totale;
- le strutture di riabilitazione (ex art. 26 L. n. 833/1978) in regime semiresidenziale sono fortemente carenti se si considera che, pur in presenza di una maggiore prevalenza di persone disabili rispetto al totale della popolazione, le giornate di assistenza riabilitativa erogate (per 1000 ab.) in Puglia sono 75,8 in regime residenziale e 14,3 in regime semiresidenziale contro le 88,1 e le 41,4 giornate per 1000 ab, erogate in media a livello nazionale (dati Ministero della Salute, Rapporto Riabilitazione 2003);
- sono quattro le strutture extra-ospedaliere a carattere residenziale ex art. 26 L. n. 833/1978 che erogano prestazioni di riabilitazione neuro-psichica dell'età evolutiva e dell'adulto in Puglia (il Centro Nostra Famiglia di Ostuni, il Centro di Riabilitazione Padre Pio di S. Giovanni Rotondo, l'Osmairm di Laterza, l'Istituto Centro di Riabilitazione dei Padri Trinitari di Gagliano del Capo), mentre le altre 48 strutture presenti erogano solo prestazioni in regime semiresidenziale e ambulatoriale;
- sono solo cinque su 46 le strutture extra-ospedaliere a carattere residenziale ex art. 26 L. n. 833/1978 che erogano prestazioni di riabilitazione motoria in Puglia, e solo una (il Centro Nostra Famiglia di Ostuni) eroga prestazioni in regime semiresidenziale, mentre tutte le altre erogano

prestazioni in regime ambulatoriale. - Il processo di riconversione, attualmente in corso, delle strutture ex manicomiali gestite dalla Congregazione delle "Ancelle delle Divina Provvidenza" insistenti in Bisceglie e Foggia, potrà, nel breve periodo, dare una concreta risposta ai bisogni collegati alle disabilità che necessitano di livelli differenziati di setting assistenziale.

Le principali carenze riguardano tuttavia la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socioeducativo e riabilitativo per disabili gravi e per disabili gravi senza il supporto familiare: "dopo di noi".

1.3.7 Le persone con patologie psichiatriche

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

- Il 20-25% della popolazione adulta (fonte OMS) è affetta da disturbi psichici di varia natura, quali depressione, abuso di alcol o di sostanze, turbe psicosomatiche, disturbi di personalità.
- L'1.5 -2% è affetta da disturbi psicotici, mentre circa il 6% della popolazione anziana presenta sintomi di decadimento mentale di tipo degenerativo.
- Il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile.
- Oltre un quinto dei detenuti soffre di disturbo psichico ed è alto il consumo degli psicofarmaci nelle carceri.
- Persiste, inoltre, l'invio negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, soprattutto della Campania ed appare problematica la dimissione degli internati che hanno scontato la misura di sicurezza, per la mancanza di strutture alternative.

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

- I servizi di salute mentale sono aperti solo 6 ore al giorno e 12 ore solo in rari casi;
- la carenza di personale è grave: è presente mediamente un operatore dei servizi pubblici ogni 3000-3500 abitanti, mentre il Progetto Obiettivo Nazionale 1998/2000 "Tutela della Salute Mentale" prevede almeno un operatore ogni 1500 abitanti;
- il censimento effettuato nel 2007 evidenzia che è attivo, sul territorio regionale, un numero di Centri di Salute Mentale equivalente e territorialmente coincidente con i Distretti socio-sanitari; il personale assegnato ammonta complessivamente a 810 unità;

Figure Professionali

Personale assegnato

Medici

192

Psicologi

91

Infermieri

325

Assistenti Sociali

106

Educatori Professionali

5

Terapisti Riabil. Psych.

Operatori Sociosanitari

55

Amministrativi

21

Operatori Tecnici

6

Sociologi

9

Totale

810

- il numero di strutture residenziali psichiatriche è eccessivo. Sono 113 con un totale di 1.505 p.l. di cui 1.258 p.l. aperti sulle 24 ore, 187 sulle 12 ore e solo 60 sono i posti letto in gruppi appartamento, con un tasso di 3,59 su 10.000 abitanti, mentre il P.O. nazionale prevede 1 posto letto ogni 10.000 abitanti;
- dei pazienti ospitati, 332 provengono dall'Ospedale Psichiatrico, 14 dall'Ospedale psichiatrico Giudiziario. La maggior parte dell'utenza proviene dal territorio e si configura come nuova cronicità;
- nelle strutture vi è un basso turn-over dei pazienti (il 52% degli stessi è ospite in una struttura residenziale da 3 anni o più, alla dimissione il 44% dei pazienti va in altre strutture); si tratta di indicatori di una fragilità strutturale della rete territoriale dei servizi, in relazione sia alla rete delle cure domiciliari, che ai percorsi di reinserimento sociale e lavorativo, nonché a strutture socioassistenziali con un apporto "leggero" di prestazioni sanitarie terapeutico-riabilitative per pazienti psichiatrici stabilizzati o pazienti psichiatrici che abbiano recuperato sufficienti autonomie funzionanti ma che, privi del necessario supporto familiare, permangono nelle strutture sanitarie per un arco temporale di gran lunga superiore alla durata del progetto di cura;
- le motivazioni di quanto descritto nel punto precedente risiedono nella grave carenza di strutture a carattere sociosanitario che erogano prestazioni socioriabilitative per il recupero e il mantenimento dell'autonomia, nonché strutture socio-sanitarie per pazienti psichiatrici stabilizzati che, in uscita dai percorsi terapeutico-riabilitativi, trovano come unica alternativa sul territorio il ricovero in residenze protette o RSSA per anziani, vista la carenza sia di residenze protette o RSSA per disabili con età inferiore ai 65 anni, sia di strutture a carattere prevalentemente sociale (come le "case per la vita" di cui all'art. 9 della L.R. n. 26/2006), entrambe già previste tra i LEA a compartecipazione ASL-Comuni dall'Alli. 1C del D.P.C.M. 29.11.2001, ma sostanzialmente carenti in Puglia;
- le ASL tendono a destinare ai Dipartimenti di Salute Mentale un budget economicamente insufficiente per due terzi mediamente rappresentato sul costo delle strutture residenziali, senza che si sia finora riuscito a produrre una reale inversione di tendenza nei servizi territoriali, tali da favorire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali di bassa intensità e, soprattutto, capaci di seguire i pazienti in percorso socioriabilitativi di mantenimento e di reinserimento sociale e lavorativo;
- la proliferazione di strutture residenziali, peraltro sempre più affidate al privato sociale e/o imprenditoriale, è l'espressione di un modello operativo e culturale che non supera la logica prestazionale fondata su strutture separate per funzioni, mentre è necessario puntare su una logica fondata sull'integrazione degli interventi offerti al cittadino, all'interno di un percorso di salute che si estrinseca nel territorio;
- scarsa attenzione all'inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici, che si manifesta sia nella riduzione del numero di borse-lavoro e di percorsi di reinserimento lavorativo attivati in favore di pazienti psichiatrici stabilizzati e di disabili psichici, sia nella netta diminuzione delle commesse alle Cooperative di tipo B da parte delle ASL e degli Enti Locali;
- assenza quasi assoluta dell'assistenza psichiatrica in carcere, come, invece è prevista dal D. Lgs. n. 230 del 1999;
- assenza di alternative abitative alla degenza dei ricoverati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;

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

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

a) Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.

b) Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.

c) La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.

d) La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età specifica, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive).

1.3.8 Le dipendenze patologiche

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

Fumo di Tabacco

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

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

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

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

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

L'abuso di alcool

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

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

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

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

Le tossicodipendenze da psicostimolanti e/o stupefacenti

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

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

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

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

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

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

1.3.9 Gli anziani

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

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

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

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

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

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

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

- delle caratteristiche demografiche e sociologiche del fenomeno della cosiddetta "ageing society"
- dell'impatto esercitato sui meccanismi economici, sui sistemi di produzione, sulle politiche di protezione sociale
- dello stato di avanzamento delle conoscenze prodotte dalle ricerche sui fenomeni biologici e fisiologici delle persone anziane
- della capacità dei sistemi sanitari e sociali, integrati fra loro, di rispondere con tempestività e in misura adeguata alle modificazioni della domanda di accesso alle prestazioni preventive, curative e riabilitative.

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

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

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

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

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

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

1.3.10 Il paziente oncologico

L'inserimento della problematica del paziente oncologico all'interno di questa sezione del PRS nasce dalla consapevolezza che l'universo dei bisogni che si esprime a questo riguardo è così complesso da richiedere un approccio innovativo che consenta al paziente oncologico di non muoversi da solo nel percorso accidentato della sua malattia.

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

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

I tumori rappresentano la seconda causa di morte in Puglia, dopo le patologie cardiocircolatorie. Il numero di decessi legati a tumore nel periodo 1998/2004 è pari a 62.205 con un aumento del tasso di mortalità annuo, che passa da $21,6 \times 10.000$ nel 1998 a $23,2 \times 10.000$ nel 2004.

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

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

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

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

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

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

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

ASL

Presidio

UO

ASL

Presidio

UO

ASL

FG

AO Ospedali Riunti

Chirurgia Toracica

ASL

BR/1

Brindisi

Oncologia

Ematologia

Ematologia

Oncologia

Urologia

Urologia

Ostuni

Chirurgia Generale

Lucera

Medicina Interna

Urologia

San Severo

Medicina Interna

Fasano

Medicina Interna/ Oncologia

San Marco in Lamis

Medicina Interna

Francavilla Fontana

Medicina Interna

Manfredonia

Medicina Interna

San Pietro Vernotico

Pneumologia

San Giovanni Rotondo

Ematologia

ASL

TA/1

Taranto

Oncologia

Medicina Interna

Ematologia

Oncologia

Manduria

Medicina Interna

ORL

Martina Franca

Medicina Interna

Pediatria

Castellaneta

Medicina Interna

Taranto

Villa Verde

Urologia

ASL

LE

Lecce

Ematologia

Foggia

Casa di Cura Brodetti -Villa Igea

ASL

BAT

Canosa

Medicina Interna

Oncologia

Barletta

Medicina Interna

Onco Ematologia pediatrica

Bisceglie

Medicina Interna

Nardo

Medicina interna

ASL

BA

Molfetta

Chirurgia Generale

Campi Salentina

Medicina interna

Bari - San Paolo

Chirurgia Toracica

Galatina

Medicina Interna

Bari - Di Venere

Medicina Interna

Tricase

Medicina Interna

Dermatologia

Bari - AO Policlinico

Oncologia

Oncologia

Ematologia (2 UO)

Pediatria

Medicina Interna (DIMO)

Urologia

Pediatria 2

Poggiardo

Medicina Interna

Bari - IRCCS Oncologico

Oncologia (2 UO)

Gallipoli

Oncologia

Altamura

Medicina Interna

Casarano

Castellana - IRCCS De Bellis

Gastroenterologia

Gagliano

Medicina Interna

Acquaviva - Miulli

Medicina Interna

Oncologia

Ematologia

BARI

Casa di Cura CBH

A fronte di questo quadro, la patologia tumorale rappresenta la prima causa di ricovero in strutture ospedaliere extraregionali, con un andamento della mobilità passiva in ascesa dal 2001 al 2005, sia per i ricoveri ordinari che per quelli in regime di Day Hospital. Particolarmente elevata risulta la percentuale di ricoveri fuori regione, sul totale dei ricoveri oncologici nella ASL di Taranto, seguita dalla ASL di Foggia (Fig. 1)

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

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

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

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

La Rete Oncologica Regionale deve consentire:

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

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

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

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

La salute nei luoghi di lavoro

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

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

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

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

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

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

A livello provinciale la provincia di Taranto conferma gli indici infortunistici più elevati, benché anch'essi interessati dalla generale flessione, passando da un tasso del 63,40 del 2000 a quello del 50,32 del 2004, comunque ancora quasi doppio rispetto alla media nazionale e facendo, peraltro, registrare un nuovo incremento nel 2003 e 2004 dopo la flessione del 2002. Solo la provincia di Bari conferma una più bassa occorrenza di infortuni in Puglia (da 43,09 del 2000 a 33,50 del 2004), con tassi che pur avvicinandosi sempre più a quelli della media nazionale, rimangono ancora largamente superiori.

Fig.3 Tasso Standardizzato Infortuni Indennizzati per provincia - 2000-2004

Tasso standardizzato infortuni indennizzati

2000

2001

2002

2003

2004

Foggia

44.59

49.02

44.74

42.20

40.68

Bari

43.09

41.85

38.85

37.10

33.50

Taranto

63.40

56.31

44.15

50.82

50.32

Brindisi

59.09

45.03

45.3G

39.80

41.58

Lecce

47.59

44.92

45.08

38.97

38.34

Puglia

47.41

43.85

40.90

39.31

37.57

Italia

33.03

31.18

30.74

28.85

27.91

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

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

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

a livello individuale ma non consente neanche di attivare le procedure per l'identificazione e la rimozione delle cause che l'hanno determinata, producendo un danno per la collettività.

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

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

Va sottolineato, inoltre, che questi dati rappresentano in realtà la sola espressione della parte emersa del lavoro, non potendo rilevare quegli eventi che interessano la diffusa area del lavoro nero che spesso riguarda attività particolarmente a rischio, con il coinvolgimento sempre maggiore di lavoratori stranieri. Un'ulteriore considerazione merita il cosiddetto lavoro flessibile che, secondo l'Eurispes, per la sua stessa natura comporta un maggior rischio di incidenti e di malattie professionali, tuttavia di difficile rilevazione.

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

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

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

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

Salute e Ambiente

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

Sull'importanza del rapporto "ambiente e salute" esiste da tempo un chiaro consenso, testimoniato dall'esito dei lavori della Commissione OMS su Ambiente e Salute che afferma: "La salute umana,

in ultima analisi, è funzione della capacità delle società di gestire la interazione tra le attività umane e l'ambiente fisico e biologico in modo tale da garantire e promuovere la salute senza incidere sulla integrità dei sistemi naturali dai quali dipendono l'ambiente fisico e biologico medesimo.

"Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione, da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è una azione molto complessa. È solo tramite l'incrocio tra dati ambientali, territoriali e urbanistici, epidemiologici, di indicatori demografici, culturali e sociali che si può tracciare, per una determinata popolazione, il profilo di salute come inteso dalla definizione dell'OMS.

In generale, pertanto, la prevenzione delle malattie di origine ambientale richiede un vasto sforzo che va dalle azioni sui comportamenti e gli stili di vita alle norme e alle misure istituzionali che consentono di garantire la sicurezza della popolazione esposta ai rischi ambientali. Tale esigenza assume un particolare rilievo nella regione Puglia dove esistono specifiche condizioni di criticità dovute all'inquinamento ambientale rappresentate dalle aree ad elevato rischio di crisi ambientale, definite in base all'art. 6 della legge 305 del 1989, come "gli ambiti territoriali e gli eventuali tratti marittimi prospicienti caratterizzati da gravi alterazioni degli equilibri ambientali nei corpi idrici, nell'atmosfera o nel suolo, e che comportano rischio per l'ambiente e la popolazione".

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

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

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

I risultati sono confrontabili con quelli ottenuti con gli studi di epidemiologia descrittiva: gli eccessi evidenziati per entità e tipologia delle malattie interessate suggeriscono importanti componenti di

natura professionale ed ambientale, anche in considerazione del fatto che si presentano prevalentemente a carico del sesso maschile e evidenziano un gradiente di rischio che aumenta in prossimità delle sorgenti inquinanti, come si osserva dai tassi di incidenza più elevati nei comuni capoluogo rispetto non solo al resto della provincia ma anche agli altri comuni dell'area a rischio.

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

Queste situazioni necessitano di strumenti specifici di analisi e di intervento, uno sforzo di comprensione mirato che impone un approccio integrato - sia dal punto di vista della prevenzione primaria con specifiche azioni di monitoraggio e di contenimento dell'inquinamento ambientale, sia dal punto di vista della sorveglianza epidemiologica - capace di identificare la complessa rete di determinanti ambientali, occupazionali, socio-economici e sanitari, per definire strategie e azioni in grado di incrociare i reali bisogni delle popolazioni e di fornire risposte all'altezza.

1.4 La rete della prevenzione

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

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

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

■ Direzione del Dipartimento

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

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

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

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

- Servizio di Sanità Animale (SIAV area A): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria
- Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV area B): Igiene e sicurezza alimentare -tutela della salute dei consumatori
- Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV area C): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria; Igiene e sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori
- Struttura di staff per l'educazione e la promozione della salute: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
- Struttura di staff per l'epidemiologia e i flussi informativi (malattie infettive, flussi vaccinali, sistema informativo degli infortuni e delle malattie professionali, sistema informativo del servizio di medicina legale e del servizio veterinario, Registro Nominativo delle Cause di Morte).

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

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

1.5 La rete ospedaliera

1.5.1 Effetti e dati del precedente piano di riordino

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

- 16.346 p.l. per acuti;
- 4.087 p.l. per lungodegenza post-acuzie (LPDA) e riabilitazione
- Posti letto per mille abitanti:4.61‰.

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

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

- ricorso a strutture di altre Regioni sia per discipline e prestazioni di alta complessità la cui offerta era carente in Puglia, sia per discipline e prestazioni di media e bassa complessità o comunque garantibili dal Sistema Sanitario Regionale;
- flusso migratorio di 59.333 ricoveri nel corso dell'anno 2000, pari al 5,6% dei ricoveri complessivi, con un valore tariffario di 335 MLD (euro 173 milioni);
- significativi indici di fuga per alcune discipline quali, in particolare, cardiologia e cardiocirurgia, ematologia, neurochirurgia ed oncologia che complessivamente determinavano trasferimenti di risorse in altre regioni per 77 miliardi di lire.

Gli obiettivi enunciati nella ridefinizione della Rete Ospedaliera erano:

- riequilibrio delle dotazioni ospedaliere e sanitarie nel loro complesso;
- riorganizzazione complessiva delle attività interne dei presidi ospedalieri, con superamento della frammentazione degli stabilimenti e rimozione delle situazioni ripetitive presenti nelle strutture esistenti;
- accorpamento funzionale di strutture ospedaliere diverse in un unico Presidio ospedaliero, ove ne ricorressero le condizioni;
- unificazione dei servizi di diagnosi e cura, ove ne ricorressero le condizioni;
- attivazione di strutture costituenti centri di alta specializzazione.

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

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

- il rispetto di standard ospedalieri di posti letto per il dimensionamento delle U.O., ormai anacronistici, imposti dal D.M. 13 settembre 1988, e il sovradimensionamento dei posti letto da destinare a Riabilitazione / Lungodegenza;
- la riduzione, rispetto alle previsioni, dei finanziamenti statali per la edilizia ospedaliera;

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

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

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

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

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

- standard di dotazioni di posti letto di 4,5 per mille abitanti, senza il vincolo di 1 posto letto destinato a riabilitazione e lungodegenza,
- tasso di ospedalizzazione non superiore a 180 ricoveri per mille abitanti di cui almeno il 20% in regime di ricovero diurno.

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

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

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

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

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

In primis bisogna considerare che i posti letto per mille abitanti sono ridotti da 5 a 4,5. I posti letto previsti, ma non interamente attivati, dal precedente piano erano 20.426 mentre il nuovo limite è fissato a 18.320. Atteso che dei posti letto previsti dal precedente piano al 31 dicembre 2005 ne risultano realmente attivi 16.518, è evidente che nei futuri Piani Attuativi Locali e nei Protocolli di Intesa Regione-Università si potranno correggere tutte le criticità esistenti senza ricorrere a tagli di posti letto già attivati. L'intesa del 23 marzo 2005 non prevede più il vincolo di 1 posto letto per mille abitanti da destinare a riabilitazione e lungodegenza, che rappresentava uno standard di 4.086 posti letto per Puglia. Tale standard era sicuramente eccessivo, in particolare per quanto riguarda la

lungodegenza. Lo dimostra il fatto che, rispetto ai 2.565 posti previsti, ne sono stati attivati 727. Diverso è il discorso della riabilitazione, fase qualificante del percorso assistenziale, a cui si presterà la dovuta attenzione, in quanto presenta un numero di posti letto nelle strutture pubbliche gravemente carente rispetto a quello delle strutture private, in particolare in alcune aree provinciali.

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

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

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

- ridefinire la programmazione dei posti letto di lungodegenza post-acuzie, anche in considerazione del dato per cui al 31 dicembre 2004, sull'intero territorio nazionale, erano attivi posti letto per lungodegenza pari ad un tasso di 0,18 per mille abitanti sovrapponibili all'indicatore della regione Puglia, confermando a tale funzione assistenziale il compito di trattare esclusivamente pazienti post-acuti e/o sub-acuti e indirizzando a funzioni prevalentemente territoriali l'assistenza di altre tipologie di pazienti che in passato - in modo inappropriato - hanno sovraccaricato i reparti di lungodegenza post-acuzie;
- rideterminare i posti letto di riabilitazione in un contesto di razionalizzazione della distribuzione fra centri di riferimento specialistici e presidi ospedalieri, tenuto conto che al 31 dicembre 2004 in Puglia è stato rilevato uno standard di 0,20 posti letto per mille abitanti in confronto al dato nazionale pari a 0,39 posti letto. Per tale disciplina è necessario, come già detto, un riequilibrio fra pubblico e privato;
- realizzare il riequilibrio territoriale della dotazione dei posti letto, agendo sulla distribuzione delle discipline, con riferimento ad ambiti territoriali provinciali e sul dimensionamento dei posti letto delle U.O., individuando, comunque, livelli minimi di dotazione e modelli organizzativi, soprattutto di tipo dipartimentale, ma anche di unità operativa, tali da garantire oltre all'efficienza ed efficacia, l'economicità della gestione.

1.5.3 Analisi delta attuate rete ospedaliera

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

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

Una notazione a parte va fatta per la presenza delle strutture di Bisceglie e Foggia appartenenti alla "Congregazione delle Ancelle della Divina Provvidenza di Bisceglie" dove è in via di

completamento il processo di riconversione che rappresenta una esperienza innovativa di integrazione tra attività ospedaliere e territoriali. Le strutture sono dotate complessivamente di posti letto ospedalieri che garantiscono anche assistenza in fase acuta e riabilitativa per pazienti cardiopatici, pneumoiofici e neuromotori. Il completamento del percorso è assicurato dalla coesistenza di strutture residenziali extraospedaliere.

L'analisi della rete ospedaliera esistente (Fonte dei dati modelli HSP12 e HSP13 aggiornati al 13 giugno 2007) porta alle seguenti considerazioni:

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

Criticità

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

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

Dette strutture, insieme, impegnano la loro attività nella misura del 23% per cittadini di altre province e del 6% per cittadini di altre regioni impegnando complessivamente oltre 700 posti letto per tali attività.

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

1.6 La rete distrettuale

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

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

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

- Bacini di utenza dei distretti non uniformi (compresi tra 42.062 a 158.652 abitanti)
- Estrema eterogeneità nella organizzazione logistica e strutturale
- Differenziazione nel riconoscimento dei livelli essenziali delle prestazioni, in particolare con riferimento ai LEA sanitari
- Percorsi di accesso alla rete dei servizi non omogenei
- Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture, derivante da una eterogenea applicazione della normativa vigente
- Inadeguata integrazione col sistema delle cure primarie e con gli altri macrolivelli assistenziali
- Insufficiente integrazione del sistema delle cure primarie all'interno della programmazione delle attività distrettuali.

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

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

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

- l'unitarietà dei percorsi e delle modalità di fruizione delle prestazioni per gli utenti
- l'unitarietà dei processi diagnostico-terapeutici interdisciplinari.

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

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

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

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

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

Poliambulatori

Tab. 2 Distribuzione territoriale delle strutture poliambulatoriali

ASL

N. Poliambulatori

Popolazione per ASL

Popolazione media per poliambulatorio

Bari

40

1.249.533

31.238

BAT

10

388.330

38.833

Brindisi

20

402.831

20.142

Foggia

24

640.047

26.669

Lecce

12

808.939

67.412

Taranto

15

580.189

38.679

Puglia

121

4.069.869

33.635

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

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

Le direzioni generali aziendali hanno evidenziato, in termini qualitativi, i limiti della rete poliambulatoriale anche nella dotazione tecnologica per la diagnostica strumentale e per la

erogazione di specifiche prestazioni di cura, il che influisce non soltanto sulla qualità delle prestazioni, ma anche sulla gestione delle liste di attesa, determinando inevitabilmente lo spostamento di una parte della potenziale utenza verso le strutture ospedaliere eventualmente presenti nello stesso territorio o verso le strutture ambulatoriali private.

Rete consultoriale

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

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

Tab. 3 - Distribuzione territoriale delle strutture consultoriali

ASL

N. Consultori

Popolazione per ASL

Popolazione media per consultorio

Bari

39

1.249.533

32.039

BAT

8

388.330

48.541

Brindisi

16

402.831

25.177

Foggia

33

640.047

19.395

Lecce

48

808.939

16.853

Taranto

18

580.189

32.233

Puglia

162

4.069.869

25.123

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

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

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

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

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

- utilizzazione parziale della scheda SVaMA per la valutazione della non autosufficienza, nonostante sia stata ufficialmente introdotta dalla Regione già da molti anni;
- non coinvolgimento dei referenti dei Servizi Sociali dell'ambito territoriale sociale o del Comune di riferimento, in quanto risulta sottovalutata sia da parte dei Comuni che da parte delle Aziende l'importanza ed il ruolo decisionale e progettuale che la UVM ricopre;
- mancata definizione del mandato e dell'ambito di azione della UVM, a cui non di rado non vengono assegnati vincoli di budget e protocolli operativi omogenei rispetto alla appropriatezza delle prestazioni proposte in risposta alle diverse situazioni di bisogno;
- azione non estesa a tutti i possibili ambiti di integrazione sociosanitaria, ma prevalentemente concentrata nell'ambito delle disabilità e della non autosufficienza
- Porte Uniche di Accesso attivate solo in alcune ASL e per giunta in forma sperimentale.

Rete dei Medici di Medicina Generale e presenza di forme associate

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

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

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

ASL

Num. MMG

Num. PLS

di cui in gruppo

di cui in rete

FG (*)

389

67

117

65

BAT

267

57

96

39

BA

1027

188

300

164

BR

332

57

60

67

TA

443

79

88

89

LE

674

114

149

89

Puglia

3132

562

810

513

(*) Dato non rilevato per n. 2 distretti

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Il numero di posti letto attivati rappresenta un valore sottodimensionato rispetto al valore target (così come individuato dall'art. 8 della L.R. n. 26/2006), fissato su base provinciale a 5 posti letto

per 10.000 abitanti. Va inoltre segnalato che, allo stato attuale, il tasso medio di occupazione dei posti letto è pari al 60%.

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

ASL

Numero strutture

Num. p.l.

Foggia

3

120

BAT

1

60

Bari

6

480

Brindisi

1

40

Taranto

3

160

Lecce

3

160

Totale

17

1.020

Le Residenze socio-sanitarie Assistenziali (RSSA)

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

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

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

ASL

Num. strutture

Num. posti letto

FG

0

-

BAT

3

134

BA

17

833

BR

1

100

TA

4

155

LE

13

561

Totale

38

1.783

1.7 L'assistenza farmaceutica

L'Assistenza Farmaceutica svolge una funzione fondamentale nella assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Interagendo con le variabili: epidemiologiche, culturali, sociali ed economiche, il farmaco costituisce strumento fondamentale sia nei processi di cura che nelle strategie di prevenzione primaria e secondaria, potenzialmente in grado di modificare l'epidemiologia generale, clinica, assistenziale delle patologie più rilevanti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il nuovo assetto che emerge dall'accordo dell'8.8.01, riprodotto nella legge 405 del novembre 2001, e restante quadro normativo, è caratterizzato dall'attenzione ad aspetti riguardanti i brevetti, i

farmaci generici (oggi equivalenti), esclusione dalla rimborsabilità, reintroduzione della compartecipazione, distribuzione diretta, accordi col sistema distribuito, prontuari terapeutici, prezzi di riferimento.

Tutti i suddetti ambiti di azioni e responsabilità non possono prescindere dalla valutazione dell'appropriatezza e dei costi del relativo livello assistenziale. La sanità diventa, quindi, il banco di prova del federalismo e la farmaceutica la parte più avanzata del processo di responsabilizzazione delle regioni.

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

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

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

- > Uso razionale dei farmaci;
- > Farmaceutica quale settore più avanzato del processo di devoluzione ferma restando la garanzia ai cittadini dei farmaci essenziali;
- > Programma di farmacovigilanza quale strumento per valutare le reazioni avverse ed il profilo beneficio-rischi dei farmaci per la sicurezza dei pazienti (buon uso del farmaco);
- > Farmaco tra i temi nazionali ECM;
- > Valorizzazione dell'informazione sui farmaci;
- > Promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- > Rilancio della sperimentazione clinica dei farmaci e ruolo dei comitati etici-sociali;
- > Accesso rapido ed agevole ai farmaci innovativi.

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

- > Evoluzione demografica con invecchiamento della popolazione;
- > Progresso scientifico;
- > Allungamento della durata di malattia, nel caso di patologie croniche;
- > Profilo interdisciplinare degli interventi;
- > Qualificazione delle aspettative della collettività in termini di qualità della vita.

In campo regionale la Puglia ha disciplinato parallelamente agli interventi normativi di livello nazionale a partire dal 2002 i provvedimenti legislativi regionali del 2002 che hanno influito positivamente sulla spesa farmaceutica a carico del SSN sono stati principalmente: il delisting dei farmaci della lista B1 e B2 consistente nella esclusione dalla rimborsabilità sostitutiva dal mese di agosto, dall'introduzione del ticket (su confezioni, su ricetta e sui farmaci dell'allegato I e II) e il potenziamento della distribuzione diretta mediante accordo con Federfarma.

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

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

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

ANNO 2002

Italia +1%

Puglia -1,5% (834 milioni)

ANNO 2003

Italia - 5,4%

Puglia - 5,5%

Negli anni successivi sono intervenuti ulteriori iniziative statali quali:

- > istituzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).
- > Introduzione dello sconto parziale 4,12% dall'1 luglio 2004 al 31 ottobre 2005 per il ripiano dello splafonamento rispetto al 13%.
- > Adozione del "Prontuario Ospedale - Territorio".
- > PHT e revisione delle note CUF (divenute note AI FA).
- > Introduzione del prontuario farmaceutico 2005.

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

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

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

INCID. SU SP.ToT

INCREM. SU 2004

PRO CAPITE

Puglia €890

15,3

3,80

219

Italia

13,5

-1,1

209

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

È evidente che il governo regionale in questo periodo ha optato per il modello deontologico basato sulla garanzia dei principi etici di fondo, al fine di evitare l'espulsione di fasce di cittadini dalla

garanzia di un così importante livello assistenziale, ponendo in subordine il principio utilitaristico fondato su scelta tecnica di rapporto costo-benefici.

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

INCIDENZA SU SP. TOT

INCREMENTO SUL I SEM. 05

SPESA PRO CAPITE

Puglia

17,3

18,1

133,79

Italia

14,5

10,8

116,90

La situazione verificatasi nel 1° semestre 2006 ha indotto la regione ad assumere importanti iniziative.

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

Tale iniziativa ha realizzato due obiettivi estremamente qualificanti rendendo più agevole l'accesso a detti farmaci, in precedenza erogabili attraverso la duplice via pubblico - privato, e al tempo stesso

realizzando consistenti economie riducendo notevolmente il divario rispetto al trend nazionale dell'incremento della spesa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Modello condiviso dal governo politico e clinico

Modello rivendicato dalla cittadinanza attiva

Decisionista

(centralità alla decisione)

Valutativo

(centralità al controllo e al cambiamento conseguente)

Pianificatorio

(centralità alla legge e alla razionalità ex ante)

Organizzativo

(centralità alla regolazione e alla razionalità ex post)

Informativo/didattico

(centralità all'informazione sommaria rivolta prevalentemente all'esterno delle strutture sanitarie)

Partecipativo

(centralità all'interazione all'interno delle strutture sanitarie tra cittadini, operatori e politici)

Macrosistemico

(centralità al sistema sanitario, da riformare nel suo complesso, considerandolo come unicum indifferenziato)

Microsistemico

(centralità ai sottosistemi funzionali per favorire l'integrazione dei percorsi di cura)

Preferenziale del rapporto tra governo politico e governo clinico

(centralità della comunicazione tra politici e vertici aziendali)

Preferenziale del rapporto tra utenti e governo politico

(centralità delle responsabilità dei politici rispetto ai bisogni reali; gli utenti chiedono di essere "visti" dai politici)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Nuovi modelli assistenziali

3.1 Integrazione ospedale-territorio: organizzazione della continuità assistenziale

I mutamenti demografici, sociali ed epidemiologici in corso e la necessità di presa in carico del cittadino durante l'intero arco della vita, pongono il tema dell'integrazione ospedale-territorio e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie dei paesi a sviluppo economico maturo. Nel nostro paese il PSN 2003-2005 aveva già individuato come obiettivo prioritario "... la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali,.....teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo."

In seguito il PSN 2006-2008 ha esplicitato meglio il concetto affermando che, per l'altissima specializzazione richiesta attualmente agli ospedali "emerge la necessità di concentrare l'offerta

ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Gli ospedali ad alta specializzazione rappresentano lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consente il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali (DSS, Ospedale di comunità, Casa della Salute, ADI) per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini".

Guardando al complesso mondo della assistenza sanitaria in una ottica manageriale, appare evidente come lo sviluppo dei modelli sanitari, sempre più orientati ad una integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e preventivi, abbia riconosciuto anche sul piano formale, oltre che sostanziale, la necessità di una organizzazione a rete della assistenza stessa.

In questi ultimi anni, infatti, sono stati pesantemente rivisitati, in una ottica di sistemi complessi, i ruoli e le relazioni reciproche dei nodi fondamentali del sistema ospedale-territorio:

l'ospedale per acuti, in cui si è assistito da una parte alla riduzione progressiva dei posti letto a fronte di un aumentato turn over dei pazienti e dall'altra alla espansione del ricovero diurno e della day care;

il distretto che va assumendo, anche operativamente, la funzione di nodo di coordinamento dei percorsi di assistenza sanitari e sociali;

i servizi ubicati nel territorio afferente alla Azienda Sanitaria, quali la ADI, la Assistenza Domiciliare Programmata, le Residenze Sanitarie Protette, le Residenze Sanitarie Assistite, l'Ospedalizzazione Domiciliare, l'Ospedale di Comunità, l'Hospice per i malati terminali, la rete per le cure palliative, modelli di cura e di assistenza capaci di fornire risposte appropriate, efficaci ed efficienti, sia sul versante clinico che organizzativo, ai bisogni del paziente;

le strutture di lungodegenza e di riabilitazione, di cui si evidenzia da più parti la carenza di dotazioni strutturali e di posti letto dedicati;

le Case di Riposo pubbliche e private;

il sistema delle Cure Primarie, tradizionalmente titolare del percorso di cura del paziente, che si sta avviando ad un profondo processo di riforma verso forme di medicina associativa, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, la medicina in associazione, in rete e di gruppo, che sembrano prefigurare l'avvio di un processo di abbandono della condizione storica di "isolamento" della figura del MMG, del PLS e del medico di CA, nell'ottica di una forte integrazione tra il livello delle cure primarie e quello delle cure secondarie o della specializzazione.

Questa logica si ritrova anche nell'ambito della assistenza sociale, ove si è assistito alla introduzione di strumenti per l'integrazione tra il sanitario ed il sociale degli enti locali e del terzo settore con la adozione dei Piani di Zona e dei Piani Attuativi Locali (PAL), che hanno cominciato a mostrare le loro notevoli potenzialità (peraltro ancora solo parzialmente espresse nella nostra realtà regionale) ed in particolare la capacità di cogliere e valorizzare le peculiarità delle singole zone, all'interno di una visione generale e di contesto.

All'interno di tale rete di servizi, i percorsi assistenziali vengono definiti con strumenti di valutazione multidimensionale del profilo e dei bisogni della persona:

- schede per la analisi multifattoriale ed Unità di Valutazione Multidimensionale, in ambito distrettuale, "leggono" in modo integrato i bisogni assistenziali individuali, contestualizzandoli in rapporto alla Comunità cui la persona appartiene;
- strumenti di valutazione della appropriatezza delle prestazioni comparano la risposta assistenziale reale con quella teoricamente più efficace, efficiente ed adeguata, allo scopo di orientare il servizio alla migliore relazione possibile tra bisogni ed offerta.

Gli attori di tale sistema sono tanti quante le competenze richieste dalla sua complessità: i Medici di famiglia, la Collettività, le Professioni sanitarie nei diversi moduli assistenziali, i Comuni, i Sistemi di continuità delle cure, il Volontariato, le Conferenze di servizio, i Dipartimenti aziendali, i Consorzi pubblico-privato. L'assistenza Integrata è in grado di:

- contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri in maniera significativa, con conseguente miglioramento della efficienza globale del sistema;
- favorire l'accessibilità, la fruibilità e l'adeguatezza delle prestazioni, distribuendo in maniera adeguata i servizi nel territorio;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane;
- valorizzare l'analisi dei bisogni.

MODELLI DI INTEGRAZIONE

Il sistema sanitario pugliese, per realizzare una efficace ed efficiente integrazione socio sanitaria, deve individuare soluzioni organizzative, rimodulazioni ed interventi capaci di soddisfare i nuovi e più articolati bisogni di assistenza della popolazione della nostra regione, in una ottica di costante attenzione alla qualità delle prestazioni erogate e alla continuità delle cure.

I modelli di assistenza integrata si fondano, infatti, proprio sulla capacità di governo della domanda, sulla modulazione della offerta e sulle relazioni tra servizi, professionisti, strutture e cittadino, secondo una logica di centralità del malato/utente e di partecipazione attiva della comunità.

Gli obiettivi principali di questo necessario e pertanto non più rinviabile progetto di riorganizzazione dei sistemi di cure, che il presente PRS intende promuovere all'interno del sistema socio sanitario pugliese, sono:

- assicurare l'erogazione di servizi più vicini al cittadino;
- privilegiare la non istituzionalizzazione dei malati, puntando sulla assistenza domiciliare e sullo sviluppo di idonee strutture extraospedaliere;
- attivare modelli e percorsi di priorità nell'accesso ai servizi;
- sviluppare una reale integrazione con iniziative di prevenzione e promozione della salute;
- coniugare l'assistenza erogabile a livello di popolazione con la capacità di indirizzare il progetto assistenziale individuale e di specifici sottogruppi di pazienti, ottimizzando indipendenza, specificità e coinvolgimento individuale nella assistenza.

Vi è ormai accordo unanime sul fatto che i modelli a rete siano la soluzione migliore di cui si dispone al momento attuale per gestire i problemi di integrazione lungo il continuum of care degli assistiti.

La rete, nell'accezione comprensiva di strutture sia ospedaliere che territoriali, consente di coniugare l'obiettivo di garanzia olistica della "salute" del cittadino con le scelte di focalizzazione delle diverse strutture sulle aree di produzione in cui sono in grado di eccellere.

In una tale prospettiva l'organizzazione a rete costituisce un potente strumento con cui favorire la riprogettazione ed integrazione coordinata dei processi produttivi sanitari, attraverso la definizione all'interno del network dei possibili percorsi utilizzabili dal cittadino/utente nel fruire del servizio, che diventa così il perno centrale nella riorganizzazione attuabile con la rete.

La rete consente una reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi in modo tale da garantire rispetto all'assistito:

- l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura od il professionista responsabile del caso è di volta in volta identificato con chiarezza;
- l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia o dal problema assistenziale che lo affligge, ma viene "umanizzato" attraverso il recupero di una sua visione olistica;
- l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Una rete in grado di rispondere alle precedenti esigenze deve necessariamente coinvolgere non solo strutture ospedaliere, ma tutti gli attori dislocati sul territorio e chiamati a cooperare nella soluzione del problema di salute: uno o più ospedali per il ricovero per acuti, le strutture di lungodegenza e riabilitazione, le strutture di day-hospital e day-surgery, le strutture territoriali, l'assistenza domiciliare e gli studi dei MMG e dei PLS.

Il network favorisce l'integrazione tra tutti questi soggetti grazie alla sua capacità di rendere condivisibili e diffuse tra i vari nodi le conoscenze e le informazioni veicolate lungo le connessioni del sistema. Dal punto di vista operativo, gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l'integrazione tra i diversi nodi della rete sono rappresentati dai progetti di disease management e dai percorsi clinico-assistenziali, che codificando la sequenza spazio-temporale degli interventi rispetto ad uno specifico problema di salute consentono conseguentemente di veicolare tale informazione ai diversi nodi della rete interagenti. Altrimenti detti percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) con riferimento al tratto di processo produttivo interno alle strutture ospedaliere.

Una simile organizzazione consente altresì la acquisizione di un eventuale vantaggio competitivo che non dipende dalla sola appartenenza al network, quanto dalla bontà e coerenza delle scelte di focalizzazione che vengono attuate all'interno della rete. L'idea di fondo che guida questo processo di specializzazione e riposizionamento strategico delle singole strutture appartenenti alla rete è identificabile nel modello organizzativo reticolare del tipo poli/antenne: all'interno del network vengono identificati dei centri o poli di eccellenza rispetto a precise aree di intervento sanitario e delle unità operative che fungono da antenne o centri periferici e sono quindi dislocate nelle strutture che non ospitano il polo.

Di conseguenza due sono le alternative:

- una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti fungono da antenne, cioè recepiscono il paziente, ma senza trattarlo lo inviano direttamente al polo;

- una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti ospitano centri periferici che operano una selezione dei casi secondo un modello che prevede il trasferimento nel polo di riferimento dei casi di maggiore complessità (con ritorno in periferia nelle successive fasi di riabilitazione e follow up), mentre quelli di minore severità vengono gestiti nel centro periferico di accettazione (ospedaliero o territoriale), sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

- La prima soluzione si adatta alla gestione di patologie a bassa prevalenza/incidenza nella popolazione ovvero di patologie che richiedano approcci diagnostici/terapeutici di elevata complessità. Un esempio appropriato di questa categoria di patologie è rappresentato dalla Sclerosi Laterale Amiotrofica.
- La seconda può essere implementata per patologie ad elevata prevalenza/incidenza, per le quali è opportuno attivare percorsi di presa in carico globale del paziente omogenei sul territorio regionale, sulla base di linee guida e protocolli concordati tra tutti gli attori del sistema. È questo il caso ad es. della patologia neoplastica, delle malattie di pertinenza reumatologica e più in generale di tutte le patologie croniche ad elevato impatto sociale.

In ogni caso, indipendentemente dal modello adottato, il principale risultato determinato dall'assetto a rete e dal riposizionamento delle strutture ad essa partecipanti, consiste in una aumentata capacità di contatto con il cittadino, dato che nella rete si moltiplicano i possibili punti di accesso rispetto a ciascuna struttura. Questo fatto ha delle ovvie implicazioni positive sulla capacità competitiva di ciascuna struttura, la quale può sfruttare indirettamente la forza attrattiva delle restanti.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO E QUALITÀ

Risulta evidente come un modello di integrazione tra strutture, se realmente realizzato secondo questi presupposti, possa rappresentare una grande opportunità per il sistema sanitario della nostra regione, prima di tutto in ragione delle rilevanti ricadute positive sulla qualità delle cure.

Si sono accumulate negli ultimi anni una serie di evidenze che indicano (sia pure in maniera non univoca) come i modelli di integrazione e gli approcci al disease management condivisi tra ospedale e territorio possono risultare meno costosi e più costo-efficaci rispetto ai modelli assistenziali privi di forme di territorializzazione. Ma è proprio sul versante della qualità delle cure che le opportunità sembrano essere decisamente maggiori. In particolare, evidenti benefici di qualità sono stati rilevati nelle aree materno-infantile, delle malattie neoplastiche e di quelle psichiatriche, nella tutela/promozione della salute delle donne, nella erogazione della assistenza agli anziani e più in generale nella definizione dei percorsi assistenziali per i malati cronici (aree che il presente PRS ritiene prioritarie e sulle quali, come meglio articolato in altre sezioni, intende far convergere risorse adeguate).

La qualità nella continuità di cura tra ospedale e territorio si traduce

- nella promozione della best practice
- nell'aumento della informazione (anche sanitaria) al cittadino

- nella tempestività nelle risposte assistenziali
- nella standardizzazione delle cure
- nell'assicurazione di percorsi assistenziali per le patologie croniche più diffuse e invalidanti,

elementi intorno ai quali è possibile sviluppare un articolato sistema di indicatori di outcome (clinici, di qualità della vita, assistenziali, di customer satisfaction) da tenere presenti nelle successive fasi di programmazione.

Analogamente a quanto già avviene in ambito ospedaliero (sia pure in maniera ancora troppo frammentaria e disomogenea sul territorio regionale) e non per semplice estrapolazione, ma attraverso un adeguato processo di "adattamento", è possibile ed auspicabile la applicazione dei sistemi qualità al settore della integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure. Questa operazione deve tradursi inevitabilmente nella attivazione di un percorso metodologico-operativo (che ha ispirato la elaborazione del presente documento di pianificazione e programmazione.

3.1.1 La promozione della salute delle donne in tutte le fasi della vita: Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale

Il progetto di riorganizzazione dei C.F., la cui metodologia generale di programmazione è direttamente modellata su quella del POMI dovrà necessariamente prevedere un percorso attuativo per fasi successive considerate le gravi condizioni di svantaggio in cui versa la rete attualmente presente sul territorio della nostra regione, in termini di livelli organizzativi, dotazioni strutturali, tecnologiche e di personale, rispetto a realtà regionali nelle quali il Progetto è attualmente in fase di avanzata realizzazione.

L'obiettivo generale che la Regione Puglia si prefigge di raggiungere con la attuazione del Progetto è il riallineamento dei parametri più significativi relativi agli elementi traccianti della intera strategia di riorganizzazione della tutela della salute della donna nelle diverse fasi della vita (gravidanza, parto, allattamento, IVG, menopausa ecc.) con le medie nazionali, nell'arco del periodo di vigenza del presente PRS.

La principale criticità da superare appare la modalità di lavoro dei Consulteri Familiari ancora basata sulla risposta alle richieste spontanee delle donne e che dovrà, al contrario, rimodularsi progressivamente sulla modalità della offerta attiva, che prevede lo sviluppo di programmi di intervento da offrire sul territorio a tutte le donne, allo scopo di intercettare, in particolare, quelle fasce di popolazione femminile che per condizioni di svantaggio economico, sociale e culturale fruiscono meno dei servizi, pur essendo a maggior rischio di ammalarsi.

In questa prospettiva riveste una importanza strategica il potenziamento dei servizi consultoriali ed in particolari di quelli che hanno un bacino di utenza più disagiato considerando che le persone difficili da raggiungere sono affette da deprivazione sociale - sono in una condizione di "powerlessness" - e quindi sono a maggior rischio di produrre gli eventi o le condizioni che si vogliono prevenire. A tal fine, i Consulteri Familiari, istituiti da Enti privati ed Associazioni ed autorizzati ai sensi dell'art. 5 della Legge Regionale 30 del 5 settembre 1977, successivamente alla definizione delle procedure di accreditamento, da realizzare nei termini previsti per l'adozione dei Piani Attuativi Locali, costituiscono parte integrante della rete consultoriale regionale.

Obiettivi, criteri di valutazione, indicatori

Obiettivo 1 - Ottimale distribuzione sul territorio

- Riduzione dei costi

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

- Accessibilità ai cittadini

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

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

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

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

- Accessibilità a operatori e amministratori

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

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

Obiettivo 2 - Multidisciplinarietà e completezza delle prestazioni

- Definito in base alla tipologia degli interventi da realizzare sul territorio con la modalità dell'offerta attiva e gli obiettivi previsti dal POMI e dalle normative vigenti
- Equipe consultoriale permanente: Ginecologo, Ostetrica, Psicologo, Pediatra, Assistente sociale, Assistente sanitaria e Infermiera professionale.
- Eventuale affiancamento di Mediatori culturali e di Professionisti già presenti nella ASL nel caso di specifici interventi: Sociologo, Avvocato, Genetista, Andrologo ecc.

- Revisione dei criteri di reclutamento del Personale: progressiva eliminazione del convenzionamento; progressivo riposizionamento del Personale sanitario che solleva obiezione di coscienza (art. 9 della Legge 194) con agevolazione della mobilità verso altri servizi del Distretto.
- Formazione del Personale: continua, programmata, mirata ai progetti di Piano con piena attuazione dell'art. 15 della Legge 194 ed alla tutela dei soggetti deboli (minori, anziani, immigrati, ecc.).
- Tirocini pratici nei CF (per Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Specialisti in formazione in ginecologia-ostetricia e Pediatria, per Studenti dei Corsi di Laurea in Psicologia oltre che degli Specializzando) e Stage formativi (per altre figure mediche e paramediche) su specifici progetti.
- Programmazione di attività esterne alla struttura da parte delle equipe dei CF di uno o più Distretti (o dell'intera ASL), in collaborazione con le Associazioni Familiari, di volontariato e/o di Promozione Sociale, inserite nell'apposito Albo regionale e presenti sul territorio, da realizzare nei luoghi di maggiore aggregazione delle possibili fruitrici dei servizi consultoriali (scuole, fabbriche a prevalente mano d'opera femminile, ecc.), anche promuovendo la costruzione di un sistema di relazioni con le altre strutture e servizi preposte (Centri famiglie, ecc.).
- Risposta ai bisogni inerenti le tematiche di salute sessuale e di sessualità anche in relazione all'identità sessuale.

GRAVIDANZA VOLUTA

Percorso Nascita

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

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

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

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

Sul piano del modello organizzativo:

- avvio del Percorso Nascita già in epoca preconcezionale (anamnesi malattie genetiche con eventuali screening, esami preconcezionali, somministrazione di acido folico ecc.)

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

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

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

Sul piano della diffusione delle informazioni:

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

GRAVIDANZA NON VOLUTA

Percorso per il riequilibrio della offerta di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) tra pubblico e privato anche al fine del suo contenimento.

L'elevato numero di IVG effettuate in strutture private in Puglia (quasi il 50% del totale) richiamato nel capitolo iniziale è in gran parte riconducibile alla situazione creatasi nella nostra regione all'indomani della approvazione della legge 194 quando, a fronte di una massiccia dichiarazione di obiezione di coscienza dei ginecologi dei servizi pubblici, fu garantita la possibilità di effettuare la IVG all'interno di cliniche private convenzionate che, nel corso degli anni, hanno assorbito quasi interamente la domanda. Questo modello, con il passare del tempo, ha di fatto creato le condizioni per una progressiva marginalizzazione delle misure di prevenzione del ricorso all'aborto.

Si pone pertanto la necessità di "riportare" gradualmente la gestione delle IVG all'interno del pubblico, riequilibrando l'offerta di servizi dedicati e riconoscendo al consultorio familiare un ruolo fondamentale sia nelle attività di prevenzione della interruzione volontaria di gravidanza, che nella presa in carico delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza.

In particolare, ogni medico cui si rivolga una donna per avviare le procedure previste per l'IVG deve valutare con la donna, nel rispetto della dignità e della libertà della stessa, anche sulla base degli accertamenti sanitari, le circostanze che ne motivano la scelta e deve informarla sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può accedere, al fine di evitare il ricorso alla pratica abortiva, nonché sui CF e sulle strutture socio-sanitarie cui può rivolgersi. I CF, inoltre, devono promuovere una efficace campagna di informazione sul parto in anonimato, in attuazione di quanto previsto dall'art. 1 comma 3 della Legge 194/78 in relazione alle opzioni di affidamento, adozione e di sostegno all'attività delle comunità di tipo familiare.

Nell'ottica della offerta attiva, le equipe dei consultori di uno o più Distretti (o dell'intera ASL), allo scopo di potenziare le misure di prevenzione dell'aborto, devono programmare attività esterne alla struttura, da realizzare nei luoghi di maggiore aggregazione delle possibili fruitrici dei servizi consultoriali (scuole, fabbriche a prevalente mano d'opera femminile, ecc.).

In una ottica di omogenea distribuzione degli interventi su base provinciale, i punti qualificanti del progetto sono i seguenti:

- Individuazione in ciascuna ASL provinciale di UU.OO. che garantiscano l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).
- Le UU.OO. individuate devono poter offrire tutte le possibili soluzioni terapeutiche, ivi compresa l'adozione delle metodiche non chirurgiche.
- Stipula di accordi (protocolli operativi) con i medici di medicina generale e i medici di Continuità Assistenziale per l'invio e la presa in carico delle donne che scelgono di interrompere la gravidanza.
- Collegamento dei centri convenzionati con i servizi territoriali, nel rispetto del percorso Consultorio Familiare (CF) - Ospedale - CF, così come previsto dal POMI.

- Possibilità di prenotazione, preferibilmente da parte del CF territorialmente competente e/o per richiesta diretta/MMG, per le donne che scelgono di interrompere la gravidanza presso tutte le UU.OO. individuate dalle ASL.
- Gestione da parte del consultorio dell'intero percorso relativo al caso, dal momento della prima richiesta al follow-up post-intervento (prenotazione esami, prenotazione IVG, counseling contraccettivo ecc.), con ritorno della donna al CF per una corretta gestione del percorso contraccettivo e quindi prevenzione della reiterazione all'IVG.

Sul piano della prevenzione

- Stipula di protocolli di intesa fra Assessorato alle Politiche della Salute e Ufficio Regionale Scolastico per la realizzazione di progetti stabili di educazione alla affettività e alla sessualità da destinare a docenti, genitori e ragazzi.
- Prescrizione della contraccezione d'emergenza nei consultori familiari ed anche nei pronto soccorso e nei servizi di continuità assistenziale (guardia medica).
- Istituzione di uno sportello giovani con orari di apertura dedicati in ogni CF.

GRAVIDANZA DESIDERATA

Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

In merito alle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (in base alla Legge vigente 40/2004 e s. m. e i.), la funzione dei CF risulta strategica, in quanto:

- sono deputati a dare tutte le informazioni alle coppie che le richiedono relativamente alle varie tecniche e loro percentuali di successo e alle modalità di accesso ai centri accreditati;
- al fine di limitare l'inappropriato ricorso ai centri di PMA, hanno il compito di orientare un primo sommario screening relativamente all'anamnesi, allo stile di vita, alla vita di coppia etc. per ottimizzare l'invio mirato ai centri stessi;
- l'equipe consultoriale (ginecologi e psicologi) è tenuta, per legge, a sostenere la coppia in tutte le fasi del suo percorso diagnostico/terapeutico;
- nell'ambito negli interventi di educazione alla salute e alla sessualità negli adolescenti, devono garantire l'informazione relativa a queste problematiche (anatomia, fisiologia, patologia).

Inoltre, in considerazione della situazione relativa ai centri di PMA attualmente presenti sul territorio regionale, si ravvede la necessità:

- di accreditare prioritariamente centri pubblici (oggi solo 2 su un totale di 8), omogeneamente dislocati sul territorio
- di una riqualificazione complessiva dei servizi di PMA, alla luce dei requisiti nazionali, sulla base della qualità delle prestazioni erogate, del volume di attività, dei risultati raggiunti e della partecipazione a programmi multicentrici di ricerca

- che le strutture pubbliche esistenti garantiscano una quantità adeguata di cicli, la diagnosi pre-impianto degli embrioni trasferiti e forniscano un servizio di counseling, in collaborazione con i CF territorialmente competenti e con il supporto eventuale di associazioni qualificate.

Il centro di riferimento per la PMA è individuato nell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia II dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari.

PROMOZIONE DELLA SALUTE NON RIPRODUTTIVA

Prevenzione delle patologie neoplastiche

Ai fini della prevenzione (primaria e secondaria) delle patologie neoplastiche a carico della mammella e dell'utero si prevede la realizzazione di un Centro donna in ogni Distretto o per lo meno ogni 100.000 abitanti nel quale, in una logica di rete che prevede l'integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri e sulla base di protocolli operativi condivisi tra operatori sanitari ospedalieri, personale dei Distretti e MMG, le donne possano in regime di Day Hospital:

- sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori (pap-test, ecografia pelvica trans-vaginale, mammografia)
- avviare, ove se ne ravvisi la necessità, un iter diagnostico di 2° livello
- ricevere indicazioni sulle terapie
- eseguire test per la prevenzione di tutte le malattie sessualmente trasmesse, HIV compreso
- effettuare gli screening per la prevenzione dell'osteoporosi (densitometria ossea) e dei disturbi del pavimento pelvico con relativo addestramento a tecniche riabilitative, in stretta collaborazione con il Centro Menopausa di riferimento e con la rete degli specialisti e dei presidi sanitari di endocrinologia e reumatologia.

Inoltre, deve essere prevista la integrazione dei Centri Donna con i Centri di ascolto anti violenza, da attivare in numero di uno per ASL.

Menopausa

Per la prevenzione delle patologie collegate alla menopausa e gestione del relativo percorso assistenziale, si prevede la attivazione in ogni ASL provinciale di almeno 1 Centro Menopausa (preferibilmente all'interno di una U.O.C., di Ginecologia ed Ostetricia, così come già sperimentato nella nostra regione) nel quale, secondo la logica di rete già illustrata, le donne possano in regime di Day Hospital:

- effettuare gli screening per la prevenzione dell'osteoporosi (densitometria ossea) e dei disturbi del pavimento pelvico con relativo addestramento a tecniche riabilitative
- avviare, ove se ne ravvisi la necessità, un iter diagnostico di 2° livello

- ricevere indicazioni sulle terapie
- sottoporsi agli screening per la prevenzione dei tumori (pap-test, ecografia pelvica trans-vaginale, mammografia), in stretta collaborazione con il Centro Donna territorialmente competente.

PREVENZIONE DELLA VIOLENZA SULLE DONNE E BAMBINI

Il progetto di Prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza di genere si prefigge una protezione integrale e investe i poteri pubblici di compiti di monitoraggio, sostegno alle vittime, prevenzione e recupero dei violenti, articolandosi nei seguenti punti qualificanti:

- istituzione di Centri Antiviolenza e Case Rifugio "stabili" (la proposta dell'ONU prevede un posto in Centro Antiviolenza ogni 75.000 abitanti)
- avvio di indagini statistiche mirate a livello regionale per rilevare l'entità reale del fenomeno della violenza su donne e minori e di un sistema di monitoraggio sull'offerta dei servizi
- campagne di sensibilizzazione e informazione sulla violenza da effettuare in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private
- formazione degli operatori dei Servizi territoriali pubblici e privati da parte dei Centri Antiviolenza (Consultori, Ospedali, Pronto Soccorso, ecc.)
- interventi di informazione, prevenzione e formazione nelle Scuole, a cominciare dalle primarie, attuate dai Centri Antiviolenza in rete con i Consultori e altre organizzazioni "sensibili" del territorio
- creazione di almeno uno sportello antiviolenza per ASL presso i Pronto Soccorso principali di ogni città della Regione (nei quali sia assicurata la presenza di mediatrici culturali che possano intervenire in caso di episodi di violenza su donne straniere) per offrire accoglienza e ascolto alle donne che presentano caratteristiche di violenza e/o abuso
- creazione di un Osservatorio regionale sulla violenza costituito da "esperti" delle istituzioni del pubblico e dell'associazionismo che svolga attività di coordinamento delle iniziative rivolte alla conoscenza, prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza su donne, minori, vittime della tratta, anziani e immigrate, da prevedere come articolazione dell'Osservatorio Regionale sulla salute delle donne e politiche di genere ovvero come articolazione dell'osservatorio regionale delle Politiche sociali
- promozione del progetto GIADA (finanziato dal DIF 2007)
- interventi di recupero sugli abusanti.

AZIONI A SOSTEGNO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE DONNE IMMIGRATE

L'attenzione e la promozione della salute delle donne immigrate, quando c'è, misura la qualità e l'efficacia del servizio sanitario, ma anche la qualità della democrazia delle pubbliche amministrazioni.

In questa direzione è necessario definire linee guida ed un piano di azioni che garantiscano alle donne immigrate facilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari.

Tra gli strumenti ritenuti efficaci si considerano prioritari:

- la presenza di mediatrici culturali nei Pronto Soccorso, nelle Cliniche Ostetriche e Ginecologiche, Pediatriche e Psichiatriche.
- la presenza di mediatrici culturali nei Consultori e nelle scuole che costituiscono i servizi più usati dalle immigrate
- la istituzione di un Ambulatorio S.T.P. (già finanziati a livello nazionale) come modello di prima accoglienza sanitaria e di erogazione di servizi
- l'avvio di campagne informative e di contrasto alle M.G.F. La cura e il contrasto alle pratiche di mutilazione genitale femminile affidata ai Consultori e alle Cliniche dell'area materno-infantile, prevedendo la formazione degli operatori.

Inoltre le donne immigrate devono poter accedere a programmi di:

- prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmissibili
- screening
- contraccezione
- prevenzione dell'aborto e assistenza per le procedure relative all'interruzione volontaria della gravidanza
- cura della depressione e/o della fragilità psicologica prodotte dai mutati stili di vita, dal bisogno ed anche dalla difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari.

È indispensabile, in contemporanea all'attivazione dei servizi, prevedere campagne informative mirate in collaborazione con le istituzioni regionali di parità raggruppate nel Centro Risorse Regionale per le donne previsto dalla Legge regionale 21 marzo 2007 n. 7 quale strumento di raccordo per la programmazione e attuazione delle politiche di genere tra l'amministrazione regionale e il territorio.

SANITÀ E DISEGUAGLIANZE DI GENERE

Per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze di genere, andranno programmati:

1. aggiornamento e qualificazione del personale sanitario dei servizi territoriali (consultori in particolare) ed ospedalieri in funzione dell'adozione di modalità linguistiche e comportamentali ispirate alla considerazione e al rispetto per ogni orientamento sessuale ed identità di genere

2. attuazione di servizi di informazione, consulenza e sostegno agli adolescenti per garantirne il diritto all'autodeterminazione responsabile del proprio orientamento sessuale ed identità di genere e per supportarli in presenza di eventuali situazioni di emarginazione scolastica o lavorativa
3. monitoraggio triennale circa l'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi e di alcuni specifici parametri di salute
4. formalizzazione tra Regione Puglia, Ufficio Scolastico regionale e Direzioni consultoriali delle ASL di un protocollo di intesa regionale che preveda corsi di formazione per il personale docente sulle tematiche relative alla salvaguardia ed al rispetto dei diversi orientamenti sessuali e delle identità di genere in rapporto con i servizi socio-sanitari.

IL PERCORSO DI MONITORAGGIO E VERIFICA DELLE AZIONI

Allo scopo di attivare un circolo "virtuoso" che inverta, sia pure per gradi, l'orientamento attuale, il presente Piano intende sviluppare all'interno del sistema sanitario pugliese un processo che prevede la riorganizzazione complessiva ed il potenziamento dei servizi presenti sul territorio (Consultori familiari, Distretti socio sanitari, MMG e PLS) entro i prossimi tre anni.

Il nuovo assetto organizzativo, oltre che essere efficacemente supportato in termini di risorse umane e strumentali, sarà costantemente monitorato attraverso strumenti di verifica con relativi indicatori di processo e di esito (contenuti nelle linee guida dettate dal POMI) per la valutazione di impatto sulla popolazione, soprattutto in termini di customer satisfaction e di outcome.

Dal punto di vista organizzativo, è prevista la ridefinizione delle responsabilità e delle competenze della rete dei C.F., in attuazione di quanto contenuto nel POMI e nel rispetto della Legge Regionale 25/2006. La rete consultoriale sarà collegata funzionalmente con le UU.OO. di ostetricia e ginecologia, identificando un percorso donna (territorio-ospedale-territorio).

La costituzione di un Osservatorio Permanente, interfaccia tra il livello Istituzionale (Assessorati - Presidenza) e il livello operativo (Direzioni generali della ASL - Direzioni distrettuali), con competenze su programmazione, realizzazione e validazione dei programmi strategici, si configura come lo strumento più appropriato ad una progressiva realizzazione del modello proposto.

L'Osservatorio è composto da:

- 1) Rappresentanti Istituzionali (Ufficio Garante di Genere, Assessorato alle Politiche della Salute, OER Puglia)
- 2) Esperto super-partes di problematiche socio-sanitarie in tema di salute di genere
- 3) Rappresentanze delle associazioni femminili
- 4) Rappresentanza dei Medici consultoriali.

IL PERCORSO MATERNO-INFANTILE

Il panorama della offerta assistenziale in campo pediatrico nel nostro paese è storicamente ricco di esempi di poli pediatrici di eccellenza dall'elevato livello qualitativo e dalle notevoli capacità attrattive.

Più di recente, però, ispirandosi al principio della indissolubilità delle componenti socio sanitarie di carattere preventivo, diagnostico e terapeutico nell'arco di tempo che si estende dal periodo prenatale fino alla adolescenza, si è affermato un nuovo modello organizzativo: il polo materno-infantile, attualmente sviluppatosi solo nelle regioni centro-settentrionali, mentre da più parti si avverte la esigenza della presenza di una tale struttura nella Italia meridionale.

Per quanto riguarda la diagnosi prenatale, con l'Unità Operativa Semplice di Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale a valenza dipartimentale istituita dalla ASL BA nel Dipartimento Materno infantile del P.O. di Venere, è stato avviato un progetto per la diagnosi e la gestione della patologia fetale.

In considerazione della ricchezza di competenze professionali, di opportunità logistiche ed organizzative presenti nella nostra realtà sanitaria, e a seguito anche di precisi impegni finanziari assunti in tal senso in sede ministeriale, è maturata di recente la possibilità concreta di realizzare un polo materno infantile nel territorio della nostra regione. Di questa esigenza, infatti, si è fatta portavoce la Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari che ha formulato una proposta finalizzata a sviluppare in modo sinergico percorsi diagnostico-terapeutici, didattici e di ricerca, amplificando le eccellenze e razionalizzando l'attuale offerta assistenziale ridondante e/o inappropriata.

I punti qualificanti della proposta sono:

- la creazione di un polo materno infantile, mediante il potenziamento dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII, con una dotazione finale di circa 445 posti letto che copre, sulla base delle indagini epidemiologiche, tutto il target assistenziale materno infantile, in grado di porsi come punto di riferimento qualificato non solo per la regione, ma anche per l'intero mezzogiorno di Italia;
- Il conseguente trasferimento delle UU.OO. del settore materno-infantile a direzione universitaria ubicate c/o il Policlinico (ginecologia e ostetricia, pediatria, neuropsichiatria infantile, neonatologia, genetica, chirurgia pediatrica) nell'istituendo polo materno-infantile.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA FASE NEONATALE ED INFANTILE

Grande attenzione deve essere rivolta alle problematiche caratteristiche di questa delicata fase della vita, attraverso una serie di attività:

1. garantire un'adeguata informazione rispetto all'utilità dei vaccini ed alla maggiore efficacia degli stessi se effettuati nei tempi giusti di esecuzione, attraverso il coinvolgimento trasversale degli operatori delle divisioni di neonatologia e pediatria, i pediatri di famiglia, i pediatri consultoriali
2. campagne di educazione alla genitorialità;

3. informare e formare i genitori al rispetto della sessualità sin dalla nascita indicando i giusti comportamenti da assumere, con il coinvolgimento di pediatra di famiglia, operatori consultoriali e/o operatori qualificati delle scuole "primavera"

4. attivare protocolli operativi integrati che prevedano corsi di informazione e formazione del personale docente (a cura degli operatori consultoriali) e successivo coinvolgimento della famiglia, ma soprattutto informazione e formazione dei ragazzi nella preadolescenza sulle problematiche della sessualità nell'infanzia ed adolescenza; nella fase adolescenziale (Scuole Superiori) è opportuno affidare l'informazione e la formazione agli operatori consultoriali.

5. programmare l'istituzione obbligatoria di un Centro dei disturbi delle condotte alimentari in ogni ASL

6. garantire una informazione adeguata su stili di vita corretti (Promozione della salute), con il metodo dell'empowerment, attraverso protocolli d'intesa operativi tra Scuola ed ASL

7. ripristino della Commissione Regionale AIDS, in applicazione della Legge n°135/90.

3.1.2 La Rete Oncologica

Le moderne modalità di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sul territorio regionale e esperienze in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

Il Piano Regionale di Salute propone quindi la istituzione di una RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP) destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico.

Il progetto organizzativo della Rete Oncologica deve prevedere la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente.

Gli obiettivi della Rete Oncologica della Puglia (ROP) sono:

- Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.

La Struttura della ROP sarà regolamentata all'interno della Consulta Oncologica Regionale permanente e del suo Comitato Operativo ristretto, istituiti nel 2006 con l'esplicito compito di elaborare un modello di organizzazione della filiera prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione in campo oncologico.

Il disegno di massima della rete prevede le seguenti articolazioni:

• UNITÀ DI COORDINAMENTO DELLA RETE

L'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale" nel precedente Piano Sanitario, l'IRCCS "S. De Bellis" di Castellana Grotte per le neoplasie di pertinenza gastroenterologica, le Aziende Ospedaliere Universitarie operanti nella regione, in collaborazione con la Consulta Oncologica Regionale Permanente, concorrono a perseguire i seguenti obiettivi a livello regionale:

- 1) redazione di linee guida per protocolli clinici, con la definizione di indicatori di processo e di esito, condivise con tutti i nodi della rete;
- 2) anagrafe e monitoraggio dell'applicazione dei suddetti protocolli;
- 3) valutazione dei percorsi assistenziali e dei conseguenti risultati clinici;
- 4) monitoraggio e sorveglianza della qualità della assistenza;
- 5) controllo della accessibilità ai servizi;
- 6) definizione di linee guida per la realizzazione di specifici modelli di integrazione ospedale-territorio per particolari aree di intervento;
- 7) individuazione di percorsi formativi per operatori del settore finalizzata allo sviluppo di livelli essenziali di formazione in oncologia (PNO 2004);
- 8) sviluppo di progetti di interesse regionale.

All'interno della Rete è istituito il Registro Tumori della Regione Puglia, che nasce sulla base di intese e collaborazioni tra Assessorato alle Politiche della Salute, AOU, ASL, ARES, OER, ARPA, Università degli Studi di Bari (delibera G.R. 1908 del 16 novembre 2007).

L'organizzazione del Registro Tumori prevede un Comitato Tecnico-Scientifico con compiti di indirizzo e valutazione delle attività, un Centro regionale di raccolta ed elaborazioni dati e l'attivazione in ciascuna ASL, ad esempio all'interno delle UO di Statistica ed Epidemiologia, di un Settore di attività dedicato.

Il Registro Tumori della Regione Puglia si avvale delle metodologie e delle infrastrutture informatiche del Registro Tumori Jonico-Salentino, attualmente operante nelle province di Brindisi, Taranto e Lecce, al fine di garantire continuità operativa e il confronto con i dati sin qui prodotti.

Obiettivi del Registro Tumori della Puglia sono:

- 1) La misurazione della mortalità e della incidenza del cancro per sede, per sesso, per età, e per altre caratteristiche della popolazione in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio
- 2) La redazione di una relazione annuale sulla frequenza della patologia neoplastica in Puglia e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, sulla base della quale individuare aree critiche e priorità.

3) Lo svolgimento di indagini epidemiologiche intese a stimare i rischi cancerogeni nel territorio regionale e a formulare ipotesi circa le cause, anche in collaborazione con altri enti e strutture di ricerca nazionali e internazionali.

4) Il supporto all'Assessorato per le Politiche della Salute e alle Aziende Sanitarie Locali per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, la valutazione dell'efficacia di programmi di screening per i tumori e dell'impatto di programmi di prevenzione primaria rivolti alle persone ed all'ambiente di vita e di lavoro.

5) Il monitoraggio e la valutazione dei dati relativi all'accesso e alla qualità dei servizi diagnostici e terapeutici, alla sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro, fornendo confronti con altre regioni o paesi e indicazioni utili alla programmazione sanitaria.

6) L'identificazione e il monitoraggio dei gruppi ad alto rischio.

La realizzazione del Registro Tumori è il primo passo per la istituzione di un Centro per l'Epidemiologia e le Prevenzione Oncologica (CEPO), deputato alle attività di indagine e ricerca nel campo dell'epidemiologia dei tumori in collaborazione con le strutture regionali preposte (Assessorato alle Politiche della Salute, OER, ARES, ARPA, Università di Bari e Foggia), anche per attività di collaborazione allo sviluppo di metodologie, di ricerca e di interventi preventivi, in particolare nei settori più avanzati dell'epidemiologia dei tumori, quali l'epidemiologia biochimica e l'epidemiologia genetica.

• DIPARTIMENTI INTEGRATI DI ONCOLOGIA

Il Dipartimento Integrato ospedale-territorio di Oncologia è responsabile della regia/coordinamento di tutte le attività oncologiche di area medica e di area chirurgica che si svolgono nel proprio ambito territoriale ed opera in sintonia con il Coordinamento della Rete.

Svolge attività di indirizzo e supporto nei confronti di tutte le strutture, sia ospedaliere che territoriali, alle quali spettano invece le attività che coinvolgono direttamente il paziente e che vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza ordinaria o in day hospital, al follow up, alla riabilitazione ed alle terapie domiciliari.

È prevista l'attivazione di un Dipartimento per Azienda Sanitaria Provinciale. Una volta costituiti, ciascun Dipartimento individuerà al suo interno le sedi opportune entro cui svolgere le diverse attività previste dai protocolli adottati dal Coordinamento della Rete.

In ogni Dipartimento deve essere attivata una funzione operativa denominata Centro di Orientamento Oncologico (C.OR.O.) che, in collaborazione con il MMG, ha il compito di indirizzare, coordinare e gestire i percorsi del paziente oncologico, secondo le modalità operative del Care Management.

• UNITÀ ONCOLOGICHE

Le Unità Oncologiche, individuate dal Dipartimento, sono le erogatrici di prestazioni oncologiche appropriate sul territorio, organizzate a seconda della disciplina di appartenenza e della macroarea funzionale (settore) di pertinenza (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione).

Le Unità Oncologiche sono rappresentate da:

- Unità Operative Ospedaliere, aggregate funzionalmente in settori omogenei per patologia, che operano in regime di ricovero ordinario o day hospital, attivate nell'ambito della Rete Ospedaliera Regionale (come rimodulata in esecuzione del presente piano);
- Articolazioni operative del Distretto per funzioni di prevenzione secondaria, diagnostica di primo livello, assistenza domiciliare (terapia di supporto anche psicologica e cure palliative) e riabilitazione con l'eventuale ausilio delle associazioni di volontariato impegnate nell'assistenza ai pazienti oncologici, attraverso la stipula di specifiche convenzioni;
- Hospice previsti dalla programmazione regionale.

Il modello organizzativo dipartimentale

Il Dipartimento è organizzato secondo due articolazioni principali: Centro di Orientamento Oncologico (C.OR.O.) e Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI).

A) Deve essere prevista l'attivazione di un C.OR.O. per Distretto Socio-Sanitario.

Il C.O.R.O. (sul modello del Care Service Pathways - Servizio di presa in carico) ha il compito di informare ed accogliere ogni nuovo cittadino-utente, residente nel distretto di competenza, che chiede di essere seguito - spontaneamente o su indicazione del MMG/altro specialista - da una delle strutture afferenti alla Rete Regionale e si fa carico di gestire le problematiche amministrativo-gestionali nonché quelle di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente, garantendone e verificandone la continua "presa in carico" da parte della Rete, in costante dialogo con i MMG.

Il C.OR.O ha in sintesi i seguenti compiti:

- Informazione
- Accoglienza
- Gestione amministrativa
- Rapporti con il Medico responsabile delle cure domiciliari distrettuali (in base a quanto previsto dal presente Piano e dal recente Contratto decentrato della Medicina Generale)
- Indirizzo diagnostico terapeutico e raccordo con le strutture ospedaliere centrali e periferiche ed i Distretti Socio - Sanitari
- Gestione della continuità ospedale-territorio attraverso la modalità operativa del Day Service.
- Rapporti con il volontariato e le organizzazioni no-profit.
- Rapporto con il Registro tumori.

Per lo svolgimento dei compiti previsti, le figure professionali da garantire all'interno di ciascun C.O.R.O sono:

- Oncologo Medico;
- Infermiere Professionale;
- Assistente Sociale;
- Psicologo;
- Addetto all'elaborazione dei dati;
- Amministrativo.

La presa in carico effettiva del singolo paziente oncologico viene assicurata attraverso l'identificazione di un care giver (infermiere professionale) che assume operativamente le funzioni indicate di accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico, sotto la supervisione del C.OR.O - in collaborazione con il MMG e avvalendosi delle figure professionali di volta in volta necessarie.

B) La gestione diagnostico-terapeutica del paziente è affidata ai Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI).

Il gruppo di patologia, costituito nell'ambito del Dipartimento, ha compiti operativi di definizione diagnostica, terapia, follow-up e controllo qualitativo delle prestazioni ed è composto dalle seguenti figure professionali, per quanto di competenza: specialista d'organo (medico e chirurgo), oncologo medico, radioterapista, radiologo, anatomo patologo, specialisti del Distretto ed un rappresentante del Distretto stesso. Alla guida dei suddetti gruppi di patologia è preposto un coordinatore individuato dal Direttore di Dipartimento, sentito il Comitato di Dipartimento.

Compiti del gruppo di patologia sono:

- a) elaborazione, in raccordo con le linee guida del Coordinamento regionale, di protocolli aziendali relativi ai percorsi diagnostici, stadiativi, terapeutici e di follow-up dei pazienti;
- b) attivazione degli ambulatori multidisciplinari di patologia per l'inquadramento ed i controlli periodici dei pazienti;
- c) definizione e realizzazione di percorsi preferenziali di accesso sia al completamento degli accertamenti diagnostici, stadiativi e di controllo, sia alle risorse terapeutiche;
- d) audit sulle scelte terapeutiche effettuate, con riferimento alle linee guida comuni elaborate;
- e) valutazione dei risultati clinici ottenuti in riferimento ai dati di letteratura omogenei per patologia e stadio, con proposta di eventuali azioni correttive da attuare in caso di scostamenti significativi secondo i principi dell'evidence-based medicine.

Il Dipartimento individua i GPI sulla base di specifiche risorse e esigenze territoriali, anche di natura epidemiologica. A titolo di esempio si riporta un elenco non esaustivo di possibili GPI.

- > GPI MAMMELLA;
- > GPI POLMONE;

- > GPI GINECOLOGICO;
- > GPI UROLOGICO;
- > GPI GASTROENTERICO;
- > GPI NEURONCOLOGICO;
- > GPI ORL;
- > GPI MALATTIE EMATOLOGICHE;
- > GPI TUMORI RARI

Percorsi di funzionamento del modello organizzativo

Il medico (MMG, specialista ospedaliero o ambulatoriale) che sospetti o diagnostichi una patologia oncologica, indirizza il paziente presso il Centro di Orientamento o, qualora assuma direttamente il compito di orientamento diagnostico-terapeutico, registra il paziente al C.O.R.O. di competenza.

Nel caso il paziente acceda spontaneamente ad una delle articolazioni operative della Rete, ne deve essere data immediata comunicazione al suo MMG ed al C.O.R.O. competente per territorio, che provvederà ad attivare le procedure di inquadramento anagrafico e di registrazione del caso.

Al Centro il paziente viene registrato presso un servizio informatizzato di anagrafe oncologica ed è accolto dallo specialista oncologo medico per l'inquadramento del caso.

Lo specialista, a seguito della valutazione clinica, attiverà il percorso ospedaliero ovvero le funzioni di pertinenza del Distretto, attraverso il GPI di riferimento relativo alla patologia del paziente.

Il C.O.R.O. segue il paziente dal momento del primo accesso lungo tutte le successive fasi del percorso assistenziale fino all'eventuale inserimento nell'Hospice, ovvero alla attivazione delle cure domiciliari, coordinandosi con il MMG.

Il C.O.R.O. ha la responsabilità dell'istituzione e aggiornamento della cartella informatizzata del paziente i cui dati confluiscono nel database informatico del Centro, che diventa una fonte di dati del Registro Tumori regionale.

3.1.3 La Rete delle Cure Palliative

Le Cure palliative, secondo la definizione dell'OMS, costituiscono una "serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi ed, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie".

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica ma rappresenta una costante della fase finale della vita di persone affette da malattie ad andamento cronico ed evolutivo ad esito infausto a carico di numerosi apparati e sistemi.

L'articolo 1 del Decreto legge 28 dicembre 1998 n. 450, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1999 n. 39, nel prevedere i finanziamenti per la realizzazione di strutture dedicate all'assistenza palliativa e di supporto, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, ha previsto altresì che le regioni elaborino un piano che assicuri l'integrazione dell'attività degli hospice con le altre attività di assistenza ai pazienti oncologici erogate nell'ambito della regione.

La Rete delle Cure palliative dal 2001 è inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha ribadito la necessità di organizzare reti di cure palliative che permettano di garantire la qualità e la specificità degli interventi unitamente alla globalità e multidimensionalità della presa in carico delle persone malate.

La Rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiato ed in genere preferito dal malato, e le strutture di degenza dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la propria abitazione.

La Rete di Cure palliative deve essere flessibile e prevedere l'integrazione delle Organizzazioni No Profit e del Volontariato.

Modello organizzativo

La Rete delle cure palliative regionale, secondo la logica della continuità assistenziale, si articolerà in Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) che forniscono al paziente la possibilità di

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

È opportuna la presenza di almeno una UOCP ogni 400.000 abitanti che quindi ha dimensione sovradistrettuale.

La direzione dell'Unità è essere affidata ad un dirigente medico in possesso di idonea formazione ed esperienza in cure palliative.

La presa in carico del paziente avviene dopo una valutazione effettuata da una équipe costituita da un rappresentante dei medici di famiglia, da un rappresentante del Distretto e dal dirigente responsabile dell'UOCP, al fine di assicurare la presa in carico continuativa del paziente nel suo percorso.

Nei casi a carattere di urgenza, la presa in carico del paziente è disposta dal dirigente responsabile della UOCP e successivamente convalidata dagli altri componenti della equipe sopra indicata, su segnalazione del MMG o dello specialista ospedaliero/territoriale.

Saranno elaborate normative che indichino i requisiti minimi tecnologici ed organizzativi per l'accREDITAMENTO delle Unità di cure palliative e delle Organizzazioni non profit.

Cure palliative pediatriche

Pur non disponendo di dati epidemiologici certi, recenti analisi stimano un numero di pazienti pediatrici bisognosi di cure palliative per malattia inguaribile e terminale pari a 10 per 10.000 minori (1/3 oncologici, 2/3 non oncologici). Per rispondere adeguatamente alle esigenze assistenziali si prevede l'attivazione di una Rete di cure palliative pediatriche costituita da un unico centro di riferimento regionale con funzioni organizzative, di coordinamento, formazione e supervisione clinica (uocpp, unità operativa di cure palliative pediatriche) che fra l'altro preveda l'attivazione di una struttura residenziale da riservare ai casi nei quali la situazione clinica e/o il contesto familiare lo richiedano. L'Uocpp comprenderà unità semplici domiciliari dedicate, una per ciascuna ASL, al fine di privilegiare la permanenza del bambino nel luogo abituale di vita.

Osservatorio regionale

La Regione intende avviare un'azione di supporto allo sviluppo della Rete con la costituzione di un Osservatorio regionale per le cure palliative che abbia il compito di effettuare:

- il monitoraggio di tutte le attività al momento erogate dalla Rete,
- il monitoraggio delle fasi di attuazione di quanto progettato
- il raccordo con l'Osservatorio epidemiologico regionale che estenderà il suo campo di ricerca anche all'età pediatrica
- la diffusione dei dati raccolti ad operatori ed utenti,
- la valutazione del volume e tipologia delle prestazioni effettuate,
- l'elaborazione di protocolli di modalità comunicative fra paziente/ familiari e soggetti eroganti l'assistenza,
- l'elaborazione di protocolli di intervento sanitario,
- la definizione di un programma formativo e di aggiornamento degli operatori,
- un'azione di stimolo all'incontro ed al confronto fra gli operatori della Rete,
- la definizione di un programma di pubblicizzazione delle Rete e delle sue potenzialità.

I Dirigenti delle UOCP avranno fra l'altro il compito di collaborare alle iniziative attivate dall'Osservatorio regionale.

3.1.4 La Terapia del dolore

L'aumento della aspettativa di vita ed il costante incremento dell'incidenza di patologie gravi ed altamente invalidanti, complicate dalla presenza di dolore di grado moderato-severo, non più inteso come semplice sintomo, ma come sindrome complessa a sé stante, ha stimolato lo sviluppo delle conoscenze sugli aspetti fisiopatologici e terapeutici ad esso collegati, promuovendo la nascita della cosiddetta "medicina del dolore".

In ambito anestesiologicalo si sono sviluppate nuove e più efficaci strategie di controllo del dolore per i pazienti resistenti ai trattamenti farmacologici di comune e più semplice impiego, orientate al miglioramento della qualità della vita.

Nella Regione Puglia non risulta ancora avviata in forma strutturale l'attività dedicata al trattamento del dolore, nelle sue diverse espressioni di dolore postoperatorio, neoplastico, da patologia cronica invalidante, rendendosi pertanto necessario da un lato sviluppare in maniera diffusa processi formativi, dall'altro attivare nell'ambito delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione strutture dedicate.

Le suddette strutture procederanno alla individuazione dei protocolli terapeutici e alle modalità di erogazione delle relative prestazioni, raccordandosi con le Unità Operative interessate e con le competenti strutture territoriali dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

3.1.5 L'Assistenza al paziente cronico

Per un ottimale trattamento delle patologie croniche caratterizzate da frequenti riacutizzazioni, che causano spesso ricoveri inappropriati, è opportuno realizzare una efficace continuità assistenziale tramite il coordinamento fra le figure professionali che partecipano in tempi successivi e a vari livelli alla gestione di un determinato paziente. Le malattie che più possono beneficiare di un modello di gestione integrata dei processi di cura (disease management) sono quelle croniche: scompenso cardiaco, BPCO con insufficienza respiratoria, cirrosi epatica scompensata e diabete mellito con complicanze, in quanto patologie con elevata incidenza e alti costi sanitari diretti e indiretti, anche per le frequenti riospedalizzazioni.

Di particolare rilievo nella gestione di queste patologie è l'attivazione di team multidisciplinari e multiprofessionali: MMG, specialista ospedaliero e/o territoriale, infermiere professionale, dietista, fisioterapista. Inoltre la gestione integrata dei pazienti fra ospedale e territorio elimina le fasi più delicate del percorso sanitario che coincidono con i momenti di passaggio da una gestione all'altra (ammissione/dimissione ospedaliera, trasferimento tra reparti ospedalieri anche di presidi diversi).

In Regione Puglia sono già in corso o sono state proposte esperienze, derivanti da specifici progetti e accordi fra alcune Società Scientifiche e le organizzazioni di categoria dei MMG, relative a particolari patologie (diabete e scompenso cardiaco) che devono essere estese su tutto il territorio regionale e ad altre condizioni di cronicità.

3.1.6 La Rete delle Malattie Neurodegenerative

Le malattie neurodegenerative costituiscono un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate dall'instaurarsi della morte delle cellule neuronali e conseguentemente di segmenti interi del Sistema Nervoso Centrale (SNC) caratterizzati da attiguità funzionali o strutturali.

Il gruppo delle malattie neurodegenerative comprende il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), le demenze degenerative non Alzheimer e il declino cognitivo - non demenza (MCI). Queste patologie hanno in comune molti aspetti della patogenesi (disordini dell'aggregazione proteica); utilizzano spesso le medesime procedure diagnostiche (nuove tecniche di imaging quali Risonanza Magnetica in diffusione) e terapeutiche. Infine molte delle problematiche relative alla gestione fisioterapica e di interventi non farmacologici sono analoghe.

Questo gruppo di caratteristiche fa sì che lo sviluppo di un core di conoscenze e di expertise in un sistema a rete sia una via privilegiata per ottimizzare i risultati dell'assistenza e contribuire alla produzione e alla diffusione di nuove conoscenze nel settore.

Dimensioni del Problema

Poiché l'età è il fattore di rischio più importante per queste patologie, l'invecchiamento della popolazione generale in atto determina una continua crescita dei numeri relativi a queste malattie. Complessivamente circa il 10-15% della popolazione sopra i 65 anni ha una diagnosi di malattia neurodegenerativa o presenta una fase sintomatica senza che la patologia sia stata diagnosticata. Tutte queste patologie, coinvolgendo in maniera diretta le funzioni cognitive e la motricità, sono responsabili di una rapida caduta delle capacità relazionali e dell'autonomia funzionale, e spesso, nel tempo, della perdita della identità individuale, con importanti ripercussioni a livello individuale e sociale.

Nell'area della diagnostica la definizione delle tipologie cliniche va associata alla nuove diagnostiche radiologiche sia statiche che funzionali, all'uso di markers di laboratorio, nonché di test genetici e di neuropsicologia. Si tratta pertanto di un'area in cui solo assicurando un'integrazione continua tra ricerca e assistenza è possibile fornire diagnosi rapide, cure più appropriate ed un follow up con care riabilitativo adeguato.

Obiettivi

- * Miglioramento e razionalizzazione delle capacità diagnostiche
- * Implementazione di protocolli diagnostici e di follow-up delle patologie, da utilizzare nelle Unità Operative di Neurologia presenti sul territorio, anche attraverso il coordinamento delle strutture di ricerca per l'impiego di diagnostica avanzata di Imaging e di Laboratorio (biomarkers in siero e liquor cefalo-rachidiano e genetici).
- * Coordinamento con il livello assistenziale sul territorio, con il coinvolgimento dei medici di base e degli specialisti di settore, che garantisca lo sviluppo di protocolli di assistenza per la gestione quotidiana delle patologie nelle diverse fasi evolutive.

Descrizione delle attività della Rete

Si propone un modello organizzativo di tipo "Hub and Spoke", con la individuazione di tre centri di riferimento regionali, uno per ciascuna delle macroaree regionali, supportati da una rete di servizi ospedalieri e territoriali, in costante collegamento funzionale tra loro per assicurare la correttezza del percorso diagnostico-terapeutico, nonché la continuità della presa in carico dei pazienti.

L'attività della rete si svilupperà su due livelli sovrapposti: il primo coinvolgente le unità operative complesse di neurologia presenti nella regione; il secondo rappresentato dalle articolazioni territoriali degli specialisti ambulatoriali e MMG, nonché dal sistema dell'assistenza residenziale, semi-residenziale e domiciliare. Il flusso dei pazienti e delle informazioni viaggerà nelle due direzioni e tra i due livelli in maniera coordinata.

I centri regionali di riferimento hanno compiti di coordinamento dei servizi ospedalieri e territoriali per offrire supporto nell'indirizzo diagnostico e terapeutico e per la formulazione di linee guida e protocolli di follow up. Sono collegati con reti di ricerca ed assistenza nazionali e internazionali e si raccordano con le Istituzioni regionali preposte per la definizione di percorsi formativi specifici per gli operatori dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

In ciascuna Azienda viene assicurata la presenza di almeno una Unità Operativa di Neurologia in cui siano attivati percorsi assistenziali dedicati con attività ambulatoriale e servizio di Day Hospital finalizzato a diagnosi e terapia, con accesso alla diagnostica di laboratorio, neurofisiologica e di neuroimaging.

I servizi territoriali e i MMG collaborano alla definizione e alla realizzazione del piano terapeutico e all'aggiornamento della cartella clinica informatizzata, di cui si dice in seguito, e definiscono le opportune modalità di assistenza socio-sanitaria, attraverso la UVM, per l'attivazione dell'ADI e il coordinamento dei servizi di riabilitazione residenziale e semi-residenziale.

Un aspetto qualificante della messa in rete delle strutture a vario livello dedicate a queste patologie è la raccolta dei dati epidemiologici. Fondamentale, da questo punto di vista, è l'istituzione di una cartella sanitaria informatizzata dedicata: questo strumento consente da un lato la ricostruzione e il continuo aggiornamento della storia clinica di ciascun paziente, accessibile a tutti gli operatori coinvolti, dall'altro rappresenta la base di partenza per la raccolta di dati epidemiologici, anche ai fini della valutazione dell'efficacia degli interventi attuati. L'obiettivo è la creazione di registri di patologia, utilizzando il modello del registro pugliese della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLAP), come base per le ricerche cliniche e per progetti di pianificazione sanitaria. In questo ambito è essenziale assicurare il collegamento con l'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.

Reti dedicate verranno attivate per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie neurodegenerative degli organi di senso (in particolare apparati uditivo e visivo).

3.1.7 Prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare

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

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

Livelli Essenziali Organizzativi per i Disturbi del Comportamento Alimentare

Servizio Assistenziale I° Livello

Servizio Assistenziale II° Livello

Servizio Assistenziale III° Livello

Ambulatorio

Ambulatorio

Ambulatorio

Day-Hospital

Day-Hospital

Residenza

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

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

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

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

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, con riferimento agli obiettivi da raggiungere assegnati specificatamente per i Dipartimenti di Salute Mentale, prevede di "migliorare le capacità di risposta

alle richieste di cura per i Disturbi del Comportamento Alimentare con particolare riferimento all'anoressia".

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

Nell'ambito di ciascuna ASL:

- almeno due strutture di 1° livello (ambulatoriale) ai sensi delle Linee Guida Ministeriali per i DCA, da collocarsi all'interno del Poliambulatorio dei distretti socio-sanitari, integrato con il CSM;
- una struttura di 2° livello con 15 posti letto di day hospital all'interno di Centri Specializzati per i DCA a valenza dipartimentale, collocata nell'Ospedale di riferimento della ASL, la cui direzione è affidata ad uno specialista psichiatra, per la diagnosi, la terapia e riabilitazione integrata e multidisciplinare;

Nell'ambito di ciascuna delle tre macroaree:

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

A livello regionale:

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

- coordinamento di tutti i progetti ed azioni di prevenzione dei DCA, in particolare di quelli promossi dalle Unità Interdipartimentali di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, di cui al paragrafo 2.2.7.1 del presente Piano;
- supporto all'Osservatorio Epidemiologico Regionale in materia di DCA;
- formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori;
- ricerche cliniche e di base in collaborazione con tutti i servizi disponibili (Università, Ospedali, servizi residenziali, Ospedali diurni, Ambulatori).

3.1.8 La medicina dello sport

La medicina dello Sport riveste una notevole efficacia preventiva e terapeutica nelle patologie croniche dell'individuo.

In attuazione delle finalità e degli obiettivi del SSN, la Regione provvede alla promozione e alla tutela sanitaria nelle attività sportive, attraverso la diffusione di stili di vita incentrati su una corretta attività fisica.

Ai fini della promozione dell'attività sportiva la Regione ha previsto:

- la gratuità delle certificazioni di idoneità dei minori alla pratica sportiva agonistica e non, compresi gli accertamenti relativi.
- i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle strutture che svolgono attività specialistica ambulatoriale di medicina dello sport per l'età evolutiva, con il regolamento regionale n. 3 del 13 gennaio 2005, in attuazione della L.R. n. 8/2004;
- le tariffe forfettarie per il rilascio delle certificazioni di idoneità dei soggetti maggiorenni alla pratica sportiva agonistica, compresi gli accertamenti richiesti per il loro rilascio, con l'art. 29 della L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

Il risultato del monitoraggio regionale effettuato nell'anno 2007, in merito alle prestazioni erogate dai Centri di Medicina dello Sport, pone in evidenza che esiste, a tutt'oggi, una notevole evasione dall'accertamento sanitario di idoneità dei soggetti che praticano sport in modo saltuario o continuativo.

Per questi motivi la Regione ha aderito al progetto "Azioni per una vita in salute" promosso dal Ministero per la Salute. Tale progetto, che si inserisce nel programma "Guadagnare Salute", ha come obiettivo generale l'aumento delta percentuale dei soggetti che svolgono una regolare attività fisica. Tale obiettivo deve essere perseguito attraverso:

- l'aumento della capacità del SSR di utilizzare l'esercizio fisico a fini preventivi per il contrasto di fattori di rischio della patologia cronica-degenerativa;
- la promozione di una cultura e di una legislazione che contrastino l'ambiente che induce la sedentarietà;
- la divulgazione, tramite una efficace campagna informativa/formativa, di messaggi diretti alla diffusione dell'attività fisica nella popolazione;
- istituzione del libretto sanitario dello sportivo, come previsto dal Coordinamento interregionale per la tutela sanitaria delle attività sportive.

Organizzazione

Al fine di rendere attuabili le finalità su citate, si rende necessaria una riorganizzazione dei servizi territoriali di Medicina dello Sport con la seguente strutturazione:

- Centro di Riferimento Regionale presso il Policlinico di Bari;
- Centri provinciali;
- Centri territoriali.

Il Centro di Riferimento Regionale di Medicina dello Sport è diretto da un dirigente

medico specialista in medicina dello sport.

Assolve, in aggiunta alle finalità dei centri provinciali e territoriali, i seguenti compiti:

- coordinamento dell'attività dei centri di livello provinciale;
- centro di riferimento per la valutazione complessiva dell'atleta;
- accertamenti diagnostici e interventi di sostegno in relazione a problemi fisici e psichici derivanti dalla pratica di attività motorie;
- attività di terapia e di riabilitazione per danni derivanti dalla pratica di attività sportiva;
- progetti di promozione dell'attività sportiva nei soggetti diversamente abili al fine di perseguire il possibile recupero parziale della disabilità stessa, nonché di migliorarne la qualità della vita;
- funzione di "Osservatorio epidemiologico regionale per la Medicina dello Sport", come previsto dalla circolare del Ministero della Sanità del 18 marzo 96 n. 500.4/MPS/CP/643;
- istituzione del Comitato regionale per la verifica della qualità in Medicina dello Sport;
- attività di studio e ricerca in Medicina dello Sport;
- diffusione della cultura della lotta al doping e all'uso di sostanze e metodiche dirette a modificare artificialmente le energie naturali ed il relativo rendimento atletico compromettendo la salute e la dignità di chi le usa e contravvenendo all'etica sportiva.

Il Centro Provinciale di Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Motoria, diretto da un medico specialista in Medicina dello Sport, deve assicurare, oltre ai compiti previsti per Centri Territoriali:

- la promozione dell'educazione sanitaria, motoria e sportiva della popolazione, quale mezzo efficace di prevenzione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di ciascun soggetto, in collaborazione con Scuola, Enti Locali, Società Sportive;
- la valutazione funzionale degli atleti, per la scelta dello sport più idoneo, con costruzione di tabelle di allenamento, analisi nutrizionale, dietologia sportiva;
- il recupero funzionale di soggetti affetti da patologie che possono beneficiare dell'attività sportiva;
- l'attuazione di misure per la lotta al Doping;
- l'organizzazione di corsi di formazione per elevare il livello professionale e per riqualificare gli operatori del settore;
- la sorveglianza igienico-sanitaria degli impianti sportivi (in collaborazione con le strutture del Dipartimento di Sanità Pubblica).

Il Centro Territoriale di Medicina dello Sport e Promozione dell'Attività Motoria, diretto da un dirigente responsabile medico specialista in Medicina dello Sport, deve provvedere:

- alla tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non, mediante l'effettuazione di esami clinici e strumentali propedeutici al rilascio del certificato di idoneità sportiva;
- alla compilazione del libretto sanitario dello sportivo.

Il sistema della medicina dello sport si avvarrà dei centri pubblici, delle strutture della Federazione medico sportiva Italiana, già accreditate, e delle strutture private, da accreditare in relazione al fabbisogno che, unitamente alla revisione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sarà oggetto di successiva apposita regolamentazione.

3.2 I percorsi per la riabilitazione

3.2.1 Principi generali

La strategia dell'intervento riabilitativo, che la Regione intende attuare con il presente Piano, tiene conto delle esigenze assistenziali di tipo strettamente sanitario e della necessità che, in alcuni casi, esso debba essere integrato con interventi sociali, orientati a rinforzare l'inserimento del disabile nei diversi cicli della vita sociale.

La medesima attenzione dovrà guidare gli estensori della programmazione integrata territoriale, che, con i PAT e i PdZ, metteranno in rete tutte le risorse che possono contribuire sinergicamente per migliorare la qualità della vita della persona, distinguendo le prestazioni rispettivamente correlate ai LIVEAS ed ai LEA, al fine di una corretta ripartizione dei costi di quelle sanitarie, così come definite dal D.P.C.M. 21 novembre 2001 e s.m.i.

Il Piano, nella sua articolazione dei macrolivelli territoriale ed ospedaliero, punta ad indirizzare il massimo delle risorse riabilitative verso le disabilità che richiedono un intervento più complesso. Deve essere fatto uno sforzo decisivo per definire in questo ambito modelli operativi chiari e funzionali, nonché livelli di assistenza omogenei su base regionale e trasparenti per gli utenti e le famiglie. Deve, inoltre, essere avviato il monitoraggio della qualità, dell'appropriatezza e degli esiti degli interventi di riabilitazione. Di conseguenza, la rete delle strutture e dei servizi riabilitativi deve essere organizzata sulla base del principio delle cure progressive ed in aree di degenza, secondo quattro livelli di complessità dell'assistenza:

- intensiva
- ad alta complessità
- a media complessità
- a bassa complessità.

Tali livelli si traducono in setting assistenziali erogati dagli ospedali pubblici o privati accreditati o dal distretto, attraverso strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate, in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Caratteristica essenziale dei programmi riabilitativi è l'individuazione di un obiettivo terapeutico da conseguire, in un tempo pre-determinato, mediante un percorso assistenziale che garantisca

l'insieme di prestazioni specialistiche tra loro coordinate, in relazione alla complessità del quadro clinico.

La riabilitazione intensiva viene assicurata nelle Unità Operative Ospedaliere in possesso di specifici requisiti che trattano patologie che necessitano dell'intervento riabilitativo precoce, in grado di garantire la presa in carico nella fase post-acuzie.

La riabilitazione ad alta complessità viene erogata presso Unità Operative Ospedaliere, in grado di garantire la presa in carico di pazienti con necessità di assistenza essenziale per il supporto vitale sino alla fase di risveglio ovvero di autonomia delle funzioni vitali.

La riabilitazione a media complessità viene garantita nelle RSA e presso strutture extra-ospedaliere, in possesso di specifici requisiti, in favore di pazienti che, superata la fase post-acuzie, necessitano di un programma terapeutico caratterizzato da un moderato impegno e, comunque, da una presa in carico per le prestazioni sanitarie funzionali al massimo recupero possibile della disabilità.

La riabilitazione a bassa complessità viene assicurata nelle RSSA e presso strutture extraospedaliere, in possesso di specifici requisiti, in favore di persone inserite in programmi di assistenza sociale, che hanno bisogni riabilitativi minimali.

La riabilitazione per l'assistenza ai minori affetti da disturbi comportamentali e/o da patologie neuro-psichiatriche viene erogata in strutture extra-ospedaliere a carattere socioassistenziale e socioeducativo dedicate, in possesso di specifici requisiti, che assicurino anche prestazioni socio-riabilitative di mantenimento, congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi, anche se privi di sostegno familiare.

3.2.2. Livelli di assistenza

Assistenza intensiva in Unità Operative per acuti

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

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

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

Assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera

Per pazienti in regime di ricovero ordinario, che hanno superato la fase acuta della malattia disabilitante e permangono in una condizione di rischio potenziale di instabilità clinica, tale da rendere necessari un'assistenza medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing

specificatamente dedicati nell'arco delle 24 ore, nonché di un supporto multispecialistico e tecnologico di livello ospedaliero.

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

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

Assistenza intensiva post-acuzie ad alta complessità

(Erogata in Unità operative ospedaliere)

Dedicate a pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.

Assistenza intensiva post acuzie extra-ospedaliera

(Strutture extra-ospedaliere)

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

Assistenza estensiva post-acuzie ad alta complessità

(Strutture residenziali territoriali)

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

Assistenza estensiva a media complessità

(Strutture residenziali territoriali - RSA)

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

Assistenza estensiva a ciclo diurno a media complessità

(Strutture semiresidenziali territoriali - centri di riabilitazione)

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

Assistenza estensiva a bassa complessità

(Strutture residenziali territoriali - RSSA)

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

Assistenza a ciclo diurno estensiva a bassa complessità

(Strutture semiresidenziali territoriali - centro socioeducativo e riabilitativo)

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

Assistenza ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

(Strutture residenziali territoriali dedicate)

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

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

(Strutture semiresidenziali territoriali dedicate - centro socioeducativo e riabilitativo)

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

Il programma deve prevedere in ogni caso la presa in carico del paziente e deve garantire continuità dei percorsi riabilitativi erogati nelle ore diurne. L'intervento deve garantire, altresì, la globalità dell'approccio terapeutico riabilitativo e mirare all'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia.

Assistenza a disabili privi di sostegno familiare

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

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

LIVELLO

TIPOLOGIA ASSISTENZIALE

STRUTTURA

AMBITO

Assistenza intensiva in Unità Operative per acuti

Per pazienti in fase acuta, clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con problematiche che richiedono la gestione del caso da parte di specialisti di discipline diverse dalla Medicina Fisica e Riabilitativa.

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

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

UU.OO. ospedaliere

LEA

Assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera

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

UU.OO. ospedaliere

LEA

Assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera in regime di Day Hospital

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

UU.OO. ospedaliere

LEA

Assistenza intensiva post-acuzie ad alta complessità

Dedicate a pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite.

UU.OO. ospedaliere dedicate

LEA

Assistenza intensiva post-acuzie extraospedaliera

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

Strutture extra ospedaliere (a tariffa)

LEA

Assistenza estensiva post-acuzie ad alta complessità

Per pazienti che richiedono un moderato impegno clinico e terapeutico, per il trattamento di disabilità in fase post-acuzie, a basso rischio potenziale di instabilità medica oppure per pazienti con disabilità croniche in condizione di non autosufficienza, abbisognevole nell'arco delle 24 ore di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento

riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi.

Strutture residenziali territoriali

LEA

Assistenza estensiva a media complessità

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

Strutture residenziali territoriali - RSA

LEA socio-sanitari

Assistenza diurna estensiva a media complessità

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

Strutture semiresidenziali territoriali

LEA socio-sanitari

Assistenza estensiva a bassa complessità

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

Strutture residenziali territoriali - RSSA

LEA socio-sanitari

Assistenza diurna estensiva a bassa complessità

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

Strutture semiresidenziali territoriali

LEA socio-sanitari

Assistenza ai minori portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali

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

Strutture residenziali territoriali dedicate

LEA socio-sanitari

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

Per soggetti in età evolutiva affetti da patologie congenite o acquisite che necessitano di un programma riabilitativo, che preveda interventi multidisciplinari, orientati al recupero di abilità fisiche, psichiche e relazionali erogabili, nell'ambito del progetto riabilitativo, nell'arco delle 12 ore. Il programma deve prevedere in ogni caso la presa in carico del paziente e deve garantire continuità dei percorsi riabilitativi erogati nelle ore diurne. L'intervento deve garantire, altresì, la globalità dell'approccio terapeutico riabilitativo e mirare all'integrazione socio-sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento della famiglia.

Strutture semiresidenziali territoriali dedicate

LEA sociosanitari

Assistenza a disabili privi di sostegno familiare

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

Strutture residenziali territoriali -

Istituti Ortofrenici ad esaurimento -

Altre strutture per il "dopo di noi"

LEA socio-sanitari

3.2.3 La riabilitazione domiciliare

Il presente piano sanitario si pone l'obiettivo di potenziamento dell'assistenza domiciliare, degli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e di supporto alla famiglia, promuovendone l'attivazione in tutti i casi in cui il quadro clinico del paziente lo consenta e le aspettative di un risultato efficace della terapia riabilitativa spingano ad orientare la scelta del trattamento a domicilio del paziente.

La rete delle cure domiciliari deve assicurare la continuità dell'assistenza medica, infermieristica, specialistica a domicilio per favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale. A tal fine struttura percorsi integrati di sostegno alla famiglia facilitando l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi ed ausili necessari a domicilio.

Al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni domiciliari la Regione definisce:

- linee guida regionali per un'uniforme interpretazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti alle cure domiciliari e per dare un significato omogeneo alle caratteristiche di questo tipo di assistenza;
- criteri per il progressivo ampliamento dell'erogazione delle cure nel domicilio familiare degli assistiti, finalizzando l'incremento previsto degli stanziamenti per tale regime di assistenza;
- strutturazione di risorse professionali multidisciplinari proprie e/o con rapporto funzionale;
- la disponibilità e l'utilizzo di risorse strumentali come ausili per la mobilitazione e la prevenzione di complicanze da immobilizzazione, presidi per le medicazioni difficili e per l'alimentazione artificiale, tecnologie innovative per la telemedicina e la teleassistenza;
- una valutazione dell'efficacia ed efficienza attraverso la lettura degli esiti raggiunti da coloro che utilizzano tale forma di assistenza;
- l'integrazione, sia in termini di programmazione che di erogazione, dell'assistenza realizzata dalle risorse del SSR e degli EE.LL. con le reti sociali di solidarietà attraverso forme di collaborazione sviluppate dai soggetti presenti nel territorio per l'attuazione dei LEA e dei LIVEAS.

Presa in carico

I presupposti essenziali per l'attivazione di un programma di Cure Domiciliari sono:

- compatibilità delle condizioni cliniche dell'Assistito con la permanenza a domicilio e con gli interventi sanitari e socio assistenziali necessari;
- presa in carico del Medico curante per le problematiche di tipo sanitario;
- consenso informato da parte dell'assistito e della sua famiglia;
- verifica dell'idoneità della condizione abitativa;
- verifica della presenza di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale;
- rafforzamento del ruolo del familiare di riferimento, care giver, attraverso la valutazione ed il potenziamento delle sue capacità e competenze, con la possibile partecipazione alla UVM per la verifica e l'adeguamento delle attività previste dal PAI.

A questo livello si devono sviluppare percorsi assistenziali per alcune tipologie di pazienti (es.: anziani con polipatologie; pazienti affetti malattia di Alzheimer, ecc.) con l'obiettivo di una forte integrazione interprofessionale e interdisciplinare per garantire una compiuta continuità dell'assistenza e il maggior livello ottenibile di efficacia delle prestazioni da erogare.

Organizzazione Servizio Cure Domiciliari

Il livello organizzativo delle Cure Domiciliari prevede responsabilità direttive ed operative di seguito definite.

Il livello direttivo è svolto dal Direttore di Distretto e da un Dirigente Medico della UO Assistenza intermedia.

Il Direttore di Distretto garantisce:

- la negoziazione del budget per le Cure Domiciliari;
- la definizione delle strategie operative per l'attuazione del Piano Aziendale;
- la definizione, con le Direzioni aziendali, di protocolli d'intesa per la costruzione di percorsi preferenziali d'accesso alle UUOO ed ai servizi aziendali;
- i rapporti con i MMG e i Pls per agevolare l'accesso alle Cure Domiciliari dei pazienti eleggibili in questo livello;
- la definizione dei protocolli organizzativi sanitari e socio-sanitari d'intesa con i Responsabili degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali;
- l'analisi dei costi e della qualità delle prestazioni.

Il Dirigente Medico di UO garantisce:

- il corretto uso delle risorse assegnate ed il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- i contatti con le direzioni ospedaliere e i servizi territoriali per assicurare la continuità delle cure;

- l'attivazione ed il monitoraggio di percorsi preferenziali d'accesso alle UO e servizi aziendali;
- il monitoraggio e la verifica delle attività e l'utilizzo delle risorse;
- l'individuazione delle necessità formative di tutti gli operatori delle Cure Domiciliari.

La Regione, in relazione ai livelli assistenziali individuati, definirà le procedure per garantire la presa in carico dei pazienti e l'integrazione delle strutture deputate alla soddisfazione degli specifici bisogni nelle diverse fasi del percorso riabilitativo, assicurando la qualità delle prestazioni, l'efficacia dell'intervento riabilitativo nel suo complesso, nonché l'integrazione socio-sanitaria.

Tali procedure dovranno qualificare le funzioni dei diversi soggetti erogatori, definendo gli spazi di complementarietà che ne consentano l'integrazione e precisare la metodologia con la quale l'intervento riabilitativo deve essere assicurato.

Nel prospetto riassuntivo di cui alle pagine precedenti si fa riferimento a tipologie di prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria riconducibili ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitari di cui all'All. 1C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, dei quali appare importante richiamare di seguito l'articolazione, così come definita dalle norme nazionali e così come recepite a livello regionale, con le più recenti normative che hanno concorso alla definizione di standard strutturali e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento ovvero per l'accreditamento istituzionale delle stesse strutture.

Ciò al fine di ricostruire l'intera gamma di offerta di prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali sulle quali, in relazione alle tipologie di bisogno e ai livelli di intensità assistenziale, allocare da parte delle ASL e dei Comuni le rispettive quote di spesa destinate alla articolazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, richiamando quel sistema di responsabilità condivise che guida nella definizione delle modalità e dei criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni.

In particolare il seguente prospetto illustra il quadro complessivo dei LEA socio-sanitari che dovranno completare l'offerta territoriale di prestazioni a carattere socio-sanitario, con specifico seppure non esclusivo riferimento all'area della riabilitazione a media e bassa intensità assistenziale.

Il prospetto che segue (Tav. 1) illustra i LEA socio-sanitari così come già definiti e individuati nella normativa nazionale e regionale più recente, ma per i quali non è ancora assicurata la piena esigibilità delle prestazioni sul territorio regionale, dal momento che per la gran parte delle strutture non sono ancora definiti a livello regionale i livelli di fabbisogno, e i correlati tetti di spesa per la copertura finanziaria, né le priorità ed i criteri di accesso. Si viene in tal modo a configurare un'area di interventi per i quali la programmazione socio-sanitaria di ciascuna ASL e dei relativi distretti deve offrire elementi di riferimento per il riconoscimento delle prestazioni correlate, rispetto ai livelli di copertura territoriali e alle modalità di compartecipazione finanziaria alla spesa da parte della ASL e dei Comuni interessati.

Tav. 1 - I LEA socio-sanitari nella normativa vigente (*)

Macrolivelli di assistenza

LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007

Riferimenti norme nazionali e regionali

Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)

Quota di compartecipazione Comuni

Domiciliare

Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)

Art. 25 L. n. 833/1978

100%

(prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, farmaceutica, m protesica e integrativa a domicilio)

L. n. 104/1992

L. n. 162/1998

LR. n. 25/2006

Reg. n. 4/2007

50%

(prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona)

50%

(prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona)

Macrolivelli di assistenza

LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007

Riferimenti norme nazionali e regionali

Quota di compartecipazione ASL

Quota di compartecipazione Comuni

Semiresidenziale

Assistenza semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria in programmi riabilitativi per disabili fisici, psichici e sensoriali

D.Lgs. n. 229/1999

100 % (prestazioni diagnostiche e terapeutiche per disabili e per minori affetti da patologie neuropsichiatriche e disturbi comportamentali gravi)

L. n. 104/1992

L. n. 162/1998

Reg. n. 3/2005 (Sez. D)

70%

(prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi)

30%

(prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi)

Reg. n. 4/2007 art. 60

(centro socio-educativo e riabilitativo)

50%

(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti compresi interventi di sollievo:

centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 Reg. n 4/2007)

50%

(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento Funzionale delle abilità per non autosufficienti. compresi interventi di sollievo:

centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 Reg. n 4/2007)

Assistenza semi- residenziale sanitaria e socio-sanitaria in programmi riabilitativi per persone con problemi psichiatrici

P.O. Tutela della salute mentale D.P.R. 10 novembre 1999

Reg. n. 7/2002 art. 4

Art. 26 della L. n. 833/1978

100%

Centro Diurno

Centri di riabilitazione

1

Macrolivelli di assistenza

LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007

Riferimenti norme nazionali e regionali

Quota di compartecipazione ASL

Quota di compartecipazione Comuni

Residenziale

Assistenza sanitarie a socio-sanitaria in programmi riabilitativi per persone con problemi psichiatrici e per disabili fisici, psichici e sensoriali

P.O. Tutela della salute mentale D.P.R. 10 novembre 1999

Reg. n. 7/2002 (artt. 1, 2, 3)

L.R. n. 26/2006

(artt. 8, 9)

100%

prestazioni diagnostiche terapeutiche riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale:

- comunità riabilitativa
- comunità alloggio
- gruppo appartamento

Reg. n. 4/2007

(comunità socioriabilitativa casa per la vita)

70%

prestazioni terapeutiche e socioria bivalve in regime residenziale per disabili gravi:

comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 RR n. 4/2007

30%

prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi:

comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R n 4/2007

Reg. R. n.

4/2007

(comunità

socioriabilitativa, casa per la vita)

40%

prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare:

comunità alloggio per "dopo di noi" - art. 55 R.R n 4/2007

casa per la vita - art. 70 Reg. n. 4/2007

60%

prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in regime residenziale per disagili gravi privi di sostegno familiare:

comunità alloggio per "dopo di noi" -art. 55 R R n. 4/2007

casa per la vita - art. 70 Reg. n 4/2007

Macrolivelli di assistenza

LEA di cui all'All. 1C D.P.C.M. 29 novembre 2007

Riferimenti norme nazionali e regionali

Quota di compartecipazione ASL

Quota di compartecipazione Comuni

50%

(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo:

RSSA per disabili - art. 58 Reg. n. 4/2007

RSSA per anziani

- art. 66 Reg. n. 4/2007)

50%

(prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo:

RSSA per disabili - art. 58 Reg. n. 4/2007

RSSA per anziani - art. 66 Reg. n. 4/2007)

Attività sanitaria e socio-sanitaria per persone affetta da AIDS

D.P.R. 8 marzo 2000

P.O. AIDS

70%

(prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungoassistenza in regime residenziale)

30%

(prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungoassistenza in regime residenziale)

(*) Nel prospetto non sono considerate le strutture e le prestazioni riabilitative ex art. 26 della L. n. 833/1978, perché a carattere sanitario.

La esigibilità dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitari deve essere temperata con l'obiettivo del completamento della "filiera" delle prestazioni socio-sanitarie, per cui è necessario:

1. predisporre protocolli operativi per la "standardizzazione" delle decisioni sulle modalità di presa in carico e durata della permanenza, anche al fine di una puntuale verifica dell'appropriatezza delle prestazioni in relazione al profilo di bisogno di ciascun caso sulla base delle principali casistiche dei ricoveri in RSA, RSSA e ADI;
2. monitorare le liste di attesa nelle strutture residenziali e le modalità di risposta sostitutive, ridurre il livello di inappropriatezza dei ricoveri in RSSA e in RSA rispetto alla gravità e alla complessità dei casi, nonché rispetto alla durata di permanenza nelle diverse strutture;
3. riqualificare l'offerta nell'ambito della rete delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie per le non autosufficienze, per la salute mentale, per i disabili gravi e gravissimi senza il supporto familiare ("dopo di noi") che sia in linea con gli obiettivi di recupero e mantenimento delle autonomie residue e di reinserimento sociale dei pazienti che sono al termine di percorsi terapeutico-riabilitativi o in una situazione stabilizzata, in coerenza con l'esigenza di dare piena

applicazione anche in Puglia ai LEA socio-sanitari di cui all'All. 1C del • D.P.C.M. 29 novembre 2001, pervenendo in tempi brevi alla determinazione del fabbisogno su base provinciale per le stesse strutture;

4. accrescere gli investimenti e gli sforzi organizzativi e finanziari, per il completamento della "filiera" con le strutture post-riabilitative, ai fini della realizzazione nell'area della salute mentale di una rete territoriale di strutture residenziali più leggere, in termini di complessità assistenziale, e strutture non residenziali capaci di far proseguire il percorso di recupero e, ove possibile, di reinserimento ovvero di mantenimento delle autonomie funzionali residue;

5. definire protocolli operativi capaci di integrare nel progetto personalizzato le prestazioni residenziali con le prestazioni domiciliari, ove ne sussistano le condizioni, per conseguire maggiori livelli di efficacia, di appropriatezza e di risparmio;

6. assicurare presidi di riferimento regionale per le cure sanitarie complesse in favore di disabili.

Con riferimento all'ultimo punto, in particolare, le priorità di intervento per rafforzare l'offerta di prestazioni riabilitative per persone con disabilità sono individuate nelle seguenti:

1. attivazione di almeno tre strutture (una per ciascuna macroarea) a carattere ospedaliero o nell'ambito della assistenza polispecialistica territoriale, per la erogazione di prestazioni di elevata specializzazione nell'area odontoiatrica per persone diversamente abili, che consentano ricoveri ospedalieri di breve durata per l'erogazione di prestazioni specifiche, al fine di ridurre una delle cause di mobilità fuori regione delle famiglie di persone diversamente abili (si veda anche il punto seguente);

2. attivazione di almeno un centro-ausili di titolarità pubblica che si aggiunga al centro ausili già attivo ad Ostuni, per ridurre la mobilità delle famiglie che si rivolgono fuori Regione per la richiesta di consulenze specialistiche;

3. potenziamento dei centri socioriabilitativi delle ASL e delle strutture socioeducative e riabilitative (recupero e mantenimento funzionale delle abilità), in compartecipazione ASL-Comuni, per assicurare la capillarità di prestazioni riabilitative e di integrazione socio-educativa, in termini aggiuntivi rispetto alla offerta già assicurata dai centri di riabilitazione ASL.