



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari”

PNRR E DM 77/2022
LA RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE NELLA ASL DI FOGGIA

PNRR AND DM 77/2022
TERRITORIAL REORGANIZATION IN THE ASL OF FOGGIA

Relatore: Chiar.mo
Prof. Massimo Magi

Tesi di Laurea di:
Michele Martino

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	5
 CAPITOLO 1	
NASCITA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: PRINCIPI E OBIETTIVI.....	7
<i>1.1 Evoluzione del Servizio Sanitario Italiano</i>	10
 CAPITOLO 2	
L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA TERRITORIALE: IL DISTRETTO. STORIA E SUA EVOLUZIONE IN ITALIA.....	16
<i>2.1 Il Direttore di Distretto</i>	18
<i>2.2 Le tre aree d'intervento del Distretto: Assistenza Ambulatoriale, Assistenza Domiciliare, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale</i>	20
 CAPITOLO 3	
IL DM 77/2022 SULL' ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE E IL PNRR	23
<i>3.1 Il Distretto Sanitario nel DM 77/2022</i>	24
<i>3.2 La Missione 6 Salute (PNRR)</i>	27

CAPITOLO 4

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	31
<i>4.1 Analisi di Contesto</i>	<i>33</i>
<i>4.2 Lo Stato di Salute della Popolazione</i>	<i>38</i>
<i>4.3 La Riorganizzazione Territoriale e i Distretti Sociosanitari</i>	<i>48</i>
<i>4.4 I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)</i>	<i>52</i>
<i>4.5 L'Organizzazione Strutturale dei PTA.....</i>	<i>53</i>
<i>4.6 L'Organizzazione Funzionale dei PTA</i>	<i>62</i>
4.6.1 Accesso unico alle cure	
4.6.2 Assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica	
4.6.3 Emergenza Urgenza Territoriale	
4.6.4 Rete sociosanitaria delle Cure domiciliari, Residenziali e Semiresidenziali	
4.6.5 Il collegamento del PTA con altre forme di assistenza Territoriale	
4.6.6 Il collegamento del PTA con l'Ospedale	

CAPITOLO 5

IL DM 77/2022 E PNRR: STATO DELL'ARTE NELL'ASL DI FOGGIA	77
<i>5.1 La Programmazione Territoriale alla luce del DM 77/2022 e del PNRR</i>	<i>78</i>
<i>5.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero.....</i>	<i>81</i>
<i>5.3 La Centrale Operativa Territoriale</i>	<i>84</i>

CONCLUSIONI 86

BIBLIOGRAFIA 90

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

Obiettivo principale di questo elaborato è quello di sottolineare come l'Ospedale rappresenta un pezzo sempre più piccolo, in termini temporali, nel quale gestire le fasi acute delle malattie attraverso l'alta intensità di cure e una crescente complessità dei setting terapeutici. Spetta all' Assistenza Distrettuale la presa in carico globale del paziente e la realizzazione di una forte interazione tra prestazioni ospedaliere e ambulatori, attraverso il coordinamento in modo da assicurare la continuità assistenziale.

Il disease management (la gestione integrata della malattia), dovrà articolarsi attraverso ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche-terapeutiche e alla instabilizzazioni gravi, mentre a livello distrettuale si dovranno potenziare ambulatori low care dell'assistenza primaria ed integrazione sociosanitaria.

Questa nuova visione dei servizi sanitari richiede investimenti economici, processi formativi e, un nuovo e più qualificato modo di operare da parte degli Operatori Sanitari e Sociosanitari.

I Presidi Territoriali di Assistenza, nei quali confluiscono la Medicina di Famiglia, la Continuità Assistenziale, la Specialistica Ambulatoriale Territoriale, possono garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di primo livello, orientare in maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso alle altre prestazioni specialistiche.

Per raggiungere questo obiettivo occorre avviare un percorso che deve accompagnare il graduale superamento dell'atto medico individuale in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di prestazioni sanitarie che consentano, in sedi possibilmente uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 o 12 ore, 7 giorni a settimana.

Questa nuova ristrutturazione delle Cure Primarie ha importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso, consente una reale presa in carico del paziente ed una più incisiva attività di educazione e promozione della salute.

Inoltre, in questo elaborato vedremo come il DM 77/2022 ed il PNRR assegnano grandi potenzialità all'assistenza territoriale, anche la dimensione temporale assume una grande importanza perché le Regioni sono chiamate a completare il nuovo assetto entro il 2026, l'anno della conclusione degli interventi del PNRR.

Questi ultimi mirano ad una Riforma dell'assistenza territoriale, definendo un nuovo modello organizzativo dell'assistenza sanitaria, che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria consentirà al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con le migliori prassi europee.

CAPITOLO 1

NASCITA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: PRINCIPI E OBIETTIVI

Il Servizio Sanitario Nazionale rientra nell'ambito dei modelli di tipo universalistico e pubblico, la cui caratteristica saliente consiste nel tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale che presentano un problema di salute o richiedono una prestazione sanitaria.

Ai sensi dell'art 1 della legge 833/1978, "il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso, delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo le modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini "¹.

I principi fondamentali su cui si basa il servizio sanitario nazionale ispirati all'art 32 della Costituzione, sono i seguenti:

¹ V. Mapelli, *Il Sistema Sanitario Italiano*, Il Mulino, 2012.

- Principio di universalità, secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;
- Principio di uguaglianza, in virtù del quale tutti, a parità di bisogno, hanno diritto alle medesime prestazioni;
- Principio di globalità, secondo il quale non viene presa in considerazione la malattia, bensì la persona in generale, la qual cosa implica inevitabilmente il collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Gli obiettivi del SSN elencati dettagliatamente all'art. 2 della legge 833/1978, riguardano:

- La formazione di una moderna conoscenza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- La prevenzione delle malattie e degli infortuni in qualsiasi ambiente di vita e di lavoro;
- La diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- La riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; -
La promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- L'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e degli avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la

prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali e il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

- Una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci (e dell'informazione scientifica sugli stessi) volta a garantire l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto;
- La formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento scientifico-culturale del personale del Servizio sanitario nazionale.
- Inoltre, il SSN, nell'ambito delle proprie competenze, persegue:
- Il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- La sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti e i servizi necessari;
- Le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale e infantile;

- La promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- La tutela sanitaria delle attività sportive;
- La tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- La tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici².

1.1 Evoluzione del Servizio Sanitario Italiano

Il moderno Servizio Sanitario Nazionale Italiano è il risultato di cambiamenti evolutivi occorsi nelle società contemporanee europee e mondiali. Nella maggior parte dei casi quest'evoluzione ha sancito vari passaggi: dal concetto di carità e assistenza tipico del sistema liberalista si è passati al concetto di diritto alle cure

² F. Lega, *Management e leadership dell'azienda sanitaria*, Egea, 2016.

proprio di un sistema definito assicurativo, fino ad approdare al diritto alla salute, punto focale del SSN moderno³.

Nel 1929 la sanità veniva affidata a enti mutualistici-assicurativi, come l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le malattie) che garantivano, seppur con gravi carenze, l'assistenza sanitaria ai lavoratori iscritti.

Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di mancata copertura; vi erano, inoltre, ingiuste distribuzioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni assicurate dalle varie casse mutue.

Nel 1948, la concezione di salute cambiò in quanto, grazie all'Articolo 32 della Costituzione Italiana, essa viene riconosciuta come diritto fondamentale dell'individuo e interesse per la collettività.

Il sistema mutualistico costringeva lo Stato a coprire frequenti disavanzi economici ed era caratterizzato da un'estrema lentezza a causa della complessità delle procedure burocratiche.

Per migliorare il sistema, quindi, fu effettuata nel 1968 la "Riforma ospedaliera" (Legge Mariotti n.132), in cui si ottenne la pubblicizzazione degli ospedali con l'introduzione dell'ente ospedaliero e l'attuazione del Piano ospedaliero nazionale e regionale.

³ R. Mete, P. Salvadori, *Il Distretto e i nuovi LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute*, Roma, SEU, 2017.

Anticipando l'attuazione dell'ordinamento regionale gli enti ospedalieri sono configurati come enti regionali, costituiti con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta su cui la regione esercita funzioni di vigilanza e tutela. Nel 1978, con la legge n.833 (votata dall'85% del Parlamento) nasceva in Italia il Servizio Sanitario Nazionale pubblico, un complesso di funzioni e servizi destinati alla tutela della salute di tutta la popolazione, una risposta elaborata in seguito all'inefficacia del precedente modello assistenziale.

L'intento della riforma era di porre il cittadino al centro del sistema, in modo tale che il diritto alla salute non fosse limitato alla cura delle malattie ma che si estendesse alla prevenzione ed al controllo delle stesse, aspetti dei quali il sistema precedente non aveva tenuto conto.

Questa legge al fine di garantire il finanziamento del servizio sanitario nazionale aveva istituito un fondo sanitario nazionale, annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello stato.

Il passaggio al nuovo sistema era segnato dalla creazione dell'Unità Sanitaria Locale (USL), uno strumento operativo diffuso su tutto il territorio, che provvedeva a fornire direttamente ai cittadini le prestazioni sanitarie. Benché dotate di una certa autonomia, le USL erano enti operativi dei Comuni strettamente vincolati ad una gestione di natura politica e pertanto penalizzati dalla lentezza di procedure eccessivamente burocratizzate. Inoltre, l'eccessivo aumento del deficit dei bilanci ed una gestione del personale non proprio di tipo manageriale, resero questo

modello di SSN obsoleto già al suo apparire, rendendo necessaria una profonda ristrutturazione con una nuova definizione del ruolo delle USL.

Con il D.Lgs.502 del 1992 si tentava di dare una risposta a queste prime criticità.

L'USL era diventata ASL, Azienda Sanitaria Locale, dotata di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile e gestionale, dunque svincolata dalle vicende politiche locali, sul modello di una impresa privata.

La nuova riforma tentava di simulare la gestione privata all'interno di un modello che restava pubblico. Si iniziava a finanziare l'attività sanitaria in base alle prestazioni effettivamente erogate dalle varie aziende, introducendo un chiaro meccanismo di mercato e di concorrenza all'interno del sistema pubblico.

Quindi, il cittadino-utente, scegliendo la fruizione di un servizio presso una struttura piuttosto che un'altra, avrebbe orientato i flussi di spesa e influenzato la distribuzione delle risorse da parte del sistema.

Alla programmazione sanitaria veniva posto il vincolo di non eccedere rispetto alle risorse finanziarie messe a disposizione del bilancio nazionale. Qualora una regione decidesse di finanziare servizi eccedendo dalla quota assegnata, si sarebbe dovuto ricorrere a forme alternative di finanziamento.

Si è così giunti al decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, più comunemente chiamato decreto Bindi, il quale rafforza la regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale riconoscendo alle Regioni nuove e più ampie facoltà sia in sede di programmazione regionale che di gestione dei servizi. In particolare, vengono

attribuite alle Regioni funzioni di regolazione riguardanti l'articolazione sul territorio regionale delle aziende sanitarie e il loro finanziamento, le modalità di vigilanza, controllo e valutazione dei risultati, nonché l'organizzazione e il funzionamento delle attività inerenti all'accreditamento delle strutture private. Questo decreto si basa su un'idea di rafforzamento dei processi di aziendalizzazione e qualificazione dell'assistenza.

Infine, con la previsione dei LEA, il SSN garantisce ai Cittadini uniformità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale, grazie al quale questo sistema segna un'altra fondamentale tappa della sua evoluzione.

I LEA rappresentano tutti quei servizi e prestazioni standard che il SSN deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale.

La struttura del nuovo sistema sanitario, così come derivato dalla riforma, è articolata in: Stato, Regioni, ASL e AO gestite dai direttori generali o manager, assunti con contratto di diritto privato dalle Regioni stesse.

Il direttore generale, insieme al direttore sanitario e a quello amministrativo (nominati dal direttore generale stesso), assunti con contratto di diritto privato a termine (non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni), vengono confermati o meno, in base al principio di responsabilità, ossia se hanno o meno raggiunto gli obiettivi e i risultati stabiliti, o ancor meglio il pareggio del bilancio. Infine, si dà l'avvio al federalismo in ambito sanitario quando la legge costituzionale n. 3 del 18

ottobre 2001, realizzata da Amato e approvata dal successivo governo Berlusconi, ha stabilito una riforma del titolo V della Costituzione. La legge composta da undici articoli sancisce uno spostamento delle competenze verso Regioni e province autonome. Il Ministero ha solo funzione di indirizzo e controllo mentre tutti i poteri sono stati devoluti alle Regioni che hanno facoltà di dettare norme equiparandole allo Stato e vigilano nell'attuazione delle leggi dello Stato stesso.

Alle Regioni viene così delegata la gestione della spesa, dell'organizzazione, del personale, dell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e delle Aziende Ospedaliere, e tramite i LEA ci si propone di garantire un uguale diritto alla Salute per tutti i cittadini indipendentemente dalla Regione di residenza. I Piani Sanitari Regionali (PSR) sono l'espressione di questa autonomia e sono una modalità di verifica della programmazione e gestione della Sanità da parte delle Regioni⁴.

4

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1209_ulterioriallegati_ulterioreallegato_1_all_eg.pdf

CAPITOLO 2

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA TERRITORIALE: IL DISTRETTO. STORIA E SUA EVOLUZIONE IN ITALIA

Il dibattito sulla realizzazione dei Distretti e sull'integrazione dei servizi ha avuto forte sviluppo dopo il 1975, quando sono state elaborate le proposte propedeutiche alla legge di Riforma Sanitaria. In questo periodo operatori e amministratori locali hanno avuto un ruolo importante nei processi di modifica dell'organizzazione sanitaria incidendo sulla stesura e sui tempi di approvazione della legge 833 che ha istituito nel 1978 il Servizio Sanitario Nazionale. Per la prima volta una normativa nazionale ha previsto la realizzazione dei "Distretti sanitari di base" definendoli come "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento". Negli anni successivi i Distretti sono stati realizzati solo in alcune aree del territorio nazionale e, in questi casi, con scarsa autonomia e con forti aspetti settoriali dovuti alla presenza di specifici Servizi.

Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 ha definito i Distretti come "articolazioni delle unità sanitarie locali" senza specificarne le caratteristiche organizzative. Questo limite ha determinato in molti casi l'istituzione di Distretti Sanitari sul piano formale, senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 ha segnato una svolta per la sanità del territorio attribuendo al Distretto, per la prima volta, quell'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Inoltre, la parte del decreto riferita ai servizi territoriali è diventata componente determinante degli strumenti normativi per il completamento dell'aziendalizzazione attraverso elementi descrittivi sull'organizzazione e sulla struttura distrettuale quali: “La Legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale”. “Il distretto è individuato dall'atto aziendale” “Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie” e “nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale”. Questa cornice normativa ha avuto l'obiettivo di legare a logiche aziendalistiche l'istituzione dei Distretti.

Così il D. Lgs 229/99 pur demandando alle Regioni l'organizzazione distrettuale ne definisce alcuni fondamentali principi. L'articolo 3 quater recita: “il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendoli organicamente nel programma delle attività territoriali”.

Nell'ambito delle risorse assegnate il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico – finanziaria. Il Programma delle Attività Territoriali

(PAT), previsto sempre all'articolo 3 quater, definisce la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria e la suddivisione delle quote tra azienda sanitaria e comuni per farvi fronte.

Il successivo articolo 3 quinquies del 229/99 prevede poi che le Regioni disciplinino l'organizzazione del Distretto in modo da garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale mediante l'approccio multidisciplinare tra Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali.

2.1 Il Direttore di Distretto

La normativa nazionale che definisce le procedure di selezione per l'assegnazione dell'incarico di Direttore di Distretto si sviluppa a partire dal D.Lgs 229 del 1999 fino alla Legge 189 dell'8 Novembre 2012.

L'art. 3 sexies del D.Lgs 229/99 prevede che "l'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria". Inoltre, l'art. 27 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) al comma 1 lettera "a" inserisce fra gli incarichi di direzione di struttura complessa, oltre al direttore di dipartimento e di presidio

ospedaliero, anche il Direttore del Distretto sanitario. Questa indicazione del CCNL permette l'applicabilità dell'art. 15-ter dello stesso D.Lgs 229/99 che prevede "l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di un rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti ad una struttura complessa della disciplina in oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale ed uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari"⁵.

Queste modalità di selezione sono state modificate dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189 (trasformazione in legge del decreto Balduzzi). All'art. 4 si stabilisce che per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa "la selezione viene effettuata da una commissione composta da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa" e che "la commissione riceve dall'azienda il

⁵ V. Ferrante, *"La Sanità Ospedaliera" Manuale Tecnico Operativo*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2021.

profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove non intenda nominare un candidato con migliore punteggio deve motivare analiticamente la scelta”.

Pur essendo presente una normativa che esplicita le modalità di selezione dei direttori di distretto, le Regioni hanno deciso in modo disomogeneo e spesso in contrasto con la stessa normativa, poiché la stessa normativa lascia la scelta alle Regioni attraverso la regolamentazione e il funzionamento dei distretti a esse attribuiti⁶.

2.2 Le tre aree d'intervento del Distretto: Assistenza Ambulatoriale, Assistenza Domiciliare, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale

Le principali linee di attività per il livello di assistenza distrettuale, confermate dai nuovi LEA, Capo III, IV e VI DPCM 01.12.2017, possono essere sinteticamente raggruppate in:

⁶ M. Nicola, V. Ferrante, *La Sanità Pubblica Territoriale dal Distretto Sanitario...al Dipartimento di Prevenzione*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2016.

- Assistenza primaria
- Assistenza intermedia

L'assistenza primaria può essere definita come l'assistenza erogata il più possibile vicino alla persona. Rientrano quindi nell'Assistenza primaria:

- l'assistenza ambulatoriale, considerando questo termine in modo più esteso possibile comprendendo quindi anche gli studi dei MMG e dei PLS;
- l'assistenza domiciliare.

L'assistenza primaria si può definire come l'insieme di aspetti clinici (diagnosi, cura, riabilitazione), assistenziali (assistenza tutelare) e organizzativi (coordinamento della continuità assistenziale, percorsi di cura, presa in carico del paziente) per unificare sulla singola persona intervento oggi spesso separati. Questa unificazione può avvenire solo attraverso attività di equipe multiprofessionali e interdisciplinari, ognuna di esse coordinata da un professionista con acquisite capacità in medicina di comunità, con la presenza di strutture edilizie e di infrastrutture tecnologiche e con un'attività di sanità pubblica in grado di presidiare l'organizzazione generale.

Sono attività di Assistenza primaria quelle orientate, prioritariamente, a promuovere la salute e a prevenire le malattie e che intervengono per la diagnosi, per la cura e per la riabilitazione con forme di assistenza erogate nei luoghi più vicini a quelli in cui i cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori territoriali,

strutture residenziali), in una visione d'integrazione delle risorse e di coordinamento dei processi. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente e famiglia alla tutela della salute sono i principi su cui si fonda l'Assistenza primaria.

L'assistenza intermedia è intesa come l'area che si trova a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale delle cure primari. Fanno parte dell'assistenza intermedia tutti i servizi, sanitari e sociali (possibilmente integrati), residenziali e semiresidenziali, finalizzati a garantire la continuità assistenziale e a favorire il rapido recupero funzionale dopo la dimissione ospedaliera o dopo una fase acuta o un aggravamento di una patologia cronica a domicilio. Questi servizi sono volti a soddisfare la massima autonomia dei pazienti e i bisogni dei cittadini che presentano una patologia che richiede un elevato grado di protezione, ma non necessariamente un ricovero ospedaliero. Il rafforzamento di quest'area assistenziale riduce i ricoveri non necessari e/o impropri e migliora la qualità dell'assistenza per i pazienti e le famiglie⁷.

⁷ G. Melone, *Scenari e modelli di Governo, organizzazione e management del sistema Sanitario Italiano tra pandemia e PNRR*, Rimini, Maggioli Editore, 2023.

CAPITOLO 3

IL DM 77/2022 SULL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE E IL PNRR

Publicato sulla G.U. il DM 77/2022 recante norme su “Regolamento recante la definizione di modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”.

Il Decreto, denominato fino alla vigilia della promulgazione “DM 71” per richiamare una sorta di continuità al “DM 70” sugli standard ospedalieri, rappresenta la premessa ed il punto di partenza della Riforma dell’Assistenza Territoriale definendo al suo interno un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria, individuando standard tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, promuovendo un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico. La riorganizzazione della medicina territoriale è, quindi, una delle prime sfide da affrontare per dotare il Paese di un Servizio Sanitario in grado di dare le risposte di prossimità attese ai cittadini: l’abbattimento delle liste di attesa, l’accesso ai servizi e ai farmaci solo alcune delle

criticità che possono essere affrontate alleggerendo il sovraffollamento degli ospedali⁸.

I progetti e le risorse economiche (circa 7 mld di euro), contenuti nella Missione 6, Componente 1, del PNRR rappresentano, un'opportunità importante per consentire l'avvio di una riforma del sistema salute con radici ben salde sul territorio, che, per noi, rappresenta il pilastro principale del SSN.

3.1 Il Distretto Sanitario nel DM 77/2022

Con il DM 77/2022 vengono definiti:

- le strutture che compongono la rete dei Servizi Territoriali;
- gli standard in rapporto alla popolazione;
- i parametri di riferimento del personale;
- le modalità organizzative e funzionali;
- gli obiettivi strategici di riferimento;
- la governance del sistema.

Il modello organizzativo disegnato ruota intorno al Distretto Sanitario che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle Asl e che, deve

⁸ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106804 Pnrr: dal Dm 71 al Dm 77 e i Distretti sociosanitari “depotenziati”

rappresentare il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale quale “struttura pubblica forte” che coordina strutture e professionisti sanitari e sociali.

All'interno del Distretto opera la Casa della Comunità che rappresenta il fulcro della nuova rete territoriale dal momento che è il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana in un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare con equipe costituite da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di famiglia e tutti gli altri professionisti coinvolti nel processo di cura⁹.

Entro il 2026 saranno realizzate 1.350 Case della Comunità rinnovate e tecnologicamente attrezzate, organizzate in “hub” e “spoke” alla luce delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso in particolare nelle aree interne e rurali.

Le Case di Comunità “hub” (una ogni 40.000-50.000 abitanti) prevedono l'assistenza medica (h 24 – 7 giorni su sette) ed infermieristica (h 12 – 7 giorni su sette), mentre quelle “spoke” dovranno garantire, insieme ad altri servizi come il Punto Unico di Accesso (PUA), il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno – 6 giorni su sette).

⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio degli assistiti vengono istituiti gli Ospedali di Comunità che svolgono proprio la funzione di facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio.

Alla funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali provvederanno le Centrali Operative Territoriali (COT), che si interfacciano anche con la Centrale Operativa Regionale 116117. Quest'ultima è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico gratuito h24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Al Distretto afferiscono anche le Unità di Continuità Assistenziale (UCA), che vengono mantenute in vita dopo la sperimentazione durante la fase pandemica quale equipe mobile composta da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto alla presa in carico di soggetti o di comunità che versano in condizioni di particolare complessità.

Particolare rilievo viene attribuito alla figura l'Infermiere di Famiglia o Comunità che è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera,

perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti ponendo al centro la persona.

Per quanto attiene il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che entro il 2016 dovrà raggiungere il 10% degli over 65, un ruolo fondamentale viene svolto dalla Telemedicina che rappresenta un approccio innovativo alla sanità che, se inclusa in una rete di cure coordinate, consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali.

3.2 La Missione 6 Salute (PNRR)

La Missione 6, come noto, si articola in due componenti:

- 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:* gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari;
- 2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale:* le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE),

una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

L'attuazione del PNRR intende perseguire una nuova strategia, sostenuta dalla definizione di un assetto istituzionale e organizzativo condiviso, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi adeguati in linea con i migliori paesi europei.

Non a caso nel PNRR, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10 per cento riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e attualmente tale standard è raggiunto solo in quattro 4 regioni.

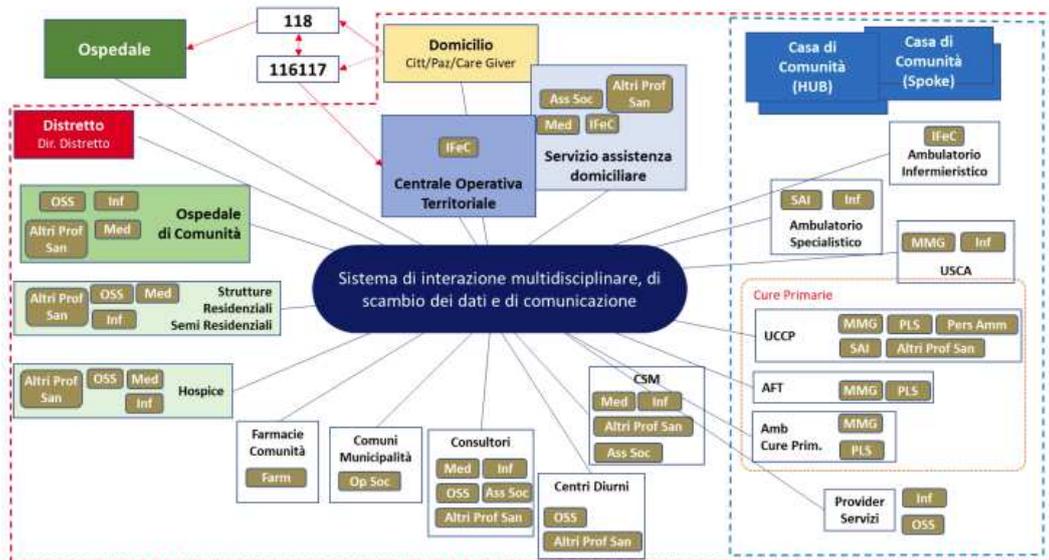
La presa in carico del paziente si dovrebbe realizzare attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli

di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

Nel PNRR si mira a identificare un “modello condiviso per l’erogazione delle cure domiciliari” che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione), a realizzare presso ogni azienda sanitaria locale (ASL) un “sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale”, a attivare 602 Centrai Operative Territoriali (COT), una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza. Per la realizzazione di tali interventi si prevede l’utilizzo degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

Il seguente algoritmo illustra tutti i servizi e le strutture previste nel Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, Modulo 6 Salute, da integrare nel Distretto¹⁰:

¹⁰ <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute> Missione 6 Salute.



CAPITOLO 4

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle tre preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Foggia (FG/1, FG/2 e FG/3).

Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., sono: il Direttore Generale, che ne ha la rappresentanza legale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, secondo un modello a rete aziendale che si raccorda con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e soprattutto quello dell'integrazione ospedale – territorio, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- prevenzione
- assistenza territoriale
- assistenza ospedaliera.

In particolare, la ASL FG si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa, in aderenza all'assetto

strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla legislazione regionale e nazionale.

L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. L'Azienda concorre a tale mission anche attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e promuove specifiche attività in modo da favorire una maggiore economicità ed efficienza dei servizi erogati, sempre nel rispetto dei principi etici.

La Visione strategica dell'Azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure.

Il contesto organizzato di gestione delle risorse disponibili è improntato alla ricerca di un clima organizzativo favorevole tale da motivare, responsabilizzare e coinvolgere tutti gli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali.

L'azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate e compatibili con le direttive dello Stato e della Regione, in relazione soprattutto agli obiettivi clinicoassistenziali ed economico-finanziari individuati. In particolare, il ruolo dell'azienda, in quanto parte del più ampio contesto sanitario nazionale e regionale, è definito non solo dalla erogazione dei servizi, ma anche dalla determinazione a “promuovere salute tramite politiche improntate alla prevenzione” attraverso anche il miglioramento della qualità degli stili di vita e l'innovazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

L'ASL FG svolge una funzione di governo e coordinamento complessivo delle prestazioni sanitarie erogate, in forma diretta e anche attraverso la committenza verso soggetti pubblici e privati accreditati, a garanzia della coerenza tra bisogni della popolazione assistibile e fornitura dei servizi.¹¹

4.1 Analisi di contesto

La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,33 Km², coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 599.028 abitanti, con una densità pari a n. 85,49 abitanti per Km², distribuiti in 61 comuni a loro volta suddivisi in n. 8 Distretti Socio Sanitari.

¹¹ <https://www.sanita.puglia.it/documents/> “Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento dell'ASL DF” Deliberazione del Direttore Generale n°188 del 18 Febbraio 2012.

Il territorio provinciale è caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (n.61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.

Le aree territoriali possono individuarsi rispettivamente con i territori dei Monti Dauni, Tavoliere delle Puglie e Gargano.

Benché sovrapposte, i confini distrettuali provinciali ricalcano le divisioni territoriali richiamate. In particolare:

1. i Distretti Socio-Sanitari di Lucera e Troia ricoprono il territorio dei Monti Dauni;
2. i Distretti Socio-Sanitari di Cerignola, Foggia e San Severo comprendono il territorio del Tavoliere delle Puglie con inclusioni alle pendici del Gargano;
3. i Distretti Socio-Sanitari di San Marco in Lamis, Vico del Gargano e Manfredonia corrispondono al territorio garganico.



Il territorio ha caratteristiche economiche e orografiche che rendono particolarmente problematica l'organizzazione delle attività per l'assistenza territoriale e, quindi, l'accessibilità ai servizi sanitari-ospedalieri. All'ampiezza del territorio si deve aggiungere la estrema diversificazione dello stesso, con zone montane caratterizzate da una viabilità assolutamente carente e zone costiere nelle quali, durante il periodo estivo, si registrano numerose presenze di turisti.

L'Azienda fornisce ai cittadini di tutti i comuni della provincia di Foggia prestazioni sanitarie secondo i programmi del piano sanitario regionale,

avvalendosi dei servizi gestiti direttamente o dei servizi di altre aziende sanitarie pubbliche o private accreditate¹².

La popolazione residente al 01/01/2022 è pari a 599.028 abitanti e rappresenta il 15,3% della popolazione regionale. È costituita dal 51,00% circa di donne; i cittadini anziani, come rappresentato dall'indice di invecchiamento, costituiscono il 22,6% del totale della popolazione. La distribuzione della popolazione (residente) per fasce di età è la seguente:

ASL FG					
POPOLAZIONE PER CLASSI D'ETÀ AL 01.01.2022					
N.	COMUNE	≤ 14 ANNI	15 - 64 ANNI	65 + ANNI	TOTALE
1.	ASL DI FOGGIA	78.313	385.623	135.092	599.028

La ASL di Foggia, in considerazione del contesto geomorfologico provinciale, ha già avviato un processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria partendo dall'assistenza sociosanitaria.

L'assistenza sociosanitaria garantisce tutte quelle prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona,

¹² <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/distretti-socio-sanitari> Distretti Socio Sanitari

associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.¹³

Nel DPCM LEA (DPCM 12 Gennaio 2017), per l'assistenza sociosanitaria, vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Per offrire maggiore qualità ed efficienza al servizio, la ASL di Foggia ha espresso la volontà di attivare la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T) a cui i cittadini possono rivolgersi per l'attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale-territorio), facilitando il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità assistenziale.

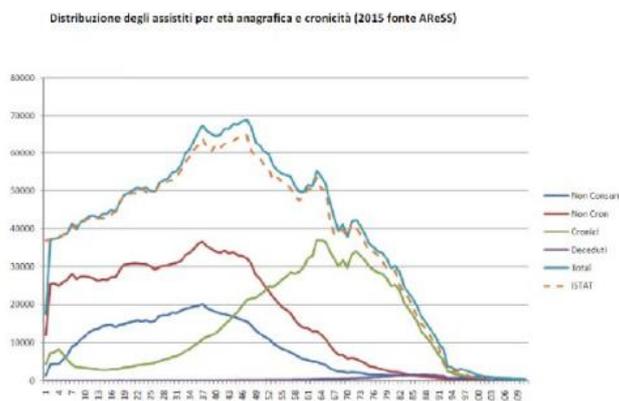
Essa, infatti, costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione distrettuale, in quanto svolge una funzione di coordinamento nell'appropriata presa in carico della persona "fragile" assumendo un ruolo di raccordo fra tutte le componenti della rete assistenziale ed essendo funzionale a tutte le Unità Operative Aziendali.

¹³ https://www.istat.it/it/files//2020/05/16_Puglia_Scheda.pdf

4.2 Lo Stato di Salute della Popolazione

I dati di seguito riportati sono stati estratti dalla Banca Dati Assistiti (BDA) della Regione Puglia, costruita da AReSS in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello sport per tutti, incrociando i dati provenienti dai flussi sanitari e dai database amministrativi. Tale sistema registra un numero di persone con cronicità in aumento, legato ai fattori demografici prima illustrati.

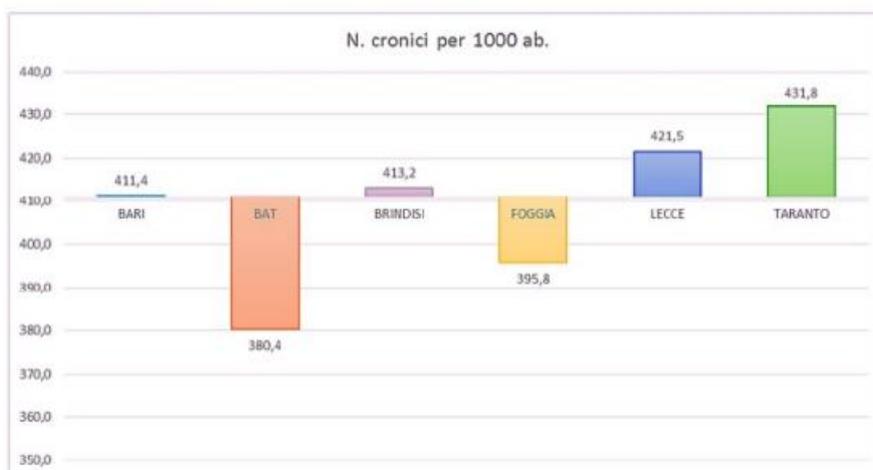
Il grafico che segue mostra la distribuzione della popolazione iscritta all'anagrafe sanitaria in relazione all'età anagrafica e alle cronicità.



Nella tabella che segue è riportato il numero di ultra65enni per 1000 abitanti per provincia, rapportato alla media regionale, confrontato con il numero di persone affette da cronicità per 1000 abitanti.

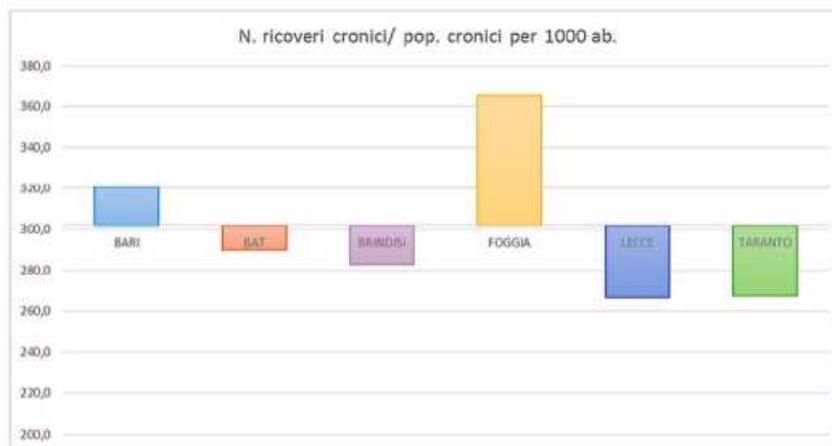
La provincia di Foggia presenta un numero inferiore di persone affette da cronicità del 3,5% rispetto alla media regionale.

Numero cronici in scostamento grafico da media regionale



Il quadro dell'ospedalizzazione dei cronici è invece completamente diverso, mostrando i valori più elevati in provincia di Foggia, dove invece i cronici sono in numero inferiore alla media regionale.

Numero ricoveri per soggetti cronici in scostamento grafico da media regionale



Le malattie croniche costituiscono la vera sfida assistenziale sia per l'offerta dei servizi di salute che per la loro sostenibilità.

Infatti, due cittadini su cinque sono affetti da cronicità e dagli stessi viene assorbita la gran parte delle risorse economiche del SSR, come mostra il grafico di seguito riportato.

Spesa sanitaria regionale % (espressa come valore tariffario per ospedalizzazione, farmaceutica, specialistica)

Popolazione regionale divisa in centili di spesa e relativa spesa sanitaria prodotta in valore percentuale



Nell'ambito delle attività di analisi svolte per il programma CARE PUGLIA dal gruppo di lavoro AReSS Puglia sono state estratte tutte le informazioni potenzialmente utili al Progetto di istituzione della Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) della ASL FG.

A tal proposito si evidenzia che la popolazione della Regione Puglia oggetto delle analisi e valutazione di seguito presentate si riferisce a:

- Popolazione over40 con e senza almeno 1 delle 4 cronicità di interesse selezionata per età ≥ 40 aa viventi e residenti in Puglia al 31-12-2014.

Per ciascun assistito sono state definite le caratteristiche al baseline sulla base dei flussi informativi (anagrafe, SDO, farmaci, diretta, specialistica, ET) prodotte nell'anno 2014.

Sono state selezionate le quattro patologie croniche (Acronimo D.I.S.B.) a maggior incidenza:

- Diabete
- Ipertensione
- Scompenso cardiaco
- Bronco Pneumopatie Croniche Ostruttive (BCPO)

Distribuzione per ASL della popolazione regionale ≥ 40 anni con almeno una delle 4 cronicità individuate							
	ASL BR	ASL TA	ASL BT	ASL BA	ASL FG	ASL LE	PUGLIA
ASL	160106	160112	160113	160114	160115	160116	Regione
Tutte le cronicità	110.759	168.961	90.036	329.392	161.450	222.080	1.082.678
DIABETE	26.137	41.317	22.849	81.949	43.039	51.281	26.6572
IPERTENSIONE	99.346	151.230	78.921	290.194	143.189	198.816	961.696
CARD-SCOMP	23.882	38.036	18206	62.537	36.073	46.322	225.056
BPCO/ASMA	18.381	26.544	15.401	54.165	23.566	35.697	173.754

Per quanto riguarda la distribuzione delle 4 cronicità prescelte, per ciascuno degli 8 Distretti Sociosanitari, nella popolazione della ASL FG ≥ 40 anni con almeno una delle 4 cronicità (N° 161.450 assistiti), si riporta di seguito la tabella di dettaglio:

Distribuzione per Distretto della popolazione regionale ≥ 40 anni con almeno una delle 4 cronicità individuate					
DISTRETTO	Tutte cronicità	DIABETE	IPERTENSIONE	SCOMPENSO CARDIACO	BPCO ASMA
SAN SEVERO	27.621	7.058	24.771	6.614	4.056
SAN MARCO IN L.	13.889	3.563	12.093	2.712	2.239
VICO DEL GARGANO	11.700	2.884	10.323	2.374	1.903
MANFREDONIA	19.122	4900	16.855	3.570	2.731
CERIGNOLA	21.626	6.426	18.797	4.762	3.419
FOGGIA	40.966	11.362	36.587	9.418	5.644
LUCERA	15.100	3.864	13.619	3.702	2.041
TROIA-ACCADIA	11.426	2.982	10.144	2.921	1.533
Totale	161.450	43.039	143.189	36.073	23.566

Rispetto alle 4 cronicità è stata effettuata l'analisi della distribuzione, per ciascuno degli 8 DSS, della popolazione della ASL FG ≥ 40 anni per gli 8 Gruppi diagnostici individuati sulla base della maggiore frequenza, come riportato nella tabella che segue:

Distribuzione, per Distretto, della popolazione della ASL FG ≥ 40 anni per gli 8 Gruppi diagnostici individuati sulla base della maggiore frequenza									
DISTRETTO	DIAB	DIAB and IPTNS	BPCO	BPCO and IPTNS	(CARDIOP and IPTNS) or CARDIOP	CARDIOP and DIAB and IPTNS	IPTNS	Miscellanea	Totale
SAN SEVERO	1.302	3.193	1.165	1.293	3.659	1.742	13.659	1.608	27.621
S.MARCO IN L.	859	1.649	705	710	1.497	620	7.019	830	13.889
VICO DEL G.	591	1.373	576	647	1.354	549	5.927	683	11.700
MANFREDONIA	1.124	2.398	906	838	2.088	815	9.958	995	19.122
CERIGNOLA	1.432	2.800	1.025	968	2.378	1.348	10.231	1.444	21.626
FOGGIA	2.087	5.354	1.757	1.587	5.193	2.573	20.092	2.323	40.966
LUCERA	760	1.788	465	680	2.153	858	7.496	900	15.100
TROIA ACCADIA	669	1.250	378	484	1.654	741	5.570	680	11.426
Totale	8.824	19.805	6.977	7.207	19.976	9.246	79.952	9.463	161.450

Per caratterizzare il profilo di salute della popolazione anziana, affetta da cronicità nella Provincia di Foggia, è stato applicato l'Indice di Complessità derivato dall'esposizione cronica a farmaci (DDCI) all'intera popolazione anziana residente. Tale indicatore è stato messo a punto dall'ARESS Puglia sulla base della Banca Dati Assistito (BDA).

Considerato che il modello universalistico di assistenza del SSN italiano garantisce parità e gratuità di accesso ai farmaci, consentendo di caratterizzare il profilo di rischio dell'intera popolazione attraverso l'utilizzo del farmaco come tracciante ed espressione di un bisogno di assistenza.

In quest'ottica, al di là del concetto di compliance ed aderenza terapeutica, l'intenzione al trattamento farmacologico da parte del Medico di Medicina Generale è l'espressione della presa in carico non solo di una patologia organica, ma anche di una carenza/disagio socioassistenziale (come nel caso degli

antidepressivi o degli antipsicotici, largamente utilizzati nella popolazione anziana anche al di là delle indicazioni della buona pratica clinica).

L'indicatore "DDCI" presenta una capacità di stratificazione e predittività nel lungo termine superiore ad altri indicatori, quali ad es. l'Indice di Comorbidità di Charlson (ICC), soprattutto negli ultra 85enni, appare estremamente efficace nell'individuare la popolazione a basso rischio.

I livelli di gravità clinica previsti dal DDCI sono 11.

Nella tabella che segue, per uniformità con i livelli di gravità clinica proposti dai PDTA le classi di DDCI sono state ridotte a cinque Livelli, come di seguito specificato, che raggruppano le 11 classi di gravità. Per ciascun livello è riportato il costo medio annuo per assistito, da cui si evince che i livelli più alti di gravità clinica richiedono maggiori risorse economiche.

DDCI_5classi	BR-106	Costo Medio	TA-112	Costo Medio	BT-113	Costo Medio	BA-114	Costo Medio	FG-115	Costo Medio	LE-116	Costo Medio
<=0	11477	1338	18055	1251	11561	1381	40068	1305	18820	1372	24207	1204
1-2	46239	1450	70482	1405	37686	1572	140629	1456	63433	1509	93882	1373
3-5	31919	2530	49378	2546	25244	2831	92848	2634	48966	2568	63785	2433
6-9	17445	3623	26250	3914	13160	4271	46735	3942	25713	3893	33496	3623
10più	3679	4882	4796	5385	2385	5587	9112	5335	4518	5274	6710	4803
	110759		168961		90036		329392		161450		222080	

Relativamente alla ASL di Foggia, la distribuzione, per distretto, della popolazione ≥ 65 anni con almeno una cronicità, nelle 11 classi di gravità DDCI, si riportata nella seguente tabella un'analisi di dettaglio¹⁴:

Distribuzione per distretto della popolazione ≥ 65 anni con almeno una cronicità in 11 classi di gravità DDCI												
DISTRETTO	Livelli di Gravità Clinica											Totale
	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	≥ 11	
SAN SEVERO	4.058	2.397	1.782	2.318	1.644	1.200	1.543	580	548	231	421	16.722
S. MARCO IN L.	2.446	1.375	1.000	1.307	740	654	586	252	233	92	188	8.873
VICO DEL G.	1.963	1.050	897	1.028	626	508	507	230	207	90	135	7.243
MANFREDONIA	3.077	2.074	1.218	1.736	1.072	766	810	347	280	161	300	11.841
CERIGNOLA	2.846	1.701	1.260	1.598	1.091	892	1.027	439	425	230	448	11.957
FOGGIA	6.027	3.646	2.658	3.320	2.302	1.756	1.839	827	670	327	660	24.032
LUCERA	2.383	1.472	990	1.249	905	680	725	341	288	164	263	9.460
TROIA ACCADIA	1.585	957	807	996	715	597	628	290	277	126	221	7.199
Totale	24.385	14.672	10.612	13.552	9.097	7.053	7.665	3.306	2.928	1.421	2.636	97.327

Rispetto alla Piramide di Kaiser sopra riportata, per la stratificazione dei pazienti, abbiamo suddiviso le classi di gravità clinica nei tre livelli sotto riportati, in cui il III° livello rappresenta l'apice della piramide.

I° livello con DDCI 0 e DDCI 1-2;

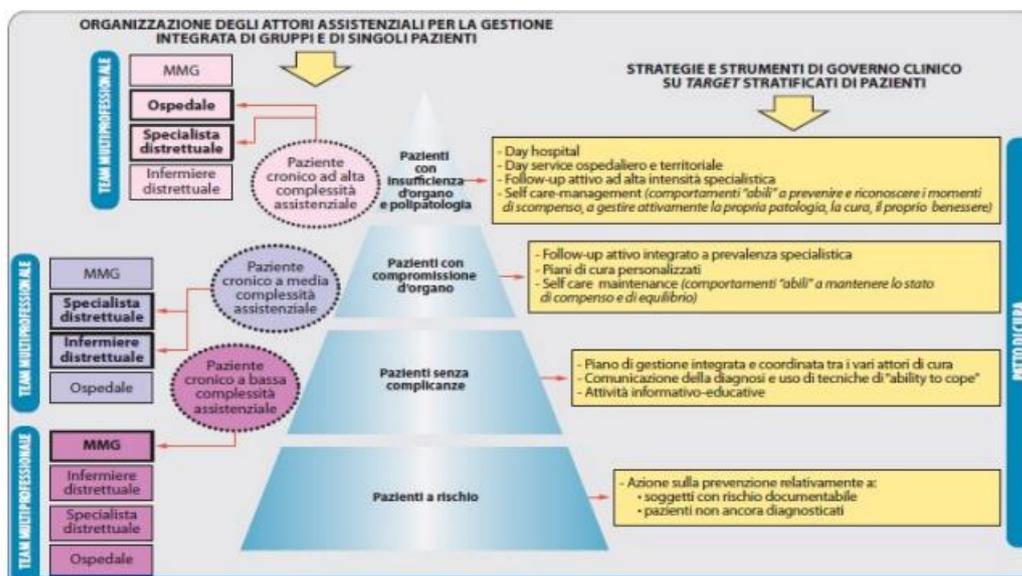
II° livello con DDCI 3-5;

III° livello con DDCI 6-9 e DDCI >10 .

Rispetto alla precitata stratificazione dei pazienti è necessario, preliminarmente, definire le diverse modalità di presa in carico a seconda della complessità assistenziale.

¹⁴ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf

La figura che segue mostra una prospettiva applicativa del Triangolo di stratificazione del rischio. Il lato sinistro della figura mostra il tipo di risposta organizzativa (quali attori per quali pazienti), che varierà a seconda del grado di complessità gestionale dei pazienti.



La popolazione appartenente al secondo settore della Piramide “Pazienti senza complicanze” è affetta da patologie croniche a bassa complessità. In tale settore mediamente si colloca fino al 70-80% dei pazienti.

La figura assistenziale cardine è l’MMG, il quale attuerà il follow-up in stretta collaborazione con le altre figure distrettuali (specialista, infermiere, altri operatori del team multiprofessionale).

Il settore “Pazienti con compromissione d’organo” riguarda persone con bisogni assistenziali a media complessità. La percentuale di questi pazienti è piuttosto variabile a seconda del tipo di patologia cronica.

Per soddisfare i bisogni di cura di questi pazienti è necessario un maggiore impegno delle funzioni specialistiche distrettuali (anche per questo target l’uso dell’ospedale è improprio, eccetto che per eventuali problemi acuti non prevedibili). Anche per questi pazienti, il MMG rimane comunque il riferimento stabile del paziente.

Per quanto riguarda i “pazienti con insufficienza d’organo e pluripatologia” manifestano bisogni assistenziali a più alta complessità (la punta della piramide). In tale settore si colloca circa il 6-7% dei pazienti che sono responsabili della maggior parte dei ricoveri e dei costi del sistema, le funzioni specialistiche, sia distrettuali sia ospedaliere, cominciano a risultare sempre più rilevanti. Anche in questo caso l’MMG resta il riferimento fondamentale del paziente e del suo piano di cura, pur se la strategia di gestione prevede un follow-up con controlli specialistici più frequenti.

Per questi pazienti, sulla base delle potenzialità dei contesti locali, è molto utile il ricorso a figure di care e di case management attuarsi in ambito ospedaliero o territoriale.

4.3 La Riorganizzazione Territoriale e i Distretti Sociosanitari

Questa Azienda Sanitaria, a vocazione prevalentemente territoriale, ha avviato un processo di riorganizzazione e rifunzionalizzazione.

Il modello a cui far riferimento prevede che l'ASL FG sia impegnata prevalentemente nell'erogazione di prestazioni relative all'Assistenza Distrettuale e all'Assistenza Sanitaria Collettiva.

L'assistenza ospedaliera, invece, viene garantita attraverso:

- i tre Presidi Ospedalieri (San Severo, Cerignola, Manfredonia) a gestione diretta dell'Azienda (che erogano circa il 20% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia);
- l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Foggia e l'Ente Ecclesiastico IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (che erogano circa il 68% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia);
- l'Ospedalità privata (che eroga circa il 12% delle prestazioni a favore dei residenti della Provincia).

La ASL, quindi, assume il doppio ruolo di fornitore di prestazioni ospedaliere attraverso i suoi presidi e di finanziatrice di tutte le prestazioni ospedaliere erogate a favore dei pazienti che risiedono nel suo territorio. La Regione Puglia è stata impegnata per il triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010.

Il Piano di Rientro ha previsto la riconversione di n. 22 plessi ospedalieri e la contemporanea attivazione o potenziamento, sui relativi territori, di Presidi Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero.

Nella Provincia di Foggia i plessi ospedalieri interessati dalla riconversione sono stati:

- Ospedale di Monte Sant'Angelo;
- Ospedale di San Marco in Lamis;
- Ospedale di Torremaggiore.

La scelta della Regione Puglia è stata di mettere mano ai sistemi organizzati che si intrecciano nella rete di protezione sanitaria e sociosanitaria in fase di costruzione a seguito del Piano Regionale di Salute e del Programma Operativo 2013-2015.

Si tratta di scrivere o riscrivere regole chiare e condivise che assicurino la produzione di outcome di qualità e sicurezza facilmente riconoscibili da parte del singolo cittadino e dell'intera comunità.

La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:

- sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;

- costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;
- promuovendo la prevenzione.

I tre macro livelli di assistenza, Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero, e Sistema della Prevenzione, dovrebbero poter contare e ottimizzare la propria programmazione nazionale, ma soprattutto regionale e locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti percentualmente previsti (44% Ospedale, 5% prevenzione, 51% servizi distrettuali).

La certezza dei finanziamenti è una delle questioni determinanti su cui la Regione Puglia è fortemente impegnata per il consolidare della Rete e il protagonismo territoriale.

Vi è, pertanto, l'urgenza di attuare la fase di reingegnerizzazione e riorganizzazione dell'intero sistema di assistenza distrettuale che prevede di governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione mirando ad una forte interazione tra Assistenza Distrettuale e Assistenza Ospedaliera.

La logica della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità e del lavoro d'equipe, con il coinvolgimento di nuove figure professionali, diventa la modalità sovrana da implementare e sviluppare con determinazione in quanto tale approccio è l'unico in grado di presentarsi come "corpo unitario" di sapere e di esperienze professionali per una risposta organica alla domanda di salute. La situazione critica che la Puglia

attraversa ci propone una importante sfida: ridare profondità al concetto di salute. Vi è, pertanto, l'urgenza di avviare nuovi modelli organizzativi di Servizi alla Persona, per promuovere forme alternative al ricovero ospedaliero su tutto il territorio regionale.

È ormai consolidato, infatti, il principio che la sfida alla cronicità è possibile tramite la promozione di interventi basati sulla unitarietà di approccio multiprofessionale e multidisciplinare, la partecipazione della Persona al suo progetto di cura e di vita, su una migliore organizzazione dei Servizi e una maggiore responsabilizzazione di tutti gli Attori dell'assistenza.

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della assistenza alle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i Servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai Cittadini. La garanzia della continuità delle cure tra assistenza distrettuale ed ospedaliera e viceversa, infatti, è uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui questa Azienda Sanitaria si sta indirizzando per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute.

L'ospedale, infatti, è concepito come un nodo di alta specializzazione della rete di cure per la Cronicità, che deve interagire con l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e la Medicina di Famiglia.

Il Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, in attuazione alla L.R. n. 25/2006 e alla L.R. n. 26/2006, prevede che “la Direzione di Distretto Socio Sanitario si avvale, tra i livelli organizzativi e funzioni di staff individuati, anche del Servizio infermieristico e ostetrico (art. 34 L.R. n. 26/2006)”.

In questo contesto, il Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale diventa il fulcro del processo di presa in carico della persona in quanto svolge la funzione di assicurare la continuità delle cure e delle pratiche assistenziali integrandosi con tutte le professionalità, di favorire l’integrazione dei diversi percorsi di cura ed educativi, di promuovere e valorizzare i nuovi modelli organizzativi, assistenziali ed i programmi di attività orientati alla centralità del paziente.

4.4 I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA), introdotto nella Regione Puglia dal Regolamento Regionale approvato con D.G.R. del 6 maggio 2015, n. 930: “Delibera n. 427/2015: Criteri di riordino della rete ospedaliera 2015-2016 e definizione di modelli di riconversione dell’assistenza ospedaliera in applicazione dell’Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 – Patto per la Salute 2014-2016. Adozione definitiva”, rappresenta il nucleo della riorganizzazione dei Servizi territoriali.

L’art. 8 del precitato Regolamento Regionale definisce il P.T.A. “rappresenta la risposta alla riconversione delle Strutture Ospedaliere e contribuisce alla

rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore".¹⁵

4.5 L'Organizzazione Strutturale dei PTA

Il PTA raffigura la modalità di riorganizzazione e rifunzionalizzare le cure primarie e costituisce la porta di ingresso del cittadino-utente alle cure distrettuali.

Così come previsto dall'art. 8 del Regolamento Regionale approvato, con D.G.R. del 6 maggio 2015, n. 930, all'interno del PTA possono essere svolte le seguenti funzioni dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:

- **Degenza Territoriale**
 - Ospedale di comunità;
 - Centro risvegli;
 - Assistenza Residenziale;
 - Hospice.

- **Servizi Sanitari e Socio Sanitari:**
 - Accesso Unico alle cure;
 - C.U.P.

¹⁵ "L'Assistenza Distrettuale" La Riorganizzazione dei Servizi Distrettuali, il Presidio Territoriale di Assistenza (P.T.A). Documento ASL FG.

- Accesso Unico Facilitato al Sistema
- Gestione e presa in carico delle “dimissioni protette” e raccordo con UVM distrettuale.
- **Attività amministrativa**
 - Scelta e revoca Medico
 - Esenzioni ticket
 - Rimborsi
 - Ausili, Presidi e Protesi
 - Assistenza Integrativa Farmaceutica
- **Attività Medica di base e Specialistica Ambulatoriale:**
 - Associazionismo complesso dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
 - Continuità assistenziale
 - Cure domiciliari Integrate (CDI)
 - Assistenza Farmaceutica Territoriale
 - Poliambulatorio Specialistico (secondo l’articolazione definita con LR 23/2008)
 - Day service medico
 - Day service chirurgico
 - Ambulatorio delle cronicità
 - Diagnostica di Base:

- Radiodiagnostica
- Centro prelievi
- **Assistenza Consultoriale e Materno Infantile**
 - Consultorio familiare
 - Centro di Procreazione Medicalmente Assistita
- **Emergenza-Urgenza**
 - Punto di primo Intervento Territoriale
 - Postazione 118
- **Dipartimento di Prevenzione**
 - Igiene Pubblica (Vaccinazioni- Medicina Legale e fiscale)
Medicina del Lavoro; Igiene degli Alimenti;
- **Dipartimento Salute Mentale**
 - Centro Salute Mentale
 - Centro diurno psichiatrico
 - Centro residenziale/semiresidenziale per i Disturbi del
comportamento alimentare (DCA)
- **Dipartimento Dipendenze Patologiche**
 - Ser.T.
- **Dipartimento di Riabilitazione**
 - Centro riabilitazione ambulatoriale o Trattamenti domiciliari.

La responsabilità gestionale, organizzativa ed igienico-sanitaria è in capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Nei contesti in cui l'accorpamento fisico dei servizi può essere perseguito per le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione, il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali in un'unica struttura, sia attraverso un'aggregazione funzionale degli stessi, in particolar modo nella zona dei Monti Dauni e del Gargano in cui sono presenti n. 55 piccoli comuni in cui risiedono il 40 % del totale della popolazione provinciale.

Si tratta, così come definito nell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta dell'8 ottobre 2007, di "Zone Disagiate" (Monti Dauni e Gargano) e "Zone Disagiaticissime" (Isole Tremiti).

In questo caso, il PTA assume una connotazione differente da quella di un'unica sede fisica in cui integrare i Servizi Distrettuali in una piattaforma comune.

In questi contesti, infatti, l'integrazione dei servizi distrettuali si ottiene attraverso il collegamento funzionale (organizzazione a rete) tra il P.T.A. di riferimento distrettuale ed i punti di offerta ed i professionisti presenti nell'ambito territoriale che concorrono all'erogazione dell'assistenza distrettuale.

Per conseguire tale organizzazione è necessario prevedere in ogni Distretto Sociosanitario una sede fisica del PTA che potrà essere un presidio ospedaliero rifunzionalizzato, la sede di un poliambulatorio o altre soluzioni alternative in grado di garantire l'integrazione organizzativo-operativa funzionale tra le diverse componenti del sistema assistenziale distrettuale.

Questa organizzazione funzionale del PTA si propone di:

- evitare di penalizzare la periferia del territorio e mantenendo in ogni caso una distribuzione capillare dei servizi di base, ivi inclusi i poliambulatori specialistici con le branche specialistiche di base, che rispetti il principio di equità di accesso alle prestazioni;
- individuare idonee soluzioni di efficace raccordo organizzativo-operativo tra tutte le componenti delle cure primarie per quei contesti nei quali gli accorpamenti fisici non possono essere praticabili o lo sono solo in parte per questioni strutturali o per ragioni di opportunità.

In merito agli interventi infrastrutturali legati alla riorganizzazione delle strutture sul modello PTA, in primo luogo è stato verificato lo stato dei lavori legato al processo di riconversione degli ex Presidi Ospedalieri di Torremaggiore, San Marco in Lamis e Monte Sant'Angelo, in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA).

Successivamente, sono state vagliate tutte le altre situazioni al fine di individuare quelle strutture posizionate in modo strategico rispetto anche ai comuni limitrofi ove concentrare una più qualificata offerta sanitaria.

L'ipotesi è quella di individuare strutture già organizzate su cui replicare le coordinate del PTA.

Dalle linee tracciate dal Programma Operativo Puglia 2014 - 2020, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale 17 luglio 2014, n. 1498, infatti, viene indicata la necessità di promuovere misure per la deistituzionalizzazione delle cure e il potenziamento delle cure territoriali con l'adozione di strategie per la riduzione del ricorso alle cure ospedaliere e la promozione delle cure ambulatoriali indicando priorità di interventi che ricalchino le seguenti linee di percorso:

1. concentrazione della rete ospedaliera, disattivando i presidi ospedalieri con meno di 80 posti letto;
2. riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in centri di salute territoriale per l'erogazione di prestazioni sanitarie extraospedaliere e senza ricoveri;
3. realizzazione di pochi nuovi ospedali di eccellenza di rilievo aziendale o regionale risultati:

- la riduzione del numero di posti letto (con un rapporto di 3,3 posti letto per 1000 ab., inferiore alla media nazionale);
- la riduzione della mobilità passiva per ricoveri ospedalieri (-19% dal 2006 al 2012);
- la riduzione del tasso di ospedalizzazione (sceso a 175,7 per 1000 ab.);
- incremento della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (- 26% di ricoveri inappropriati nel triennio 2010-2012);

- completamento della riconversione dei presidi ospedalieri dismessi in poliambulatori specialistici e presidi di salute territoriale per diagnostica specialistica e cure sanitarie non ospedaliere.

Una particolare attenzione è stata rivolta al recupero del patrimonio esistente, con la proposta di progetti legati agli adeguamenti normativi rispettosi delle disposizioni vigenti in materia di antisismica, antincendio, abbattimento delle barriere architettoniche, risparmio energetico, sicurezza dei lavoratori e dei pazienti, per gli immobili già destinati a servizi sanitari dell'assistenza distrettuale. La complessità orografica del territorio della ASL consegna un quadro disgregato e diffuso di assistenza distrettuale, decentrato secondo parametri che non sempre rispondono a criteri epidemiologici e statistici. Emergono, pertanto, lacune nella rete dell'offerta dell'assistenza distrettuale che impongono alcune precise riflessioni:

1. concentrare tutti i servizi nelle sedi di Distretto Socio-Sanitario diventa complicato, anche per via delle distanze tra i comuni, per le precarie condizioni di viabilità e per la difficoltà di far spostare una popolazione particolarmente anziana e fragile residente nei piccoli centri, in particolare quelli dei Monti Dauni e del Gargano;
2. un vero processo di razionalizzazione della rete dell'offerta distrettuale non può prescindere da una profonda revisione dei Presidi Ospedalieri esistenti, in termini di ristrutturazione edilizia, di adeguamento alle norme e di

adeguamento tecnologico coordinato con il livello tecnologico distrettuale in modo da evitare eccessive coperture in alcune zone e pesanti carenze in altre.

Per poter garantire una efficace continuità assistenziale ed una più appropriata presa in carico sarà necessario l'adozione di Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PP.DD.TT.AA.), a interazione crescente, tra competenze professionali ospedaliere e quelle distrettuali.

L'obiettivo di condividere linee guida scientifiche, validate e condivise, ed attuarle nel peculiare contesto organizzativo locale deve essere al centro dell'interazione tra tutte le Strutture Sanitarie e l'area dell'Assistenza Socio-Sanitaria, che assieme costituiscono la rete della presa in carico delle cronicità e fragilità.

L'esame dei servizi esistenti nei diversi comuni della ASL, elencati per distretto di appartenenza, fornisce un quadro abbastanza chiaro della offerta sanitaria come dislocata sul territorio.

Tale esame ha consentito di individuare le zone in cui maggiormente intervenire secondo le indicazioni impartite dalla Regione Puglia.

In particolare, verificando il processo di riconversione in PTA degli ex presidi ospedalieri di Torremaggiore, San Marco in Lamis e Monte Sant'Angelo, è possibile individuare strutture già organizzate su cui replicare il concetto di PTA e da posizionare in ambiti distrettuali sull'intero territorio provinciale.

I Presidi Territoriali di Assistenza, nei quali confluiscono la Medicina di Famiglia, la Continuità Assistenziale, la Specialistica Ambulatoriale Territoriale, possono garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di primo livello, orientare in maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso alle altre prestazioni specialistiche.

Per raggiungere questo obiettivo occorre avviare un percorso che deve accompagnare il graduale superamento dell'atto medico individuale in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di prestazioni sanitarie che consentano, in sedi possibilmente uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 o 12 ore, 7 giorni a settimana.

Questa nuova ristrutturazione delle Cure Primarie ha importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso, consente una reale presa in carico del paziente ed una più incisiva attività di educazione e promozione della salute.

Inoltre, l'erogazione di attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti ospedalieri migliora l'appropriatezza delle prescrizioni e riduce dei tempi di attesa.

Nell'ambito della rete dei servizi sanitari e sociosanitari distrettuali, si intende favorire la copertura e la piena accessibilità su tutto il territorio provinciale alle prestazioni attraverso il completamento della riconversione dei presidi ospedalieri dismessi, il potenziamento delle piastre poliambulatoriali territoriali e il completamento della rete delle strutture sanitarie extraospedaliere per gli obiettivi di riabilitazione e long-term care per pazienti cronici e persone non

autosufficienti.

Gli obiettivi specifici sono:

1. promuovere il potenziamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria distrettuale attraverso la riqualificazione delle strutture, delle tecnologie e di servizi, non ospedalieri, che erogano prestazioni di diagnostica specialistica, prestazioni di diagnosi e cura per le patologie croniche e i servizi del welfare d'accesso.
2. ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione delle cure per pazienti non autosufficienti e per persone affette da patologie croniche e favorire lo sviluppo di servizi sociosanitari a ciclo diurno, in una logica di filiera per l'integrazione con le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

4.6 L'Organizzazione Funzionale dei PTA

Come riportato nel paragrafo precedente, il PTA è la “porta di ingresso” del cittadino ai servizi assistenziali distrettuali ed è la risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza distrettuale e della prevenzione:

1. Accesso unico alle cure;
2. Assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica;
3. Emergenza – Urgenza Territoriale;
4. Rete delle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali;

5. Altre forme di assistenza territoriale.

Dal punto di vista funzionale il PTA nelle sue diverse componenti dell'assistenza distrettuale e della prevenzione, per semplificazione le individuamo in macro aree:

1. Accesso unico alle cure: è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non-aggregati;

2. Assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica che comprende:

- a. l'attività amministrativa legata all'assistenza di base (scelta e revoca del medico di famiglia, esenzioni, etc.);
- b. l'erogazione di presidi protesici, di ausili, di presidi, di farmaci a distribuzione diretta, etc.

Questa macroarea assume rilevante importanza nella gestione delle cure primarie in particolar modo è il collegamento del PTA con l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dai Medici Specialisti convenzionati interni ed esterni.

Un ruolo fondamentale, negli scenari operativi dei PTA, assumono le forme complesse di associazionismo medico previste dai contratti dei MMG, dei PLS e della Specialistica ambulatoriale. L'associazionismo medico, infatti, nelle sue varie forme (monoprofessionali o multiprofessionali, come le

AFT- Aggregazioni Funzionali Territoriali e le UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie), concorre ad assicurare la gestione efficace ed efficiente dell'assistenza alle persone affette da patologie croniche.

Per poter realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica ambulatoriale è necessario l'avvio di un processo di riorganizzazione delle cure attraverso la costituzione di team multidisciplinari (specialisti delle diverse discipline) e multiprofessionali (medici, infermieri e altri professionisti sanitari che garantiscono lo sviluppo di “percorsi assistenziali” personalizzati).

Nell'articolazione di questo modello organizzativo, i Presidi Territoriali di Assistenza devono rimodulare sia l'attività specialistica ambulatoriale distrettuale che quella erogata nei presidi ospedalieri in modo da integrarsi in un'unica piattaforma anche attraverso dispositivi telematici.

Inoltre, in un processo di programmazione delle attività ambulatoriali, è importante orientarsi nella prospettiva di diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa.

In questo senso, l'attività ambulatoriale ospedaliera deve indirizzarsi prioritariamente verso un'offerta di alta specializzazione in ragione delle maggiori potenzialità, in termini tecnologici, che un presidio ospedaliero normalmente possiede.

Questa differenziazione è la base per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza;

3. Emergenza – Urgenza Territoriale: in questa macroarea il PTA assicura il collegamento con un Punto di Primo Intervento (PPI) incluso nella rete dell’Emergenza-Urgenza, il servizio di continuità assistenziale, la postazione 118 o l’auto medica e la postazione di elisoccorso. In tale contesto il PPI rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il PTA potrà offrire un punto di riferimento alternativo all’ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello;

4. Rete delle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali: tale macroarea costituisce un ampio settore di assistenza sia sanitaria che sociosanitaria. L’elemento fondamentale di questa macroarea è l’integrazione multiprofessionale sanitaria e l’integrazione sociosanitaria e cioè con il circuito dell’assistenza erogata dai Comuni nell’ambito della L. 328/00 (Legge di integrazione socio-sanitaria) e della L.R. 19/2006 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia);

5. Altre forme di assistenza territoriale: questa macroarea consente la connessione del PTA con gli altri servizi assistenziali del territorio, quali quelli del dipartimento della prevenzione, dell’area materno-infantile e consultoriale, della salute mentale e altri servizi distrettuali amministrativi e sanitari. Il PTA deve

garantire l'accesso e la risposta uniforme anche per servizi non fisicamente aggregati nella stessa struttura con cui viene mantenuta una stretta interazione di natura organizzativa-operativa.

Pur mantenendo l'orientamento ad accentrare i servizi in un'unica struttura, quando praticabili ed opportuni, i singoli PTA devono:

- evitare di penalizzare la periferia del territorio e mantenere in ogni caso una distribuzione capillare dei servizi di base, quali ambulatori MMG e PLS e gli ambulatori specialistici con le discipline di base in modo da garantire il principio di equità di accesso alle prestazioni e il principio della prossimità delle cure;
- individuare idonee ed efficaci soluzioni di raccordo organizzativo-operativo tra tutte le componenti delle cure primarie per quei contesti nei quali gli accorpamenti fisici non potranno essere praticabili o lo saranno solo in parte per l'assetto orografiche o per ragioni di opportunità.

4.6.1 Accesso Unico alle Cure

Il PTA è il punto di accesso unico ai servizi sanitari e sociosanitari, collegati tra loro attraverso il CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendale e la PUA (Porta Unica d'Accesso) distrettuale.

Di fondamentale importanza è il passaggio da un sistema di prenotazioni “cronologico” ad un sistema “per priorità” in modo da garantire l’ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali.

La presenza del CUP nel PTA permette di raggiungere più facilmente una delle finalità principali della riorganizzazione territoriale, che è quella di facilitare l’accesso e di snellire l’iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

In particolare, per le persone più fragili, come i pazienti cronici, che frequentemente necessitano di insiemi di prestazioni, deve essere possibile effettuare prenotazioni di “Pacchetti di prestazioni” (Day service) fruibili in un unico accesso.

L’allocazione della PUA presso il PTA è di grande importanza, considerata la complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari che richiedono un’attenta attività di smistamento nell’articolata rete di servizi sanitari e sociosanitari.

La presenza contestuale nel PTA (o la connessione) anche di altri servizi di supporto, quali Patenti speciali e Presidi ed Ausili protesici, etc., può costituire un ulteriore importante strumento di snellimento dell’iter assistenziale con presa in carico “globale” dei bisogni del paziente.

Il principio di funzionamento del PTA è, infatti, quello di “far girare le carte e non i pazienti”, e in ragione di ciò le interconnessioni rapide ed i “percorsi assistenziali prestabiliti” sono la base del buon funzionamento.

Un importante ruolo viene svolto nel PTA dall’URP che attraverso l’utilizzo anche di figure amministrative con precise funzioni, quali l’accesso facilitato degli utenti,

la loro fluida circolazione dentro i servizi territoriali, l'informazione e la comunicazione. Tali figure possono rappresentare un ottimo strumento per la rapida soluzione di problemi quotidiani delle organizzazioni che talvolta possono generare gravi disguidi per l'utenza.

4.6.2 Assistenza Sanitaria di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica.

All'interno dei PTA vi è necessità di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

I criteri da seguire nella riorganizzazione sono i seguenti:

1. sviluppo di una prassi di gestione "integrata" delle cronicità tra specialisti ambulatoriali, MMG/PLS, infermieri ed altri professionisti sanitari (fisioterapisti, dietisti, ecc.);
2. piena valorizzazione delle competenze professionali e delle funzioni infermieristiche autonome e integrate in team multiprofessionali;
3. riorganizzazione delle modalità erogative della specialistica attraverso l'istituzione di ambulatori delle cronicità in collegamento con i MMG ed i PLS.

Il pilastro sul quale è indispensabile riorganizzare la specialistica è quello dell'integrazione tra specialisti e tra questi ultimi e gli infermieri. Il tutto va realizzato con la piena integrazione con i MMG/PLS.

Questi gruppi saranno costituiti per la gestione di pazienti cronici (scompenso cardiaco, diabete mellito, epatopatia, ipertensione, target ad elevato rischio cardiovascolare, etc.) e opereranno attraverso l'istituzione di ambulatori delle cronicità, organizzati per patologia (Ambulatorio Scompenso, Ambulatorio Diabete, etc.) all'interno di programmi di gestione integrata tra MMG/PLS, Specialisti ed Infermieri distrettuali e delle forme complesse di associazionismo medico.

Il modello assistenziale di riferimento, implementato sin dall'inizio del 2012 nella Regione Puglia con i Progetti "Care Puglia" e "Carewell", si basa sulla presa in carico globale ed integrata delle cronicità e delle fragilità, nell'ambito delle cure primarie, secondo il modello "Chronic Care Model".

4.6.3 Emergenza Urgenza Territoriale

Per quanto riguarda la gestione delle urgenze territoriali, l'associazionismo dei MMG e dei PLS (di rete, di gruppo), la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h12 diurne, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle "piccole urgenze" che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale.

I Punti di Primo Intervento (PPI), rappresentano un secondo “filtro” e si prefiggono la finalità di ridurre l’uso dell’ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest’ultimo il ruolo primario di assistenza.

Il PPI garantisce, assieme servizio di Continuità Assistenziale, una copertura assistenziale h 24 ed è un punto di riferimento valido, alternativo all’ospedale, per le urgenze di basso-medio livello.

Dalle evidenze scientifiche emerge che la prospettiva sulla base della quale bisogna rifunzionalizzare i servizi di emergenza-urgenza è quella di garantire ai pazienti acuti condizioni adeguate (strutturali, tecnologiche e professionali) di assistenza.

Un principio, quindi, su cui si basa la rifunzionalizzazione della rete di emergenza urgenza territoriale è quello di fare in modo che il paziente possa fruire di immediate cure di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato per la gestione efficace dei suoi problemi¹⁶.

4.6.4 Rete Sociosanitaria delle Cure Domiciliari, Residenziali e Semiresidenziali

¹⁶ https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/comunicati-stampa_det/ /journal_content/56/36044/ Implementazione della rete emergenza urgenza.

L'allocazione della PUA presso il PTA è di grande importanza, considerata la complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari che richiedono un'attenta attività di smistamento nell'articolata rete di servizi sanitari e sociosanitari.

Per realizzare la completa integrazione sociosanitaria è fondamentale che la PUA attivi interconnessioni tra il Servizio Sociale Professionale Distrettuale, il Servizio Sociale ospedaliero, i Servizi di Segretariato Sociale dei Comuni che ricadono nel distretto e i MMG (Medici di Medicina Generale) ed i PLS (Pediatri di Libera Scelta) in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso.

Particolare attenzione deve essere posta al raccordo tra l'ospedale ed il PTA per i casi di dimissione protetta e programmata¹⁷.

In tale ambito è molto utile, oltre all'informazione ed alla motivazione di tutto il personale medico ed infermieristico, anche l'identificazione di "Referenti" per le dimissioni protette.

In considerazione della complessità dei bisogni dei pazienti non autosufficienti, va adeguatamente valorizzato a livello ospedaliero il contributo indispensabile del Servizio Sociale ospedaliero, che dovrà operare in piena integrazione con il PTA e con le componenti distrettuali direttamente interessate, quali l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale).

¹⁷ <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/cure-domiciliari> Cure Domiciliari.

L'accesso alla rete sociosanitaria delle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali avviene tramite la Porta Unica di Accesso (PUA) alla quale è attribuita la competenza di effettuare una prima valutazione della richiesta. La valutazione finale dell'ammissibilità della domanda è di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), un'équipe multi professionale, composta da figure professionali sia sanitarie che sociali, con competenze specifiche in funzione dei bisogni.

Per i servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale dedicati alle diverse tipologie di utenti, sono elencate le diverse aree di attività (accoglienza, diagnosi, prestazioni sanitarie specialistiche, supporto psicologico, interventi riabilitativi, rapporti con altri servizi, ecc.).

Le cure domiciliari sono differenziate in 4 livelli di intensità assistenziale crescente (dalle cure domiciliari "di livello base" alle cure domiciliari a elevata intensità).

L'assistenza residenziale è differenziata in tre livelli di intensità:

- intensiva (per accogliere le persone dimesse dall'ospedale)
- estensiva (per persone che richiedono una continuità assistenziale)
- di lungo-assistenza e mantenimento (per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali)

4.6.5 Il Collegamento del PTA con altre forme di Assistenza Territoriale

Come precedentemente riportato il PTA è la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, i Sert, alla prevenzione, all'assistenza domiciliare, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa.

Molto importante, pertanto, lo stretto collegamento del PTA con i circuiti assistenziali più critici, quali quello della Salute Mentale e del Materno-Infantile (specialmente con la rete consultoriale, che ne è una componente importante), per l'invio attivo dei pazienti e degli utenti all'interno di percorsi assistenziali specifici, nei quali il PTA ed il suo Sportello Unico di Accesso può rappresentare uno snodo fondamentale.

Il PTA, con la sua logica di aggregazione, costituisce una struttura importante nel circuito dei servizi territoriali, prevedendo l'accentramento di alcuni servizi specifici, come ad es., quelli relativi alla diagnostica di 2° livello (ECO e Colposcopia) ed al counselling specialistico per target specifici (giovani, donne maltrattate, stranieri), collegati all'ampia rete consultoriale di primo livello, o come il Day Service per i pazienti cronici complessi collegato alla rete poliambulatoriale. Questa aggregazione genera economie di scala molto utili alle logiche di efficienza e risponde al fabbisogno di specializzazione che alcuni servizi necessitano, pur mantenendo una diffusa distribuzione dei servizi essenziali nel territorio periferico.

Ai PTA, quindi, intesi come “presidi centralizzati”, nei quali si attiva la “presa in carico integrata”, ed all’interno dei quali sarà possibile allocare servizi specifici, quali il Day Service Ambulatoriale Territoriale, dovranno collegarsi tutti i “poliambulatori decentrati” periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente, trovando risposta in loco oppure nel presidio centralizzato per quelle funzioni non disponibili in periferia.

4.6.6 Il collegamento del PTA con l’Ospedale

Il collegamento tra il PTA e l’ospedale rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunzionalizzazione dell’assistenza distrettuale.

I punti di interconnessione PTA - Ospedale riguardano le principali aree presenti nel PTA e precedentemente trattate, ed in particolare:

1. Emergenza – Urgenza: attraverso i PPI e le postazioni 118;
2. Assistenza sanitaria di base, specialistica ambulatoriale e diagnostica: attraverso percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale che interconnetta l’attività ambulatoriale ospedaliera ad alta specializzazione con quella di base distrettuale;
3. Rete delle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali: attraverso le procedure relative a:

- **Dimissioni Protette:** per pazienti non autosufficienti ricoverati, da dimettere e da inserire nel circuito delle cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali;
- **Dimissioni programmate:** per pazienti cronici per problemi legati al Diabete Mellito ed allo Scompenso Cardiaco, e dei pazienti postacuzie con patologie severe (post-Infarto Miocardico, post-Ictus, ecc.).

Le dimissioni programmate garantiscono la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, PTA e Specialistica ambulatoriale).

A tal fine in ogni ospedale viene individuato il referente per le dimissioni protette e programmate (infermiere o assistente sociale), che opera in stretto collegamento con la PUA dei PTA e che prenderà in carico, secondo i principi del care-management, tutti i pazienti precedentemente citati, gestendo il percorso di collegamento con il MMG/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza¹⁸.

Particolare attenzione sarà posta ai pazienti cronici con livello di complessità medio-alto, che devono essere inviati, in accordo con il piano di cura indicato dal

18

http://www.aforp.org/riservata/trasparenza/delibere/2018/uploads/15184_Deliberazione_N_1001_3_del_12.06.2018.pdf I Presidi Territoriali di Assistenza nella Regione Puglia.

reparto di dimissione, al Day Service territoriale. Il Referente Infermieristico Distrettuale che prenderà in carico attivamente anche i pazienti post-ictus o post-trauma che necessitano dell'attivazione rapida di percorsi riabilitativi. Infatti, i ritardi in questo settore diminuiscono le effettive potenzialità di ripresa, generando danni irreparabili per i pazienti e per la loro qualità di vita, oltre che maggiori costi per il sistema. In questi casi il caremanager dovrà attivare, prima della dimissione, le strutture del circuito riabilitativo in modo da facilitare l'invio concordato del paziente alle strutture territoriali che siano più tempestivamente disponibili alla presa in carico precoce ed all'inizio tempestivo dell'iter riabilitativo.

CAPITOLO 5

IL DM 77/2022 E PNRR: STATO DELL'ARTE NELL'ASL DI FOGGIA

E' di 427.445.244,98 euro l'ammontare della spesa pugliese per il Pnrr sanità sul capitolo lavori, le attività in programma hanno anche altre due linee di finanziamento: fondo opere indifferibili per euro 37.300.983 e altre fonti per euro 2.380.320,74.

L'investimento finanzia la realizzazione di luoghi fisici di prossimità e facile individuazione, dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale; alle centrali operative territoriali (COT), che prevede la realizzazione di almeno 600 COT, ossia strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Dal rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (gli ospedali di Comunità): l'obiettivo è quello di realizzare 400 strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o

familiare); alla misura di un ospedale sicuro e sostenibile, attraverso la ristrutturazione e l'adeguamento del patrimonio del Servizio sanitario nazionale alla normativa in materia di antisismica, individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalle regioni; e realizzazione di ulteriori interventi pluriennali di consolidamento e adattamento sismico delle strutture, volti al rinnovo e alla modernizzazione del quadro fisico e tecnologico dei beni immobili della sanità pubblica.

5.1 La Programmazione Territoriale alla luce del DM 77/2022 e dal PNRR

Gli interventi della Asl di Foggia sono quaranta, 26 riguardano le 'Case Comunità e presa in carico della persona' per un importo finanziato con i fondi del Pnrr è di 18.601.500 con scadenza a giugno 2026. Sei misure di intervento riguardano invece le centrali operative territoriali: di 817.999,98 l'importo, con scadenza a giugno del 2024. Sette invece fanno riferimento al rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture, i cosiddetti ospedali di comunità, per un importo finanziato pari a 10.436.296 euro, con scadenza a giugno 2026¹⁹.

Gli ospedali di comunità sono 9: a Foggia, Monte Sant'Angelo, San Marco in Lamis, San Nicandro Garganico, Vico del Gargano, Vieste e Volturino saranno

¹⁹ Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n°68 del 20-06-2022, Deliberazione della Giunta Regionale 11 Maggio 200, n° 688. Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022.

realizzati con 10 milioni 436 mila e 296 euro del PNRR; a Panni e Torremaggiore con altri fondi disposti dalla Regione Puglia.

AZIENDA SANITARIA LOCALE	CASE DI COMUNITA'		
	COMUNE	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL FOGGIA	TORREMAGGIORE	TORREMAGGIORE	
	TROIA	TROIA	
	MONTE SANT'ANGELO	MONTE SANT'ANGELO	
	CARPINO	CARPINO	
	SAN MARCO IN LAMIS	SAN MARCO IN LAMIS	
	LUCERA	LUCERA	
	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO	
	RODI GARGANICO	RODI GARGANICO	
	ORSARA DI PUGLIA	ORSARA DI PUGLIA	
	PIETRAMONTECORVINO	PIETRAMONTECORVINO	
	CERIGNOLA	CERIGNOLA	
	FOGGIA	FOGGIA	
	SAN PAOLO DI CIVITATE	SAN PAOLO DI CIVITATE	
	SERRACAPRIOLA	SERRACAPRIOLA	
	SAN GIOVANNI ROTONDO	SAN GIOVANNI ROTONDO	
	PESCHICI	PESCHICI	
	VIESTE	VIESTE	
	ACCADIA	ACCADIA	
	APRICENA	APRICENA	
	CAGNANO VARANO	CAGNANO VARANO	
	MANFREDONIA	MANFREDONIA	
	BICCARI	BICCARI	
	ROCCHETTA SANT'ANTONIO	ROCCHETTA SANT'ANTONIO	
STORNARELLA	STORNARELLA		
BOVINO	BOVINO		
FOGGIA	FOGGIA		
CANDELA		CANDELA	

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) finanziate con fondi PNRR
--

ASL FOGGIA	MANFREDONIA
	FOGGIA
	SAN SEVERO
	CERIGNOLA
	LUCERA
	TROIA

OSPEDALI DI COMUNITA'			
ASL	Comune	STRUTTURE FINANZIATE CON RISORSE PNRR	STRUTTURE FINANZIATE CON ALTRE RISORSE
ASL FOGGIA	SAN NICANDRO GARGANICO	SAN NICANDRO GARGANICO	
	SAN MARCO IN LAMIS	SAN MARCO IN LAMIS	
	VOLTURINO	VOLTURINO	
	VICO DEL GARGANO	VICO DEL GARGANO	
	PANNI		PANNI
	VIESTE	VIESTE	
	TORREMAGGIORE		TORREMAGGIORE
	MONTE SANT'ANGELO	MONTE SANT'ANGELO	
	FOGGIA	FOGGIA	

Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Gli investimenti del PNRR saranno dunque orientati a potenziare servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio, anche nelle stesse

abitazioni dei pazienti (per esempio tramite la telemedicina), limitando il trattamento ospedaliero solo quando realmente necessario.

Gli strumenti individuati sono le cure a domicilio (home care) con lo sviluppo della telemedicina, le case di comunità e gli Ospedali di comunità. Lo sviluppo di questa nuova strategia dovrà necessariamente passare attraverso un miglioramento della diagnostica, sia in termini di strumentazione e sia di utilizzo, la formazione e l'aggiornamento del personale e il puntuale coordinamento tra le diverse strutture di cura.

5.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale Ospedaliero

Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità.

L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere, poiché le stesse devono disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero²⁰.

²⁰ Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n° 139 del 27-12-2022, Deliberazione della Giunta Regionale 14 Dicembre 2022, n° 1868. Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad

Scheda tecnica per ogni intervento

ASL FOGGIA	
ANAGRAFICA INTERVENTO 1	
Soggetto richiedente	<i>Asl Foggia</i>
Titolo dell'intervento proposto	<i>Potenziamento tecnologico sistema informativo ospedaliero sanitario, sistema integrato accoglienza, servizi di consulenza e cybersecurity</i>
CUP	<i>G79E22000000006</i>
Importo	<i>3.239.500,00</i>
Presidio	<i>Presidio Ospedaliero San Severo</i>
Descrizione sintetica del progetto	<p><i>CDR ISO, Sviluppo SW di controllo e visualizzazione del CDR; Middleware Integrazioni tra sistemi. Sviluppo e verticalizzazioni del sistema di archiviazione, Adeguamento GDPR, CCE Ospedaliera, ODT, Blocco Operatorio, SW per somministrazione e gestione del ciclo di vita del farmaco, Sistema di firma grafometrica, Sottosistema di supporto decisionale, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Sistema per la gestione informatizzata dei PDTA, Servizi di Cybersecurity and Awareness, Servizi di consulenza per l'omogeneizzazione dei processi dei DEA. Acquisto PDL, MDM. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: eliminacode con totem app e webapp e monitor di sala d'attesa, totem per pagamento ticket con PagoPA, CMS e CRM integrato con URP, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding in/outdoor, trackingdevice e pazienti con tecnologia Beacon e gps; Sistema di videocall per televisita/teleconsulto e relativi apparati; Tablet CCE, Carrello informatizzato.</i></p> <p><i>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</i></p>
Unità Operative coinvolte	<i>Tutti i reparti e i servizi ospedalieri</i>

oggetto: "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

ANAGRAFICA INTERVENTO 2	
Soggetto richiedente	Asl Foggia
Titolo dell'intervento proposto	Potenziamento tecnologico sistema informativo ospedaliero sanitario, sistema integrato accoglienza, servizi di consulenza e cybersecurity
CUP	G39E2200000006
Importo	3.239.500,00
Presidio	Presidio Ospedaliero Cerignola
Descrizione sintetica del progetto	<p>CDR ISO, Sviluppo SW di controllo e visualizzazione del CDR, Middleware integrazioni tra sistemi. Sviluppo e verticalizzazioni del sistema di archiviazione, Adeguamento GDPR, CCE Ospedaliera, ODT, Blocco operatorio, SW per somministrazione e gestione del ciclo di vita del farmaco, Sistema di firma grafometrica, Sottosistema di supporto decisionale, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Sistema per la gestione informatizzata del PDTA, Servizi di Cybersecurity and Awareness, Servizi di consulenza per l'omogeneizzazione dei processi dei DEA. Acquisto PDL, MDM. Sistema integrato di gestione dell'accoglienza: eliminacode con totem app e webapp e monitor di sala d'attesa, totem per pagamento ticket con PagoPA, CMS e CRM integrato con URP, Call Center e sportelli Hospitality, Sistema di wayfinding in/outdoor, trackingdevice e pazienti con tecnologia Beacon e gps; Sistema di videocall per televisita/teleconsulto e relativi apparati; Tablet CCE, Carrello informatizzato.</p> <p>Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	Tutti i reparti e i servizi ospedalieri

ANAGRAFICA INTERVENTO 4	
Azienda Capofila	Asl Foggia
Titolo dell'intervento proposto	Rischio clinico, incident reporting
CUP	G39E22000010006
Importo	1.850.00,00
Presidio	Presidio Ospedaliero Cerignola
Descrizione sintetica del progetto	<p>Sviluppo integrazioni, Servizi Configurazione, Formazione e Supporto Avviamento, Servizi Cloud.</p> <p>Il sistema impatterà su tutta la rete regionale DEA. Abbiamo indicato in tutti gli items previsti. Nella voce "beni" di tutte le iniziative di acquisto sono ricomprese anche le strumentazioni necessaria al compimento dell'obiettivo progettuale. Gli acquisti di tali strumentazioni potranno essere acquisite anche attraverso altri strumenti di procurement all'uopo dedicati. E' utile specificare che per beni si intendono sia i beni materiali che immateriali.</p>
Unità Operative coinvolte	TUTTI I PRESIDII DEA di I e II LIVELLO DELLA REGIONE PUGLIA

5.3 La Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) dell'ASL di Foggia è attiva dal 15/04/2020 e rappresenta l'elemento cardine dell'assistenza distrettuale aziendale.

Al fine di assicurare nella Provincia di Foggia adeguati livelli di servizi sanitari e socio-sanitari, in particolar modo a persone anziane, fragili ed affette da patologie croniche, si intende attivare una Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.).

Essa, infatti, costituisce l'elemento cardine dell'organizzazione distrettuale, in quanto svolge una funzione di coordinamento nell'appropriata presa in carico della persona "fragile" assumendo un ruolo di raccordo fra tutte le componenti della rete assistenziale ed essendo funzionale a tutte le Unità Operative Aziendali.

La Centrale Operativa Territoriale della A.S.L. di Foggia è unica, interconnessa sia con la rete dei servizi distrettuali che ospedalieri. La C.O.T. non si sostituisce alle funzioni proprie delle Strutture e dei Servizi interessati ma svolge una funzione di coordinamento in quanto rappresenta lo strumento di raccolta e classificazione del bisogno sanitario e socio-sanitario, di attivazione delle risorse più appropriate della rete assistenziale e di monitoraggio dei percorsi attivati.

L'obiettivo generale della Centrale Operativa Territoriale è quello di rendere efficaci ed efficienti le risposte ai cittadini in termini di attivazione dei percorsi di presa in carico delle persone affette da patologie croniche e in condizione di fragilità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro (ospedale - territorio), facilitando

il raccordo tra le strutture della rete territoriale e garantendo la continuità dell'assistenza.

La C.O.T. coordina l'attività distrettuale degli Infermieri di Famiglia e di Comunità per l'assistenza a pazienti cronici e fragili che non sono stati ancora presi in carico da alcun servizio aziendale. Espleta, inoltre, la funzione di Centrale di Telemedicina attraverso il monitoraggio dei parametri vitali di pazienti assistiti e telemonitorati a domicilio in remoto, attivando in caso di valori fuori range i Centri Specialistici Aziendali.

La Centrale Operativa Territoriale di Telemedicina dell'ASL di FOGGIA garantisce un servizio attivo 7 giorni su 7 dalle 8:00 alle 20:00. Per l'accesso a tale servizio è necessario rivolgersi al proprio Medico di Medicina Generale, ai Medici di Continuità Assistenziale, ai Medici Specialisti ambulatoriali e ai Medici Ospedalieri prima della dimissione che valuteranno i bisogni della persona da assistere e successivamente attiveranno la C.O.T ²¹.

²¹ Progetto "Centrale Operativa Territoriale" Strumento di Integrazione tra l'assistenza ospedaliera e distrettuale per facilitare la presa in carico delle Persone fragili e affette da patologie croniche nella Asl di Foggia. Documento ASL di Foggia.

CONCLUSIONI

L'attuale evoluzione epidemiologica in campo sanitario è caratterizzata dall'esplosione di forme morbose e cronico-degenerative, queste ultime, in particolare nel settore cardiovascolare e pneumologico, soggette a frequenti episodi di riacutizzazione e instabilizzazione. Nei prossimi 30-40 anni, sia per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza crescente delle età con oltre i 65 anni sia per il migliore trattamento delle fasi acute delle forme morbose con conseguente riduzione della mortalità precoce, si andrà incontro ad un rilevante incremento della prevalenza nella popolazione totale di queste forme cliniche cronico-degenerative.

Il riequilibrio dei ruoli tra ospedali e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento normativo negli ultimi decenni.

In questa logica, è necessario costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più

specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di “presa in carico”, garantendo i livelli di qualità degli interventi e rapportando con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell’offerta è inserita. In una visione integrata dell’assistenza sanitaria, l’ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post-acute e riabilitativa.

Si consideri, inoltre, che una corretta integrazione ospedale-territorio consentirebbe di ridurre gli accessi inappropriati in Pronto soccorso, eviterebbe duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l’aspetto economico sia sul piano della qualità ed infine consentirebbe una giusta gestione delle liste d’attesa.

L’obiettivo di una politica di Sanità Pubblica deve essere quello di promuovere la salute come bene individuale e collettivo: garantendo a tutta la popolazione un accesso equo alle informazioni, alle prestazioni ed ai servizi (di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione) adeguati ai bisogni, tenuto conto delle risorse disponibili.

Il vero nodo delle attività di Sanità Pubblica consiste nel collegare le scienze di Sanità Pubblica con le decisioni politiche. Quindi una stretta collaborazione tra i diversi settori (Ministeri, Regioni, ASL) è un imperativo per ogni politica che miri ad una vera promozione della salute.

Il PNRR e il DM 77 cambieranno il volto del Ssn, ma il timore è che questo processo di ristrutturazione possa limitarsi agli aspetti strutturali, agli edifici, che saranno tuttavia lasciati spopolati, in parte o in toto, rendendo di fatto quelle strutture poco utili al cambiamento nonostante si è rivolta un po' di attenzione al territorio e ai distretti, sempre lasciati in secondo piano. È chiaro che queste innovazioni strutturali e fisiche vadano ora affiancate ad una revisione organizzativa, occorre rafforzare gli organici e va anche assicurata un'adeguata formazione che deve riguardare, anzitutto, il livello gestionale e operativo dei direttori di distretti, che avranno una funzione di regia strategica.

Le nuove strutture e centri che si andranno ad aprire dovranno essere collegati tra di loro, la grande sfida, non sarà tanto quella di rispettare le tempistiche dettate dal PNRR, quanto di assicurare che alla scadenza dei termini queste strutture siano davvero in grado di funzionare. Questo significa, iniziare a pensare, a livello di programmazione, sulla definizione del fabbisogno reale di assistenza sanitaria che verrà richiesta a ciascuna struttura, realizzando un sistema in grado di raccogliere dati, di comunicare con gli altri centri e in grado di garantire a un attendo

monitoraggio che consenta di misurare le prestazioni erogate e le performance ottenute.

I passi da compiere, dunque, sembrano ancora tanti e per muoverli, sarebbe anzitutto urgente cercare di capire come ci siamo arrivati all'attuale situazione in cui il SSN sta sempre più scivolando verso la privatizzazione.

Un cambio di paradigma, renderebbe il nostro Paese anche più attrattivo, contribuendo così anche alla valorizzazione del personale sanitario, risolvendo il fenomeno della fuga dalle professioni sanitarie. Investire in sanità vuol dire garantire l'accesso alle migliori tecnologie, migliori outcome. Il risultato? I pazienti guariscono, si riducono le disabilità, si incrementa la produttività, si attraggono maggiori investimenti nel lungo e medio periodo. In definitiva, si hanno dei vantaggi incredibili dal punto di vista individuale, sociale ed economico.

BIBLIOGRAFIA

1. Vignati E., Bruno P., Project management in Sanità, Franco Angeli, Milano, 2003.
2. Lega F., (2020), Economia e management sanitario, Settore, sistema, aziende, protagonisti, Egea, Milano.
3. Musaio A., (2011), “Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie”, Elsevier.
4. Farneti F., Vagnoni E., (2002), “La comunicazione nella Governance delle aziende sanitarie: strumenti e processi”.
5. G. Maciocco. 2019. Malattie croniche e cure primarie. In: Cure primarie e servizi territoriali. s.l.:Carocci.
6. F. Bravi, T. Carradori, & B. Curcio Rubertini. 2019. La Sanità del futuro: transizione epidemiologica e modelli di assistenza. In: Programmazione e servizi sanitari. s.l.:Clueb.
7. L.833 del 1978 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”.
8. Dipartimento della programmazione, Prime indicazioni per l’applicazione del Decreto ministeriale 22 luglio 1996: “Prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario nazionale e relative tariffe”, Circolare ministeriale 1° aprile 1997.

9. AGENAS, 2012. Integrazione socio-sanitaria. [Online] Available at:
<https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/retenazionale-tumori-rari?view=article&id=171:integrazione-socio-sanitaria&catid=91>.
10. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Potenziare il SSN, rafforzare i servizi e le strutture sanitarie a livello domiciliare, sviluppare la telemedicina.
11. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Sanità che valorizzi gli investimenti, rafforzare la ricerca e potenziare la struttura tecnologica.
12. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.
13. <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/case-dellacomunità-cdc>.
14. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.
15. <https://www.agenas.gov.it/pnrr>
16. <https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/implementazione-delle-centrali-operativeterritoriali-cot>.

17. Ministero della Salute: SSN – Elenchi ASL, strutture di ricovero
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=elenchi>
18. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 177 del 9-11-2009
<http://www.regione.puglia.it/web/files/sanita/sanita.pdf>
19. https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/1956647/DEL_993_2022.pdf
20. https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2149320/DEL_205_2023.pdf
21. <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/distretti-socio-sanitari>
22. https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/36044/carta-dei-servizi-la-centrale-operativa-territoriale-e-il-servizio-di-telemedicina
23. <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/presidi-territoriali-assistenziali-pta>

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio finale del mio elaborato ai ringraziamenti verso tutti coloro che hanno contribuito, con il loro instancabile supporto, alla realizzazione dello stesso.

In primis, un ringraziamento speciale al mio relatore Prof. Massimo Magi, per la sua immensa pazienza e per i suoi indispensabili consigli.

Ringrazio la mia fidanzata Benedetta, nonché mia futura moglie, lei mi ha trasmesso la sua forza e il suo coraggio. Grazie per tutto il tempo che mi hai dedicato. Abbiamo affrontato insieme questo cammino, passo dopo passo, festeggiando insieme ogni vittoria, ad ogni sfogo mi hai sempre incoraggiato dicendomi che potevo farcela, oggi festeggiamo la nostra vittoria.

Grazie per esserci oggi al mio fianco. Ti amo.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia, i miei genitori, mia sorella Sara ed infine mia Nonna, che mi hanno sempre sostenuto. Da loro ho ricevuto educazione, l'esempio e l'affetto che mi hanno dimostrato ogni giorno.

