

# Forum**2019** Mediterraneo in Sanità



**SANITÀ DI SVOLTA,  
DA SUD SOLUZIONI DIFFERENTI**

FIERA DEL LEVANTE | NUOVO CENTRO CONGRESSI

# AReSS

# AReSS Puglia

L'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale è stata istituita con la legge Regionale n. 29 del 24 luglio 2017. E' un organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, a servizio della Regione Puglia in particolare e della pubblica amministrazione in generale e opera quale agenzia di studio, ricerca, analisi, verifica, consulenza e supporto di tipo tecnico-scientifico.

L'A.Re.S.S. si propone di organizzare e migliorare, attraverso il monitoraggio e la verifica continua degli esiti, la prontezza di risposta del sistema sanitario regionale alle esigenze e aspettative della domanda di salute dei cittadini pugliesi. A tal fine, identifica, programma e promuove linee di sviluppo in materia di salute e benessere sociale, anche definendo e implementando strategie di innovazione dei servizi sanitari e sociali, finalizzate al pieno soddisfacimento del bisogno di salute, declinato nella duplice prospettiva della prevenzione e della cura sanitaria. In qualità di Agenzia strategica, acquisisce e sviluppa nuove conoscenze strategiche e organizzative. A tal fine, sperimenta percorsi di innovazione e di miglioramento, analizza e diffonde i migliori protocolli sociosanitari esistenti sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale, promuove e verifica modelli gestionali innovativi di governo clinico, anche nel rispetto delle esigenze di razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese a carico del bilancio regionale.

L'A.Re.S.S. svolge, altresì, attività di studio sul miglioramento della fruizione dei servizi sociali indispensabili, sulla domanda di servizi conseguente ai bisogni emergenti, sulla coesione sociale. Favorisce e accresce relazioni virtuose in ambito sanitario e socio-sanitario tra il mondo della ricerca, il settore dell'impresa e la collettività, attraverso lo studio delle interazioni interne alla società civile. Promuove l'integrazione tra diritti di cittadinanza e cultura della salute, a mezzo della formazione in sanità.

Promosso da:



Fondazione  
Sicurezza  
in Sanità

Promosso da:

Ministero della Salute

ISTITUTO  
SUPERIORE  
DI SANITÀ



REGIONE PUGLIA



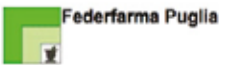
COMUNE DI BARI

Promosso da:



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

Con il patrocinio di:



OPI Bari-BAT-Brindisi



Autorizzazione ASL Lecce n. 960/2019



ISTITUTO TUMORI BARI  
GIOVANNI PAOLO II - IRCCS



ISTITUTO DI RICOVERO  
E CURA A CARATTERE  
SCIENTIFICO  
"SAVERIO DE BELLIS"



AZIENDA OSPEDALIERA  
UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE - POLICLINICO  
GIOVANNI XXIII



## ■ Sanità di svolta...

**D**i momenti cruciali la Sanità italiana ne ha attraversati tanti e ogni volta è sembrato fosse quello decisivo con l'idea che nulla dopo sarebbe stato più lo stesso. Non farebbe eccezione questo particolare momento storico anche con il rischio di evocare pure quest'anno l'ineluttabilità degli eventi e derubricarlo tra un anno come "non così cruciale, l'abbiamo svangata". La verità è che da qualche decennio la sanità italiana incassa urti incrementali più o meno grandi e, in maniera resiliente, li assorbe - adattandosi ogni volta con più fatica - e si rialza.

Quest'anno, però, una serie di cambiamenti di scenario più robusti in corso (vedi uscite pensionistiche) e altri all'orizzonte di breve termine (vedi regionalismo differenziato) si aggiunge agli urti precedenti che non hanno ancora scaricato la propria forza e sembra anticipare un punto di rottura epocale. Non vogliamo dare in questa sede giudizi politici sulle evoluzioni istituzionali in corso ma da freddi osservatori tecnici non possiamo non registrare che quello che si prepara, magari come opportunità, è la rottura di un certo equilibrio e la ricerca, stavolta più "laboriosa", di un nuovo equilibrio. È quello che succede in tutti i sistemi complessi: a numerose piccole variazioni di equilibrio nel tempo, si alternano poche e traumatiche "cesure di linea". La recente difficoltà a reperire qualificate figure professionali sul mercato del lavoro anche presso Regioni diciamo "dotate" basta da sola a prefigurare una imminente assenza di continuità su molti fronti. È per questi motivi che l'edizione di quest'anno del Forum Mediterraneo l'abbiamo intitolata "Sanità di svolta", senza alcun intento apocalittico ma con spirito costruttivo offrendo spazio di confronto sulle diverse alternative al "dopo" qualunque forma prenderà e visibilità a soluzioni "da Sud". Ancora "Sud". Perché se alcune Regioni potranno fondare il proprio "dopo" su condizioni di partenza più solide non così sarà per le Regioni meridionali che sulla risorsa umana, per esempio, scontano vistose disparità di dotazione rispetto a quelle del centro-nord e, per contro, un fabbisogno di assistenza (vedi prevalenza standardizzata di cronicità) più elevato. E proprio questa volta il Sud non può rispolverare il refrain certamente importante ma ora un po' logoro del "più soldi".

Le risorse finanziarie sono importanti ma, riteniamo, siano più importanti le soluzioni: organizzative, istituzionali, tecnologiche, cliniche. E quali che siano, comunque "differenziate" (quelle sì) rispetto alle altre aree del Paese. Trovate le buone soluzioni, finanziarle potrebbe richiedere ben altro che la semplice (e mai davvero voluta) redistribuzione della quota capitaria in base all'indice di deprivazione sociale. Di idee quest'anno ce ne sono a tal punto che l'edizione 2019 del Forum si è estesa su tre giorni solo per fare spazio al maggior numero di iniziative. Sono almeno cinque i filoni tematici cui ricondurre idealmente le oltre trenta sessioni:

- Sanità di anticipo, con la prevenzione a scuola, l'uso dei Big Data per la Salute, gli interventi congiunti su Ambiente e Salute, le politiche di sicurezza integrata;
- Tecnologia intelligente, con le opportunità offerte dalla sanità digitale e dalla telemedicina per complementare, mai sostituire, l'azione del professionista in nuovi paradigmi organizzativi;
- Partnership innovativa, con la necessità di un ripensamento del ruolo del privato accreditato sui tradizionali servizi affamati di professionisti e i nuovi servizi territoriali alla ricerca di modelli inediti di integrazione pubblico-privato;
- Salute della fragilità, con le buone pratiche per le fasce più deboli di cittadini, come i bambini, i detenuti, i disabili i malati rari;
- Professionisti propositivi, con le idee provenienti da chi conosce la "domanda" di salute dei cittadini, corrente e prospettica, osservandola sul campo.

E l'accresciuta propositività di interlocutori vecchi e nuovi di questo Forum che si sta sempre più qualificando come appuntamento fisso sul panorama nazionale lascia ben sperare chi nei passaggi critici vede soprattutto opportunità di più vantaggiosi punti di equilibrio del sistema.

Giovanni Gorgoni  
Direttore Generale AReSS Puglia

01

18 Settembre 2019

## Salute a Scuola, Scuola di Salute. Presentazione Catalogo scuola 2019-2020 e rassegna buone pratiche.

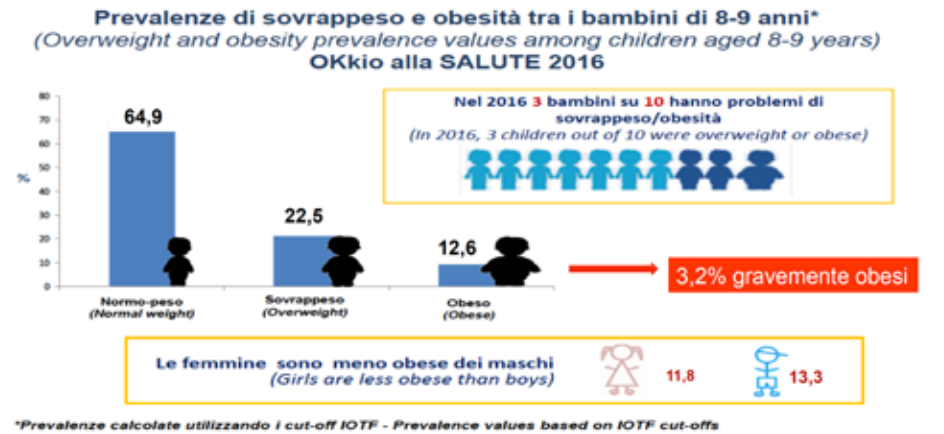
La sessione di lavoro coordinata da **Pasquale Pedote**, responsabile Promozione Salute della Regione Puglia, è stata l'occasione per illustrare le iniziative che hanno coinvolto il mondo della scuola e quel-

lo della sanità. Prima fra tutti, il Catalogo scuola 2019-2020 per la promozione della salute. Un'iniziativa adottata ormai da otto anni, dalla sottoscrizione del protocollo d'intesa tra Assessorato alla Salute e Ufficio Scolastico Regionale, e premiata nel 2018 dal Ministero della Salute come buona pratica: a essere coinvolti sono stati solo nel

2018 oltre 90mila alunni di 4.396 classi delle scuole pugliesi in corsi di formazione su ludopatie, alimentazione, dipendenze, affettività.

Le aree tematiche al centro del progetto sono:

- Nutrizione e attività motoria
- Contrasto alle dipendenze
- Comportamenti a rischio
- Sicurezza in casa, in strada e a lavoro
- Salute e ambiente
- Benessere mentale
- Corpo in salute
- Affettività, sessualità e MST



Fonte: OKkio alla Salute

È stato tracciato un percorso ben definito di interesse comune che identifica lo stato di salute della popolazione scolastica pugliese e configura un modo unico per affrontare le criticità, così come ha anche evidenziato nel suo intervento **Maria Teresa Balducci**, Responsabile Gruppo Tecnico Sorveglianze della Regione Puglia.

Purtroppo, i dati che interessano i nostri ragazzi non sono confortanti. Ad esempio, oltre il 30% dei ragazzi in età compresa tra 8 e 9 anni è in uno stato di sovrappeso. Un dato che pone la nostra regione al sesto posto in Italia con un + 8% rispetto alla media nazionale (dati Okkio alla Salute 2016), dietro a regioni come la Campania, Calabria, Molise, Basilicata e Sicilia. Per correre ai ripari si sono sviluppate delle attività di promozione che vanno dalla distribuzione di alimenti sani, al coinvolgimento delle famiglie nelle iniziative alimentari e di attività motoria extracurricolare. I pericoli per la salute del bambino non sono solo generati dalle abitudini alimentari e motorie, ma arrivano anche dai rapporti sociali diretti e indiretti. Con il diffondersi delle tecnologie e dei mezzi di comunicazione (Facebook, Instagram, Whatsapp), al bullismo si sono aggiunti i rischi derivanti dal cyberbullismo e dall'adescamento online così come ha ricordato **Maria Grazia Foschino**, Responsabile del Servizio di Psicologia Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari.



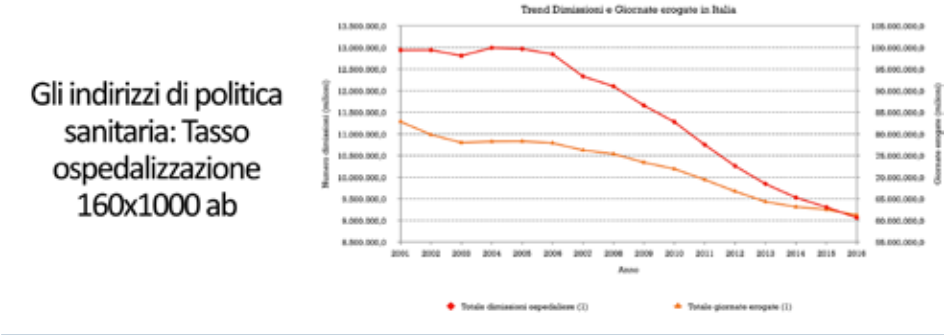
Lo scudo migliore, quindi, appare una strategica alleanza fra istituzioni, scuola e famiglia per generare un contesto educativo efficace. E’ quanto ha espresso nel suo intervento **Antonio Tommasi**, Dirigente Servizio Sanità Pubblica, Igiene Alimenti e Sicurezza del Lavoro della Regione Puglia. Ed e’ questo che si pone la governance regionale della Promozione della Salute Scolastica affidata al Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI) che regola le sezioni del progetto, monitora le iniziative provinciale, diffonde le buone pratiche e promuove interventi formativi rivolti ad operatori scolastici e socio-sanitari. Per dare forza e vitalità a questo ambizioso disegno prende corpo l’idea di avviare la costruzione di un modello pugliese di Network per la Promozione della Salute per la realizzazione di interventi fondati sulla continuità e la contiguità delle azioni e sulla collaborazione intersettoriale.

Un Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nella Scuola che, individuate le priorità di intervento tramite la rilevazione dei bisogni segnalata delle Istituzioni Scolastiche e la lettura dei dati epidemiologici operata dall’Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), valuta e seleziona i progetti con evidenza di efficacia.

**Assistenza socio sanitaria e sociale, servizi di qualità alla persona nel territorio, in Residenza Sanitaria Assistenziale (Rsa) a domicilio.**

Dagli interventi nella scuola all’esigenze generali del territorio, il passo è breve. La discussione si trasferisce sui nuovi modelli organizzativi per l’offerta dei servizi socio sanitari, sull’innovazione dei device, spesa sanitaria e soggetti aggregatori, sicurezza integrata. I lavori introdotti da **Giovanni Campobasso**, dirigente sezione Strategie e Governo dell’offerta del Dipartimento Salute della Regione Puglia, sono andati avanti con gli interventi di esperti del settore.

**Lucia Bisceglia**, Direttrice Area Epidemiologia e Care Intelligence Aress Puglia, ha puntato l’attenzione sulla la cronicità e la presa in carico nel sistema residenziale e semiresidenziale.



Nuovi setting assistenziali prevedono un adeguamento del percorso di ospedalizzazione nella Regione Puglia, o meglio, di deospedalizzazione per determinate cronicità come l’ipertensione o il diabete in soggetti con

**La qualificazione dell’offerta ospedaliera**

Dal 2011 ➔ riconversione 25 istituti di ricovero

| Indicatore                                     | 2011          | 2012          | 2013          | 2014          | 2015          | 2016          | 2017          | 2018          | Diff % |
|------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| Numero ricoveri totali                         | 801.152       | 710.910       | 670.274       | 636.226       | 589.144       | 549.017       | 515.601       | 495.549       | -38%   |
| Valore economico ricoveri                      | 1.990.467.707 | 1.814.199.317 | 1.837.870.211 | 1.829.598.290 | 1.783.665.254 | 1.755.584.105 | 1.729.098.296 | 1.735.518.011 | -13%   |
| Peso medio ordinari                            | 0,98          | 1,01          | 1,02          | 1,04          | 1,06          | 1,08          | 1,1           | 1,13          | 15%    |
| Peso medio chirurgici                          | 1,4           | 1,44          | 1,47          | 1,5           | 1,55          | 1,58          | 1,61          | 1,63          | 16%    |
| % chirurgici/Totale ordinari                   | 34%           | 34%           | 35%           | 35%           | 34%           | 35%           | 36%           | 37%           | 9%     |
| % dimessi da reparti chirurgici con DRG medico | 33%           | 32%           | 30%           | 30%           | 30%           | 28%           | 28%           | 26%           | -21%   |
| Degenza media preoperatoria                    | 2,12          | 2,12          | 2,02          | 1,93          | 1,99          | 1,95          | 1,95          | 1,88          | -11%   |
| % DRG LEA sul totale                           | 43%           | 38%           | 35%           | 33%           | 29%           | 24%           | 22%           | 19%           | -56%   |
| % ricoveri medici outliers                     | 4%            | 3%            | 3%            | 3%            | 3%            | 4%            | 4%            | 4%            | 0%     |

| Analisi dell’attività assistenziale    | 2014          | 2015          | 2016          | 2017          | Valori di riferimento | Fonte      |
|----------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|------------|
| POSTI LETTO                            |               |               |               |               |                       | DM 70/2015 |
| Totale PL (tasso x 1000 residenti)     | 13.046 (3,19) | 12.716 (3,12) | 12.533 (3,08) | 12.693 (3,14) | 14.516**(3,61)        |            |
| PL acuti (tasso x 1000 residenti)      | 11.562 (2,83) | 11.304 (2,77) | 11.156 (2,75) | 11.327 (2,80) | 11.769**(2,93)        |            |
| PL post acuzie (tasso x 1000residenti) | 1.484 (0,36)  | 1.412 (0,35)  | 1.377 (0,34)  | 1.366 (0,34)  | 2.746**(0,68)         |            |

I dati nella Regione Puglia - Fonte: Elaborazioni Aress, NSIS

un’età maggiore di 35 anni. Tradotto in termini economico-logistici significa riconvertire gli istituti di ricovero al fine di riqualificare l’offerta sanitaria facendo attenzione ai costi e alle esigenze della collettività e aumentando, di conseguenza, l’assistenza territoriale. Insomma, pensare e strutturare un sistema flessibile e personalizzato che offra diversi servizi (residenziali e non) superando la visione tradizionale della RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale).

Per una ricognizione analitica delle maggiori sfide e opportunità, che attendono l’assistenza territoriale nei prossimi anni, per rispondere più efficacemente alle caratteristiche emergenti della nuova domanda di salute e per fondare nuovi profili di sostenibilità economica e di controllo dei costi del sistema sanitario, è nato il progetto descritto da **Giuseppe Greco**, segretario generale ISIMM Ricerche (Istituto per lo Studio dell’Innovazione - Media, Economia, Società, Istituzioni).

Queste sfide riguardano in particolare:

- la riprogettazione del ruolo del MMG (medico medicina generale) nella gestione delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria del paziente, nonché il finanziamento integrato dei servizi;
- lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della Telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio.

- obiettivi posti
- fasce di bisogni/pazienti interessati
- modelli di finanziamento previsti
- meccanismi gestionali individuati
- processi operativi implementati
- metodologie di valutazione degli esiti sanitari e della qualità dell'assistenza adottate.

L'eterogeneità dei modelli regionali si è via via stratificata a fronte della carenza di precisi indirizzi nazionali, che solo negli ultimi anni sono diventati più pertinenti e omogenei. A gennaio 2018 si è insediata una apposita cabina di Regia Nazionale per seguire la realizzazione delle diverse fasi individuate dal Piano\* all'interno del disegno del macroprocesso di gestione della persona con cronicità.

*\*Il Piano Nazionale della Cronicità nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.*

Sulla base di quest'analisi, lo stesso ISIMM ha ipotizzato e auspicato dieci azioni per il futuro dell'assistenza territoriale:

- garantire l'accesso ai LEA (livelli essenziali di assistenza) e prevedere appositi schemi di rimborsabilità per le nuove piattaforme digita-

li integrate prodotti-servizi, con particolare riferimento all'impiego della Telemedicina a domicilio, al fine di sostenere adeguatamente la diffusione e l'implementazione dell'innovazione tecnologica e organizzativa;

- promuovere strumenti di valutazione strettamente connessi ai Percorsi Assistenziali e capaci di favorire misurazioni in itinere, considerando integralmente le dimensioni della qualità delle cure (efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità), al fine di indirizzare il sistema verso una logica degli esiti e di attenzione alla qualità della vita;
- superare il sistema attuale di remunerazione dei Percorsi Assistenziali per le cronicità, fondato sulla somma delle prestazioni della filiera socio-sanitaria, individuando schemi unitari per la presa in carico complessiva del singolo paziente, al fine di promuovere l'integrazione dei servizi e la continuità assistenziale;
- investire nelle attività di formazione continua di manager, medici, operatori e pazienti all'uso appropriato e alla valorizzazione delle piattaforme digitali dentro i Percorsi Assistenziali, al fine di superare le barriere culturali e professionali e promuovere i programmi di prevenzione e l'empowerment del paziente;
- compiere la digitalizzazione dei Percorsi Assistenziali, riprogettando i processi e le interazioni fra i diversi attori coinvolti, al fine di abilitare il lavoro delle equipe multidisciplinari e multiprofessionali, il coinvolgimento attivo di paziente e caregiver, la governance integrata di sistema sia verticalmente che orizzontalmente;
- coinvolgere tutta la filiera manageriale e assistenziale nell'implementazione delle piattaforme di population-management, per ottenerne un impatto diffuso sul territorio e potenziarne l'impiego nell'individuazione precoce dei soggetti a rischio (case finding), da avviare verso Percorsi Assistenziali personalizzati;

• valorizzare, insieme alla dimensione sanitaria e ai saperi medici, la componente socio-assistenziale e i saperi di pazienti, caregiver e OSS, quali cardini per lo sviluppo di un ecosistema della presa in carico del paziente cronico, che tenga conto della specificità, della complessità e della multidimensionalità dei suoi bisogni;

• potenziare la qualità e l'interoperabilità dei sistemi informativi, con lo sviluppo di soluzioni conformi agli standard di riferimento e dirette all'integrazione di dati, dispositivi e sistemi applicativi, al fine di superare gli attuali silos informativi fra le diverse componenti della rete assistenziale e sostenere i Percorsi Assistenziali integrati;

• incrementare le linee di investimenti pubblici mirati allo sviluppo dei nuovi sistemi e servizi digitali per l'assistenza territoriale, con particolare riguardo alla Telemedicina, al fine di sostenere la personalizzazione della presa in carico del paziente attraverso il Piano Assistenziale Individuale e il Patto di Cura;

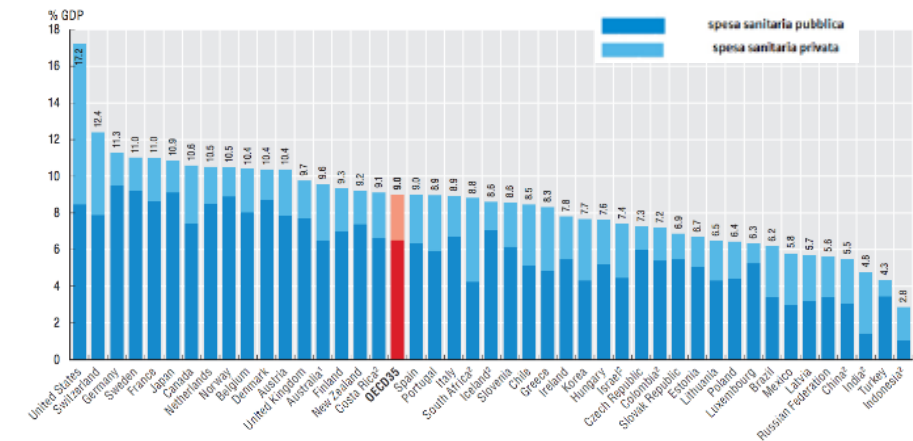
• esplorare le potenzialità delle nuove forme di public procurement, previste dalla più recente legislazione nazionale e comunitaria, quali partenariato pubblico-privato, partenariato per l'innovazione, appalto pre-commerciale, public procurement of innovative solutions, al fine di rispondere alla sfida dell'innovazione dell'assistenza territoriale, anche attraverso un uso più efficace dei fondi europei.

Il risultato della spinta innovativa delle Regioni ha prodotto un puzzle eterogeneo e con una certa dose di indeterminatezza in merito a:

## Il privato per le reti cliniche integrate e di valore - l'alleanza necessaria contro la sanità diseguale

Nell'incontro sulle reti cliniche integrate si è data una chiave di lettura indirizzata a capire se è possibile pensare a servizi sanitari omogenei per tutti ed eliminare le disuguaglianze territoriali.

“Assolutamente sì - illustra **Giovanni Bissoni** del comitato scientifico Forum Risk Management - perchè se vogliamo salvare il servizio sanitario sociale dobbiamo avere un cambio di marcia: siamo alla presentazione del piano liste di attesa e le regioni del Sud devono valutare gli effettivi bisogni assistenziali e la capacità di offerta in modo che si possa puntare su un piano puntuale che non preveda tetti di spesa che bloccano lo sviluppo peggiorando i servizi. Viviamo una fase molto delicata del servizio sanitario nazionale: c'è stata una sottovalutazione delle difficoltà che stiamo affrontando”.



Incidenza spesa sanitaria PIL – Anno 2017

Sotto un attento controllo del Governo centrale, le Regioni in Piano di Ri-

entro hanno ottenuto importanti risultati economici. Questo ha portato ad una rimodulazione dei tetti di spesa e dei budget ai fini di garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e ad evitare l'insorgere di contenziosi; a manovre per la rideterminazione dei fondi per il personale; ad un'efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare quelli farmaceutici con l'introduzione di forme di monitoraggio attivo dei consumi e delle prescrizioni nonché delle esenzioni. Il tutto, ovviamente, volto alla ricerca di una gestione delle risorse che determini uno stato di soddisfazione del cittadino e che annulli alcune criticità emerse durante le varie gestioni.

Se la Sanità pubblica tenta di rimanere a galla, la sanità privata lancia una scialuppa di salvataggio. Un modo per rendere più sostenibile e innovativo il Servizio Sanitario Nazionale è definire una partnership pubblico-privato. E' questo in pensiero di **Lorenzo Giovanni Mantovani**, dell'Università degli Studi di Milano Bicocca che spiega come "La cronicità e la multicronicità saranno la norma nella nostra popolazione e ciò creerà un enorme peso sul nostro SSN in termini di cura e risorse finanziarie: non è facile pensare ad un livellamento dei servizi sanitari per tutti anche perché gli stili di vita sono molto differenti, credo che il SSN garantisca già una quasi sostanziale uguaglianza per le prestazioni essenziali mentre dobbiamo ripensare le integrazioni delle cure per i soggetti cronici".

Sulla stessa linea di pensiero non può che essere anche **Potito F. P. Salatto**, presidente di Aiop Puglia (Associazione Italiana Ospedalità Privata) che sottolinea, nel suo intervento, come una sanità efficace, efficiente e meno diseguale passi da un lavoro sinergico fra queste due sfere. "E' inutile cercare risorse impossibili – dice – noi siamo supplenti e per un tempo limitato possiamo intervenire fino a quando il pubblico non si ristruttururi. Il nostro progetto è intervenire al fianco del pubblico impegnato in un piano di rientro, prendendo i soldi da quelli che vanno via. Ma dobbiamo metterci insieme per un percorso comune". Secondo l'analisi strutturata dall'Aiop occorre un piano sanitario regionale che sia più attento all'ospedalità privata invece di un definanziamento continuo: tra il 2010 e il 2018 la riduzione complessiva della spesa a soste-

gno delle strutture private è passata da circa 302mln a 275mln. Situazioni non coerenti con il desiderio di colmare il divario fra Nord e Sud e arrestare l'emorragia di pazienti che scelgono, sempre più spesso, strutture extra regionali per curarsi. Eppure, la Puglia resta fortemente attrattiva per i grandi player della sanità privata nazionale e internazionale che portano qualità, valore aggiunto, lavoro e best practices. Pronti a sostenere investimenti nel campo delle nuove tecnologie, delle nuove idee per una salute 2.0. Parola d'ordine è, dunque, complementarità fra il servizio sanitario regionale e il privato ma fatta in modo intelligente. Perché? Perché i tempi decisionali e nell'effettuare investimenti sono più rapidi. La Regione fissi gli obiettivi di salute ed usi il privato per contribuire a raggiungerli secondo un progetto che sia monitorato e verificato costantemente attraverso un sistema di controllo che garantisca dai rischi.

## Contabilità analitica. Controllo di Gestione e Activity Based Costing: strumenti per il miglioramento dei processi aziendali

Minimo comune denominatore del dibattito aperto sui costi della sanità pubblica, in particolare quella pugliese, è il creare un'organizzazione e un modello applicativo che possa controllare e razionalizzare i costi. L'applicazione trova qualche difficoltà perché il sistema da valutare non sempre è standardizzabile e, pertanto, misurabile. Tuttavia è indispensabile l'adozione di un processo di gestione finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali (attraverso il miglior utilizzo delle risorse disponibili) ed orientato alla realizzazione di un sistema efficace ed efficiente. I tanti intervenuti alla sessione di lavoro hanno proposto delle soluzioni quali strumenti adatti per ridurre l'impatto economico sanitario sulla spesa pubblica generale. Nel 2016, per esempio, è stato stimato il 20% (pari a quasi 22,5 mld di euro) di sprechi sul totale del bilancio consuntivo della spesa sanitaria nazionale. Una cifra assurda, alimentata da sovra-utilizzi, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, sotto utilizzo, complessità amministrative e inadeguato coordinamento dell'assistenza.

Come allora si può circoscrivere il fenomeno? Ogni regione ha utilizzato un proprio metodo. Il budget, ad esempio. Come evidenziato da **Gianluca Capochiani**, direttore amministrativo dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari, come strumento di programmazione attraverso il quale, annualmente, gli indirizzi strategici e le finalità aziendali portano all'individuazione di specifici obiettivi, articolati rispetto alle dotazioni di risorse umane e strumentali, alla disponibilità di risorse economico-finanziarie e ai vincoli di bilancio. Gli obiettivi di budget sono frutto di una contrattazione tra la Direzione Generale (sulla base dell'istruttoria svolta dalla U.O. Controllo di Gestione) ed i Direttori di Dipartimento Ospedaliero, Direttori di Dipartimento Territoriale, Direttori di Distretto, Direttori delle Aree di Gestione ed i Direttori/Dirigenti Responsabili delle Unità Operative (UU.OO.) di Staff.



Obiettivi di Budget per l'anno 2019

(D.D.G.n. 2025 del 21/12/2018)

| Descrizione Prospettiva | Descrizione Obiettivo                                                                                  | Indicatore                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economico-finanziaria   | Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera | % di dimissioni con prescrizione sul sistema EDOTTO per la Farmacia Ospedaliera del primo ciclo di terapia                                                                                                      |
|                         | Miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficienza operativa                                  | Attivazione Day Service                                                                                                                                                                                         |
|                         |                                                                                                        | Adesione al percorso clinico ed amministrativo per l'inserimento nelle Strutture Riabilitative dei pazienti in carico alla NPIA e per il successivo passaggio ad altro setting assistenziale in carico alla ASL |
|                         | Monitoraggio situazione debitoria e indice ITP per macrostruttura                                      | Elaborazione periodica di tabelle riepilogative della situazione debitoria e dell'indice ITP per macrostruttura e caricamento su rete Intranet aziendale                                                        |

| Descrizione Prospettiva | Descrizione Obiettivo | Indicatore                                                                                                          |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economico-finanziaria   | Controllo della spesa | Monitoraggio accessi ai Centri Diurni ex Art. 60 e 60 ter informatizzato su Intranet                                |
|                         |                       | Monitoraggio periodico, per macrostruttura, delle spese afferenti i servizi di vigilanza, ristorazione e lavanderia |
|                         |                       | Costi Beni Sanitari / Totale Ricavi                                                                                 |
|                         |                       | Monitoraggio della spesa annua per residenzialità riabilitativa per DCA rispetto al budget assegnato                |
|                         |                       | Relazioni delle attività e dei costi dell'Assistenza Riabilitativa per tossicodipendenti da privato                 |
|                         |                       | Costi utilizzo mezzo proprio 2019 < costi utilizzo mezzo proprio 2018                                               |
|                         |                       | Predisposizione procedure per adesione a Convenzioni per la telefonia fissa e mobile                                |
|                         |                       |                                                                                                                     |
|                         |                       |                                                                                                                     |
|                         |                       |                                                                                                                     |

| Descrizione Prospettiva | Descrizione Obiettivo                                                                                                                                                                                    | Indicatore                                                                                                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economico-finanziaria   | Monitoraggio trimestrale per DSS dei costi per beni sanitari delle strutture e attività afferenti e dei costi della farmaceutica convenzionata per ATC con scostamento rispetto all'esercizio precedente | Report trimestrale dell'Area Gestione Farmaceutica con relazione da inviare ai Direttori DSS e al Controllo di Gestione |
|                         | Piano Triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia                                                                                                                                        | Predisposizione Capitolati/Progetti/Piano dei Fabbisogni per l'attuazione del Piano Triennale                           |
|                         | Riconciliazione debiti con Fornitori                                                                                                                                                                     | Unificazione partitari fornitori ex AUSL nei casi di quadratura con Contabilità Generale                                |
|                         |                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                         |

| Descrizione Prospettiva | Descrizione Obiettivo                                                                                          | Indicatore                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economico-finanziaria   | Controllo sulla appropriatezza prescrittiva dei MMG come disposto dalle DGR Regionali e DD 16/2016 Assessorato | Report trimestrale sui casi di inapproprietezza riscontrati e comunicati alla Direzione Generale e ai Direttori di Distretto                                                                                                                                                                                         |
|                         | Efficienza operativa                                                                                           | Sottoscrizione accordi contrattuali con le R.S.S.A. entro la data di scadenza del precedente contratto ed in conformità con lo schema tipo approvato                                                                                                                                                                 |
|                         | Efficienza organizzativa                                                                                       | Analisi comparativa per Distretto dei costi per Assistenza protesica da privato                                                                                                                                                                                                                                      |
|                         |                                                                                                                | Recupero quote arretrate dei pazienti deceduti in carico ai MMG<br>Redazione inventario beni immobili al fine della predisposizione del Registro Beni Ammortizzabili per la parte relativa ai fabbricati<br>Report trimestrale da inviare alla Direzione Strategica sul potere sostitutivo nelle procedure esecutive |

| Descrizione Prospettiva | Descrizione Obiettivo                                                                           | Indicatore                                                                                                                                                            |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economico-finanziaria   | Rilevazione contabile patrimonio immobiliare aziendale                                          | Redazione del Registro Beni Ammortizzabili per la sezione relativa ai beni immobili                                                                                   |
|                         | Tempestività del pagamento delle fatture nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa | Num. giorni necessari per la liquidazione fatture rispetto all'alimentazione software WCP con % liste abbinate/determine/protocollo >= 80%                            |
|                         |                                                                                                 | Trasmissione bolle caricate in Eusis alla Direzione Amministrativa di Presidio nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP                                  |
|                         |                                                                                                 | Trasmissione delle informazioni cliniche relative alle prestazioni residenziali alla Direzione del Dipartimento nei modi e tempi utili all'alimentazione software WCP |

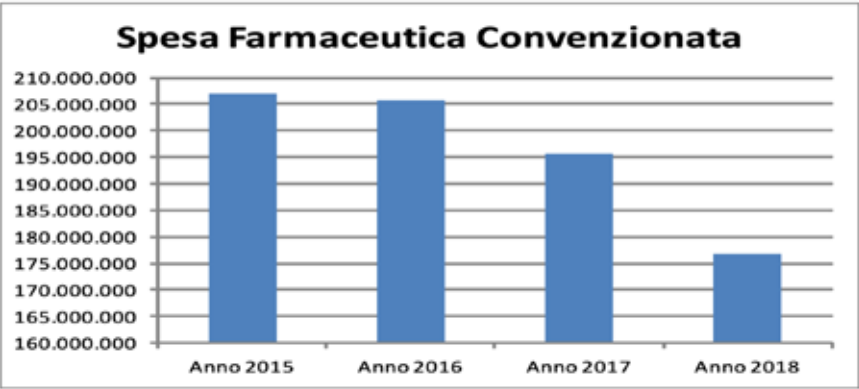
Ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali vanno definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting. In particolare, tramite il sistema di budgeting, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione di reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Il passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi è quindi realizzato tramite il processo di budget, descritto nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale. Per il 2019 le 4 prospettive del modello di valutazione della performance prevedono:

- prospettiva economico-finanziaria: gli obiettivi sono quelli economico-finanziari, misurati con i tradizionali indicatori di redditività: quando possibile i costi sono rapportati alla produzione al fine della ottimizzazione delle risorse;
- prospettiva del paziente/utente: l'obiettivo è il miglioramento dell'offerta assistenziale nel rispetto dell'equità dell'accesso alle cure, l'umanizzazione delle stesse e la trasparenza dei processi aziendali con particolare riferimento alla garanzia della tempestività delle risposte ai bisogni espressi;
- prospettiva dei processi interni all'azienda: l'obiettivo è l'ottimizzazione dei processi già in essere e l'identificazione di quei nuovi processi attraverso i quali l'Azienda possa raggiungere l'eccellenza. Tale miglioramento si ottiene partendo da una rigorosa misurazione della produzione e dal benchmarking;
- prospettiva dell'innovazione e della qualità: l'obiettivo è lo sviluppo dell'organizzazione, la crescita globale dell'azienda e degli operatori, l'affinamento delle tecniche di misurazione della qualità, l'individuazione e la valorizzazione delle eccellenze.

Valutazione performance ASL Bari

L'andamento della spesa Farmaceutica Convenzionata



Non ultimo, l'aspetto finanziario - amministrativo con la riduzione dello scostamento tra costi e ricavi, riduzione dei pagamenti dei fornitori, accordi contrattuali con strutture sanitarie private, revisione sistematica delle procedure amministrative (governante aziendale) con l'obiettivo di ottimizzare i processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza, pianificazione del fabbisogno del personale.

Gestione ottimale dei Malati Cronici. Le tecnologie a supporto delle reti cliniche integrate

La Sanità 2.0 lancia una sfida dai contorni ben definiti: avviare un modello organizzativo innovativo delle tecnologie utilizzate per la cura dei pazienti cronici. La gestione delle malattie croniche è ottimizzata dall'utilizzo della più avanzata tecnologia con l'ausilio di implementazione di tipo infrastrutturale e un modello organizzativo di software studiati per permettere il collegamento tra tutte le strutture sanitarie e i medici generali e specialisti rendendo così operativi i meccanismi di gestione dei dati che afferiscono alle diverse cronicità dei pazienti. L'obiettivo è mettere comunione i dati dei medici generali con gli specialisti che finora alimentano esclusivamente il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come una banca dati. Attualmente in Italia la popolazione di over 65 anni rappresenta il 22% della popolazione. Stando alle proiezioni Istat nel 2050 diventeranno più di un terzo della popolazione totale, vale a dire 20 milioni di persone, di cui oltre 4 milioni avranno più di 85 anni. Nei prossimi 5 anni, il numero di individui di età uguale o superiore a 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 5 anni. Il segmento di popolazione che aumenterà maggiormente sarà quello degli ultraottantenni, il cui numero assoluto, entro il 2050, risulterà praticamente quadruplicato. Quasi quattro italiani su dieci (23,6 milioni di persone) sono colpiti in modo sempre più precoce da patologie croniche – ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco, diabete mellito – e dovranno convivervi per un numero di anni sempre maggiore, con conseguente abbassamento della qualità della vita e costi sempre più insostenibili per il Servizio sanitario nazionale. La situazione attuale impone, non solo una revisione e razionalizzazione delle risorse ma anche e soprattutto la necessità di adottare un processo di riorganizzazione ed armonizzazione delle risorse del sistema sanitario. È indispensabile superare la frammentazione della risposta sanitaria e socio-sanitaria al fine di garantire piani di cura personalizzati, garantire la concentrazione dei saperi, garantire la presenza di Team Multiprofes-

sionali (Dino Delvecchio- Presidente OMCEO BAT, Giuseppe Caliandro - CEO ABINTRAX S.r.l.).

Una risposta immediata viene dall'uso delle "reti", altamente flessibili, deverticalizzate, fondate su interdipendenze tra unità organizzative, su continui scambi di informazioni e su sistemi decisionali decentrati. Lo spiega Ettore Attolini, direttore Area Programmazione Sanitaria dell'Aress Puglia. Quali sono gli obiettivi delle reti e dei soggetti che vi aderiscono? Prima di tutto condividere pratiche efficaci e virtuose, condividere e "produrre" conoscenze, mettere in comune expertises e competenze, superare confini, separazioni tra settori e acquisire potere, influenza oltre che acquisire appoggio, supporto reciproco. I modelli di reti multi-ospedaliere sono diffusi in molti paesi, soprattutto anglofoni (USA e Gran Bretagna) e francofoni (Canada e Francia). Le Reti Assistenziali Ospedaliere sono uno strumento per la qualificazione dell'assistenza la cui scommessa è quella di garantire: migliore accesso ai servizi appropriati per complessità o gravità dei problemi clinici; maggiore efficienza (economia di scala e di scopo); maggiore efficacia e qualità complessiva delle cure erogate. Se la rete clinica fa riferimento alla rete complessiva di offerta coinvolta nella risposta a specifici problemi di salute (ad es., rete oncologica, ictus, infarto miocardio, trauma, etc.) i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) identificano i modelli di presa in carico per ciascuna condizione patologica a cui la rete clinica si riferisce, declinandone i contenuti dalla fase di prevenzione a quella del fine vita sia sul piano clinico assistenziale che su quello dell'organizzazione dei servizi. Un PDTA nell'ottica della personalizzazione dell'assistenza e delle cure al singolo paziente può fare riferimento alle categorie assistenziali proposte dalla JOINT COMMISSION. Queste categorie, in tutto sono nove:

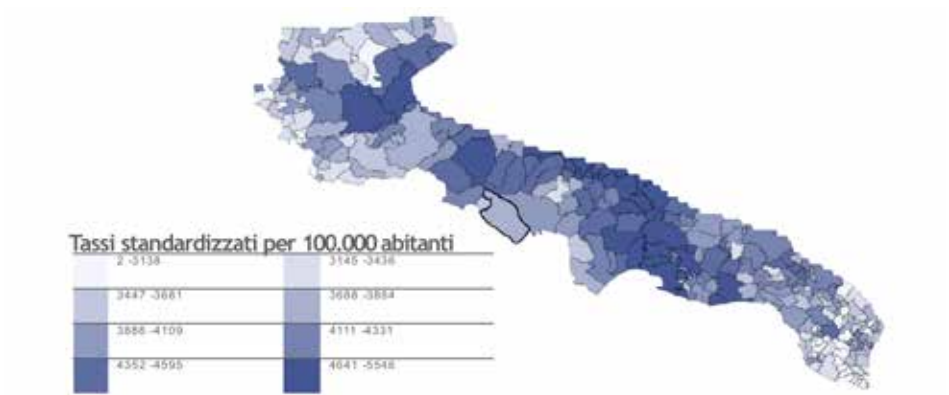
- 1. valutazione dei pazienti (quali informazioni è utile rilevare e come acquisirle);
- 2. educazione del paziente e/o della famiglia (intendendo sia le informazioni da fornire sia le attività specifiche di educazione terapeutica);

- 3. pianificazione del percorso ed eventualmente della dimissione;
- 4. esami (indicazione di tutti gli esami di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagine che, sulla base delle raccomandazioni di provata efficacia, risultano indispensabili per la valutazione ed il monitoraggio con particolare attenzione alle problematiche di appropriatezza);
- 5. interventi, procedure (indicare quali interventi sanitari e non solo risultano necessari e, se il gruppo lo ritiene utile, quali istruzioni o procedure è importante redigere);
- 6. consulenze (indicare quali consulenze specialistiche è opportuno richiedere per migliorare l'esito finale dell'intervento, prestazione, attività);
- 7. terapia;
- 8. nutrizione (se, rispetto alla patologia, è importante fare il punto sull'aspetto nutrizionale, quest'aspetto deve essere formalizzato);
- 9. attività e sicurezza del paziente (indicare tutto ciò che è necessario predisporre affinché venga garantita la sicurezza del paziente).



Incidenza tumori Puglia: 21.000 nuovi casi annui (stima su trend storico)

Tra le reti più importanti nella nostra regione, sicuramente, quella oncologica assorbe molte delle attenzioni anche alla luce dei 166mila cittadini alla prese con questa malattia.



Prevalenza tumori in Puglia: 166.000 cittadini alle prese con la malattia

| PUGLIA        |                   |             | ITALIA                                |                  |             |
|---------------|-------------------|-------------|---------------------------------------|------------------|-------------|
| MASCHI        | Sede              | Diffusione* | MASCHI                                | Sede             | Diffusione* |
| 1             | Polmone e bronchi | 18,1%       | 1                                     | Prostata         | 20%         |
| 2             | Prostata          | 16,9%       | 2                                     | Polmone          | 15%         |
| 3             | Vescica           | 13,7%       | 3                                     | Colon-retto      | 14%         |
| 4             | Colon-retto       | 11,7%       | 4                                     | Vescica          | 11%         |
| 5             | Fegato            | 5,3%        | 5                                     | Stomaco          | 5%          |
| (Pool Puglia) |                   | 65,7%       | (I Numeri del Cancro in Italia, 2015) |                  |             |
| FEMMINE       | Sede              | Diffusione* | FEMMINE                               | Sede             | Diffusione* |
| 1             | Mammella          | 29,2%       | 1                                     | Mammella         | 29%         |
| 2             | Colon-retto       | 13,1%       | 2                                     | Colon-retto      | 13%         |
| 3             | Tiroide           | 6,9%        | 3                                     | Polmone          | 6%          |
| 4             | Corpo dell'utero  | 5,3%        | 4                                     | Tiroide          | 5%          |
| 5             | Polmone e bronchi | 4,4%        | 5                                     | Corpo dell'utero | 5%          |
| (Pool Puglia) |                   | 58,9%       | (I Numeri del Cancro in Italia, 2015) |                  |             |

Tumori le forme più frequenti



La Rete Oncologica deve accompagnare il paziente lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendogli modalità di cura multidisciplinari e assistenza amministrativa da parte di centri dedicati. Insomma, trovare seri vantaggi per i pazienti che già subiscono una forte pressione psico-fisica e garantire le condizioni ottimali per superare le disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate e raggiungere standard di trattamento sempre più elevati.

“Bisogna puntare a un doppio obiettivo: garantire la continuità delle cure da un lato e la protezione dei dati dall’altro – dice **Enrico Desideri**, presidente della Fondazione Sicurezza in Sanità - nel mio ruolo ho creato una Community per il governo dei dati basata su linee uniformi con cui declinare i principi del regolamento EU nei vari contesti socio-sanitari solo ed esclusivamente per tutelare i pazienti. Ad oggi hanno aderito tra gli altri la ALTEMS dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, il dipartimento di ingegneria informatica e gestionale dell’Università Sapienza, la direzione generale vigilanza e sicurezza del Ministero della Salute e l’Osservatorio Innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano”.

Il tema della digitalizzazione del sistema non trova impreparata la Regione. In un contesto che vede la chiusura di presidi sanitari, la loro trasformazione, il potenziamento delle cure primarie e l’articolazione della rete ospedaliera in hub & spoke, “l’innovazione digitale può svolgere un ruolo chiave sia nell’evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali, sia in quelli organizzativi, come fattore abilitante e in taluni casi determinante per la loro realizzazione” spiega **Vito Bavaro** del Dipartimento della Salute, Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Regione Puglia. Le direttrici del piano di sanità digitale regionale prevedono:

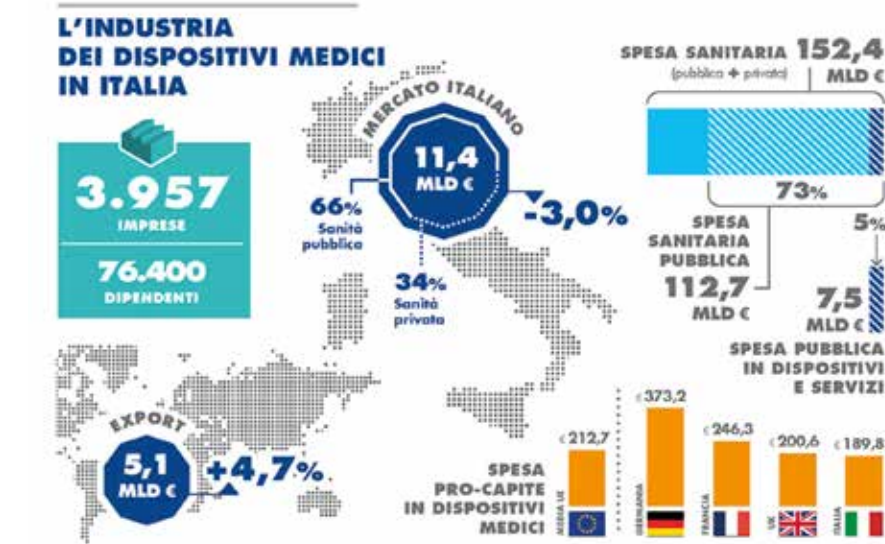
- evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata
- informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali)
- capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria
- empowerment del paziente
- diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca e, pro-

- grammazione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse
- maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema di monitoraggio contabile
- favorire l’interoperabilità tra i sistemi informativi
- diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina.

I nuovi sistemi tecnologici, tuttavia, non si limitano a informatizzare il percorso diagnostico/terapeutico del paziente ma entrano in gioco anche come strumenti di cura, vera e propria. Un esempio è la realtà virtuale utilizzata come mezzo per la riabilitazione psicosociale in quegli individui che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto ad una malattia mentale. **Domenico Semisa**, Direttore Dipartimento Salute Mentale Asl Bari, descrive l’approccio a questa nuova e stimolante sperimentazione che può offrire al paziente stimoli a difficoltà crescente in contesti in qualche modo ‘protetti’ e ‘destigmatizzati’, aumentando la consapevolezza delle proprie capacità, migliorandone l’impegno e l’autostima.

## Innovazione dei device ed impatto nei percorsi clinici. I progetti della Regione Puglia e la ricerca finanziata

L’onere economico derivante dal funzionamento dei sistemi sanitari rischia ormai di essere insostenibile, esso assorbe in media il 10,3% del PIL nazionale dell’Unione Europea e in Italia circa il 9,1%. Un dato destinato ad aumentare con il crescente incremento delle malattie croniche che rappresentano il 75% della spesa, anche per il costante invecchiamento della popolazione. Considerando l’impegno delle Regioni nel piano di rientro dal disavanzo sanitario, obiettivo imprescindibile della sanità elettronica non può che essere anche quello di contribuire alla profonda ristrutturazione del sistema sanità, alla sua razionalizzazione e ottimizzazione, migliorando l’efficienza complessiva e riducendone contemporaneamente i costi di gestione.



Dati 2017 - Fonti: Centro Studi Confindustria Dispositivi Medici; MedTech europe; Prodcum 2018

A supporto dei pazienti con varie difficoltà è possibile affidarsi a tecnologie sanitarie e strumenti hi tech . Ancora in fase di sperimentazione ma sulla rampa di lancio per la diffusione degli strumenti di nuova tecnologia negli ambiti sanitari della regione come integrazione nella prassi in un processo



Fonti: dati 2017 - Centro studi Confindustria Dispositivi Medici

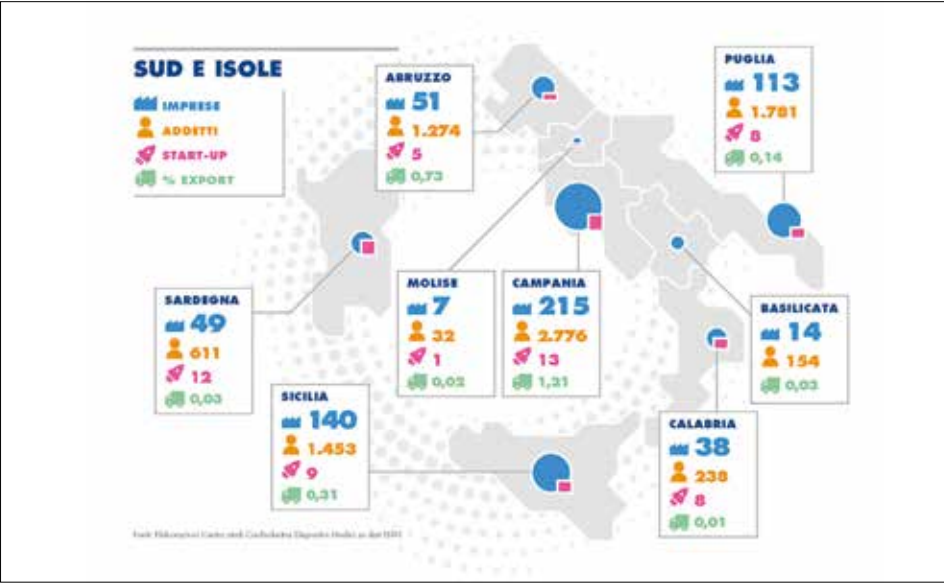
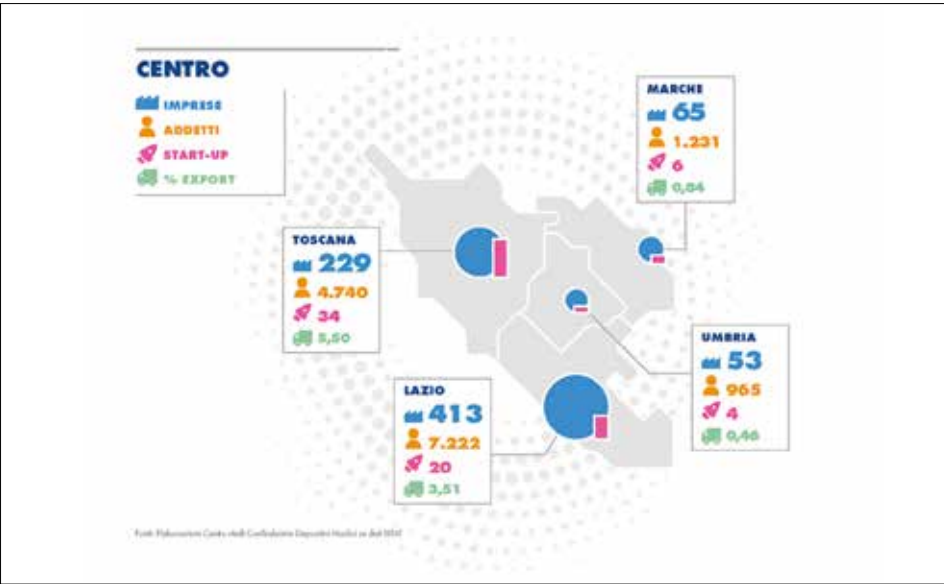
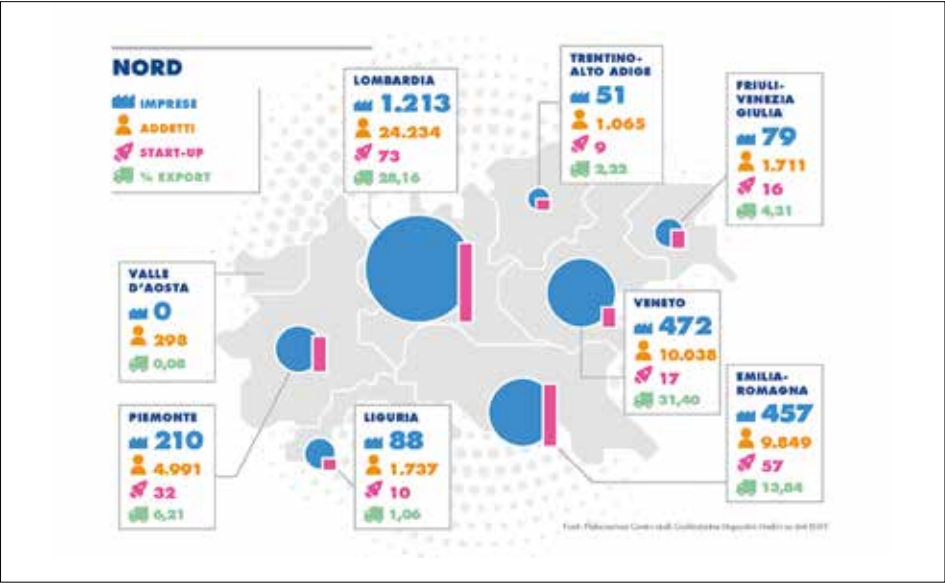
clinico, i device aprono la strada ad una nuova era nei diversi ambiti di applicazione: dall’oculistica alle malattie degenerative o neurodegenerative; dalla diagnostica avanzata alla medicina rigenerativa e neutroceutica. L’innovativa presa in carico dei pazienti cronici e dei soggetti fragili è imperniata su tre figure – il gestore, il clinical manager e il case manager – e su due strumenti – il patto di cura e il piano di assistenza individuale. Il modello assistenziale prevede infatti di collegare il paziente beneficiario dell’assistenza domiciliare al medico curante attraverso un Centro Operativo di controllo. Questo richiede la realizzazione di soluzioni (tecnologia e organizzazione del Sistema che verrà costruito) innovative, basate su l’utilizzazione di specifico hardware esistente e software da sviluppare con l’ottica di integrarne le funzioni per raggiungere gli obiettivi previsti.

### LA DISTRIBUZIONE REGIONALE

L'area **Nord** è la più rappresentativa del settore con la maggiore concentrazione di imprese e di fatturato. A Mirandola in Emilia-Romagna si trova il più grande polo biomedicale d'Europa.

L'area **Centro** è caratterizzata da una buona presenza di imprese che si concentra per quasi la totalità in due regioni: Lazio e Toscana, con la massima concentrazione nelle province di Firenze e Roma.

L'area **Sud e Isole** è caratterizzata da una minore presenza di tessuto industriale, eccezion fatta per Campania, Puglia e Sicilia, dove si registra una discreta presenza di imprese del settore.



“La Regione ha finanziato società che hanno sviluppato progetti di ricerca e innovazione – spiega **Ottavio Di Cillo**, direttore Area E-Health Aress Puglia – e oggi facciamo il punto sullo stato di avanzamento delle soluzioni prodotte. Le potenzialità delle piattaforme sono in crescita e di ottima qualità e fruibilità quindi il bilancio finora può considerarsi positivo perché i test riportano una buona soddisfazione dei volontari coinvolti in via sperimentale. Interessante è valutare anche questo dato: per ogni euro investito dal pubblico, il privato ne investe la metà invitando ad una sorta di sollecito che fa crescere la ricerca”.

Esempi di progetti al servizio della sanità nei diversi ambiti di applicazione sono:

- cTen™ di iVis Technologies è indirizzato alla ricerca e sviluppo, produzione e commercializzazione di una piattaforma integrata per chirurgia corneale trans-epiteliale no-touch, a fini refrattivi e terapeutici, con sistema di controllo da remoto a loop chiuso. Questo progetto è finalizzato alla customizzazione della fotoablazione laser per ottimizzare qualità della visione e minimizzare l'invasività chirurgica e alla completa automatizzazione dei processi chirurgici, con controllo a loop chiuso, per garantire omogeneità di performance;
- il sistema ICT multisensoriale non invasivo in grado di rilevare i cambiamenti Cognitivo-Motori correlati al rischio cadute;
- il progetto SOPHIA per l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale a supporto della cura dell'Emofilia Pediatrica da cui ci si aspetta l'analisi, il processo dei dati e il monitoraggio dei pazienti aderenti al protocollo terapeutico;
- la tele patologia;
- Raggi Uv per la disinfezione dei luoghi;
- Telestroke, rete di sistemi computerizzati e di comunicazione au-

diovisivi che provvede alla realizzazione di un modello di cura integrato ed interprofessionale focalizzato alla cura dei pazienti con ictus: in fase acuta (pre ed intraospedaliera), prevenzione, monitoraggio, remoto dei pazienti, fase riabilitativa e rientro/reintegrazione in comuni.



## L'importanza delle informazioni per la corretta gestione delle infezioni correlate all'assistenza

Le infezioni e l'AMR (Antimicrobial resistance) sono, oggi, più che mai un tema di attualità e una seria minaccia per l'Italia; sul territorio nazionale ci sono Regioni, e, all'interno di queste, ospedali, che lavorano bene ma sono poche e comunque se non c'è uno sforzo comune e generalizzato per la lotta all'AMR, lo sforzo di pochi non serve a molto. E' per questo che i piani d'intervento per rafforzare le misure esistenti vedono impegnati tutti i livelli sanitari partendo dalle linee guida espresse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la cui implementazione sulle componenti essenziali di programmi di prevenzione e controllo è supportata dal Infection Prevention and Control Assessment Framework – IPCAF.

In Italia la strategia di prevenzione si attua, su larga scala, attraverso il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 che si propone di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale. Ci si è basati sull'approccio multisettoriale "One Health". Questa visione prevede l'integrazione di tutti i settori interessati: umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale. Il piano è stato sviluppato da un gruppo di lavoro multidisciplinare con competenze in ciascuna delle aree menzionate, utilizzando le migliori esperienze e le evidenze disponibili, oltre ai documenti e alle linee guida delle istituzioni internazionali. Gli obiettivi generali della strategia qui proposta sono: ridurre la frequenza delle infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici, ridurre la frequenza di infezioni associate all'assistenza sanitaria ospedaliera e comunitaria.

"Togheter, tutti insieme". Così **Giorgio Tulli**, componente del Comitato Scientifico Forum Risk Management. "Solo mettendo in campo le forze di tutti possiamo arrivare a dei risultati. Il tema delle infezioni è un tema tragico per il nostro Paese che ci fa cadere in una situazione di pro-

fondo rosso per la presenza di batteri resistenti alle attuali medicine. Nel 2050 si morirà più di infezioni che di malattie come il cancro o il diabete. I rimedi ci sono e sono da ritrovare nel monitoraggio dei dati, nella riorganizzazione microbiologica delle regioni, nella semplificazione dei sistemi. I batteri non sono cattivi, li facciamo arrabbiare noi e, per questo, che servono regole, ospedali sicuri e uno stile di vita giusto". Basti pensare che le morti per infezioni, negli ultimi 13 anni, sono aumentate da 18.668 a 49.301 e che il 5% delle infezioni si contraggono durante il ricovero ospedaliero. Da un punto di vista economico una spesa sociale che si aggira sul miliardo di euro all'anno.

Le infezioni correlate all'assistenza sono una delle sfide emergenti in tema di Sanità Pubblica. **Matilde Carlucci** Direttore Sanitario AOU Policlinico di Bari, intervenuta nella sessione di lavori, descrive gli oneri sanitari, sociali, economici e mediatici derivanti dalla sottovalutazione del problema. Il dito è puntato sulla questione della responsabilità medico-legale della struttura in assenza della dimostrazione di aver adottato



Rapporto Osservasalute 2018

tutte le misure idonee a prevenire una situazione che è prevedibile ma non sempre prevenibile ed evitabile. Le infezioni correlate alla pratica assistenziale (ICPA) si manifestano in genere dopo almeno 48 ore dal rico-

vero, durante la degenza stessa o dopo le dimissioni. Ne scaturisce una sostanziale confusione nel cittadino che entra in uno stato di diffidenza verso le strutture ospedaliere. Ogni anno tra 4.500-7.000 i decessi, il 5-8% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero, l'impatto economico è di 1 miliardo di euro/anno e solo il 30-50% di tutte le ICPA è potenzialmente prevenibile.

Il compito della Direzione Sanitaria, in questo caso, è studiare la tattica e la strategia giusta coinvolgendo tutte le figure in gioco per creare un team efficiente così da poter raggiungere gli obiettivi prefissati. Questa è la check list della Direzione Sanitaria:

- Approvazione protocolli e procedure per la prevenzione ICA
- Verifica corretta applicazione procedure;
- Redazione Piano Aziendale per la Gestione del Rischio e Controllo ICA;
- Monitoraggio relativo a disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione di ambienti e materiali e modalità di lavaggio delle mani da parte del personale;
- Sorveglianza Epidemiologica;
- Verifica utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;
- Verifica corretto sistema di smaltimento dei rifiuti solidi;
- Istituzione sistema di sorveglianza e notifica;
- Istituzione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CCIO/CCICA) e monitoraggio della relativa attività;
- Istituzione Task Force Operativa;
- Pianificazione ed attuazione di continui controlli (comportamento personale sanitario, criteri costruttivi e strutturali);

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano una criticità che va risolta a monte e in modo trasversale dal personale sanitario e dalle aziende, che devono mettere a disposizione gli strumenti necessari per combatterle e per prevenirle.

## I soggetti aggregatori e la razionalizzazione della spesa sanitaria: acquisti "dispositivi medici" e "servizi" e iniziative in ambito ICT. Esperienze a confronto

Razionalizzare la spesa sanitaria attraverso un confronto fra soggetti aggregatori, Centrali Regionali, fornitori e piccole e medie imprese. Ognuno chiamato a descrivere le proprie criticità in un ambito che vede molti punti ancora da chiarire e da cambiare.

"L'Emilia Romagna è stata la prima regione a pensare ad una centrale acquisti per la sanità – ha sottolineato **Alessandra Boni**, direttore generale Intercent ER – siamo attivi dal 2005 diventando un modello per tutti. E' chiaro che quanto facciamo è per spendere meno e meglio in costante rapporto con le Regioni e in linea con le politiche sanitarie. Il dialogo continuo con le Aziende Sanitarie permette di intervenire se qualcosa non va".

L'esigenza di collaborazione è stato un punto in comune da parte di tutte le realtà partecipanti al dibattito concordi nel diminuire gli sprechi, razionalizzare la spesa ed evitare errori nelle gare di assegnazione. E non solo. Una revisione del codice appalti è stata auspicata da più parti per rendere più snello il rapporto fra fornitori e soggetti aggregatori, per iniziare una fattiva e reale collaborazione. Assicurare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse del Servizio Sanitario Regionale, quindi, mediante la razionalizzazione della spesa sanitaria, per forniture e servizi, rispetto ai principi di efficacia, efficienza ed economicità delle procedure e delle attività contrattuali attraverso l'aggregazione e la riqualificazione della domanda di beni e servizi.

Razionalizzare la spesa sanitaria, tuttavia, non si coniuga perfettamente con l'esigenze delle Piccole e Medie Imprese che cercano soluzioni alternative per evitare possibili collassi. L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia) da voce alle Micro e PMI associate del settore. Il presidente **Giuseppe Marchitelli** sottolinea come, dal

2012, l'adozione dei prezzi di riferimento eccessivamente bassi come limite massimo consentito, rischia di produrre effetti devastanti sulle imprese che operano nella sanità.

**Il processo di centralizzazione degli acquisti di DM utilizzato da Intercent-ER presuppone differenti fasi di sviluppo in cui, a seconda dell'oggetto specifico, vengono attivate determinate competenze interne alle strutture sanitarie regionali.**

**Ogni procedura di acquisto realizzata dall'Agenzia Intercent-ER si avvale, in tutte le sue fasi, del contributo dei professionisti del settore sanitario delle Aziende Sanitarie regionali (clinici, farmacisti, ingegneri clinici, personale sanitario) direttamente coinvolti nella gestione dei beni/servizi oggetto della gara.**



## Sport, disabilità e salute: dagli obiettivi alle azioni programmatiche regionali

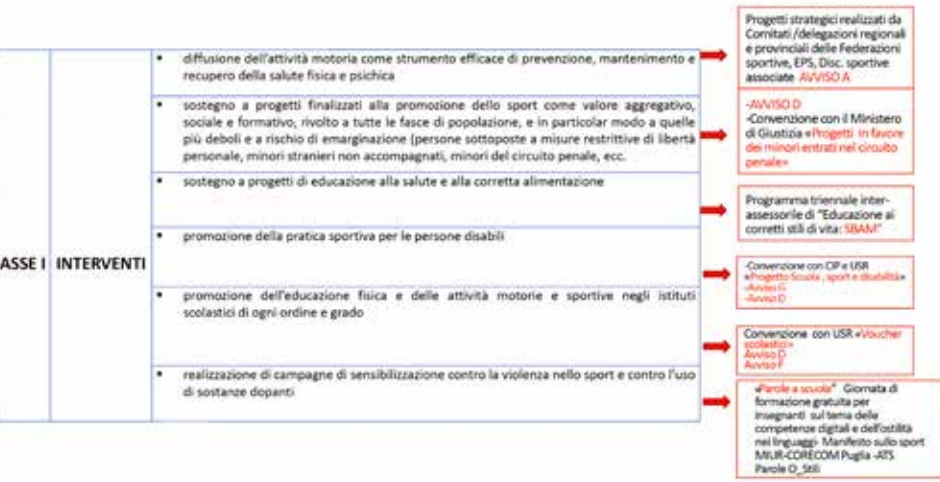
Nel Forum del Mediterraneo in Sanità spazio anche al rapporto fra sport e salute. Nella giornata inaugurale, non poteva mancare il dibattito/incontro per valutare quanto si è fatto e quanto (molto) c'è da fare. La promozione della pratica motoria, fisica e sportiva, con la consapevolezza di diffondere una maggiore cultura del movimento tra tutta la popolazione, con particolare attenzione ai più giovani, a partire dall'ambiente scolastico, è, oggi, quanto mai, una delle principali prerogative delle politiche giovanili. Coni e Miur hanno moltiplicato le offerte sportive e gli interventi formativi specifici anche a scopo terapeutico. La società moderna spesso sottovaluta o trascura i corretti stili di vita alla base di molte patologie anche mortali. Di riflesso, crescono a dismisura i costi per le cure sanitarie con aggravati per i bilanci pubblici e, quindi, per l'economia delle famiglie. Una catena che va interrotta fin da subito educando i ragazzi ad una vita regolare e sana.

“Dal 2015 abbiamo quintuplicato le risorse nello sport - ha sottolineato l'Assessore allo Sport Regione Puglia, **Raffaele Piemontese** - con iniziative legate allo sport e sanità, alla formazione del bambino fin dalla scuola. Ci siamo occupati della mappatura e riqualificazione degli impianti regionali, che mi piace definire incubatori sociali, pubblici e privati. Abbiamo puntato sulla valorizzazione del marketing territoriale legato allo sport che si dimostra un vettore importante per la valorizzazione delle bellezze pugliesi”.

La Regione Puglia negli ultimi 4 anni ha stanziato 35 milioni di euro per lo Sport, dai progetti, alle manifestazioni, agli impianti, al sostegno per la disabilità e non solo. Investire oggi, dunque, per avere dei risultati nel tempo ed evitare così possibilità di patologie, anche croniche, in età adulta. Basti pensare che il 44% dei casi di diabete tipo 2, il 23% dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori sono attribuibili all'obesità/sovrappeso. Tradotto in costi, solo in Puglia tra farmaci e spese specialistiche per le

patologie correlate all'obesità e non corretti stili di vita il dato oscilla tra i 250-300 milioni di euro, in Italia il dato sale a 8-10 mld di euro. Come correre ai ripari? Non solo con erogazioni di investimenti ma con linee programmatiche annuali e percorsi educativi, motori e sportivi nelle scuole di ogni ordine e grado.

Elevata attenzione anche alla pratica sportiva per i ragazzi con disabilità, per i quali l'Amministrazione regionale, in collaborazione con il Miur e il Comitato Paralimpico Italiano, ha avviato un progetto che prevede la partecipazione ai Campionati Studenteschi con il supporto di tecnici specializzati e docenti, e un percorso formativo personalizzato, durante le attività scolastiche ed extrascolastiche in collaborazione con le associazioni sportive del territorio. L'intento è incrementare la partecipazione alle attività motorie e sportive, accrescere il senso di autoefficacia percepita, favorire l'inclusione sociale, promuovere un corretto linguaggio comunicativo nello sport.



L'esigenza di regolamentare il comportamento di fronte a certi dinamiche sociali ha suggerito al Governo l'inserimento nella legislazione nazionale del riconoscimento, somministrazione e tutela dell'attività fisica



adattata (AFA) quale azione per enfatizzare gli interessi e le capacità degli individui caratterizzati da condizioni fisiche svantaggiate: disabili, anziani, persone affette da malattie organiche (obesi e grandi obesi, diabetici, cardiopatici), reclusi, tossicomani, persone che presentano disagio psico-sociale, donne in menopausa e post-menopausa, soggetti in condizioni di recupero del disagio giovanile, pazienti psichiatrici etc., ha ricordato **Domenica Cinquepalmi**, funzionario Sezione Promozione della Salute, del Benessere Sociale-Sport Regione Puglia.

Diverse regioni italiane, tra cui la Puglia, hanno approvato Delibere o Leggi Regionali per introdurre l'AFA tra le attività di promozione della salute. Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Trento, Umbria sono tra le prime ad aver avviato questi percorsi. La Toscana ha introdotto i percorsi di AFA sin dal 2005 e si distingue tra le regioni italiane per il maggior numero di programmi [avviati](#).

| Regione Puglia - MIUR USR Puglia - CIP Puglia<br>Progetto Sperimentale "Scuola, sport e disabilità" A.S. 2017/2018 |             |      |                             |      |       |      |         |      |                                  |      |      |      |                    |      |                   |      |                        |      |            |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-----------------------------|------|-------|------|---------|------|----------------------------------|------|------|------|--------------------|------|-------------------|------|------------------------|------|------------|------|--|
| Ambito Territoriale Provinciale                                                                                    | Scuole      |      | Discipline sportive /Scuole |      |       |      |         |      | Tipologia di disabilità          |      |      |      |                    |      |                   |      |                        |      |            |      |  |
|                                                                                                                    | Tot. Scuole |      | Campestre Atletica          |      | Nuoto |      | Trail-O |      | Intellettivi Relazionali         |      | Down |      | Fisico Deambulante |      | Fisico Carrozzina |      | Non vedente Ipovedente |      | Non udente |      |  |
|                                                                                                                    | 1°gr        | 2°gr | 1°gr                        | 2°gr | 1°gr  | 2°gr | 1°gr    | 2°gr | 1°gr                             | 2°gr | 1°gr | 2°gr | 1°gr               | 2°gr | 1°gr              | 2°gr | 1°gr                   | 2°gr | 1°gr       | 2°gr |  |
| BARI                                                                                                               | 12          | 13   | 11                          | 12   | 0     | 0    | 1       | 2    | 60                               | 62   | 2    | 7    | 2                  | 3    | 1                 | 7    | 0                      | 2    | 1          | 1    |  |
| BAT                                                                                                                | 6           | 4    | 6                           | 3    | 0     | 0    | 0       | 1    | 32                               | 34   | 0    | 0    | 0                  | 1    | 0                 | 0    | 0                      | 2    | 1          | 0    |  |
| BRINDISI                                                                                                           | 4           | 6    | 5                           | 3    | 1     | 0    | 0       | 1    | 30                               | 13   | 2    | 3    | 0                  | 0    | 1                 | 0    | 0                      | 0    | 1          | 0    |  |
| FOGGIA                                                                                                             | 15          | 5    | 11                          | 3    | 2     | 0    | 3       | 0    | 72                               | 17   | 3    | 1    | 1                  | 1    | 1                 | 0    | 1                      | 0    | 1          | 1    |  |
| LECCE                                                                                                              | 12          | 2    | 7                           | 0    | 0     | 0    | 5       | 2    | 52                               | 9    | 0    | 1    | 0                  | 0    | 2                 | 1    | 4                      | 0    | 3          | 1    |  |
| TARANTO                                                                                                            | 12          | 5    | 8                           | 4    | 0     | 0    | 4       | 1    | 55                               | 25   | 4    | 2    | 0                  | 0    | 2                 | 0    | 0                      | 0    | 1          | 0    |  |
|                                                                                                                    | 61          | 35   | 48                          | 25   | 3     | 0    | 13      | 7    | 301                              | 160  | 11   | 14   | 3                  | 5    | 7                 | 8    | 5                      | 4    | 8          | 3    |  |
|                                                                                                                    | Tot. 96     |      | 73                          |      | 3     |      | 20      |      | Totale 529 alunni con disabilità |      |      |      |                    |      |                   |      |                        |      |            |      |  |

| Regione Puglia - MIUR USR Puglia - CIP Puglia<br>Progetto "Scuola, sport e disabilità" A.S. 2018/2019<br>Monitoraggio |                            |       |                   |       |                       |       |                       |       |         |       |                   |       |                   |       |                             |       |       |       |            |       |                      |       |                       |       |                           |       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|-------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|---------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|-----------------------------|-------|-------|-------|------------|-------|----------------------|-------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|--|--|
| Ambito<br>Territoriale<br>Provinciale                                                                                 | Istituzioni<br>Scolastiche |       | Studenti<br>Tutor |       | FISDIR                |       | FISPES                |       | FISO    |       | FIBa              |       | FIDS              |       | DIR                         |       | C21   |       | HS         |       | HFC                  |       | HFD                   |       | NV                        |       |  |  |
|                                                                                                                       |                            |       |                   |       | Campestre<br>Atletica |       | Campestre<br>Atletica |       | Trail-O |       | Para<br>Badminton |       | Danza<br>Sportiva |       | Intellettivi<br>Relazionali |       | Down  |       | Sensoriali |       | Fisico<br>Carrozzina |       | Fisico<br>Deambulante |       | Non vedente<br>Ipovedente |       |  |  |
|                                                                                                                       | 1° gr                      | 2° gr | 1° gr             | 2° gr | 1° gr                 | 2° gr | 1° gr                 | 2° gr | 1° gr   | 2° gr | 1° gr             | 2° gr | 1° gr             | 2° gr | 1° gr                       | 2° gr | 1° gr | 2° gr | 1° gr      | 2° gr | 1° gr                | 2° gr | 1° gr                 | 2° gr | 1° gr                     | 2° gr |  |  |
| BARI                                                                                                                  | 16                         | 16    | 104               | 92    | 13                    | 12    | 5                     | 3     | 1       | 1     | 1                 | 2     | 1                 | 1     | 77                          | 71    | 1     | 4     | 2          | 2     | 1                    | 4     | 4                     | 0     | 1                         | 1     |  |  |
| BAT                                                                                                                   | 7                          | 6     | 64                | 31    | 6                     | 4     | 0                     | 1     | 1       | 2     | 0                 | 0     | 0                 | 0     | 41                          | 30    | 0     | 0     | 1          | 2     | 0                    | 0     | 0                     | 0     | 0                         | 1     |  |  |
| BRINDISI                                                                                                              | 7                          | 7     | 90                | 70    | 6                     | 2     | 0                     | 0     | 0       | 1     | 1                 | 4     | 0                 | 0     | 31                          | 31    | 3     | 1     | 1          | 0     | 0                    | 1     | 1                     | 1     | 1                         | 1     |  |  |
| FOGGIA                                                                                                                | 19                         | 10    | 118               | 35    | 18                    | 7     | 0                     | 0     | 1       | 1     | 0                 | 2     | 0                 | 0     | 98                          | 45    | 3     | 3     | 1          | 1     | 0                    | 1     | 0                     | 1     | 0                         | 2     |  |  |
| LECCE                                                                                                                 | 10                         | 3     | 101               | 20    | 8                     | 1     | 2                     | 0     | 2       | 2     | 0                 | 0     | 0                 | 0     | 41                          | 18    | 0     | 0     | 0          | 0     | 1                    | 0     | 1                     | 0     | 1                         | 0     |  |  |
| TARANTO                                                                                                               | 11                         | 6     | 117               | 98    | 8                     | 5     | 2                     | 0     | 3       | 1     | 0                 | 0     | 0                 | 0     | 50                          | 26    | 3     | 3     | 0          | 0     | 1                    | 0     | 1                     | 0     | 0                         | 0     |  |  |
|                                                                                                                       | 70                         | 48    | 594               | 346   | 59                    | 31    | 9                     | 4     | 8       | 8     | 2                 | 8     | 1                 | 1     | 338                         | 221   | 10    | 11    | 5          | 5     | 3                    | 6     | 7                     | 2     | 3                         | 5     |  |  |
|                                                                                                                       | 118                        |       | 940               |       | 90                    |       | 13                    |       | 16      |       | 10                |       | 2                 |       | 616                         |       |       |       |            |       |                      |       |                       |       |                           |       |  |  |

La Regione Puglia, nell’ambito della Legge di stabilità regionale 2017 (L. R. n.40 del 30 dicembre 2016), ha dato avvio all’iter amministrativo per garantire la somministrazione dell’Attività Fisica Adattata come l’insieme di attività fisiche e/o sportive proposte attraverso differenti modalità organizzative e strategie didattiche, finalizzate alla prevenzione, al ri-adattamento, ri-funzionalizzazione, alla post-riabilitazione, rieducazione ed educazione delle persone con bisogni speciali e diversamente abili e/o

anziane. I programmi AFA, su prescrizione di personale medico del Servizio Sanitario Regionale, sono da svolgersi, sotto il controllo di un laureato magistrale in scienze delle attività motorie preventiva e adattata, ovvero in scienze e tecniche dello sport, nell’ambito di idonee strutture pubbliche o private denominate “Palestre AFA attività fisica adattata” e riconosciute dalla Regione attraverso procedure di certificazione.



## La sicurezza integrata in sanità: il SIRGIS (Sistema Regionale di Gestione Integrata del Rischio in Sanità)

Rischio in Sanità. Un argomento da sempre dibattuto anche perché rientrante in quello più ampio della sicurezza sul posto di lavoro. “Senza ambienti di lavoro sicuri non si produce salute” è uno dei concetti alla base del progetto SiRGIS Puglia. Il Sistema di Gestione Integrato della Salute e Sicurezza sul Lavoro, nato a dicembre 2017 su delibera della Giunta regionale, è stato al centro dell’incontro sulla Sicurezza integrata in sanità. Il SiRGIS è parte di un progetto del Ministero della Salute “Azione Centrale Ministeriale” con l’obiettivo di prevenire le patologie e gli infortuni negli ambienti di diagnosi e cura a livello nazionale.

Obiettivi principali del SIRGIS sono: definire idonee e omogenee procedure per l’organizzazione e la realizzazione di un Sistema Integrato di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro (SIGSL); definire adeguate metodologie condivise su base regionale di valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori; definire omogenee attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi professionali; garantire la formazione continua e specifica degli operatori e degli addetti dei servizi (medico competente e dei servizi Prevenzione e Protezione, RIs, datori di lavoro e dirigenti e preposti; fornire supporto metodologico ed assistenza su temi ed attività specifiche per la pianificazione e l’attuazione di interventi di prevenzione alle aziende sanitarie regionali; garantire il necessario coordinamento con i responsabili delle attività e dei gruppi di lavoro “Gestione del rischio clinico” ed “Infezioni ospedaliere”, oltre che con il sistema regionale per la formazione continua e l’Aress, soprattutto per le attività di formazione e di accreditamento delle strutture sanitarie, residenziali ed assistenziali; fornire supporto alla Regione per disporre a livello centrale di indicatori di verifica di efficacia di processo, di risultato che consentano il monitoraggio, il governo e la verifica sulle attività di prevenzione nei vari settori.

“Dopo una fase di analisi delle principali problematiche in tutte le aziende sono state elaborate comuni procedure di sicurezza su tutto il territorio della Puglia - ha spiegato il coordinatore del SiRGIS, **Danny Sivo** – e’ stato istituito il tavolo dei Responsabili della Sicurezza di tutte le Aziende Sanitarie ed analogamente si è proceduto a insediare un coordinamento dei Medici del Lavoro - Medici Competenti”.



Durante la sessione a cui hanno partecipato esperti regionali e nazionali sono stati presentati gli avanzamenti in termini di sicurezza e qualità con particolare riferimento alle manutenzioni, alle progettazioni ed alle procedure. Sono stati presentati i risultati di alcune Asl dove il modello SGSL (Sistema di Gestione Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro) è stato implementato, in particolare quella della BAT, dove da sei anni la nuova metodologia è stata introdotta. Nell’azienda sanitaria della sesta provincia è stato “bonificato” il rischio da movimentazione manuale pazienti che da solo rappresentava il 75% di tutte le inidoneità al lavoro degli operatori sanitari che sono stati, pertanto, pienamente reintrodotti nella attività lavorativa con risparmio economico e di salute. Analoghi risultati sono stati riportati sulla riduzione del 50% degli infortuni sul la-

voro a partire dalle aggressioni al personale sanitario. “Gran parte delle aggressioni sono frutto dalla cattiva qualità dell’accoglienza delle nostre strutture” ha detto Sivo.

Tuttavia, come ogni innovazione che si porta ad un sistema in essere, non mancano delle criticità. Ed infatti, l’introduzione di un SGSL equivale all’introduzione di un controllo di gestione che può configgere con la pianificazione strategica regionale oltre che incepparsi nelle resistenze alla condivisione di processi decisionali, così come trovare un freno per la mancanza di immediata formazione dei direttori che provocano ritardi in alcune aziende sanitarie.

Intanto, però non è possibile fermarsi. Al contrario, capendo le criticità è necessario sviluppare delle opportune contro misure per livellare gli standard qualitativi del servizio. E’ in fase di elaborazione un comune manuale di gestione della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro con comuni procedure di sicurezza. Sono state elaborate omogenee Linee di Indirizzo per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e della lavoratrici SiRGIS coordinato da **Luigi Vimercati** dell’Università di Bari. Sono in corso comuni progetti integrati con il tavolo regionale sul Rischio Clinico a partire dalla sicurezza nel rischio biologico e nella prevenzione delle infezioni ospedaliere.

Attrezzature, impianti e luoghi di lavoro devono essere progettati e realizzati a regola d’arte, e deve essere inoltre possibile garantire la conservazione nel tempo delle prestazioni e delle caratteristiche di sicurezza. Il tratto peculiare del SiRGIS Puglia rispetto ad altri modelli italiani consiste nell’avere introdotto sul piano formale l’integrazione tra sicurezza sul lavoro, sicurezza clinica e sicurezza tecnica.

# 02

19 Settembre 2019

---

## ■ EXP(L)ORARE 2019. Quando funziona per le rare funziona per tutto

Assistenza, comunicazione, ricerca di altissimo livello ma soprattutto continuità, sostenibilità e controllo dei finanziamenti per evitare sprechi e fuga dei “cervelli”. La sfida dell’Italia è partita ma con ritardo e senza una continuità di finanziamenti pubblici ancora insufficienti e spesso distribuiti a pioggia.

“La ricerca va di pari passo con l’assistenza – spiega la coordinatrice regionale Malattie Rare Puglia **Giuseppina Annichiarico** – non siamo al punto zero, ma abbiamo creato un’impalcatura importante. Si è parlato dell’interessamento della politica per questo tema. Bene. Insieme ai coordinatori regionali Malattie Rare e i segretari regionali di FIMP di Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Basilicata, la Rete AmaRe Puglia abbiamo scritto un documento, Board Exp(l)orare per l’appunto, dove vengono elencati dieci punti programmatici da inviare all’attenzione del Ministro della Salute e dei Presidenti delle Regioni del Sud”.

Questi i punti del documento Exp(l)orare:

1. migliorare l’assistenza;
2. sviluppare le reti di teleassistenza per il contatto di centri e ospedali;
3. formazione e aggiornamento sulle malattie rare;
4. aggiornamento delle liste dei farmaci necessari alle cure delle MR e costituzione di un fondo dedicato per i farmaci;
5. ottimizzare i percorsi per i pazienti e riduzione delle liste di attesa;
6. organizzazione territoriale dei centri per diminuire il disagio dei malati;
7. qualità dei servizi erogati e qualità dei singoli centri;
8. continuità assistenziale fuori gli ospedali;
9. progetti d’istruzione domiciliare e definizione di percorsi scolastici più semplici di inserimento degli alunni.
10. coinvolgimento di tutti i gradi della scuola.

Tra gli interventi quello di Mons. **Francesco Savino** della Diocesi di

Cassano all’Jonio che ha sottolineato come nel mondo di oggi si sia persa l’umanizzazione delle cure. “L’umanizzazione è costitutiva delle professioni. Tuttavia, viviamo il tempo della disumanizzazione e mi auguro che nasca una nuova stagione. Il diritto di cura dei malati è prevaricato dagli interessi privati, dalle speculazioni economiche, dalla modernità. La modernità fallisce con la fraternità che non si capisce che fine abbia fatto. L’altro ci da fastidio. Allora in quest’ottica, propongo ai medici di ritrovare l’umanizzazione delle cure con l’etica della sedia. Medici sedetevi al fianco del malato”.

La ricerca sulle malattie rare ovviamente si base anche sui finanziamenti pubblici. Il direttore generale Ricerca e Innovazione in Sanità del Ministero della Salute, **Giovanni Leonardi** sottolinea: “I finanziamenti agli istituti di ricerca e all’università non vengono fatti a caso ma sono preceduti da una serie di analisi del lavoro svolto. Vengono valutati sulla performance dimostrata, l’efficienza, la qualità dell’assistenza, la capacità di lavorare in rete. Abbiamo anche avviato un progetto con un finanziamento di circa 1,2 mln di euro per le indagine genetiche di quelle patologie che non hanno diagnosi”.

A chiudere la sessione di lavori l’intervento della senatrice **Paola Binetti**, Gruppo Interparlamentare Malattie Rare. “Abbiamo dei nuovi interlocutori al Governo. Questo però non rallenterà il bisogno di trovare subito delle risposte e una chiarezza normativa. Il paziente non deve imbattersi nella burocrazia ed avere così una sofferenza aggiuntiva. Il dialogo trasversale delle varie forze politiche e il lavoro che stiamo facendo è finalizzato a concretizzare tre punti fondamentali: un piano nazionale per le malattie rare, un finanziamento dedicato, e soprattutto, un quadro normativo semplificato”.



La sanità in Puglia, cinque anni di cambiamento al servizio dei cittadini. Nuovi obiettivi e prospettive

Finora mai nessuno aveva messo su di un palco tutti i direttori generali delle Asl delle province pugliesi e degli Ospedali più grandi della nostra regione, pronti a discutere sui cambiamenti della sanità e delle prospettive future. Nelle giornate del Forum ci siamo riusciti. Gli interventi, a partire da quello del Direttore Generale del Dipartimento Promozione e Salute, Benessere Sociale Sport della Regione Puglia, hanno fotografato lo stato attuale della nostra sanità, a livello anche strutturale, delineando le linee programmatiche per i prossimi anni considerando le decisioni politiche del Governo. “Ho accettato questa scommessa nel dirigere il Dipartimento Promozione Salute, Benessere Sociale, Sport della Regione Puglia pur sapendo della complessità del compito e delle difficoltà. Ma io scommetto solo se so di vincere”. Così il direttore generale Vito Montanaro. “E il momento di rivedere i regolamenti del tessuto sanitario. Un lavoro complesso che va fatto affrontando importanti punti: dal governo della spesa, tema sempre attuale, che servirà per una revisione dei contratti e quindi un miglior modo di acquistare, all'immediatezza delle informazioni da condividere fra i centri sanitari, alla gestione del capitale umano, al riordino ospedaliero e territoriale che permetterà di evitare ricoveri inutili, per non dimenticare il problema delle liste di attesa questione non solo pugliese e meridionale”.

L'analisi sulla sanità pugliese è poi partita da Foggia. Il direttore generale AO Ospedali Riuniti di Foggia, **Vitangelo Dattoli** ha spiegato le opere di riqualificazioni iniziate. “Dall'urbanistica agli immobili, all'organizzazione gestionale e alla informatizzazione stiamo portando avanti un restyling della struttura per renderla più efficiente e fruibile. Uno sforzo economico di 180 milioni, non pochi. Inoltre, abbiamo sviluppato un piano per le scuole di specializzazione che altrimenti sarebbero state chiuse. Tutto considerato, possiamo essere contenti di quanto sviluppato e

del fatto che nonostante i minori finanziamenti, abbiamo chiuso i bilanci nel 2018 con un utile”.



Da Foggia a Bari. “Stiamo attuando una serie di cambiamenti al servizio dei cittadini e degli studenti – ha spiegato il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari **Giovanni Migliore** – non dimentichiamoci che oltre i malati noi formiamo i medici di oggi e domani a cui affidiamo la nostra salute. Ci stiamo rimboccando le maniche considerando che abbiamo in campo 545 interventi. Siamo impegnati a riaccendere la luce sull'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII. Qui sono stati attuati una serie di progetti infrastrutturali e organizzativi che rendano più agevole il percorso del bambino malato e della sua famiglia. Un paradigma che poi vogliamo portarlo al Policlinico di Bari, con la stessa filosofia nell'ottica della cura del paziente e della performance. Non si possono tollerare più file e attese nella sale del Pronto Soccorso.

Abbiamo l'obbligo di dare delle risposte concrete al cittadino. A breve, il Policlinico avrà 250 posti letto in più con Asclepsios 3, una metropolitana elettrica di superficie e una serie di accorgimenti tecnologici per rendere i padiglioni del Policlinico uniti da un tessuto connettivo”.



Numeri importanti con un trend positivo di crescita quelli descritti dal Direttore Generale dell'Asl Bari **Antonio Sanguedolce** che ha evidenziato come l'Asl territoriale abbia avviato un potenziamento del personale impiegato medico, infermieristico e amministrativo senza precedenti. “Passato e futuro sono lontanissimi – ha detto – abbiamo fatto un salto sorprendente. Attraverso bandi e concorsi nel biennio 2019-2020, l'Asl Bari ha potenziato le figure professionali con contratti a tempo indeterminato: oltre 400 medici, 120 dirigenti amministrativi, quasi 2500 del comparto infermieristico. Bene anche nelle gestioni di due importanti vertenze che sono state risolte con la salvaguardia di oltre 150 posti di lavoro, lavoratori assorbiti dalle nostre strutture”.



Totale assunzioni personale a tempo indeterminato

Attenzione rivolta anche alla messa a norma delle strutture provinciali dove sono stati spesi complessivamente quasi 25 milioni di euro. “Le prospettive per il futuro – conclude – sono terminare una piattaforma di banca dati biomedica dove essere costantemente aggiornati, il potenziamento della rete dei consultori, della rete aziendale dei centri di endoscopia e mammografia e rivedere l'assistenza penitenziaria. Presto, vorrei aggiungere, dopo un accordo con il Comune di Bari istituiremo un Distretto Unico poliambulatoriale nell'ex Centrale del Latte”.





Il nuovo Ospedale di Monopoli - Fasano

I cambiamenti strutturali e logistici hanno interessato anche le strutture della BAT. A descrivere i progetti **Alessandro Delle Donne**, Direttore Generale Asl BAT. “Ad Andria stiamo iniziando la costruzione di un nuovo ospedale. Lavori che si concluderanno entro cinque anni.



Nuovo centro polifunzionale “Don Pierino Arcieri” - Bisceglie

Quello attuale non andrà perduto ma, anzi, ristrutturato per ospitare attività prima mancanti per carenza di infrastrutture. Interventi saranno fatti a Barletta, Bisceglie, Trani, Canosa. Ma quello che voglio sottolineare è la velocità di realizzazione dei lavori che vengono seguiti giornalmente per non creare ritardi ed ulteriori disagi alla popolazione.

“Abbiamo una grande responsabilità per quello che dobbiamo gestire – aggiunge il direttore generale dell’Asl Brindisi **Giuseppe Pasqualone** – guardando i numeri non è cosa di poco conto. Siamo cresciuti tra tante difficoltà. Diciamo che ci siamo difesi bene. Tra il 2015 e il 2019 abbiamo investito 150 mln di euro tra investimenti strutturali e tecnologici, abbiamo aumentato i dipendenti del 10% fino a 4.011, abbiamo contenuto la spesa farmaceutica territoriale diminuendola dal 2013 al 2018 del 3%, purtroppo non spesa farmaceutica ospedaliera che si è incrementata del 8%. I risultati positivi non hanno intaccato il bilancio, dal 2013 manteniamo l’equilibrio”.

“La mia azienda è più sociosanitaria che sanitaria e vorrebbe guardare gli obiettivi etici non dimenticando gli importanti contenuti economici”. Così **Vito Piazzolla**, direttore Asl Foggia. “Sono direttore dell’Asl Foggia da quattro anni ed ho ereditato una situazione particolarmente grave per gli aspetti organizzativi e, soprattutto, per quelli amministrativo-contabili. Siamo riusciti ad orientare tutti gli sforzi per risolvere i problemi attraverso un programma sanitario condiviso con tutti i dirigenti territoriali. Ora pensiamo a sviluppare comportamenti, strategie e crea-



re la Centrale Operativa Territoriale. Per questo sono stati previsti oltre 70mln di euro di investimenti”.

#### Il 50% dei ricoveri è stato effettuato in 12 ospedali

| Stabilimento                           | Ricoveri totali |           |       | Ordinari       |              | DH             |               |
|----------------------------------------|-----------------|-----------|-------|----------------|--------------|----------------|---------------|
|                                        | N               | % sul tot | % cum | N              | sul tot or   | N              | % sul tot DH  |
| AO CONS. POLICLINICO - BARI            | 88.504          | 10,3%     | 10,3% | 54.746         | 8,7%         | 33.758         | 14,43%        |
| EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO        | 56.529          | 6,6%      | 16,8% | 45.971         | 7,3%         | 10.558         | 4,51%         |
| AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA           | 53.949          | 6,3%      | 23,1% | 34.060         | 5,4%         | 19.889         | 8,50%         |
| EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI         | 39.343          | 4,6%      | 27,7% | 26.725         | 4,3%         | 12.618         | 5,39%         |
| ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO            | 31.660          | 3,7%      | 31,4% | 22.220         | 3,5%         | 9.440          | 4,04%         |
| ST. "V.FAZZI" - LECCE                  | 30.733          | 3,6%      | 34,9% | 24.110         | 3,8%         | 6.623          | 2,83%         |
| STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI      | 29.748          | 3,5%      | 38,4% | 22.109         | 3,5%         | 7.639          | 3,27%         |
| EE CARDINALE PANICO - TRICASE          | 24.579          | 2,9%      | 41,2% | 16.391         | 2,6%         | 8.188          | 3,50%         |
| P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI | 23.117          | 2,7%      | 43,9% | 18.031         | 2,9%         | 5.086          | 2,17%         |
| STABILIMENTO S. PAOLO - BARI           | 17.608          | 2,0%      | 46,0% | 15.180         | 2,4%         | 2.428          | 1,04%         |
| OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)        | 16.508          | 1,9%      | 47,9% | 12.942         | 2,1%         | 3.566          | 1,52%         |
| ST F. FERRARI - CASARANO               | 15.401          | 1,8%      | 49,7% | 11.780         | 1,9%         | 3.621          | 1,55%         |
| <b>Totale complessivo</b>              | <b>861.049</b>  |           |       | <b>627.113</b> | <b>72,8%</b> | <b>233.936</b> | <b>27,17%</b> |

Il restante 50% in 37 ospedali

La rete ospedaliera in Puglia, prima e dopo il riordino

“La ripartenza si attua con il piano di riordino e la suddivisioni delle missioni fra le diverse strutture – interviene **Rodolfo Rollo**, direttore generale Asl Lecce – stiamo gestendo il problema della mancanza di personale dovuta dell’accorpamento dei presidi che e al pensionamento del personale assunto intorno agli anni ottanta. Abbiamo ripreso nell’as-



sunzione dei medici e personale non medico. Ora stiamo focalizzando l’attenzione ad un sistema di reti cliniche e territoriali per ottimizzare e migliorare i servizi”.

“Taranto è una delle Asl più complesse per le note compromissioni epidemiologiche ambientali – dice **Stefano Rossi**, direttore generale Asl Taranto – ma questo non ha impedito di avere un trend di crescita. Oltre al personale che stiamo incrementando, abbiamo da gennaio di quest’anno, creato il C.O.R.O. (Centro Orientamento Regionale Oncologico) dove si sono annullate le liste di attesa. Con i Comuni abbiamo siglato protocolli per dare al territorio nuovi poliambulatori. Siamo lieti anche di aver avuto il consenso dal Miur per l’apertura di un corso di laurea di Medicina aperto a 60 studenti”.

#### Le nuove assunzioni

| 2014                  | 2015                  | 2016                  | 2017                  | 2018                  | descrizione                          |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 204.104.968,75        | 204.564.106,62        | 206.649.154,60        | 214.280.332,01        | 219.314.174,53        | Personale del ruolo sanitario        |
| 780.139,23            | 809.923,14            | 919.010,36            | 974.505,02            | 1.018.188,04          | Personale del ruolo professionale    |
| 13.948.453,95         | 14.426.376,14         | 14.936.892,41         | 16.060.218,44         | 19.888.986,79         | Personale del ruolo tecnico          |
| 15.943.225,40         | 15.360.601,68         | 15.801.707,74         | 16.553.844,40         | 17.100.920,57         | Personale del ruolo amministrativo   |
| <b>234.776.787,42</b> | <b>235.261.005,58</b> | <b>238.306.765,11</b> | <b>247.868.899,87</b> | <b>257.302.269,93</b> | <b>Totale Costo del personale</b>    |
|                       | 484.218,16            | 3.529.977,69          | 13.092.112,45         | 22.525.482,51         | incremento assoluto rispetto al 2014 |
|                       | 0,21%                 | 1,50%                 | 5,58%                 | 9,59%                 | incrementi % rispetto al 2014        |

• Tra il 2016 e il 2019 sono stati assunti n. 160 dipendenti con Legge 68/1999 (categorie protette)

A chiudere l’incontro, i due interventi dei direttori degli IRCCS di Bari e Castellana Grotte. “All’Istituto Giovanni Paolo II di Bari abbiamo diminuito i disavanzi dal 2015 ad oggi – chiarisce il direttore generale **Antonio Delvino** – stiamo ottenendo importanti accreditamenti e aperto l’istituto alle famiglie, oltre che incrementando l’offerta assistenziale ai pazienti”.

“Abbiamo raddoppiato i ricavi di esercizio nel triennio 2016-18 – ha concluso **Gianluigi Giannelli**, direttore scientifico dell’IRCCS De Bellis di Castellana Grotte – il nostro istituto si è comportato discretamente bene nelle pubblicazioni scientifiche rispetto al 2017. Importante è la collaborazione con Paesi esteri con cui ci scambiamo sinergie importanti”.



## Innovazione in Sanità - Proposte partecipative dal basso di operatori sanitari, cittadini, università, imprese

Il direttore generale dell'Aress Puglia, **Giovanni Gorgoni**, lo ha definito un “esperimento”: il forum aperto a cittadini e operatori sanitari con il contributo delle aziende e degli attori universitari ha registrato 60 iscrizioni. “Una sorta di maratona delle idee al suo primo collaudo - ha spiegato Gorgoni - ci interessava sperimentare la partecipazione per provare a raccogliere il parere di chi vuole dire la sua in termini di innovazione in sanità con la metodologia della quadrupla elica che mette insieme politica, industria, università e cittadinanza”.



Al primo test, coordinato dal direttore sanitario della Asl di Cuneo **Giuseppe Noto**, si sono presentati medici, addetti ai lavori, ideatori di start up innovative. “Vogliamo avvicinare la società civile al sistema sanitario: sono i cittadini le risorse più significativa anche se spesso invisibili” ha detto Noto. Le proposte, tutte videoregistrate, finiranno all’interno del piano partecipato della Regione Puglia. Tra gli interventi di spessore quello di **Marcello Cartani**, direttore amministrativo di una Rsa, che ha presentato un progetto sperimentale di gestione di una casa per la vita con ristorante solidale da portare avanti con i degenti e quello di **Claudio Piccarreta** che ha lanciato l'applicazione di tecnologie innovative per ridare centralità al paziente.

## Giornata nazionale sicurezza paziente - Impatto della Legge 24/2017: realtà, attese, prospettive

La sicurezza in Ospedale è un valore che non si può trascurare, una variabile strutturale o tecnologica dalla quale non solo dipende la salute ma la stessa incolumità fisica di pazienti e dipendenti. Risulta quindi di fondamentale importanza effettuare una valutazione dei rischi, intesa come l’insieme di tutte quelle operazioni, conoscitive e operative, che devono essere attuate per addivenire ad una stima del rischio d’esposizione ai fattori di pericolo per la sicurezza e la salute del personale in relazione allo svolgimento delle lavorazioni. La sessione di discussione sul rischio clinico ha posto in evidenza diverse linee di pensiero attraverso un confronto nazionale della situazione ospedaliera, a partire da quella di **Riccardo Tartaglia**, presidente di Italian Network, considerato il padre del rischio clinico in Italia. Quattro per lui i pilastri della sicurezza: approccio sistemico alla riduzione del danno, sviluppo della cultura della sicurezza, coinvolgimento dei pazienti come partner nel campo della sicurezza, decisioni sulla base di evidenze e ragionamenti motivati e risoluzione dei problemi aperti.



I dati sul tema della sicurezza e dei rischi in sanità sono da tenere sotto controllo ma non critici. La media dei sinistri a livello nazionale è di 18 denunce su 10mila dimessi. Ed inoltre, su 10 mila pazienti ospedalizzati, 1000 subiscono un evento avverso (complicazione) ma solo 10 ne chiedono un risarcimento.

“Il che vuol dire banalmente che almeno 9.982 casi sono andati bene - spiega nel suo intervento **Alessandro Dell’Erba**, coordinatore regionale Rischio clinico Regione Puglia - ci sono molte regioni del Nord molto al di sopra della media. La Puglia conta 23 sinistri su 10mila dimessi, con molte differenze tra province e aziende. Le cause principali sono quelle che rinvergono dalla letteratura internazionale, prima di tutto gli imprevisti, in ortopedia, ginecologia, pronto soccorso e chirurgia. Nonostante i numeri non allarmanti, lo sforzo deve essere quello di migliorare a cominciare dai volumi. Abbiamo un sistema ancora troppo parcellizzato, dobbiamo riuscire ad avere centri di ostetricia e ginecologia molto grossi, nel centro di chirurgia del colon si deve fare solo chirurgia del colon: se facciamo questi volumi riduciamo i profili di rischio non solo per ragioni di expertise, ma anche di destinazione di risorse e di processi di cura che possono intraprendere un percorso virtuoso e di continuo miglioramento”. Come migliorarci? Reportistica ed indicatori, flussi informativi/data management vengono riconosciuti come strumenti necessari e utili per sviluppare in modo strutturato la Clinical Governance e il Direttore Sanitario riconosciuto come responsabile della medesima. Importante e necessaria, quindi, una formazione multidisciplinare dei profili manageriali chiamati a capo delle strutture e capaci di assolvere ai loro compiti capendo criticità e debolezze delle proprie strutture ed ampliando, al contrario, i punti di forza delle stesse.

Lo sviluppo dei Centri di coordinamento regionale (21 in Italia) per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente sono proprio una delle soluzioni per diminuire le problematiche del settore. Una visione integrata della sicurezza in sanità è stata illustrata da **Ottavio Nicastro**, Coordinatore Tecnico Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute, che ha evidenziato come, in questo contesto, appare importante

creare, dove non ancora esistente, e rafforzare, nelle realtà dove è già operativo, questo coordinamento regionale /PA che garantisca un link tra qualità, accreditamento e sicurezza. Si rende necessario quindi che, sulla base del modello organizzativo assunto da ciascun sistema sanitario regionale /PA, vi sia una stretta sinergia tra il “Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente” e la struttura organizzativa referente per l’accreditamento istituzionale, al fine di generare una visione unitaria, coerenza nei processi decisionali e nell’azione tra i diversi soggetti responsabili a livello regionale/PA.

E’ proprio l’accreditamento è apparso, trasversalmente, un’esigenza a cui sottoporre le strutture sanitarie per orientarle, selezionarle al fine di creare un continuo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. **Domenico La Greca** ne spiega l’iter attraverso l’uso di manuali idonei e percorsi specifici che identificano l’impegno organizzativo e i punti di rischio.

Qualità del servizio sanitario è anche sinonimo di tutela dei soggetti fragili. A spostare l’attenzione su questo tema è **Giuseppe Macrì**, segretario nazionale MelCo (Associazione Medicina Legale Contemporanea). A tutela delle persone inferme, parziali o temporanee, che non posseggono piena autonomia nella vita quotidiana, s’introduce l’Istituto dell’Amministratore di Sostegno. Tale istituto si pone a sostegno di varie tipologie di persone non autonome al fine del recupero possibile della salute e autosufficienza.

### Dispositivo dell'art. 404 Codice Civile

“La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella **impossibilità**, anche **parziale o temporanea**, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un **amministratore di sostegno**, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.”



La Salute nel Piano di sviluppo regionale

Molteplici le sfide previste dal Piano di Sviluppo regionale per la salute e il benessere e discusse nell’ambito dell’incontro. Punti di facile intuizione che rientrano nei programmi operativi delle varie regioni e che riguardano operazioni sul capitale umano, sulle liste di attesa, sui riordini ospedalieri e governance della spesa.

Di questo ne ha parlato **Ettore Attolini**, Direttore Area Innovazione di Sistema e Qualità Aress Puglia, descrivendo gli adempimenti previsti dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) che permettono alle Regioni di po-

| Assistenza Ospedaliera                                                                                                  | 2015             | 2016             | 2017             | 2018*            | Valori di riferimento | Fonte      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------|
| Valore annuale                                                                                                          |                  |                  |                  |                  |                       |            |
| Totale dimissioni (tasso standardizzato x 1000 residenti)                                                               | 567.644 (140,55) | 527.477 (130,50) | 494.684 (123,99) | 475.257 (119,50) | ≤ 160 *1.000 ab.      | SDO        |
| Dimissioni in DO (tasso standardizzato x 1000 residenti)                                                                | 478.658 (116,87) | 462.982 (112,71) | 446.316 (109,64) | 436.413 (107,28) |                       |            |
| Dimissioni in DH (tasso standardizzato x 1000 residenti)                                                                | 88.986 (23,68)   | 64.495 (17,78)   | 48.368 (14,34)   | 38.844 (12,22)   |                       |            |
| Quota dimissioni in DH sul totale dimessi (%)                                                                           | 15,7             | 12,2             | 9,8              | 8,2              | 25%                   |            |
| Degenza media Acuti RO                                                                                                  | 6,58             | 6,62             | 6,75             | 6,78             | 7,06 Val.naz.         |            |
| Degenza media Post-Acuti RO                                                                                             | 24,6             | 25,7             | 25,84            | 25,68            | 25,69 Val.naz.        |            |
| Mobilità passiva extraregionale (% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione-acuti in DO) | 8,4              | 8,7              | 8,9              | 9                | 8,3% Val.naz.         | DM 70/2015 |
| Peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO)                                                       | 1,43             | 1,45             | 1,47             | 1,51             | 1,46 Val.naz.         |            |
| POSTI LETTO                                                                                                             |                  |                  |                  |                  |                       |            |
| Totale PL (tasso x 1000 residenti)                                                                                      | 12.716 (3,12)    | 12.533 (3,08)    | 12.693 (3,14)    |                  | 14.516**[3,61]        |            |
| PL acuti (tasso x 1000 residenti)                                                                                       | 11.304 (2,77)    | 11.156 (2,75)    | 11.327 (2,80)    |                  | 11.769** [2,93]       |            |
| PL post acuzie (tasso x 1000residenti)                                                                                  | 1.412 (0,35)     | 1.377 (0,34)     | 1.366 (0,34)     |                  | 2.746**[0,68]         |            |
| Tasso di occupazione RO                                                                                                 | 79,3             | 78,5             | 75,9             |                  | 90,0                  |            |

\* Dati provvisori  
\*\* Posti letto per 1000 ab. corretti per mobilità per popolazione pesata, ovvero popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il calcolo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all' articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Analisi dell’attività assistenziale

ter accedere al maggior finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. La verifica degli adempimenti è a cura del Comitato Lea al quale è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, al fine di promuovere e garantire l'effettiva erogazione e l'uniformità sul territorio. L’adempimento relativo all’area “Mantenimento nell’erogazione dei LEA” viene certificato attraverso l'utilizzo di un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. “Griglia LEA”) che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza. L’obiettivo è creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini. Per questo è stata costituita anche una Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA, con il compito monitorarne costantemente il contenuto, escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.

| Assistenza Territoriale                                                                                               | 2015       | 2016       | 2017       | 2018*      | Valori di riferimento | Fonte            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|------------------|--|
| <b>Assistenza domiciliare</b>                                                                                         |            |            |            |            |                       |                  |  |
| anziani assistiti in ADI (%)                                                                                          | 1,35       | 1,65       | 1,85       | 1,95       | ≥ 1,88                | Griglia LEA 2018 |  |
| <b>Assistenza residenziale e semiresidenziale</b>                                                                     |            |            |            |            |                       |                  |  |
| Posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1.000 anziani residenti) | 4,82       | 5,12       | 5,37       | 6,00       | ≥ 9,80                |                  |  |
| Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)            | 0,59       | 0,59       | 0,62       | 0,64       | ≥ 0,50                |                  |  |
| Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)        | 0,27       | 0,32       | 0,33       | 0,36       | ≥ 0,22                |                  |  |
| Posti letto Hospice (n. e rapporto su 100 deceduti per tumore)                                                        | 170 (1,64) | 180 (1,71) | 180 (1,71) | 180 (1,71) | > 1                   |                  |  |
| <b>Salute mentale</b>                                                                                                 |            |            |            |            |                       |                  |  |
| Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (tasso per 1.000 residenti)                                  | 16,76      | 17,22      | 23,01      | 17,38      | ≥ 10,82               |                  |  |

\* Dati provvisori

Analisi dell’assistenza territoriale

La Puglia, secondo le stime 2018, ha confermato il superamento della soglia di adempienza dimostrando la crescita sotto quasi tutti i punti di vista.

| Qualità e sicurezza dell’assistenza                                                                                                                                        | 2015   | 2016   | 2017   | 2018*  | Valori di riferimento | Fonte            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|------------------|
| Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite                                                     | 256,37 | 219,75 | 186,15 | 149,83 | ≤ 141                 | Griglia LEA 2018 |
| Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100.000 abitanti) in età adulta (>=18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco | 389,52 | 362,49 | 327,93 | 305,09 | ≤ 409                 |                  |
| Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti/anno                                                                                              | 33,0   | 33,6   | 31,9   | 30,8   | ≤15%                  | DM 70/2015       |
| Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1000 e oltre parti/anno                                                                                              | 30,9   | 31,0   | 29,5   | 26,7   | ≤25%                  |                  |
| Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario                                    | 45,80  | 52,50  | 58,31  | 62,61  | ≥ 60%                 | Griglia LEA 2018 |

\* Dati provvisori

Analisi della qualità e sicurezza dell’assistenza

Attolini ha anche spiegato i contenuti del Patto per la Salute, l’ accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, che viene rinnovato ogni tre anni per migliorare la qualità dei servizi, promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e garantire l’unitarietà del sistema. La Legge di Bilancio 2019 ha definito il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2019-2021 e ha tracciato una road map del nuovo Patto della Salute, stabilendo per il 2019 un finanziamento di 114 miliardi e 439 milioni di euro, ai quali vanno aggiunti 2 miliardi per il 2020 e un altro miliardo e mezzo per il 2021. La stessa Legge di Bilancio ha previsto gli ambiti delle misure del nuovo Patto per la Salute:

- analisi dei bisogni revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti (ticket), per promuovere maggiore equità nell’accesso alle cure;
- rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell’offerta ospedaliera e dell’assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d’attesa;

- valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità di assunzioni, compreso l’aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
- implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell’ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;
- promozione della ricerca in ambito sanitario;
- miglioramento dell’efficienza e dell’appropriatezza nell’uso dei fattori produttivi e l’ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dalla Legge n. 135/2012;
- valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

Come spesso accade quando si parla di piani di sviluppo regionali, non si possono trascurare voci come ammodernamento tecnologico, edilizia sanitaria, investimenti sul capitale umano e razionalizzazione della spesa. Delle prime due si è occupato, nel suo intervento, **Vito Bavaro** del Dipartimento Promozione della Salute, sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche della Regione Puglia. Definite le direttrici degli investimenti previsti per ottenere, sempre più, una sanità di qualità e apprezzata dai pazienti. Ma quali queste direttrici?

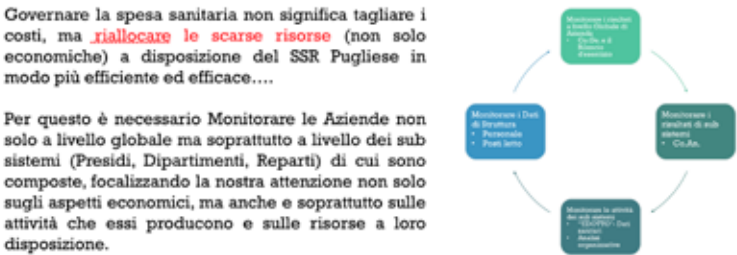
- organizzazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente (in linea con le previsioni del D.M. 70/2015) con grandi strutture di eccellenza capaci di svolgere un ruolo di hub nei confronti degli altri punti della rete, e un numero limitato di strutture di media dimensione di riferimento territoriale capaci di operare come spoke con standard qualitativi elevati;

- costruzione di una rete sanitaria territoriale capillare, in modo da assicurare l'integrazione ospedale-territorio e la presa in carico dei pazienti nella fase post-ricovero o post-acuzie e in tutte le condizioni di cronicità, nonché la prevenzione e la cura, attraverso un sistema articolato di servizi ambulatoriali, riabilitativi, per le cure palliative e la lungodegenza, sanitari e sociosanitari di tipo residenziale e semiresidenziale, capaci di costituire il necessario complemento ai progetti individualizzati di presa in carico di tipo prevalentemente domiciliare;
- potenziamento della sanità digitale e della telemedicina al fine di assicurare la sanità di prossimità, l'interconnessione tra i professionisti della salute e la condivisione delle informazioni per supportare i modelli a rete.



Del capitale umano inteso come “l’insieme di conoscenze, abilità, esperienze e attitudini dei collaboratori” che, se adeguatamente valorizzate, consentono il soddisfacente perseguimento degli obiettivi istituzionali dell’Ente in un’ottica di miglioramento continuo, se ne è occupata **Rossella Caccavo**, Dirigente del Servizio Rapporti Istituzionali e Capitale Umano del SSR. Il Dipartimento per la Promozione della Salute della Regione Puglia ha posto in essere una serie di azioni volte alla definizione del Piano di fab-

bisogno di personale del S.S.R. pugliese, che sono passate attraverso una complessa interlocuzione da un lato con il Ministero della Salute ed il Ministero dell’Economia e Finanze - che affiancano e controllano la Regione nell’ambito del cd. “Programma operativo” - e dall’altro con le singole Aziende ed Enti del S.S.R. Tra aprile e giugno 2019 la Giunta



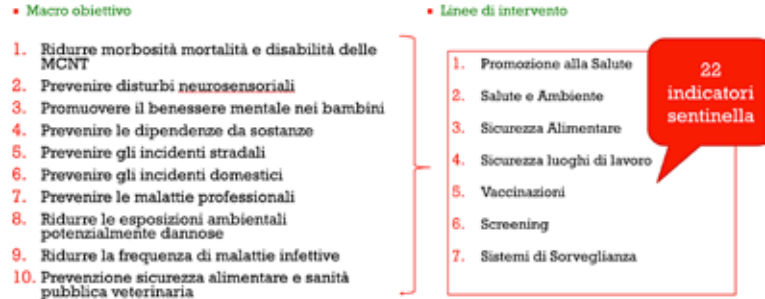
Regionale ha proceduto – con singoli atti deliberativi – all’approvazione dei Piani di Fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del S.S.R., prevedendo altresì che i relativi Direttori generali provvedano all’adozione definitiva dei predetti Piani nel rispetto delle prescrizioni e/o raccomandazioni previste in ciascuna Deliberazione di approvazione. Tra le azioni volte alla valorizzazione della qualità, competenza ed esperienza professionale rientra – evidentemente – anche la stabilizzazione del personale precario. In questo senso, la Regione Puglia si è avvalsa degli strumenti contenuti nell’art. 20, commi 1 e 11 del D.Lgs. n. 75 del 25/5/2017, i quali prevedono la possibilità per le Pubbliche amministrazioni – ivi comprese le Aziende ed Enti del SSR – di assumere a tempo indeterminato, nel triennio 2018-2020, personale in possesso di determinati requisiti.

Non ultimo, il tema della governante della spesa sanitaria. Governare la spesa sanitaria non significa tagliare i costi, ma riallocare le scarse risorse (non solo economiche) a disposizione del SSR Pugliese in modo più efficiente ed efficace. Il Sistema Sanitario Regionale introdotto un sistema di clinical costing propedeutico alla misurazione delle performance economico finanziarie, oltre che organizzative, maturate da parte degli organismi afferenti allo stesso. Tale attività sta favorendo la raccolta di

dati in grado di fornire informazioni utili ad un migliore coordinamento delle strutture e ad un migliore impiego delle risorse interne alle stesse. A titolo esemplificativo, si evidenzia, infatti, come l’ottenimento di report maggiormente particolareggiati abbia favorito un migliore coordinamento delle Aziende Sanitarie Locali in materia di pagamenti dei fornitori andando.

I futuri obiettivi a riguardo risultano essere connessi all’introduzione di linee guida in materia di contabilità analitica e controllo di gestione al fine di garantire la confrontabilità dei dati a livello regionale. Inoltre, le future attività vedranno la puntuale definizione di un sistema di reporting uniforme tra tutti gli Enti ed Aziende del SSR. In ultimo, quale conseguenza, la Regione si impegnerà a fornire report utili al monitoraggio trimestrale dei pagamenti e al calcolo degli indici di tempestività.

Parlare di piano di sviluppo sanitario significa anche parlare delle politiche di prevenzione delle malattie e promozione della salute che hanno come strumento fondamentale di programmazione e attuazione degli interventi, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP). Il PRP non si sovrappone e non rappresenta una duplicazione di quanto viene già presidiato da altri piani di settore, norme o strumenti programmatici, bensì ne individua le aree di integrazione e di investimento e ne assicura quindi la convergenza verso i risultati di salute e di equità. **Pasquale Pedote**, Responsabile Area Promozione e Salute della Regione Puglia, ha spiegato gli obiettivi fin qui raggiunti e i macro obiettivi definiti per il quinquennio 2020-2025.



## La medicina di precisione: dal campione biologico al networking - Il Tecnopolo pugliese per la medicina di precisione

Dal campo biologico al networking: i lavori si concentrano nella prima sessione sul tema delle biobanche tra territorio e networks. L’introduzione della discussione è di **Vito Albino** e **Antonio Delvino**. Fa seguito l’illustrazione di **Luisa Minghetti**, Direttore Coordinamento e supporto alla ricerca Istituto Superiore di Sanità, che ha illustrato le infrastrutture di ricerca europee (IR) e nazionali, come strumento strategico per sviluppare l’integrazione scientifica dell’Europa e rafforzare il suo raggio d’azione internazionale, con l’obiettivo di attrarre i migliori ricercatori di tutto il mondo.

Il progetto prende avvio nel 2002, con la creazione dell’ESFRI (European Strategy Forum for Research Infrastructure) per realizzare una Roadmap per lo sviluppo e utilizzo di It in Europa, che al momento ammontano a 55.



La Roadmap ESFRI

Di infrastrutture e specificamente di di ricerca BBMRI (Biobanking Research Infrastructure) ne parla anche **Marialuisa Lavitrano**, Presi-



dente BBMRI Italia. I dati esposti definiscono un contesto ben preciso fotografando la situazione attuale:

- 4 miliardi/giorno di spesa dagli Stati membri UE
- 126 miliardi/anno spesa sanitaria per diagnosi e cura del cancro
- 4000 europei muoiono di cancro ogni giorno

Spese che influiscono sulla sostenibilità dei sistemi sanitari di ogni Paese dell'UE e che diventano allarmanti se si fa riferimento alle percentuali, tra il 38% e 75%, dei pazienti non responsivi ai farmaci, con conseguente danno socio-economico. Un'accurata conseguenza che spinge le nuove tecnologie ad espandere la conoscenza e la medicina verso trattamenti clinici sempre più precisi e personalizzati, basandosi su studi di materiali biologici e sui dati ed essi associati.



Si giunge quindi alla questione della custodia del materiale biologico ovvero le biobanche, unità di servizio senza scopo di lucro. Un'attività che prevede un processo di custodia del materiale biologico che si articola in sei fasi:

1. Acquisizione
2. Manipolazione & Processamento
3. Conservazione
4. Distribuzione

5. Analisi
6. Conservazione di sotto aliquote



#### Il Biobanking

Ma se da una parte si percepisce il fondamentale valore delle biobanche, dall'altro non si può ignorare le criticità che esse comportano come le bio-risorse sotto utilizzate in quanto frammentarie ed eterogenee, difficoltà nel collegamento ai dati sanitari, modalità di accesso ai campioni, consenso alla protezione dei dati (GDPR) e sostenibilità a lungo termine. Da ciò la necessità di collaborazioni con le Regioni al fine di ridurre la frammentazione (riordinare le collezioni), migliorare la qualità (getsione dei campioni, dei dati,...), progettare la sostenibilità (razionalizzare i costi, centralizzazione,...), riconoscere la funzione di unità di servizio delle BB.

Dal contesto nazionale a quello regionale pugliese. La Biobanca Oncologica Pugliese (BIOP) è costituita da Reti di laboratori pubblici di ricerca, finanziate dalla Regione Puglia. E' il tema affrontato da **Angelo Paradiso**, Direttore scientifico IRCCS Giovanni Paolo II Bari.

Undici Biobanche Diagnostiche e di ricerca censite in Puglia, tra cui spicca l'Università Policlinico di Bari e l'IRCC G. Paolo II. Paradiso espone anche il progetto "Oncologia Personalizzata" del G. Polo II-Bari che ha l'obiettivo

di identificare pazienti con carcinoma del colon che possono beneficiare di immuniterapia e validare clinicamente i biomarcatori evidenziati sia su tessuto che in biopsia liquida oltre che mettere a punto un tool per la valutazione dei fattori rilasciati dal microbiota (CNR).



"Il nostro sogno è fare una delle prime banche del cervello allargando la biobanca già presente nell'istituto oncologico di Bari" ha concluso Gigli. E sulle biobanche, "tema molto ben presidiato dai privati e su cui il pubblico fa per ora solo tanta teoria", il direttore dell'Aress Giovanni Gorgoni ha sollecitato l'intervento della sanità e della ricerca pubbliche.

"Abbiamo una biobanca molto potente, diretta da un rigoroso scienziato, ma riusciamo a utilizzarla al 5 per cento delle potenzialità - ha commentato **Antonio Delvino**, direttore generale dell'Istituto Tumori

Giovanni Paolo II - La tecnologia cresce a un ritmo più rapido delle capacità nostre di apprendimento e di cambiamento: rivolgo a tutti un appello 'aiutateci a ridurre i tempi di latenza".

L'aspetto più umano ma anche il più imprescindibile è senz'altro quello della sicurezza nelle cure, così come **Vincenzo Defilippis** enuncia. "Il dovere etico e deontologico per un medico è prima di tutto quello di "SAPERE". Etica e sapere quindi sono basi fondamentali su cui la medicina deve costantemente rinnovare le sue conoscenze. Da qui l'introduzione di un esempio di banche dati biomediche come la ClinicalKEy, una piattaforma che dà accesso a migliaia di risorse mediche originali complete, validate e aggiornate.



Da un lato le biobanche, dall'altro il tecnopolo.

Portare i risultati della ricerca sul letto del paziente. E' l'obiettivo del Tecnopolo pugliese per la medicina di precisione. Il progetto, avviato a luglio 2019, può contare sulla sinergia di Regione Puglia, Miur e Cnr che insieme hanno messo a disposizione oltre 35 milioni di euro per realizzare una piattaforma di medicina di precisione e di ricerca transnazionale.

“Nei primi sei mesi contiamo di avviare le prime attività di rilievo - ha spiegato **Giuseppe Gigli**, direttore Cnr Nanotec Lecce - sono quattro i centri importanti da realizzare. Due centri di diagnostica avanzata all'ospedale Panico di Tricase dove c'è il distaccamento dell'Università di Bari: un centro di screening genetico per fare una mappatura delle popolazioni pugliesi in termini di patologie degenerative che darebbe informazioni importantissime per intervenire sulla cura; un secondo centro per le malattie neuromuscolari. La sfida in area oncologica è ancora più ambiziosa: si vuole portare presso l'istituto oncologico di Bari l'immunoterapia”. Significa portare lo stato dell'arte delle terapie in Puglia per permettere alla popolazione pugliese di curarsi in loco e di non andare altrove. “Vogliamo evitare la fuga di pazienti e realizzare protocolli più economici - ha detto Gigli - è fondamentale abbattere i costi di queste terapie che sono molto efficaci ma hanno un costo per singolo trattamento di 300-400mila euro a procedura. Non sempre, tuttavia, si ottiene il risultato con una sola procedura, ce ne vogliono 2 o 3 e questo significa un costo di 1 milione di euro per paziente, ne consegue che si tratta di cure quasi inapplicabili. L'obiettivo ora è implementare le nuove tecnologie per abbassare drasticamente i costi della terapia ed estendere il range ad altre patologie tumorali”. A Nardò, invece, il Tecnopolo punta a realizzare un centro di diagnostica avanzata tecnologica con le migliori tecniche di screening.

## Registro Tumori Puglia – la rete regionale e il primo rapporto di attività dell'ASL Bari

I Registri Tumori (RT) sono strutture che raccolgono e registrano tutti i tumori incidenti in un determinato territorio. L'obiettivo di ogni Regione è costituire e gestire nel tempo un archivio di tutti i nuovi casi di tumore diagnosticati ed assicurare che la registrazione dei dati avvenga in modo rigoroso e con carattere continuativo e sistematico. In Puglia, il registro tumori raccoglie sei registri provinciali tutti accreditati presso l'associazione italiana registro tumori e restituisce lo stato di salute della nostra popolazione. Il senso è mostrare il contributo che i dati di questo documento possono fornire a tutte le fasi della programmazione sanitaria: dalla prevenzione primaria con gli studi sull'integrazione ambientale e salute, alla prevenzione secondaria con la valutazione d'impatto dei programmi di screening oncologici, fino alla definizione della rete di offerta sanitaria contribuendo alla rete oncologica pugliese e anche alla definizione delle strategie per una migliore sopravvivenza attraverso l'aderenza alle terapie.

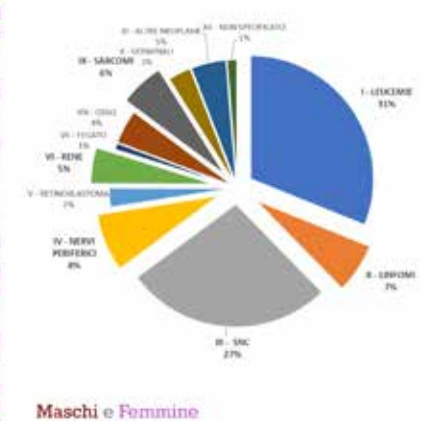
Insomma, la Puglia vive un periodo di intensa innovazione per la prevenzione e la cura del cancro. I registri tumori possono dare così essere visti come un contributo importante per valutare l'impatto dei programmi di screening avviati, dimostrando l'efficacia degli interventi organizzativi sulla rete di assistenza e documentare a livello di popolazione l'effetto dell'introduzione di nuovi approcci terapeutici.

“L'obiettivo di questo incontro – spiega **Lucia Bisceglia**, direttrice Area Epidemiologia e Care Intelligence Aress Puglia - è restituire il senso di un processo che è cominciato quasi 19 anni fa in Puglia e che oggi vanta un risultato di innovazione in questo settore. A breve saranno presentati dati preliminari di una attività che stiamo svolgendo come centro di coordinamento con il supporto di tutti i registri provinciali e che riguarda i tumori infantili: abbiamo raccolto dati dal 2006 al 2017 partendo dalle criticità individuate nel precedente studio del 2006-2008 cioè quello di un

eccesso di incidenza di tumori in provincia di Taranto. Fortunatamente quello che registriamo è un trend in diminuzione. Rileviamo una situazione eterogenea a livello provinciale ma sostanzialmente non si riscontrano più quei picchi che avevamo evidenziato precedentemente”.

### I tumori più frequenti

| Codice                                                    | Casi         | TO            | TSD           |
|-----------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| <b>I - LEUCEMIE TOTALI</b>                                | <b>430</b>   | <b>40,16</b>  | <b>40,48</b>  |
| Ia - Leucemie mieloidiche                                 | 320          | 44,77         | 45,14         |
| Ia.1 - Leucemie a cellule dei precursori                  | 315          | 43,85         | 44,01         |
| Ib - Leucemie mieloidi acute                              | 70           | 9,79          | 9,77          |
| <b>II - LINFOMI TOTALI</b>                                | <b>81</b>    | <b>18,13</b>  | <b>18,84</b>  |
| IIa - Linfomi di Hodgkin                                  | 78           | 10,91         | 10,89         |
| IIb - Linfomi non Hodgkin                                 | 93           | 7,41          | 7,35          |
| <b>III - NEOPLASIE DEL SNC</b>                            | <b>375</b>   | <b>32,6</b>   | <b>32,65</b>  |
| IIIb - Astrocitomi                                        | 118          | 16,81         | 16,83         |
| IIIc - Tumori ependimali del SNC                          | 30           | 7             | 7,05          |
| IIIe.1 - Medulloblastomi                                  | 43           | 5,98          | 5,9           |
| IIIe - Altre neoplasie del SNC specificate                | 48           | 5,86          | 6,8           |
| IIIi - Neoplasie del SNC non specificate                  | 100          | 15,39         | 14,04         |
| <b>IV - TUMORI DEI Nervi PERIFERICI</b>                   | <b>109</b>   | <b>14,83</b>  | <b>15,04</b>  |
| IVa - Neurofibrosarcoma e ganglioneurofibrosarcoma        | 105          | 14,69         | 14,91         |
| <b>V - RETINOBLASTOMA</b>                                 | <b>35</b>    | <b>4,3</b>    | <b>4,97</b>   |
| <b>VI - TUMORI RENALI</b>                                 | <b>66</b>    | <b>9,23</b>   | <b>9,36</b>   |
| VIa - Nefroblastoma e altri tumori renali non epiteliali  | 61           | 8,83          | 8,68          |
| VIa.1 - Nefroblastoma                                     | 59           | 8,28          | 8,38          |
| <b>VII - TUMORI MALIGNI DELL'OSSEO NON SPECIFICATI</b>    | <b>65</b>    | <b>8,87</b>   | <b>8,86</b>   |
| <b>IX - SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI ED EXTRAOSSEI</b>       | <b>81</b>    | <b>11,33</b>  | <b>11,35</b>  |
| IXa - Rhabdomyosarcomi                                    | 64           | 8,16          | 8,81          |
| <b>X - TUMORI GERMINALI TROPOLARICI E OOKADICI</b>        | <b>42</b>    | <b>5,88</b>   | <b>5,86</b>   |
| <b>XI - ALTRE NEOPLASIE EPITELIALI MALIGNE E MELANOMI</b> | <b>84</b>    | <b>9,95</b>   | <b>9,67</b>   |
| <b>TOTALI</b>                                             | <b>1.951</b> | <b>193,48</b> | <b>193,75</b> |



Dal 1986 le attività di raccolta dei dati sull'incidenza dei tumori in maniera rigorosa è portata avanti dall'Airtum (Associazione Italiana Registri Tumori). Il presidente **Massimo Rugge**, intervenuto al Forum, ha descritto i due obiettivi che hanno caratterizzato l'operato dell'associazione: ampliare l'estensione nelle aree non coperte da registrazione e stimolare la produzione di dati sempre più recenti. Dalla sua analisi si evince la disparità d'incidenza tra Nord e Sud e come, alcuni tumori risparmino il Mezzogiorno rispetto al Nord; per esempio il carcinoma alla mammella. Dati che suggeriscono come si debba rafforzare la prevenzione e investire in percorsi sanitari mirati per ogni patologia.

Da luogo a luogo, i rischi cambiano e cambiano anche le valutazioni del carico assistenziale connesso alle patologie neoplastiche. Vincenzo Coviello, direttore UOSE ASL BT e responsabile registro tumori BAT, ha posto l'attenzione sulla capacità di contrasto del sistema sanitario messo in campo in questi anni.

“Registriamo segnali positivi poiché c'è un andamento in decrescita dell'andamento dei tumori e della mortalità in generale ma rimane alta l'aggressività del tumore al colon-retto che porta anche una elevata mortalità. Un dato che mi sento di estendere anche alla Puglia perché è connesso al progressivo abbandono della dieta mediterranea, quindi ad un comportamento direi generalizzato. A cinque anni dalla contrazione del tumore si stima una sopravvivenza di poco superiore al 50% dei casi , per cui puntare sulla prevenzione significa guadagnare circa il 10-15% di vite: un numero elevatissimo”.

Sante Minerba, direttore UOSE ASL Taranto e responsabile registro Tumori Taranto, ha indicato nella sua relazione come i tumori al polmone e alla pleura sono le neoplasie che più incidono nell'area tarantina per l'esposizione all'inquinamento ambientale: parliamo di una incidenza del 20%-30% in più rispetto alle aree limitrofe al capoluogo di provincia.

Infine è stato presentato il primo report del registro tumori di Bari: la casistica relativa agli anni 2014-2015 indica che sono stati diagnosticati nell'intera provincia di Bari 13.338 nuovi tumori (6.700 nuovi ogni anno), dei quali il 55% nei maschi (7.339) e il 45% nelle femmine (6.049). Il tasso grezzo per i maschi è pari a 596 casi su 100mila abitanti, per le donne è pari a 466 casi su 100mila abitanti. Il tumore più frequente diagnosticato per gli uomini è quello alla prostata (18%), colon-retto (13%) e polmone (13%); nelle donne alla mammella (29%), colon-retto (13%) e tiroide (7%).

## L'osservatorio italiano della prevenzione: dalla Puglia all'Italia?

L'Osservatorio Italiano della Prevenzione (OIP), costituito nel 2010 da un'iniziativa congiunta di Fondazione Smith Kline e dalla Società Italiana di Igiene, mette insieme strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa delle attività di prevenzione svolte nel Servizio Sanitario Nazionale con un'ampia partecipazione degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione italiani. Nel convegno si è discusso del nuovo set di indicatori riferiti alla realtà dei sei dipartimenti pugliesi impegnati nella sperimentazione della azioni di prevenzione in molti ambiti sanitari (medicina legale, igiene mentale, vaccinazioni, sanità animale, epidemiologia, nutrizione, etc. ).

Finora l'Oip ha raccolto dati dall'82% dei dipartimenti del nostro Paese, circa 160 in totale. Come anticipato, per il 2019 sono stati razionalizzati gli indicatori utilizzati negli scorsi anni ed è stata aggiornata la versione degli strumenti di rilevazione per ottenere uno strumento più 'agevole'. “Quest'anno abbiamo fatto una sperimentazione sull'organizzazione di dipartimenti in Puglia - spiega **Domenico Lagravinese**, direttore del Dipartimento di Prevenzione di Bari e responsabile scientifico Oip - riducendo i numeri di indicatori da valutare accorpandoli tra loro e puntando su altri aspetti cioè lo stato di gradimento e di affezione da parte degli operatori, il comune sentire sulla prevenzione da parte della popolazione e testando il polso ai nostri committenti per capire come percepiscono il nostro modo di lavorare e cosa chiedono in termini di risultati. Nei prossimi mesi avremo un primo riscontro di questo nuovo percorsi”.

L'Oip si appresta a fare prevenzione anche sulle problematiche di natura ambientale in collaborazione con Arpa e Istituto Superiore della Sanità perché ci si è resi conto di quanto siano importanti le valutazioni mediche in questo ambito. Il contenimento dell'inquinamento ambientale e dei suoi effetti nocivi sulla salute rappresenta una grande sfida di Sanità

Pubblica. I fattori di rischio presenti nell'ambiente sono numerosi e sempre più spesso ci si trova affrontare problemi emergenti, molto complessi dal punto di vista tecnico-scientifico.

Vi è dunque l'esigenza di orientarsi ed essere in grado di delineare un percorso per affrontare le questioni igienico-ambientali. La complessità delle valutazioni, strettamente correlate alla realtà del territorio, impone la necessità di istituire tavoli di lavoro inter - istituzionali tra gli enti preposti al fine di definire in modo integrato e condiviso modalità e criteri operativi. È necessario disporre delle competenze professionali necessarie per la valutazione dell'impatto che l'inquinamento ha sull'ambiente e sulla salute.

Vi è quindi la necessità di formare personale altamente specializzato che abbia competenze professionali nel vasto ambito di Ambiente e di Salute.

## Le minacce per la salute in Puglia

| Indagine                                                                                                                             | Puglia 2019 | Puglia 2013 | Italia 2013 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Fumo                                                                                                                                 | 54%         | 34,6%       | 33,2%       |
| Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)                                                                               | 35,2%       | 42,5%       | 46%         |
| Alimentazione eccessiva o non sana                                                                                                   | 34,2%       | 27,4%       | 27,0%       |
| Vita sedentaria                                                                                                                      | 22,8%       | 14,6%       | 14,4%       |
| Stress                                                                                                                               | 17,4%       | 16%         | 15,2%       |
| I problemi della città (traffico, inquinamento, rifiuti urbani ecc.) e le caratteristiche della casa (piccola, mal riscaldata, ecc.) | 10,8%       |             |             |
| Eccessivo consumo di alcool                                                                                                          | 7,5%        | 13,7%       | 14,3%       |
| Pendolarismo                                                                                                                         | 0,7%        |             |             |
| Altro                                                                                                                                | 0,2%        |             |             |

Lo spiega nel dettaglio il direttore del Dipartimento di Prevenzione di Taranto **Michele Conversano**. “Tra le tante realtà, Taranto è diventato un

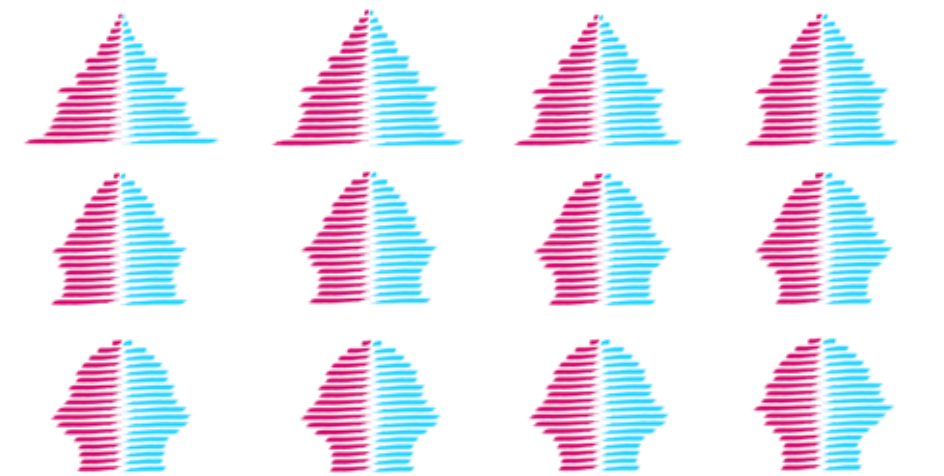
modello in cui abbiamo sperimentato nuovi indicatori – illustra - mirando a migliorare la qualità dell'aria ma soprattutto a valutare una serie di studi e interventi sulle conseguenze di questo inquinamento sulla salute dei bambini, delle donne in gravidanza e degli anziani. L'inquinamento molto spesso lo si associa ai tumori ma ci si dimentica delle malattie cardiovascolari e respiratorie per cui anche una prevenzione in questi ambiti andrebbe supportata così come si fa per lo screening tumorale”.



**Elio Borgonovi**, presidente CERGAS Bocconi e della Fondazione Smith Kline, invece, ha posto l'accento sulle nuove dimensioni della prevenzione: “Ci si sta indirizzando sempre più verso la genomica, la disciplina che studia l'organizzazione e la struttura dei geni e presto sarà possibile affidarsi a test che possono predire la predisposizione a certe malattie per cui ci si proietta su orizzonti completamente nuovi con possibili richieste di interventi molto più alte rispetto a questo momento”.

Tra gli interventi anche quello del medico pediatra **Alberto Villani**,

presidente della Società Italiana Pediatria e responsabile UOC di Pediatria generale e malattie infettive Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma. “Fare prevenzione dall'infanzia è fondamentale – dice - lo stato spende milioni di euro per recuperare i danni fatti in età avanzata, si pensi all'obesità per esempio, quindi investire sulla prevenzione nell'età evolutiva eviterebbe un impegno economico importante per il recupero delle cronicità. L'importante è dare spazio a circuiti virtuosi: lavorare sugli stili di vita sani fin dal principio, fare buona comunicazione sull'importanza dei vaccini “.



La Piramide Demografica dal 1950 al 2019

La cosiddetta piramide delle età della popolazione italiana mostra una forte erosione alla base tipica della maggior parte delle Nazioni sviluppate, assumendo quella che viene chiamata forma a trottola. Questo fenomeno, ovvero l'invecchiamento della popolazione, è dovuto alla diminuzione del tasso di natalità e al contemporaneo aumento della capacità di sopravvivenza e quindi della speranza di vita (con la conseguenza apparentemente paradossale dell'aumento del tasso di mortalità, che in realtà aumenta proprio perché la popolazione invecchia).

## Obesità: pari opportunità e tutela dell'equità di accesso per laparoscopia e chirurgia bariatrica

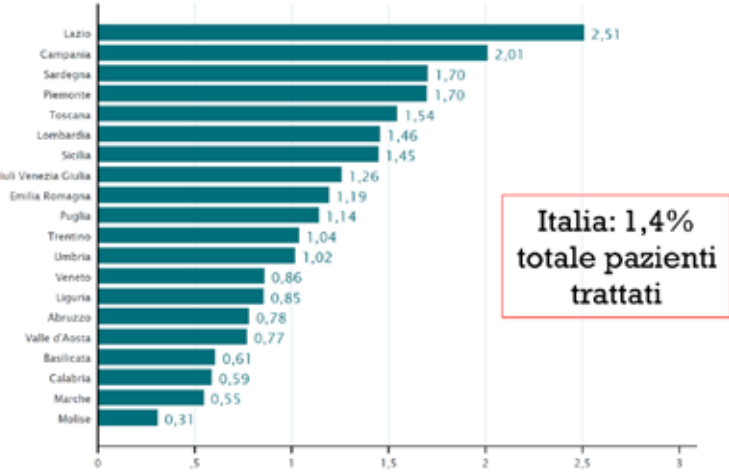
L'obesità è e diventerà sempre più una emergenza sanitaria, sociale ed economica: la percentuale di incidenza è in aumento, con gravissime ripercussioni sulla qualità di vita delle persone in termini di rischi patologici, malattie metaboliche e disabilità. Nei casi più gravi, quando le tecniche di prevenzione per questa patologia falliscono o non sono efficaci, è necessario ricorrere alla chirurgia bariatrica (branca della chirurgia che si occupa del trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità) che in Puglia si sta espandendo con ottimi risultati e soddisfazione dei pazienti che si sottopongono agli interventi.

“In Puglia abbiamo istituito un tavolo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale – dice **Ettore Attolini**, direttore Area Programmazione Sanitaria Aress Puglia – per studiare un percorso virtuoso e veramente funzionale per curare e prevenire questa patologia. Riguardo all'incidenza di questa patologia non siamo messi benissimo: ci sono circa due milioni di persone obese, in particolare tra bambini e adolescenti, e nei prossimi anni potremmo sfiorare il 10% di persone con problemi di obesità ecco perché è essenziale lavorare sulla prevenzione dal momento che ci sono ancora pochi centri che raggiungono l'eccellenza in chirurgia. Ma su questo ci stiamo lavorando”.

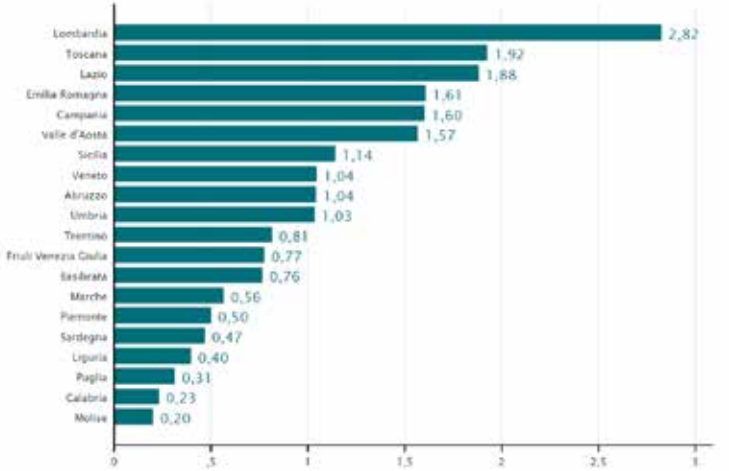
Su 8.000 interventi effettuati nel 2017 in Italia possiamo ipotizzare un risparmio di circa 76milioni di euro per il SSN anche se inizialmente bisognerebbe investire in questo tipo di tecnologie avanzate e verificare l'accesso equo alle cure, che tanto equo in realtà non è tra Nord e Sud.

## Ricorso alla chirurgia bariatrica

Ricoveri per interventi e procedure di chirurgia bariatrica rispetto alla popolazione eleggibile, secondo la regione di residenza (frequenze percentuali), anno 2015



Ricoveri per interventi e procedure di chirurgia bariatrica rispetto alla popolazione eleggibile, secondo la regione dell'istituto di ricovero (frequenze percentuali), anno 2018



Fonte: Elaborazione Osservatorio PARISANITÀ su dati Istat 2015 e Ministero della Salute 2017



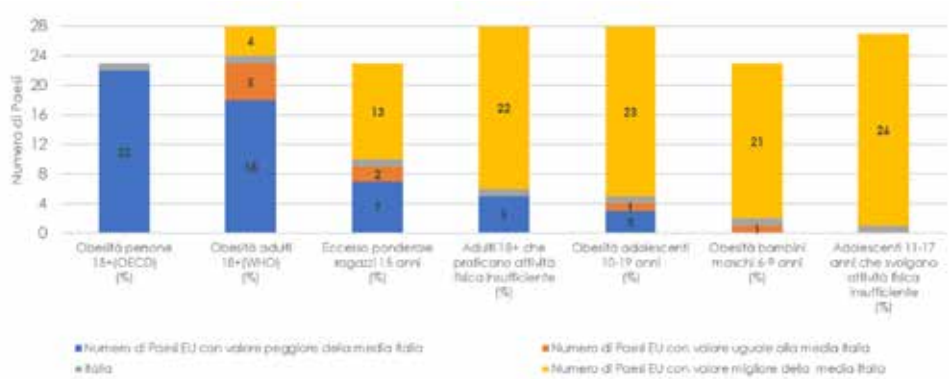
Ed anche se le statistiche nazionali parlano di una situazione migliore rispetto a molti Paesi europei, i dati restano preoccupanti soprattutto fra gli adolescenti.

Questo trend negativo ha risvolti clinici ed economici. Basti pensare che la riduzione di vita di un maschio giovane gravemente obeso può raggiungere il 22% della sua aspettativa di vita (Fontaine et al., 2003), così come una persona in sovrappeso aumenta il rischio di decesso di circa il 30% per ogni 15 kg di peso corporeo aggiuntivo, a causa dello sviluppo di malattie croniche come diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, infarto, asma e una vasta gamma di tumori (Sassi, 2010). Per non parlare poi di quanto può costare una persona obesa alla collettività: dal 4% al 51% (in situazione di estrema gravità) rispetto ad un normopeso.

## Epidemiologia

### In Italia ci sono meno adulti obesi degli altri Paesi Europei

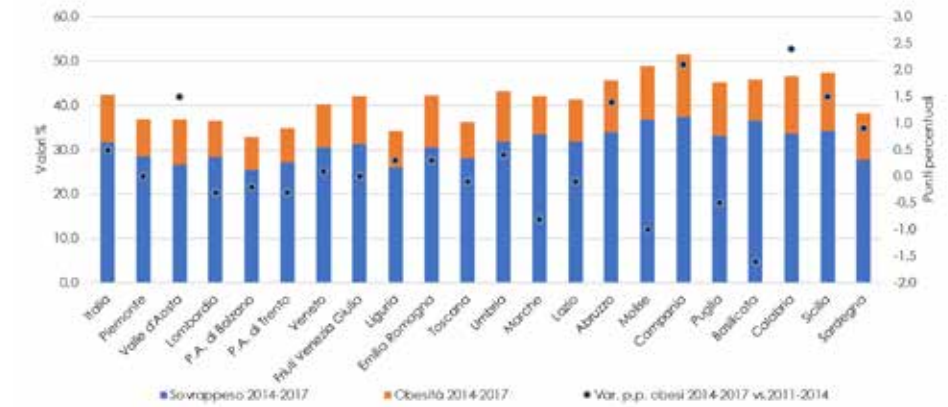
- 10,7% (2017-2014)
- +0,5 p.p. rispetto al triennio precedente



Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari - © C.R.E.A. Sanità

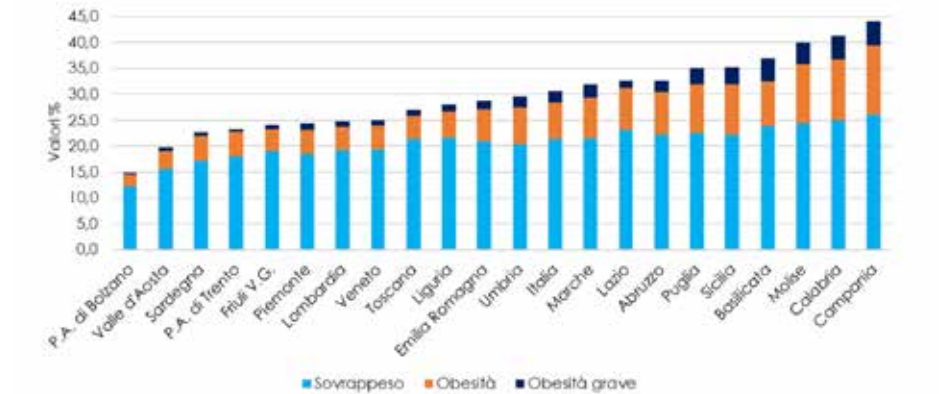
### Importante gap Nord-Sud (33-52%)

- Sovrappeso e obesità tra gli adulti (18-69 anni)



Fonte: elaborazione su dati Epicentro-Istituto Superiore di Sanità (ISS), indagine PASSI 2014-2017 e 2011-2014 - © C.R.E.A. Sanità

### Comunque critico il quadro nazionale sull'obesità infantile (2,7-17,9%)



Fonte: ISS - OKkio alla Salute 2016, <http://www.epicentro.iss.it.okkioallasalute/>

“Valutiamo se dal punto di vista economico c'è un ritorno in termini di spesa riguardo la chirurgia bariatrica – spiega **Paolo Angelo Cortesi** del Centro di Studio e Ricerca sulla Sanità Pubblica – Università Milano Bicocca - il ritorno c'è ed è calcolato sui tipi di interventi effettuati, sulla numerosità degli interventi fatti, sulla mortalità, sugli effetti nei primi 30 giorni e a medio e lungo termine a 2, 5 e 10 anni, sul mantenimento del peso e la riduzione di tutti quegli eventi sanitari che possono portare dei costi. Il risultato è che effettuare un intervento di chirurgia bariatrica ammortizza i costi che il SSN dovrebbe sostenere per le cure di cura e/o mantenimento di una persona che soffre di obesità.

L'aumento ponderale e il relativo stato di sovrappeso o obesità sono associati a un aumento proporzionale del carico socio-economico. Questo è dovuto all'insorgenza di malattie metaboliche, cardiovascolari e di tumori che sono strettamente correlate al peso e comportano un elevato impatto clinico ed economico-sociale nei soggetti obesi.

Al convegno è intervenuto anche **Gialuigi Giannelli**, direttore scientifico IRCCS De Bellis di Castellana Grotte, che ha illustrato come la sua struttura abbia un punto di forza nella combinazione tra una forte attività di ricerca con quella assistenziale, orientata alla promozione della giusta nutrizione e al movimento, attualmente l'unica terapia efficace oltre ovviamente alla prevenzione.

# OS

20 Settembre 2019

---

## La Sanità che Cambia: I Nuovi Modelli Organizzativi & le Professioni Sanitarie della formazione all’esercizio professionale

Aprire un dialogo concreto, efficace fra medici e infermieri per sostenere un nuovo modello organizzativo utile a trovare soluzioni idonee per un’efficiente assistenza sanitaria. Questo il tema principale del dibattito che ha voluto anticipare le decisioni che dovrà prendere il governo regionale all’indomani dei protocolli d’intesa siglati nella conferenza Stato-Regioni. Protocolli che hanno approvato tre atti normativi distinti ma coordinati che precisano ruoli e competenze dei professionisti impegnati nell’area d’emergenza urgenza delineando il contesto di riferimento nell’ambito del rapporto medici- infermieri; hanno confermato e arricchito il triage come funzione infermieristica e ribadita l’autonomia infermieristica in relazione alle competenze acquisite durante il corso di formazione; dettato le linee guida nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso e specificamente autorizzato l’infermiere, qualora previsto da un protocollo interno, alla somministrazione di alcuni farmaci, esecuzione di prelievi ematici senza prescrizione medica.

Nella seduta si sono espone le nuove linee di indirizzo sull’utilizzo di codici numerici da 1 (il più grave) a 5, a cui le Regioni potranno associare un codice colore per la definizione delle priorità. Operazione mirata a:

- evitare ricoveri inappropriati, con le linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- ridurre tempi di attesa, con le linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva (OBI);
- aumentare la sicurezza delle dimissioni, con linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero.

Per ciò che concerne i nuovi modelli organizzativi e le professioni, sono stati introdotti gli equipaggi e i mezzi impiegati nel soccorso, così distinti: -Mezzo di Soccorso Base MSB

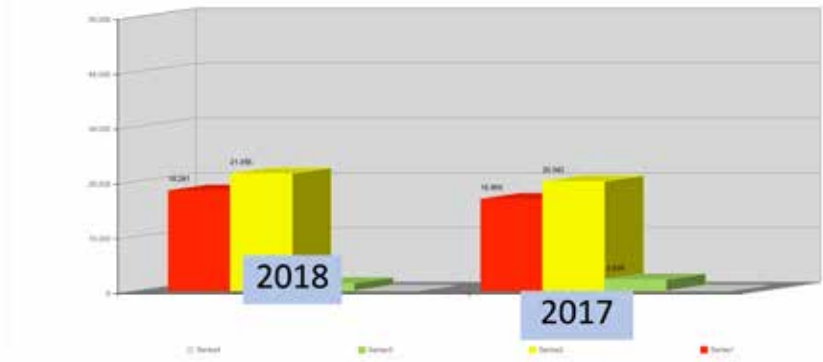
- Mezzo di Soccorso Avanzato uno MSA1\*
- Mezzo di Soccorso Avanzato due MSA2
- Elisoccorso ELI

“Abbiamo chiesto più volte, anche prima delle decisioni nazionali, un tavolo di confronto fra le diverse figure professionali – sottolinea Saverio Andreula, presidente dell’Ordine Professioni Infermieristiche – credo che adesso sia diventato necessario anche in considerazione delle risposte che bisogna dare ai cittadini”.

“L’emergenza urgenza è un tema che riguarda tutti noi. Chi oggi si confronta con l’emergenza quotidiana è un eroe – spiega **Giovanni Migliore**, direttore generale Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari – dobbiamo riflettere e pensare a nuovi modelli organizzativi per un bene che va difeso. In un momento in cui abbiamo difficoltà a trovare professionisti medici, vale la pena focalizzare i punti legati alla gestione della rete territoriale con un utilizzo coordinato e integrato delle professionalità e delle risorse che possono permetterci di trovare una via d’uscita” .

Dettaglio codice missioni MSA1

Oltre 40.000 missioni/anno, in aumento costante.



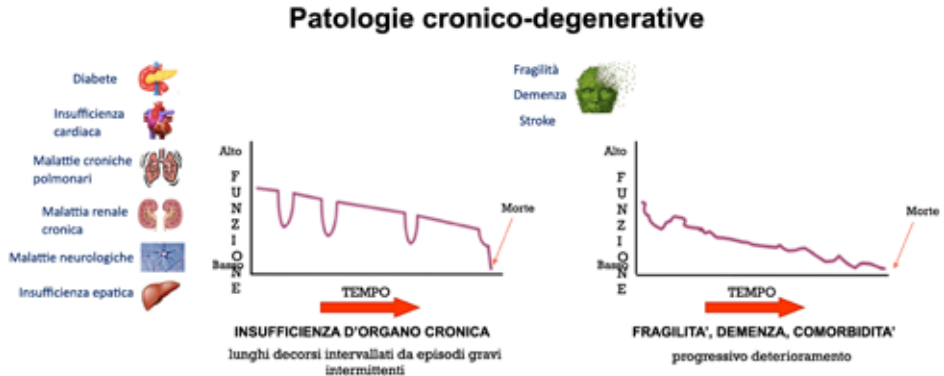


“Ben vengano i nuovi modelli assistenziali ma siamo veramente pronti a fare sistema e riorganizzarli? Così **Loreto Gesualdo**, presidente Scuola di Medicina Universitaria di Bari. “Sento una serie di fake news. Si parla di mancanza di personale quando abbiamo 10.000 studenti laureati in medicina che rimangono a spasso per almeno 12 mesi con aggravati per l’economia sanitaria. Non solo. Abbiamo il più alto numero di medici in Europa, basti pensare che ci sono 2.700 nefrologi 52 per milione di abitanti tanti, se consideriamo che nel Regno Unito sono 9 per milione di abitanti. E, al contrario, abbiamo il più basso numero di infermieri. Allora, la questione è fare sistema per trovare la giusta sostenibilità, accettata dalle dinamiche attuali. E per fare questo dobbiamo fare i conti con i numeri”.

Un’ultima affermazione che trova d’accordo **Nicola Calabrese**, vicepresidente Nazionale FIMMG. “I modelli sono dati dai numeri. La collaborazione diretta fra medici e infermieri diventa fondamentale e credo che la Regione Puglia stia lavorando bene in questa direzione con il modello CARE 3.0. Però attenzione a non parlare di modelli senza capire il vero significato. Il CARE 3.0 è un modello che coinvolge e regola tutte le componenti professionali in base alle proprie competenze. Insomma, dice chi fa e cosa in un’ottica di razionalizzazione delle risorse e delle economie”. “Bisogna portare l’ospedale nel territorio – evidenzia **Francesco Capurso**, presidente Ordine TRSM-PSTRP interprovinciale Bari-Taranto e Bat – così solo si contribuisce a migliorare la qualità della vita di una persona e della sua famiglia”.

La discussione, poi, si è trasferita sui modelli di assistenza nella rete della cronicità: Il Piano nazionale e le Professioni coinvolte. Introdotta da **Cinzia Papappicco**, rappresentate OPI Giovani Bari, la sessione di lavoro è andata avanti, sul tema della Sanità che cambia, offrendo nuovi modelli organizzativi e le professioni sanitarie, dalla formazione all’esercizio professionale. Partendo da un contesto di cronicità e invecchiamento, si sono delineate

patologie come il diabete, insufficienza cardiaca, malattie croniche polmonari e renali, neurologiche e di insufficienza epatica come, a seguito di lunghi decorsi intervallati da episodi gravi intermittenti, portano a fragilità, demenza, comorbidità, con progressivo deterioramento.



- La logica conseguenza è rappresenta da una rete di cronicità gestita dal Piano Nazionale della Cronicità che si fonda su linee guida operative come :
- promozione di corretti stili di vita nella popolazione,
- malattia vissuta con al centro la persona (illness) e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease), mantenimento e coesistenza e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura,
- analisi integrata dei bisogni globali del paziente e non solo “razionalità tecnica” e problemi clinici,
- salute “possibile” cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona;
- analisi delle risorse del contesto ambientale, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere,
- empowerment per fronteggiare la nuova dimensione e sviluppo delle capacità di autogestione (self care),

- presa in carico proattiva ed empatica a “Patto di cura” con il paziente e i suoi caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche,
- superamento dell’assistenza basata unicamente sull’erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici, con l’ausilio di sistemi informativi,
- approccio multidimensionale e non solo relazione “medico-paziente”, team multiprofessionale con MMG, infermiere, specialisti, altri professionisti sanitari.

Il Paziente Cronico e la sua gestione rappresenta uno dei punti focali presi in considerazione dalla Regione Puglia che ha previsto, in via sperimentale il “CARE PUGLIA 3.0”. Un modello che individua le esigenze del paziente a livello clinico e sociale, ne disegna quindi il percorso assistenziale individuale sulla base di linee guida nazionali e internazionali, rendendosi garante dell’efficienza dello stesso.

Un ciclo di interventi conclusosi con quello del Presidente Ordine TRSM-PSTRP interprovinciale BA-A-BT, **Francesco Capurso**, sui Modelli di Assistenza nella rete delle cronicità e, quindi, sul Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) che nasce dall’esigenza di uniformare le attività afferenti a questo settore, proponendo un documento condiviso con le Regioni al fine di promuovere interventi basati sull’unitarietà di approccio, centrato sulla persona e orientato ad una miglioria dei servizi e responsabilizzazione di tutti i componenti dell’assistenza. Obiettivi consequenziali per la cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati ad un miglioramento del quadro clinico, minimizzazione della sintomatologia, prevenzione delle disabilità e miglioramento della qualità di vita. E’ la definizione stessa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a definire la malattia cronica come “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni e decenni” con evidente riferimento all’impegno delle risorse umane, gestionali ed economiche, in termini di costi diretti (ospedalizzazione, far-

maci, assistenza medica,ecc) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita, ecc). E’ il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale ad essere impiegato nella gestione delle malattie croniche. Laddove, invece, ci fosse la compresenza di più patologie sarebbe necessario l’intervento di diverse figure specializzate ognuna in un determinato settore e riconosciute da un unico Ordine professionale.

## Salute e Politiche di Garanzia dei Diritti Piattaforma delle iniziative dei Garanti regionali

La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiscono la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell’assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.”

Da questa definizione si delinea come compito dello Stato sia la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non-benessere, che possono impedire al soggetto una vita dignitosa. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona, diritto che ne riconosce la dignità, che deve essere salvaguardato anche attraverso l’azione dei pubblici poteri. Competenza dello Stato sociale è garantire a tutti l’accesso ai diritti fondamentali, mettere nelle condizioni tutti di poterne fruire in eguale misura e tutelare i soggetti deboli e marginali. Al tema di grande interesse è stata dedicata una sessione di lavori del Forum introdotta e moderata da Pietro Rossi, Garante Diritti delle persone private della libertà Regione Puglia. Il primo intervento di **Gaetano Brindicci**, Dirigente Medico UOC Malattie Infettive AOU Policlinico di Bari, ha evidenziato il ruolo dell’infettivologo nel rapporto con determinate categorie di persone come immigrati e detenuti.

Successivamente **Nicola Buonvino**, Dirigente Responsabile Sanità Penitenziaria Bari, ha evidenziato le problematiche legate al tema della presa in carico del paziente detenuto e relativo riordino organizzativo in corso. Un tema estremamente contemporaneo, nonché piaga sociale

che evidenzia le croniche carenze di risorse e il bilico tra diritto alla salute e della giustizia e dunque più ampiamente tra il sistema sanitario e il sistema penitenziario.

La salute della persona detenuta va tutelata e garantita esattamente come quella di chi vive in uno stato di libertà : dal 2008 rappresenta l’assioma per la presa in carico del paziente-detenuto da parte del Sistema Sanitario Nazionale. Menzione per la Casa Circondariale di Bari che ha assunto un ruolo strategico in questo ambito a livello nazionale in quanto sede del Servizio di Assistenza Intensivo-24 posti letto (SAI) ma anche per la qualificata gestione dello stesso; assumendo il ruolo di HUB nel 2017, si fregia di essere l’Istituto a maggior vocazione sanitaria. Sarà con la nascita di uno spazio detentivo intraospedaliero a permettere di completare l’offerta assistenziale del SAI con riduzione di piantonamenti in corsia e più efficienti prestazioni sanitarie.



*“Non fatemi vedere i vostri palazzi ma le vostre carceri, poiché è da esse che si misura il grado di civiltà di una Nazione”- Voltaire*

Dal riordino organizzativo delle carceri ai nuovi modelli trattamentali psichiatrico-forensi: rems, carcere e territorio si fa presto. Si è definito, quindi, come sia cambiato il trattamento del malato di mente autore di reato definito socialmente pericoloso, delineando un percorso legislativo-giurisprudenziale di affiancamento degli stessi a competenze terapeutiche e riabilitative in ambito della psichiatria pubblica. La Regione Puglia, analizzando i dati nazionali e regionali, ha provveduto ad una programmazione strutturale dei ricoveri per questi soggetti incrementando i posti letto per ogni comunità.

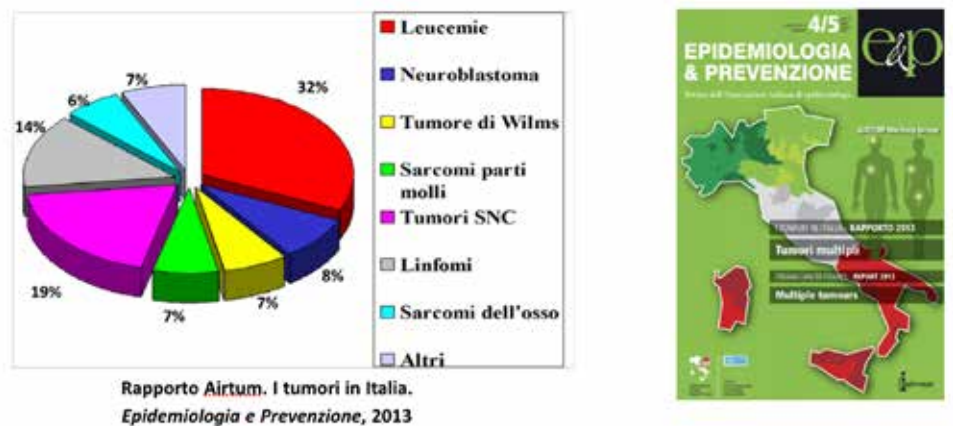
E’ **Ludovico Abbaticchio**, Garante dei Diritti dell’Infanzia Regione Puglia, a presentare nella seconda discussione della sessione pomeridiana un altro aspetto del Diritto alla salute, il più delicato, quello dei minorenni. Con il Direttore UOC pediatria e Oncoematologia Pediatrica Ospedale SS Annunziata Taranto, Valerio Cecinati ci si addentra nel tema dell’Oncologia pediatrica e prevenzione. Agghiacciante è il dato: 1380 bambini e 780 adolescenti si ammalano di cancro ogni anno in Italia.

Tuttavia, l’elaborazione e applicazione di protocolli comuni nazionali e internazionali, la ricerca e divulgazione delle scoperte scientifiche applicate al campo dell’oncoematologia pediatrica, la formazione specialistica avanzata degli operatori hanno determinato un miglioramento dei campi di applicazione con relativa diminuzione dei casi di tumori infantili.

Un dato che viene, inesorabilmente, turbato dai casi registrati a Taranto dove il settore industriale-siderurgico ha portato con sé problematiche irreversibili.

Dal 1890 con l’arsenale militare, 1895 con i cantieri navali, 1960 Ilva, 1962 Cementir, 1963 Raffineria Eni, il 30 Novembre del 1990 viene definito dal Consiglio dei Ministri “AREA AD ELEVATO RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE”. Un disagio quasi preannunciato che va di pari passo con quello della povertà educativa (Indice di povertà educativa=IPE) che vede la Puglia al 4

posto su le 18 altre regioni italiane. A fronte di ciò interviene il cosiddetto concetto di “EQUITY”, ossia il garantire adeguati standard di assistenza, fornire il supporto necessario. Segmento fondamentale nella gestione della dolorosa situazione è il lavoro della scuola in ospedale, del servizio di psico-oncologia e da tutti gli interpreti che cercando di assicurare una vita di qualità accettabile per i piccoli pazienti.



Nelle reti dei servizi entrano anche temi legati alla sfera sessuale. La discussione da parte di **Giovanna Pontiggia**, Consigliere dell’Ordine Psicologi Regione Puglia traccia un percorso definendo le varie fasi comportamentali nella vita di un soggetto, dall’adolescenza all’età adulta. L’attenzione è particolarmente rivolta ai giovani a cui si offrono gli spunti per riflettere sui legami tra sentimenti di malessere e droghe, alcool e sesso e, nello stesso tempo, gli si offrono i mezzi per il superamento dei problemi legati ai diversi stati relazionali. L’importanza all’educazione sessuale assume una dimensione fondamentale nella quale elementi imprescindibili diventano i genitori e gli stessi educatori.

la sessualità è modalità globale della persona  
e assorbe la funzione comunicativa



Talvolta impreparati, le figure dei genitori-insegnanti-personale sanitario devono avvalersi della collaborazione di esperti per spiegare come il sesso sia un fatto positivo e che è parte integrante della vita; evitare dunque banalizzazioni, negazioni o minimizzazioni piuttosto incrementare l'educazione sessuale a scuola come già prevista dal D. leg 19/2/2004 con gli obiettivi di potenziare l'intelligenza emotiva, attenzionare le differenze i genere e distinguere i diversi canali di comunicazione. In conclusione, l'esigenza comune è modificare la rotta a tutti livelli: politici, culturali, professionali prediligendo la prevenzione all'emergenza -urgenza con l'utilizzo di nuove tecniche e metodologie che la società impone, oltre ad una sinergia realizzata su larga scala per una maggiore interazione delle figure chiamate in causa.

## Programmare ed innovare in Sanità: percorsi per il futuro

La tematica porta owie riflessioni come l'importanza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella riduzione delle sperequazioni, nel preservare il Sud e nel (ri)finanziamento per ridurre le disparità. Uno dei mezzi indicati per sostenere questo è sicuramente l'innovazione tecnologica al servizio del SSN. A introdurne il tema, **Federico Spandonaro**, Presidente CREA Sanità.

L'innovatività diventa una necessità innegabile come la questione sul valore delle reti di laboratorio e la loro appropriatezza strutturale descritta in modo capillare da **Edmondo Adorisio**, Direttore UOC Patologia Clinica ASL Bari. Il laboratorio diventa un "essere" in continua evoluzione che ha vissuto gli ultimi 10 anni di mutamenti tecnologici, informativi e formativi evolvendosi sia nella struttura che nella preparazione del personale interno, più qualificato.

Come si è arrivato a questo? Attraverso un sistema riorganizzativo regionale (e nazionale) che ha previsto:

- Sistema informatico unico,
- Sistema di trasporto campioni biologici,
- Aree omogenee integrate delle attività,
- Integrazione del personale.

## Riordino Laboratori Analisi Pubblici D.M. 70/2015



Delibera di Giunta Regionale n. 985 del 20 giugno 2017

L'innovazione tecnologica e i nuovi modelli devono però fare i conti con i limiti imposti su scala nazionale dei tetti di spesa. A sottolinearlo **Maurizio Simmaco**, Direttore UOC laboratorio Analisi AOU Sant'Andrea, Università Sapienza Roma. Se da una parte le soluzioni a breve periodo, come tagli e tetti di spesa, si rivelano efficaci nel lungo periodo si dimostrano di scarsa efficacia in quanto incapaci di controllare i fattori spesa e rischi a livello di qualità ed equità dei sistemi. Occorre, quindi, correre ai ripari sfruttando soluzioni multidirezionali che possano prevedere, e magari anticipare, scenari futuri.



**YOUman LAB: la persona - cittadino e professionista - al cuore del cambiamento**

Valutare il grado di umanizzazione negli ospedali assegnando un voto su una scala da 0 a 10. Questo il progetto promosso a livello nazionale dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e elaborato dall'Aress Puglia, che ha restituito numeri interessanti fotografando la situazione attuale delle strutture sanitarie. Un progetto che ha tagliato il traguardo del terzo anno ma con origini più 'antica', giacché già nel 2012 la ASL di Lecce ha inaugurato il progetto pilota e nel 2017 ne è divenuta capofila regionale. Un esperimento partito con l'analisi di tre sole strutture (due pubbliche e una privata) e diventato strada facendo l'asse portante del modello di rilevazione regionale, allargato a tutte le strutture sanitarie di ricovero, pubbliche e private, della Regione Puglia.

Il rapporto 2019 "La cura e la persona - La valutazione partecipata dell'umanizzazione negli ospedali di Puglia" ha coinvolto ospedali pubblici e privati accreditati SSN e ha tenuto conto di cinque macro aree: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura; cura della relazione con il paziente e con il cittadino; accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; sicurezza del paziente. I giudizi sono stati elaborati sulla base di numerosi parametri che hanno composto la checklist per la valutazione partecipata. Per tutti e quattro i parametri è stato registrato un incremento rispetto al 2018 rispettivamente di +6% per il primo, +4% per il secondo e il terzo e +7% per il quarto.

Scendendo lungo la nostra regione e considerando le varie province si sono avute questi piazzamenti.

**PROVINCIA DI FOGGIA (strutture per acuti)**

- 1 - Casa di Cura Opera Don Uva (Foggia) – punteggio complessivo 8,8;
- 2 - Casa di cura San Michele (Manfredonia) – 8,4 punti;
- 3 - Casa di Cura Professor Brodetti (Foggia) – 8,3 punti.

Tra le strutture pubbliche, in provincia di Foggia la prima è stata gli Ospedali Riuniti di Foggia con 7,5 punti.

**PROVINCIA BAT**

- 1 - Ospedale Vittorio Emanuele II di Bisceglie - 6,5 punti;
- 2 - Ospedale Di Miccoli di Barletta – 6,1 punti;
- 3 - Ospedale Bonomo di Andria – 5,9 punti.

**PROVINCIA DI BARI**

- 1 - Casa di Cura Santa Maria – 8,8 punti;
- 2 - Ospedale San Paolo di Bari - 8,7 punti;
- 3 - Ospedale della Murgia di Altamura - 8,6 punti.

**PROVINCIA DI TARANTO**

- 1 - Ospedale San Pio di Castellaneta - 8,1 punti;
- 2 - Casa di Cura Villa Verde di Taranto - 8 punti;
- 3 - Ospedale Santissima Annunziata di Taranto - 7,8 punti.

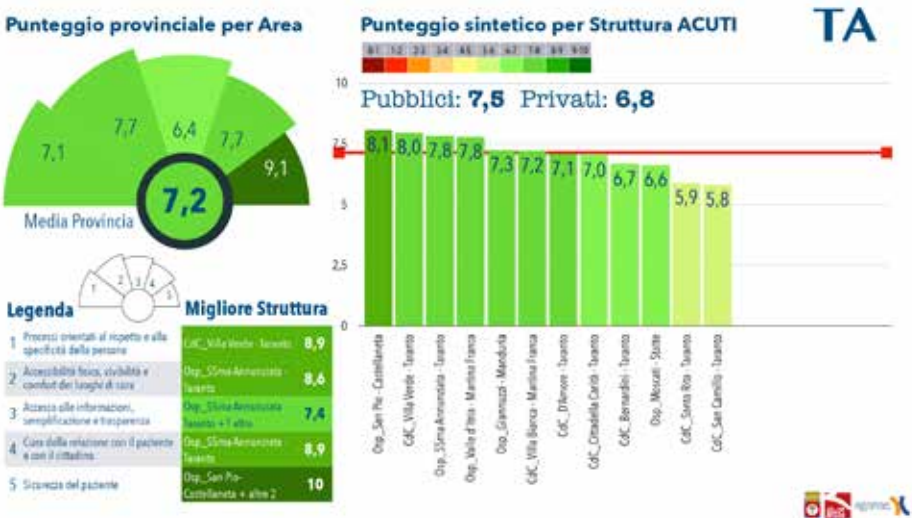
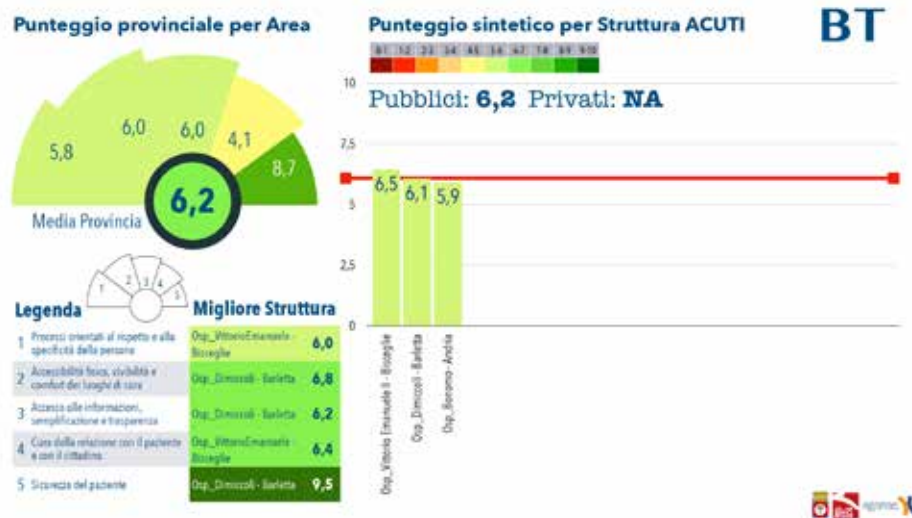
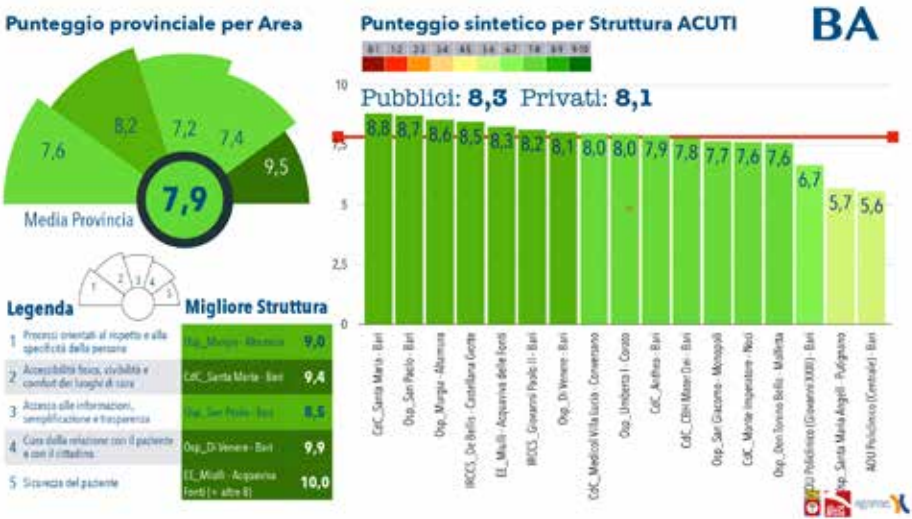
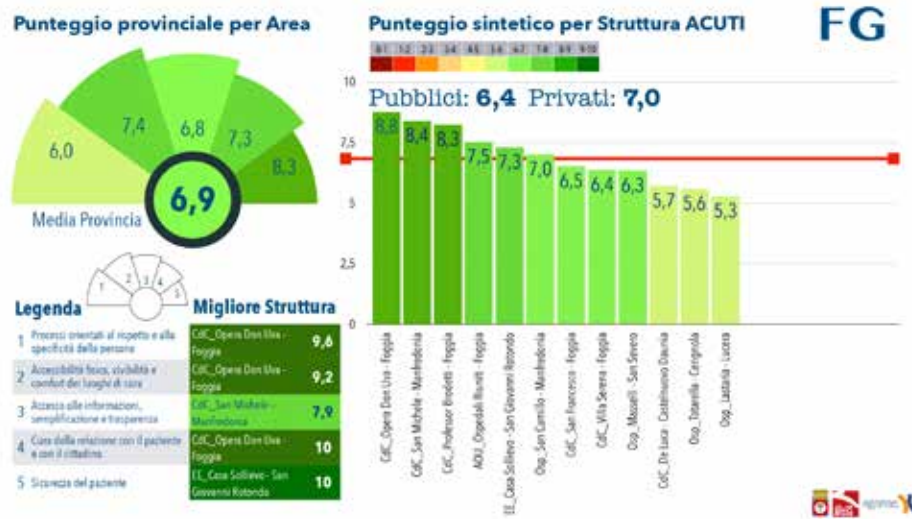
**PROVINCIA DI BRINDISI**

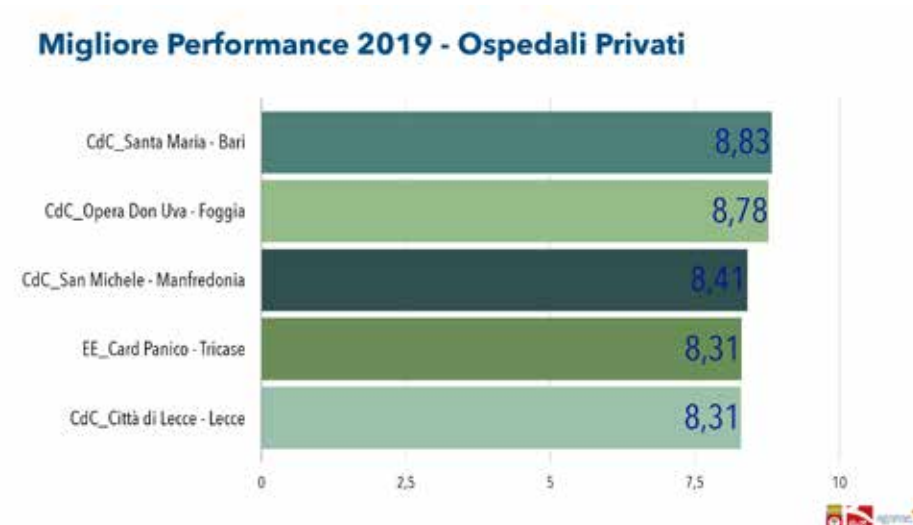
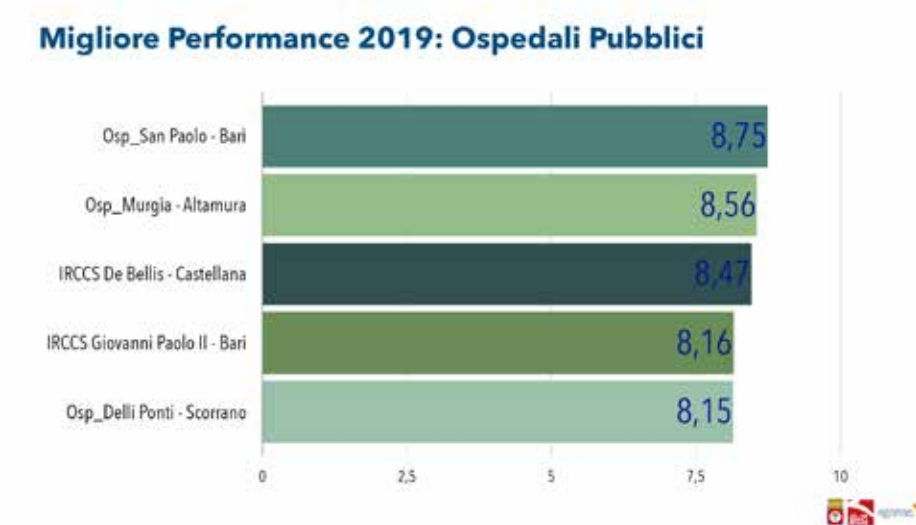
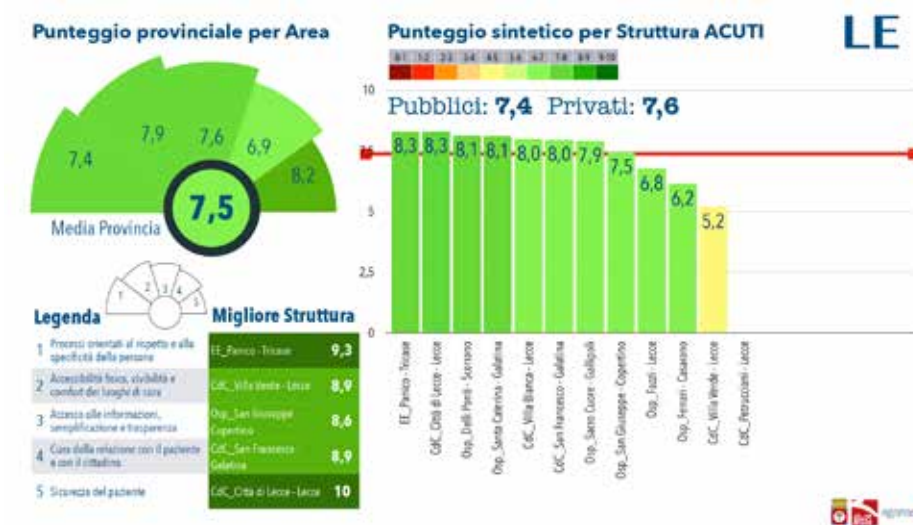
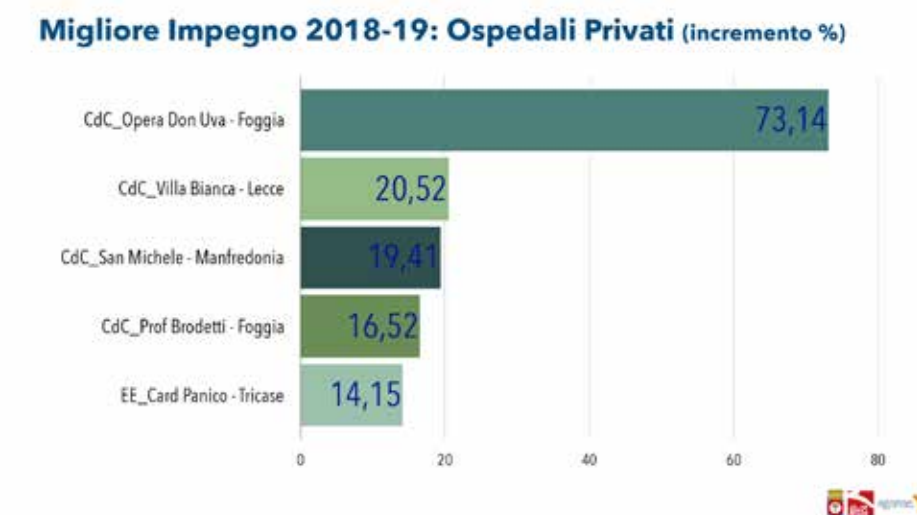
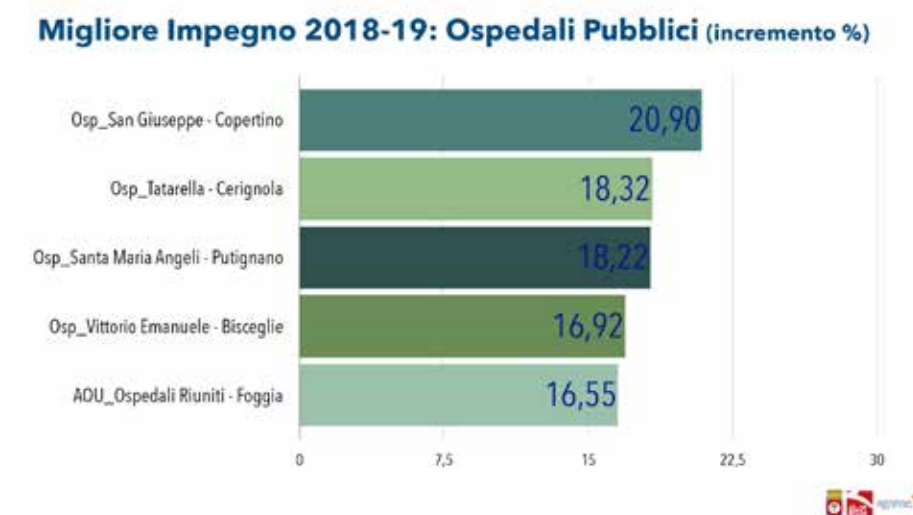
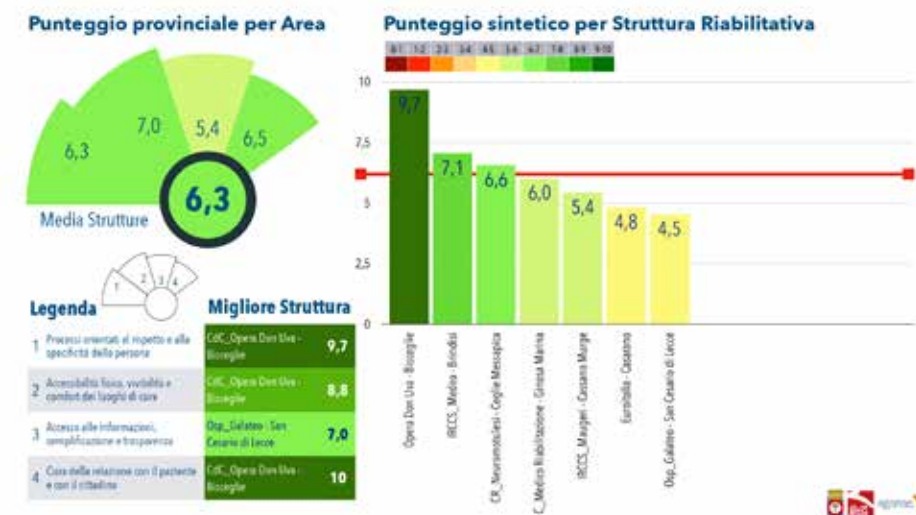
- 1 - Casa di Cura Salus di Brindisi - 8 punti;
- 2 - Ospedale Perrino di Brindisi - 7,2 punti;
- 3 - Ospedale Camberlingo di Francavilla Fontana - 6,6 punti.

**PROVINCIA DI LECCE**

- 1 - Ente Ecclesiastico Panico di Tricase - 8,3 punti;
- 1 - Casa di cura Città di Lecce - 8,3 punti;
- 2 - Ospedale Delli Ponti di Scorrano - 8,1 punti;
- 2 - Ospedale Santa Caterina di Galatina - 8,1 punti;
- 3 - Casa di Cura Villa Bianca di Lecce - 8 punti;
- 3 - Casaa di Cura San Francesco di Galatina – 8 punti.

Punteggio medio per provincia: 6,9 per Foggia; 6,2 per la Bat; 7,9 per Bari; 7,2 per Taranto; 6,9 per Brindisi; 7,5 per Lecce.





Ad aggiudicarsi la **migliore performance 2019 in tutta la Puglia per gli ospedali pubblici** è l'ospedale San Paolo di Bari. La classifica ha valutato anche il miglior impegno rispetto al 2018: a riportare l'incremento percentuale di punteggio maggiore sono stati l'ospedale San Giuseppe di Copertino (+20,9%), l'ospedale Tatarella di Cerignola (+18,3%) e l'ospedale Santa Maria degli Angeli (+18,2%).

Nel **settore privato la miglior performance 2019** è quella della casa di cura Santa Maria di Bari della Gvm Care & Research che ha bissato il risultato del 2018 attestandosi come struttura migliore fra gli ospedali pugliesi per l'umanizzazione delle cure, un processo in cui è il paziente è al centro di un percorso assistenziale orientato al rispetto della sua integrità morale, psicologica e sociale.



Il miglior impegno inteso come il maggiore incremento rispetto all'anno precedente va all'opera Don Uva di Foggia (+73,1%). Subito dopo la casa di cura Villa Bianca di Lecce (+20,5%) e la casa di cura San Michele di Manfredonia (19,4%).

Tra le strutture riabilitative primo posto per il Don Uva di Bisceglie (9,7 punti) che stacca nettamente l'Ircss Medea di Brindisi (7,1 punti). Terzo Neuromotulesi di Ceglie Messapica (6,6 punti).

Tastare il polso, quindi, alla sanità pugliese al fine di migliorare i servizi. La project manager YOUman LAB Clima, **Micaela Abbinante**, quest'anno si è orientata verso l'introduzione di un clima organizzativo, determinando il modo in cui i soggetti interpretano l'azienda e i relativi piani per migliorarlo, al fine di un benessere organizzativo che porti efficacia ed efficienza dell'organizzazione, il tutto partendo dal monitoraggio dello stato di salute del capitale umano, dati rilevati in tutte le Asl regionali ed elaborati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa.



L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica fa parte del programma di valutazione, preso in considerazione anche da **Sonia Giausa**, Project



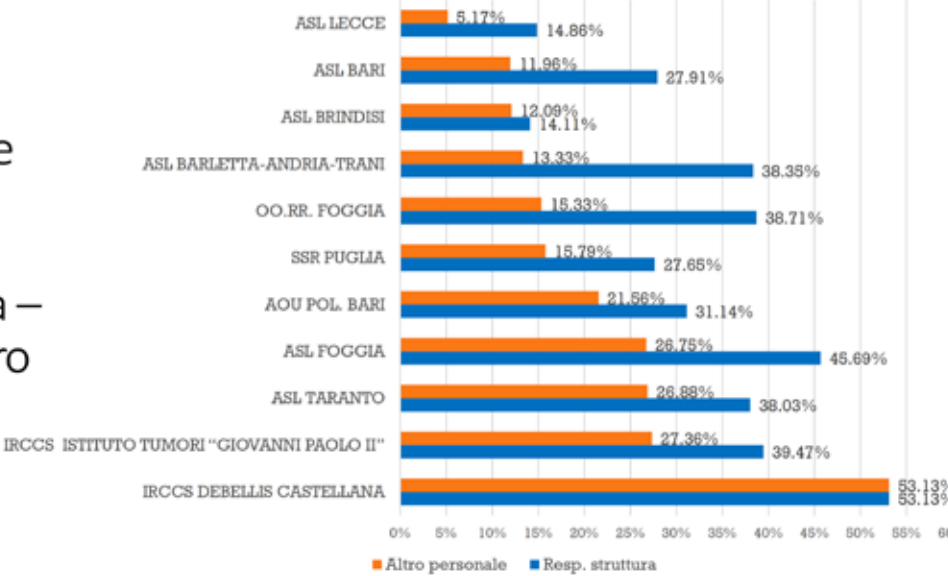
- PERCHÉ ?
- COME MIGLIORARE ?
- LA COMUNICAZIONE ?
- LA FIDUCIA ?

Manager YOUman LAB Umanizzazione. Il progetto ha previsto la copertura totale degli ospedali pubblici e delle strutture private accreditate con la Regione che si è fatta parte attiva nel sostenere l'adesione al progetto ed è stata determinata per il commitment di tutte le strutture. La raccolta dei dati sull'intero perimetro ha permesso un'analisi a tutto tondo sull'umanizzazione della rete di ricovero pugliese. E la loro restituzione pubblica ha lo scopo di generare competizione positiva tra le diverse strutture, oltre che aumentare la trasparenza, la credibilità dell'operato pubblico con conseguente incremento di fiducia agli occhi del cittadino. Inoltre, la presentazione dei dati aumenta il senso di responsabilità delle strutture, che devono rispondere degli impegni assunti.

Nel corso del convegno, presentati anche i dati 2019 dell'analisi sulla soddisfazione dei dipendenti delle strutture sanitarie pugliesi. Attraverso dei questionari anonimi sono stati richiesti ad una popolazione di 39.237 dipendenti delle aziende del Sistema Sanitario Regionale, per un periodo di svolgimento dal 15 maggio 2019 al 30 agosto 2019 le condizioni di lavoro, la soddisfazione del proprio incarico, il management, il grado di soddisfazione della comunicazione e della informazione, la formazione, il sistema di budget, la valutazione dei sistemi interni, le condizioni dell'azienda anche da un punto di vista decisionale.

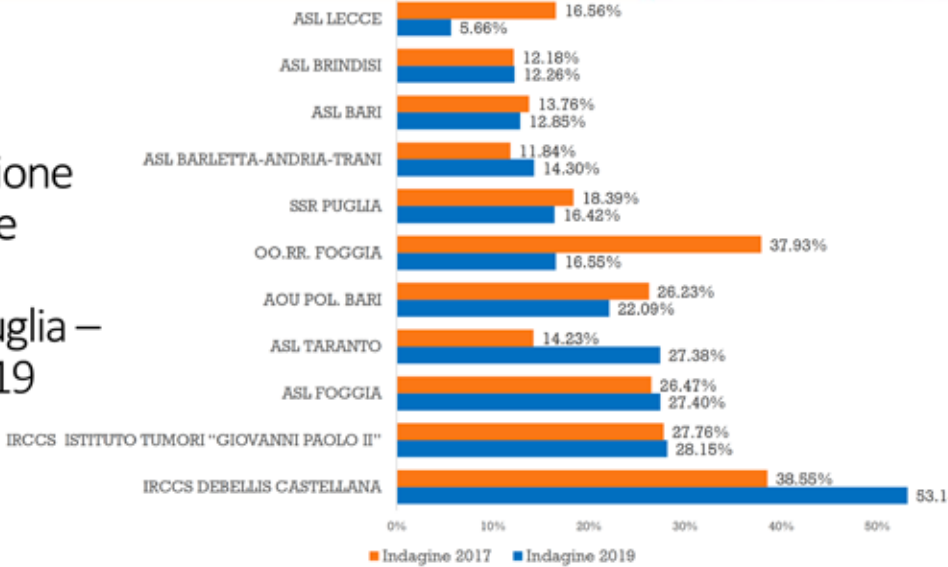
## La partecipazione all'indagine

### Aziende SSR Puglia – Responsabili e altro personale



## La partecipazione all'indagine

### Aziende SSR Puglia – 2017 vs 2019





“Dall’analisi effettuata sul clima interno dei dipendenti sanitari pugliesi è venuto fuori un quadro positivo – spiega **Nicola Bellè** della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa – tra i virtuosismi c’è l’orgoglio di appartenere e lavorare per il sistema sanitario pugliese, senz’altro, un dato in linea con i migliori risultati nazionali. Un secondo dato peculiare è il senso di realizzazione e la percezione di sostenibilità, mi riferisco ai ritmi di lavoro, valutato positivamente da tutte le famiglie professionali. La percentuale dei soddisfatti, in questo caso, è nettamente superiore a quella degli insoddisfatti. E badate bene che non è un dato scontato perché in particolare per alcune famiglie professionali, quali i medici e gli infermieri

a contatto con l’operatività quotidiana, troviamo dei segnali d’insofferenza. Un terzo punto, per alcuni indicatori abbiamo osservato un leggero miglioramento tra il rilevamento del 2019 e quello del 2017. In particolare, sulla conoscenza degli obiettivi delle aziende e dei risultati. Il rovescio della medaglia c’è e riguarda la partecipazione a queste analisi. Questa è una grossa opportunità per i dipendenti perché da loro voce e consente di partecipare al miglioramento dell’azienda. Su questo punto c’è stata una piccola perdita, quasi 1,5% rispetto al 2017; cosa che non abbiamo rilevato nelle altre regioni italiane dove, invece, i dati sono in aumento

Indicazioni per il  
miglioramento  
Responsabili

% di responsabili che  
suggerisce di migliorare...

|                            | Comunicazione<br>interna | Valorizzazione<br>risorse umane | Percorsi<br>assistenziali | Qualità delle cure | Sicurezza delle cure | Tempi di attesa | Innovazioni<br>tecnologiche | Innovazioni<br>organizzative | Cortesia nei luoghi<br>di cura | Sburocratizzazione | Pulizia e decoro |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|
| ASL BRINDISI               | 73.91                    | 82.61                           | 78.26                     | 71.74              | 69.57                | 76.09           | 76.09                       | 76.09                        | 69.57                          | 84.78              | 69.57            |
| ASL TARANTO                | 61.80                    | 73.03                           | 60.67                     | 60.67              | 58.43                | 65.17           | 71.91                       | 66.29                        | 70.79                          | 68.54              | 65.17            |
| ASL BARILETTA ANDRIA TRANI | 64.71                    | 66.67                           | 62.75                     | 60.78              | 56.86                | 60.78           | 66.67                       | 66.67                        | 66.67                          | 68.63              | 54.90            |
| ASL BARI                   | 78.74                    | 86.61                           | 70.87                     | 63.78              | 62.99                | 70.87           | 77.95                       | 82.68                        | 66.14                          | 78.74              | 64.57            |
| ASL FOGGIA                 | 52.83                    | 66.04                           | 47.17                     | 50.94              | 50.94                | 52.83           | 58.49                       | 54.72                        | 56.60                          | 60.38              | 52.83            |
| ASL LECCE                  | 74.58                    | 83.05                           | 62.71                     | 59.32              | 57.63                | 66.10           | 67.80                       | 72.88                        | 59.32                          | 71.19              | 59.32            |
| ONCOLOGICO                 | 66.67                    | 60.00                           | 40.00                     | 26.67              | 33.33                | 53.33           | 33.33                       | 33.33                        | 20.00                          | 60.00              | 20.00            |
| DEBELLIS                   | 47.06                    | 52.94                           | 47.06                     | 47.06              | 41.18                | 64.71           | 41.18                       | 52.94                        | 52.94                          | 41.18              | 17.65            |
| POLICLINICO                | 70.42                    | 76.06                           | 73.24                     | 61.97              | 54.93                | 70.42           | 64.79                       | 73.24                        | 76.06                          | 78.87              | 78.87            |
| AO OR FOGGIA               | 66.67                    | 72.92                           | 68.75                     | 66.67              | 70.83                | 75.00           | 64.58                       | 70.83                        | 70.83                          | 70.83              | 56.25            |
| SSR PUGLIA                 | 68.40                    | 76.04                           | 64.76                     | 60.59              | 58.85                | 67.01           | 68.06                       | 70.31                        | 65.63                          | 72.05              | 61.11            |

Indicazioni per il  
miglioramento  
Altri dipendenti

% di dipendenti che  
suggerisce di migliorare...

|                            | Comunicazione<br>interna | Valorizzazione<br>risorse umane | Percorsi<br>assistenziali | Qualità delle cure | Sicurezza delle cure | Tempi di attesa | Innovazioni<br>tecnologiche | Innovazioni<br>organizzative | Cortesia nei luoghi<br>di cura | Sburocratizzazione | Pulizia e decoro |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|
| ASL BRINDISI               | 62.73                    | 68.06                           | 60.19                     | 59.95              | 59.26                | 65.97           | 65.97                       | 64.81                        | 64.12                          | 65.05              | 62.04            |
| ASL TARANTO                | 65.66                    | 69.97                           | 64.75                     | 64.22              | 62.48                | 66.04           | 70.42                       | 71.03                        | 61.65                          | 67.70              | 62.03            |
| ASL BARILETTA ANDRIA TRANI | 66.13                    | 72.31                           | 61.33                     | 58.81              | 58.35                | 63.39           | 65.90                       | 67.96                        | 60.87                          | 67.28              | 61.33            |
| ASL BARI                   | 70.23                    | 74.65                           | 66.24                     | 64.94              | 65.48                | 69.15           | 71.09                       | 73.79                        | 66.24                          | 71.41              | 64.29            |
| ASL FOGGIA                 | 78.12                    | 82.36                           | 77.32                     | 76.63              | 76.75                | 78.35           | 79.27                       | 80.99                        | 77.89                          | 81.21              | 76.17            |
| ASL LECCE                  | 73.37                    | 78.07                           | 70.50                     | 67.89              | 66.58                | 72.32           | 74.67                       | 74.67                        | 67.10                          | 70.23              | 58.75            |
| ONCOLOGICO                 | 70.27                    | 73.65                           | 62.84                     | 54.05              | 50.68                | 64.86           | 56.08                       | 68.24                        | 45.95                          | 61.49              | 36.49            |
| DEBELLIS                   | 56.47                    | 62.35                           | 54.12                     | 54.12              | 54.71                | 58.24           | 51.76                       | 59.41                        | 52.94                          | 57.06              | 45.88            |
| POLICLINICO                | 71.45                    | 75.06                           | 68.67                     | 65.06              | 64.22                | 69.88           | 70.36                       | 72.77                        | 70.12                          | 71.08              | 69.40            |
| AO OR FOGGIA               | 65.41                    | 69.77                           | 63.95                     | 61.05              | 62.79                | 67.73           | 66.28                       | 66.86                        | 66.28                          | 67.73              | 62.21            |
| SSR PUGLIA                 | 69.21                    | 73.70                           | 66.79                     | 65.09              | 64.54                | 68.96           | 70.30                       | 72.09                        | 66.09                          | 70.25              | 64.17            |

Perché le persone non partecipano? Non per scetticismo – continua – altrimenti non si spiegherebbe perché in alcune aziende sanitarie pugliesi abbiamo alte partecipazioni. La vera leva è far capire che questi dati servono veramente, che questo ascolto avviene realmente. In questo senso,

a valle della lettura, è importante dare indicazioni concrete di miglioramento, altrimenti le persone in una successiva analisi non partecipano ”.

## L'IMPORTANZA DELLA STERILIZZAZIONE NELLO SMART HOSPITAL

Nonostante i notevoli progressi effettuati nella lotta e nel controllo delle infezioni ospedaliere, esse rappresentano ancor oggi un importante fattore di rischio. Ed è per questo che si rende necessario, più che mai, un processo di prevenzione e controllo attraverso le sterilizzazioni. I dati riportati dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, a cura di **Cinzia Germinario**, Professoressa UNIBA, evidenziano una diffusione delle infezioni, resistenti agli antibiotici, tale da evidenziarne un fenomeno emergente di portata storica. Su una scala da 0 (nessun caso riportato) a 5 (endemia cioè costante presenza di malattia in una popolazione o territorio), l'Italia si colloca nell'ultimo, preoccupante, stadio insieme a Grecia e Turchia, ovvero quello di endemia dei ceppi microbici produttori di carbapenemasi che si propagano in maniera importante all'interno della popolazione.



Numero di casi di CRE suddivisi per ASL. Puglia, anno 2018

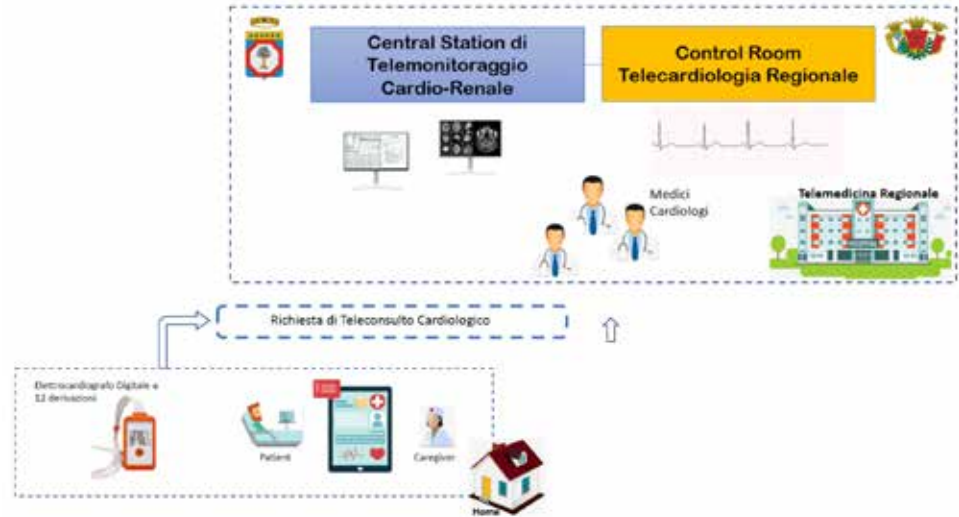
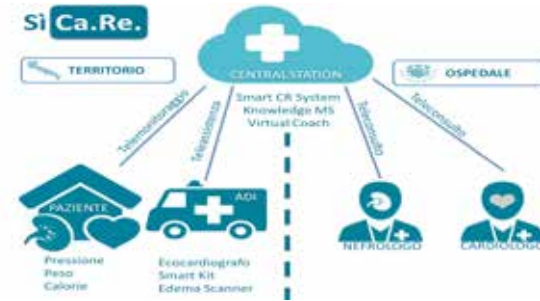
Un tale dato ha reso necessario l'intervento del Ministero della Salute che con apposita circolare ha adottato opportune misure di sorveglianza e controllo della trasmissione nelle strutture sanitarie. Qui il personale medico ed infermieristico, coinvolti direttamente, è stato sottoposto a cicli di controllo fisici, chimici e biologici. Argomento questo, affrontato anche da **Gianluca Giaconia**, Referente AICC Regione Campania, nell'ambito degli smart hospital e del ruolo dell'ingegnere clinico nella trasformazione e successivamente da **Giuseppe Gagliardi**, responsabile Laboratorio Analisi ASL Bari, che ha valutato l'efficacia del sistema Light Strike presso il blocco ospedaliero "Di Venere" Carbonara-ASL Bari. Per circoscrivere e inquadrare le infezioni e il loro impatto clinico-economico e definire politiche di procedura, l'ASL di Bari ha deciso di sperimentare il sistema robotico Light Strike. Un mezzo attraverso il quale si opera la completa eliminazione di eventuale carica batterica, in tempi brevi, e con risultati del 100% rispetto alla sanificazione standard (riduzione del 56%).

### Sistema di disinfezione avanzata Light Strike meccanismi di distruzione cellulare



## ICT e telemedicina applicata ai percorsi organizzativi, clinici e assistenziali

Esistono diversi ambiti nei quali la telemedicina viene utilizzata e a seconda del settore medico a cui si applica assume nomi differenti (teleradiologia, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, teledermatologia, etc. ) pur rimanendo fedele ad un fattore fondamentale, ossia il rapporto non fisico tra diversi livelli di cura e il collegamento virtuale con personale medico, paramedico e tecnico dell'area sanitaria. Il convegno si è indirizzato su un obiettivo ben preciso: fare il punto sulla soddisfazione dei pazienti e operatori della sanità nell'utilizzo dei prototipi di piattaforme software utilizzate nel pubblico e privato per facilitare e coordinare le attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da remoto. Al momento sono ancora poche le realtà che possono disporre, anche in fase sperimentale, di questi 'linguaggi tecnologici' per innovare in sanità, ma la Regione Puglia sta già portando avanti da alcuni anni dei micro-progetti di telemedicina per curare, in modo nuovo, i pazienti puntando su un'assistenza sanitaria migliore, ottimizzando i servizi ai cittadini, risparmiando sui costi di trasferimento da e verso gli ospedali. **Loreto Gesualdo**, Presidente Scuola di Medicina Università di Bari, ha presentato il Sistema integrato di monitoraggio e cura del paziente con sindrome Cardio-Renale (SICAre). Quello introdotto è il nuovo modello di integrazione ospedale-territorio per la cura domiciliare dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e insufficienza renale cronica, patologie croniche più diffuse nei paesi avanzati con un elevato impatto sulla qualità della vita.



Ma anche il Connected Care (intervento di **Alberto Oggioni**, Business Marketing Manager Monitor and Analytics-Therapeutic Care Philips Italia Israele e Grecia) si dimostra una soluzione possibile per i pazienti, anche cronici, e per vincere la sfida della sostenibilità nel settore sanitario. Progressivamente, sta acquisendo un ruolo strategico nella Sanità digitale italiana con la centralizzazione del cittadino-paziente e creando modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione delle cure tra ospedale e territorio e abilitino l'empowerment del paziente. L'azienda barese 'Predict Care' ha messo a punto un sistema software funzionante con gli hololens (visori), capaci di restituire una immagine olografica con realtà aumentata per tutte le operazioni di lettura dati medici, cartelle cliniche e istruzioni per l'utilizzo di oggetti sanitari tra medici e personale medico e paramedico.

“Il nostro sistema si basa sulla mixed reality – spiega **Monica Carella** della Predict - una realtà intermedia tra la realtà virtuale e mondo reale che processa gli input umani e ambientali in un’unica realtà mappando l’ambiente: l’obiettivo è migliorare i processi sanitari dando agli esperti il controllo di una realtà che sta vivendo anche in remoto. In questo modo un infermiere che indossa gli hololens può svolgere delle attività molto più complesse rispetto a quelle che svolge normalmente grazie alle indicazioni in remoto e in maniera olografica da parte del medico specialista che rimane in ospedale o a casa”. Una delle esperienze più recenti che la ‘Predict Care’ sta realizzando è un progetto di ricerca condotto con l’ospedale oncologico di Bari che ha pensato di introdurre nel lavoro di sala operatoria l’utilizzo della mixed reality: in fase di intervento il chirurgo potrebbe aver bisogno di ricontrollare immagini radiologiche che con il software vengono visualizzate direttamente negli hololens senza che il medico abbandoni il campo operatorio e stacchi le mani dal paziente. Un altro campo di studio in medicina è l’applicazione dell’intelligenza artificiale, un campo che esplora applicazioni futuristiche e sorprendenti al servizio della medicina. Le aziende hanno già portato importanti trasformazioni nel sistema sanitario e puntano a supportare i medici a raccogliere, analizzare e organizzare i dati clinici, fare diagnosi precoci, pianificare trattamenti e trovare le migliori soluzioni per i pazienti.

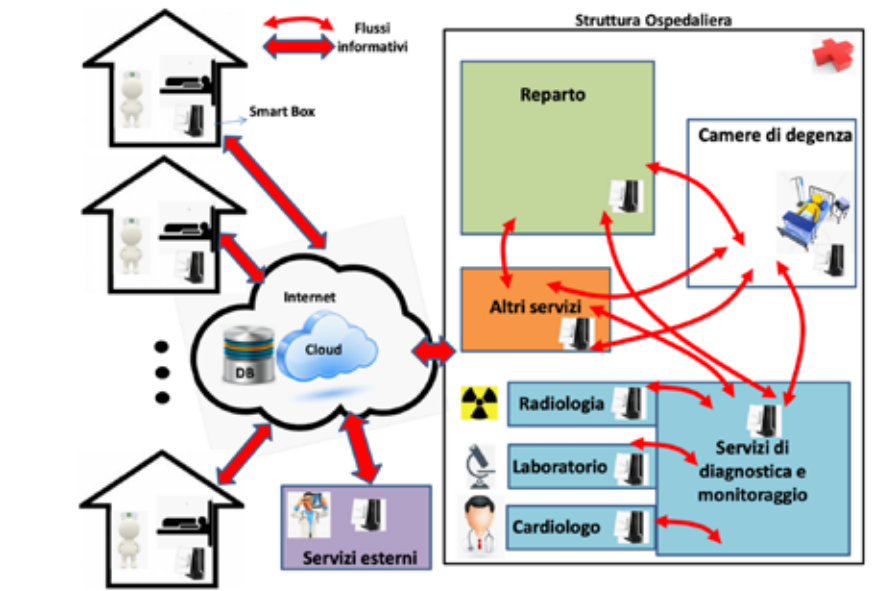
### Cos’è la Mixed Reality?

Risultato della fusione del mondo fisico con quello digitale in visualizzazioni dove oggetti fisici e oggetti virtuali coesistono



Tra le società presenti al convegno c’era la ‘Dyrecta Lab’ rappresentata da **Alessandro Massaro**, azienda di creazione software di elaborazione dati. “Sono piattaforme in grado di rimandare risultati predittivi sullo stato di salute del paziente- illustra Massaro – intrecciando una serie di dati e restituendo delle soluzioni sulla diagnosi e nel percorso terapeutico studiato ad hoc. Trarre il massimo vantaggio dall’intelligenza artificiale non può però farci dimenticare che queste tecnologie non possono sostituire l’uomo: sono di enorme aiuto analizzando una quantità di dati impossibile per il cervello umano, ma l’uomo rimane il fulcro per dare senso ai dati analizzati”.

### Architettura della Piattaforma di Homecare Assistance



“Smart Cities and Communities and Social Innovation”  
PON Ricerca e Competitività del 2013 (MIUR)





Lungomare Nazario Sauro, 33 · 70121 Bari  
Tel. 080 5404242 · Fax 080 5403411 · [www.sanita.puglia.it/web/aress](http://www.sanita.puglia.it/web/aress)

@aresspuglia   

# #esplorARESS