

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale BR
Brindisi

PIANO **A**TTUATIVO **L**OCALE



Approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 14 marzo 2009
Adottato con Deliberazione n. 775 del 23 marzo 2009

DIREZIONE GENERALE

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Unità Controllo di Gestione

INDICE	Pag. 2
INTRODUZIONE	Pag. 5
PRINCIPALI INDICATORI EPIDEMIOLOGICI	Pag. 8
ASSISTENZA TERRITORIALE	Pag. 15
IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO	Pag. 15
IL DIMENSIONAMENTO TERRITORIALE DEL DISTRETTO	Pag. 15
POTENZIAMENTO DELLE RETI DEI SERVIZI TERRITORIALI	Pag. 19
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE	Pag. 22
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA POLIAMBULATORIALE	Pag. 23
ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'	Pag. 24
LA DOTAZIONE TECNOLOGICA DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI	Pag. 27
LE UNITA' DI CURA PRIMARIE (UCP) E I S.I.A.T.A. (Servizio di Integrazione Assistenziale e Territoriale)	Pag. 30
ASSISTENZA DOMICILIARE	Pag. 33
CENTRI DI SALUTE E CASE DELLA SALUTE	Pag. 34
Il modello assistenziale	Pag. 35
LA RETE DEGLI "HOSPICE"	Pag. 38
LA RETE INTEGRATA PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE, GLI INTERVENTI RIABILITATIVI E LA ASSISTENZA DOMICILIARE	Pag. 39
L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	Pag. 39
IL DIABETE MELLITO, DISTURBI DEL METABOLISMO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE	Pag. 40
LE MALATTIE NEURO – DEGENERATIVE	Pag. 41
LE MALATTIE TIROIDEE	Pag. 41
L'INSUFFICIENZA RENALE – RETE DIALITICA	Pag. 42
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	Pag. 43
TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA	Pag. 44
LE MALATTIE OSTEO- ARTICOLARI E REUMATICHE	Pag. 45
LA TERAPIA DEL DOLORE E LE CURE PALLIATIVE	Pag. 45
LO SCOMPENSO CARDIACO	Pag. 46
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Pag. 48
CENTRI DI SALUTE MENTALE	Pag. 48
STRUTTURE RIABILITATIVE	Pag. 49
LINEE DI SVILUPPO STRATEGICO PER IL TRIENNIO 2008-2010	Pag. 51
AREA PREVENZIONE E CURA	Pag. 51
AREA DELLA RIABILITAZIONE	Pag. 51
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	Pag. 51
PROGRAMMA OPERATIVO PER IL TRIENNIO 2008-2010	Pag. 52
NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA TERRITORIALE (NIAT)	Pag. 52
PROGRAMMA OPERATIVO PER IL TRIENNIO 2008-2010	Pag. 53
"GOVERNANCE": LA DIREZIONE E IL COMITATO DI DIPARTIMENTO	Pag. 53
PROGRAMMA OPERATIVO PER IL TRIENNIO 2008-2010	Pag. 53
DIPENDENZE PATOLOGICHE	Pag. 55
LE INFRASTRUTTURE	Pag. 56
FABBISOGNO DI STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (Sintesi)	Pag. 57
I CONSULTORI FAMILIARI	Pag. 58

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Pag. 60
LE MAGGIORI CRITICITA'	Pag. 64
GLI OBIETTIVI E LE AZIONI PER LO SVILUPPO DELLE ATTIVITA' DI PREVENZIONE	Pag. 65
MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI	Pag. 65
MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE AZIENDALI E CON SOGGETTI ESTERNI	Pag. 65
SVILUPPO DELLA FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA DIPARTIMENTALE	Pag. 66
PROMOZIONE DELLA SALUTE	Pag. 67
LA SICUREZZA SUL LAVORO	Pag. 67
PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI E DEGLI E DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	Pag. 68
MALATTIE TRASMISSIBILI E PROGETTO VACCINAZIONI	Pag. 68
"SCREENINGS" ONCOLOGICI	Pag. 70
PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA CON INTENSIFICAZIONI DELLE ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DI INFORMAZIONE	Pag. 70
SICUREZZA ALIMENTARE	Pag. 71
LE INFRASTRUTTURE	Pag. 72
 SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE	 Pag. 74
 SANITA' PENITENZIARIA	 Pag. 75
 RETE OSPEDALIERA	 Pag. 77
PIANO DI INTERVENTO PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE	Pag. 77
L'ATTUALE RETE OSPEDALIERA	Pag. 79
I RICOVERI NEL 2007	Pag. 83
I POSTI LETTO ATTIVATI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE	Pag. 84
Centro di Riabilitazione Neuromotulesi – Ceglie	Pag. 84
Stabilimento Ospedaliero Brindisi	Pag. 84
Stabilimento Ospedaliero Mesagne	Pag. 85
Stabilimento Ospedaliero S. Pietro V.co	Pag. 85
Stabilimento Ospedaliero Cisternino	Pag. 85
Stabilimento Ospedaliero Fasano	Pag. 85
Stabilimento Ospedaliero Ostuni	Pag. 85
Stabilimento Ospedaliero Ceglie M.ca	Pag. 86
Stabilimento Ospedaliero Francavilla F.na	Pag. 86
PREVISIONE IN POSTI LETTO	Pag. 88
Stabilimento Ospedaliero Brindisi	Pag. 88
Stabilimento Ospedaliero Mesagne	Pag. 88
Stabilimento Ospedaliero S. Pietro V.co	Pag. 89
Stabilimento Ospedaliero Cisternino	Pag. 89
Stabilimento Ospedaliero Fasano	Pag. 89
Stabilimento Ospedaliero Ostuni	Pag. 89
Stabilimento Ospedaliero Ceglie M.ca	Pag. 90
Stabilimento Ospedaliero Francavilla F.na	Pag. 90
 SINTESI DEI POSTI LETTO PER PRESIDIO	 Pag. 92
SERVIZI SENZA POSTI LETTO	Pag. 93
ASSETTI ORGANIZZATIVI	Pag. 93
PROGRAMMI DI NUOVA EDILIZIA OSPEDALIERA: OSPEDALE "BRINDISI NORD" (Cisternino-Ostuni-Fasano)	Pag. 96
 LA RIABILITAZIONE	 Pag. 99
 STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE ASL BRINDISI	 Pag. 101

LE RETI ASSISTENZIALI	Pag. 106
RETE DELLA EMERGENZA-URGENZA	Pag. 106
RETE ONCOLOGICA	Pag. 108
RETE CARDIO-VASCOLARE	Pag. 108
RETE DELLE NEURO-SCIENZE	Pag. 109
LA “GOVERNANCE” DELLE STRUTTURE AZIENDALI	Pag. 111
I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE TERRITORIALI	Pag. 113
I MODELLI ORGANIZZATIVI	Pag. 113
I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI	Pag. 113
LE UNITA' OPERATIVE	Pag. 114
REGOLAMENTO GENERALE PER LA COSTITUZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANI DEL DIPARTIMENTO	Pag. 115
LA “GOVERNANCE” DEL DISTRETTO	Pag. 121
L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI	Pag. 121
IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO	Pag. 124
ASSEGNAZIONI DELLE RISORSE –BUDGET DELLA STRUTTURA DISTRETTUALE – IL PIANO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI - IL PIANO DI ZONA	Pag. 124
LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE	Pag. 126
LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	Pag. 127
INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA	Pag. 128
REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO AZIENDALE	Pag. 130
LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	Pag. 140
CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Pag. 141
LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	Pag. 142
LE RISORSE DI SISTEMA	Pag. 142
QUADRO DI COMPATIBILITA' DEL PAL	Pag. 143
GLI INVESTIMENTI	Pag. 145
LE RISORSE UMANE	Pag. 146
GLI INVESTIMENTI	Pag. 148
CONTRIBUTI ALLA STESURA DEL PAL	Pag. 154
GLOSSARIO	Pag. 156

INTRODUZIONE

Con la approvazione del Piano Attuativo Locale, la ASL di Brindisi definisce le modalità di realizzazione degli obiettivi del Piano Regionale della Salute 2008-2010 nel territorio di riferimento, secondo le priorità da esso indicate, in un contesto di programmazione concertata con gli Enti Locali.

Il Piano Attuativo Locale è infatti l'atto di programmazione previsto dall'art. 4 della L.R. n. 25/2006, mediante il quale la Direzione Generale della Azienda Sanitaria, previo parere obbligatorio della Conferenza dei Sindaci di ASL, definisce la allocazione dei servizi nel territorio di competenza, nonché le relative modalità di integrazione organizzativa e funzionale, al fine di dare concreta attuazione agli indirizzi di programmazione generale contenuti nel Piano Regionale della Salute approvato con L.R. n. 23/2008.

Punto di partenza di questo percorso è la concezione della salute come valore "dinamico" della persona singola, della comunità e dell'ambiente stesso, ovvero come bene da perseguire e tutelare innanzi tutto attraverso la adozione stili di vita e comportamenti corretti, attraverso lo sviluppo di tecniche sanitarie utili alla prevenzione delle malattie e del disagio, nonché attraverso la promozione di una relazione virtuosa tra l'uomo e l'ambiente tesa a contenere e controllare i vari fattori di rischio che incidono sulla salute umana ed ambientale.

Il percorso di tutela della salute, quindi, si sviluppa naturalmente nel contesto territoriale, ove vivono e inter-agiscono i "mondi vitali", ovvero gli individui, le famiglie, i luoghi di socializzazione, i luoghi di lavoro, lo stesso ambiente fisico. Gli stessi individui non sono più soltanto utenti-consumatori di servizi, ma sono uomini, donne, minori, anziani, disabili, in altre parole persone che si portano dietro condizioni di "genere", problematiche di "fragilità", esposizioni a fattori di rischio correlate con la precarietà del nucleo familiare di appartenenza, con la pericolosità delle condizioni lavorative, od altro ancora: in altre parole, una comunità portatrice di bisogni ma anche co-protagonista delle azioni necessarie per la prevenzione, la promozione e la tutela della salute

Da questo discende l'impegno ad approfondire ulteriormente la conoscenza epidemiologica relativa agli effetti sulla salute pubblica provocati dall'inquinamento di questo territorio, soprattutto dell'area già definita "ad elevato rischio ambientale"; per questo la ASL di Brindisi intensificherà la collaborazione con la Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, al fine di estendere le attività di monitoraggio e prevenzione e di implementare la raccolta e l'elaborazione dei dati epidemiologici.

Una speciale attenzione la ASL intende rivolgere alla tutela della salute dei lavoratori, in un contesto sociale ed economico quale quello di Brindisi, nel quale la esposizione ai rischi

lavorativi è accentuata sia dai particolari insediamenti industriali presenti, sia dalla persistenza di una scarsa sensibilità sociale verso i problemi della prevenzione sui luoghi di lavoro.

Questa visione della promozione della salute, ispirata al concetto di “welfare community”, ovvero di “comunità che tutela il bene di se stessa” comporta la necessità di una risposta organizzativa ancorata in maniera forte nel territorio, nel quale il Distretto Socio-Sanitario costituisce il luogo istituzionale di riferimento strategico ed operativo per la concreta tutela del diritto alla salute, da perseguire sia attraverso le variegata forme di assistenza sanitaria, sia attraverso le modalità della integrazione socio-sanitaria, la cui espressione è data dai Piani di Zona e dai conseguenti Accordi di Programma sottoscritti tra ASL e Comuni associati in ambiti territoriali.

Punto di riferimento per questa azione è il principio della “presa in carico” dei bisogni e delle persone, cui devono fare seguito risposte multi - professionali, integrate, appropriate rispetto alla tipologia e all’entità del bisogno assistenziale.

La dimensione della appropriatezza, paradigma indispensabile della assistenza sanitaria e socio-sanitaria, deve caratterizzare particolarmente la assistenza ospedaliera, sia sotto il profilo clinico che organizzativo, fino ad esprimere la capacità da parte del sistema di fornire la risposta giusta al paziente giusto nelle giuste condizioni organizzative, in condizioni di qualità e sicurezza. Pertanto, la rete ospedaliera si svilupperà attraverso livelli crescenti di complessità, nel rispetto dei livelli di programmazione propri della Regione e della Azienda Sanitaria.

Ulteriore componente essenziale del percorso di programmazione attuativa e dello stesso monitoraggio delle scelte operate, è rappresentato dalla inter-azione con gli organismi di Tutela dei Cittadini e con le Associazioni di Volontariato, nella quale si esprime concretamente il diritto-dovere della società di partecipare attivamente al processo di promozione e tutela della salute. La ASL di Brindisi, dunque, promuove ed incentiva il dialogo con i soggetti istituzionali rappresentativi di queste istanze.

Infine, parte non secondaria della programmazione attuativa è la destinazione delle risorse finanziarie provenienti dal Programma Operativo FESR e FAS 2007-2013, finalizzate con lo strumento dell’Accordo di Programma tra ASL e Regione Puglia, sia ad ammodernare e potenziare il parco tecnologico e le reti telematiche aziendali soprattutto a servizio del territorio, sia ad adeguare o realizzare nuove infrastrutture della rete sanitaria e sociale, in un contesto di concertazione e condivisione con gli Enti Locali, senza per questo gravare sul bilancio di esercizio, il cui deficit strutturale necessita altresì di una forte azione di risanamento da attuarsi secondo le indicazioni strategiche ed operative della Regione Puglia.

In particolare, il Piano Regionale di Salute 2008-2010 individua quali azioni del processo le seguenti aree di intervento:

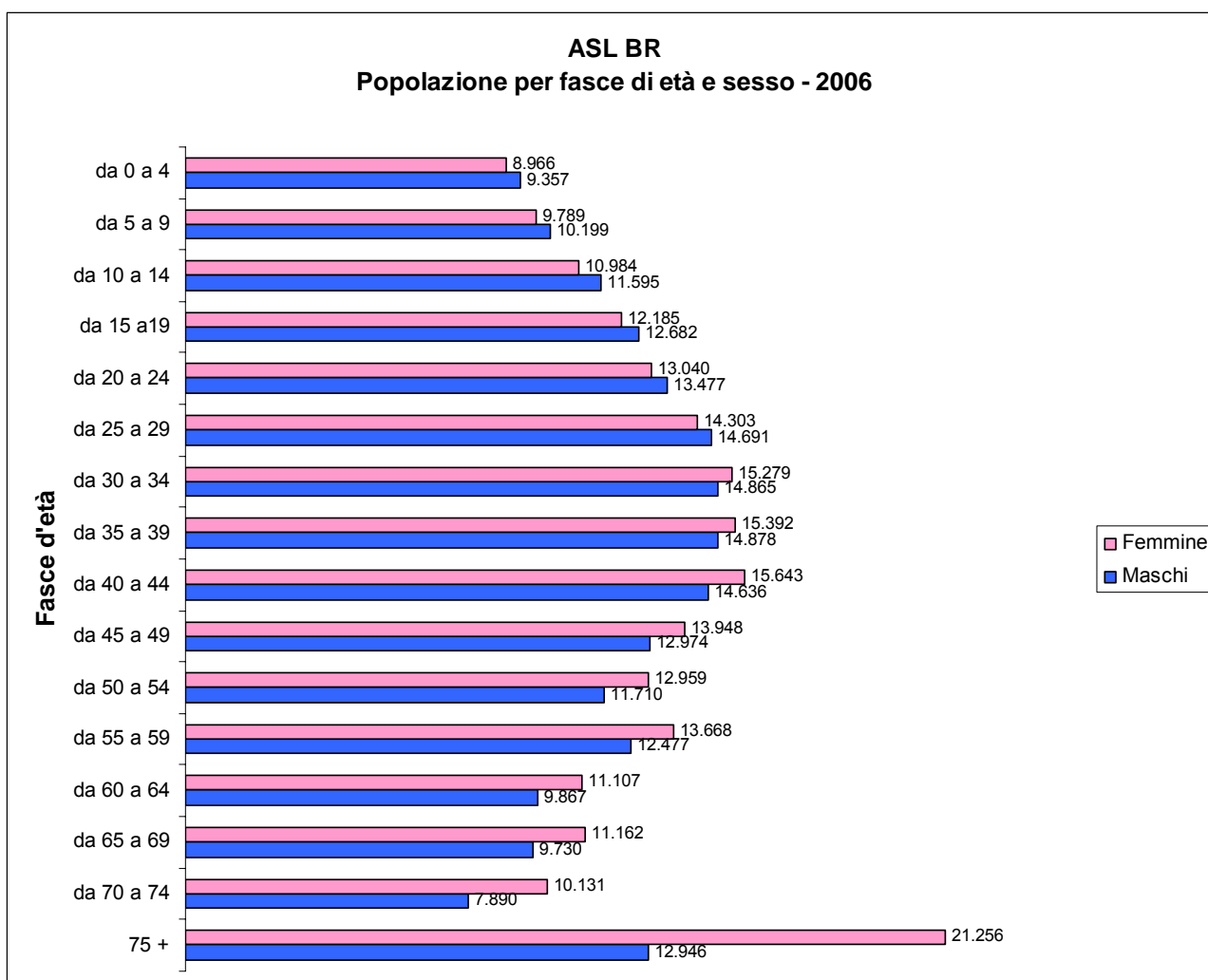
- fragilità;
- prevenzione;
- assistenza ospedaliera;
- assistenza territoriale;
- governo del sistema;
- partecipazione attiva dei cittadini;

La programmazione attuativa a livello della Azienda Sanitaria Locale è incentrata su una strategia di sinergica integrazione tra i differenti livelli assistenziali (prevenzione – territorio – ospedale) finalizzata a garantire la promozione e la tutela della salute dei cittadini, a partire dagli interventi in favore delle diverse fragilità, in una logica di sistema che prevede un governo della domanda e dell'offerta sanitaria basato sulle evidenze epidemiologiche e cliniche, la integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale, la attiva partecipazione dei cittadini quali fruitori e primi valutatori del sistema stesso.

E' infine da sottolineare che, per quanto sopra detto, il Piano Attuativo Locale della ASL Brindisi nasce in un rapporto di logica inter-connessione con gli altri documenti "strategici" elaborati da questa Azienda, quali la "Relazione sui determinati e sullo stato di salute", contenente la analisi dello scenario epidemiologico generale e speciale del territorio brindisino, e il "Bilancio Sociale", strumento con il quale la ASL rende conto ai diversi "portatori di interesse" di come sono state utilizzate le diverse risorse disponibili, allo scopo di rispondere alla sua missione istituzionale di promozione della salute.

PRINCIPALI INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

La programmazione attuativa aziendale muove i suoi passi a partire dagli indicatori epidemiologici (demografici, sanitari, sociali, socio-sanitari) contenuti nella “Relazione sui determinanti e lo stato di salute della popolazione 2006”, pubblicata dalla ASL Brindisi nell'anno 2008, alla quale si rimanda per una più approfondita conoscenza limitandoci in questo documento ad utilizzare solo alcuni dati. Si ritiene opportuno evidenziare in successione la composizione della popolazione per fasce di età (vedi tab.1), caratterizzata da una significativa quota di ultra 65enni, soprattutto di genere femminile, con aumento particolare della quota di ultra 75enni; a questo indicatore si associa un indice di vecchiaia di 113,05, il che significa che per ogni 100 infra15enni ci sono 113,05 ultra75enni, in sensibile aumento rispetto all'ultimo indice calcolato nel 2000 che era pari a 101,86.



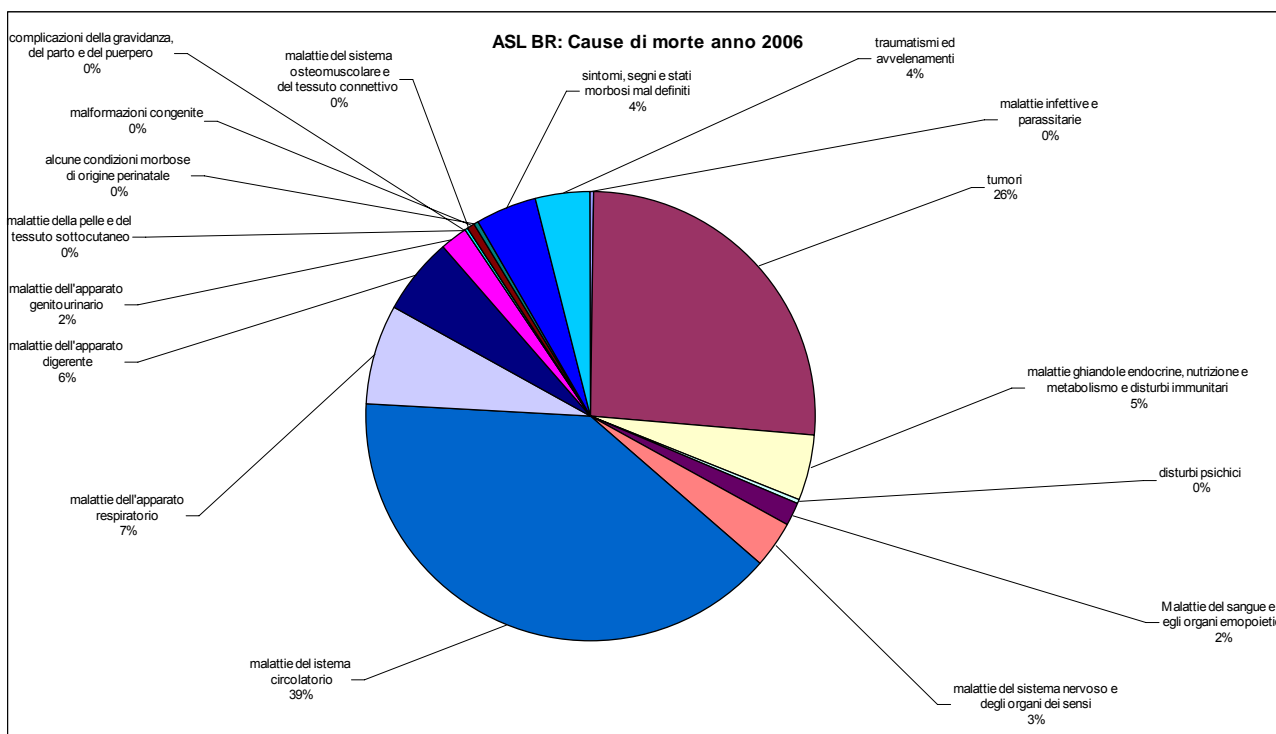
Tab. 1

Con tutta evidenza, questi indicatori demografici testimoniano il progressivo invecchiamento della popolazione verificatosi negli ultimi anni in questo territorio a discapito delle fasce di età più giovani; ciò a sua volta genera una serie di problematiche assistenziali e organizzative di cui questo Piano Attuativo deve farsi carico in maniera organica, articolando una rete integrata per la gestione delle malattie cronic-degenerative, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare.

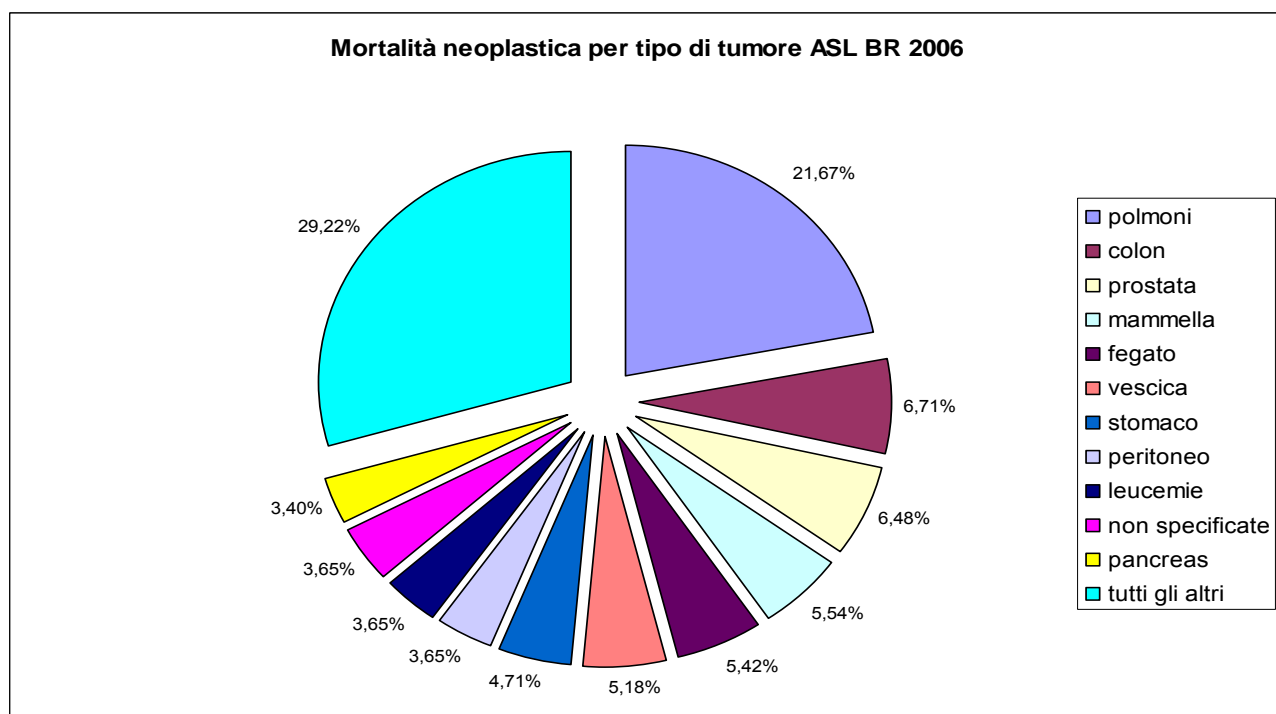
Questi indicatori mettono in particolare rilievo il fatto che la “quota capitarla” che la Regione Puglia (e di conseguenza la ASL Brindisi) riceve dallo Stato è ancora sotto-stimata rispetto alle effettive

esigenze della popolazione anche perché non tiene conto degli indici di povertà e di deprivazione dei servizi di queste aree. Infatti, l'invecchiamento della popolazione determina costi crescenti per il sistema sanitario e socio-sanitario regionale, che continua ad essere penalizzato in termini economici rispetto ad altre Regioni.

Passando in rapida rassegna gli indicatori di tipo sanitario, si evince la incidenza prioritaria delle malattie cardiovascolari come principale causa di morte, seguita dai tumori, sebbene in lieve flessione rispetto ai dati del 2000, con particolare incidenza dei tumori del polmone e del colon e significativa presenza di tumori del sangue e della vescica. (vedi tab. 2; tab. 3;)

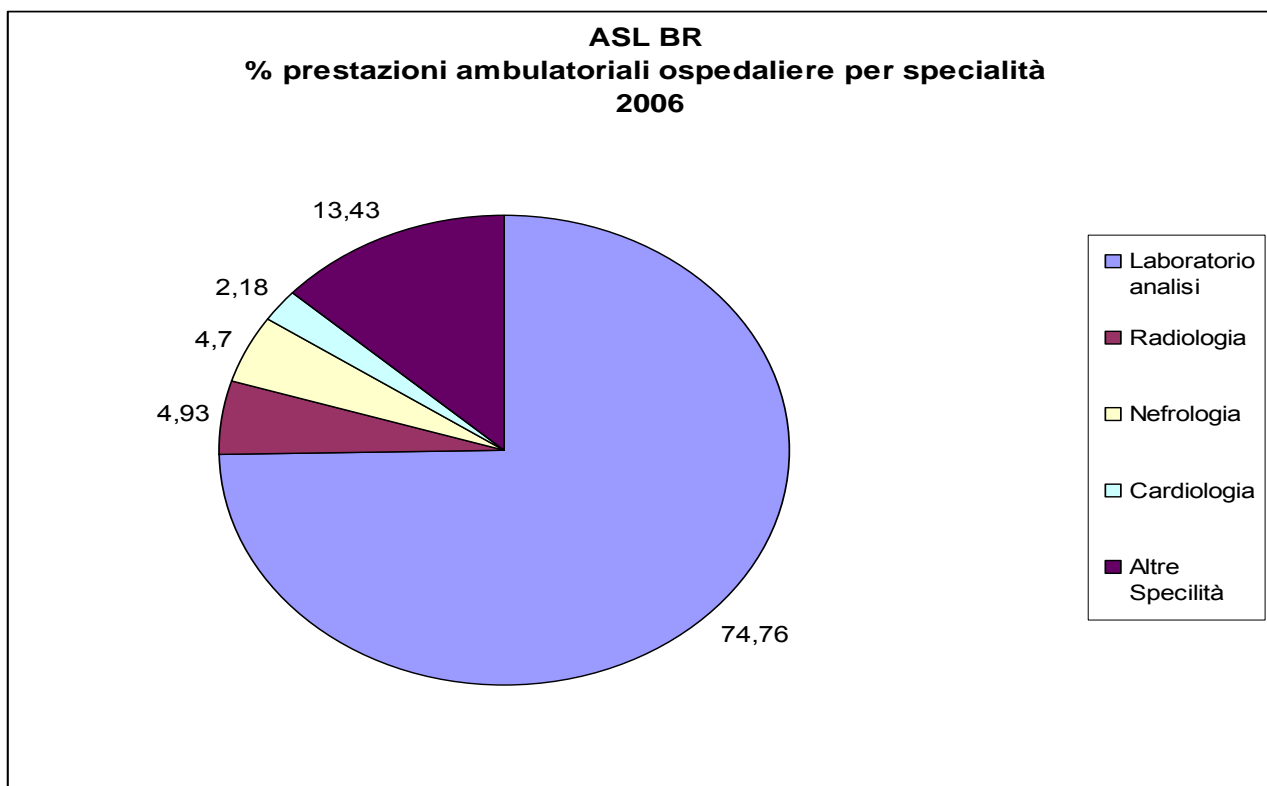


Tab.2

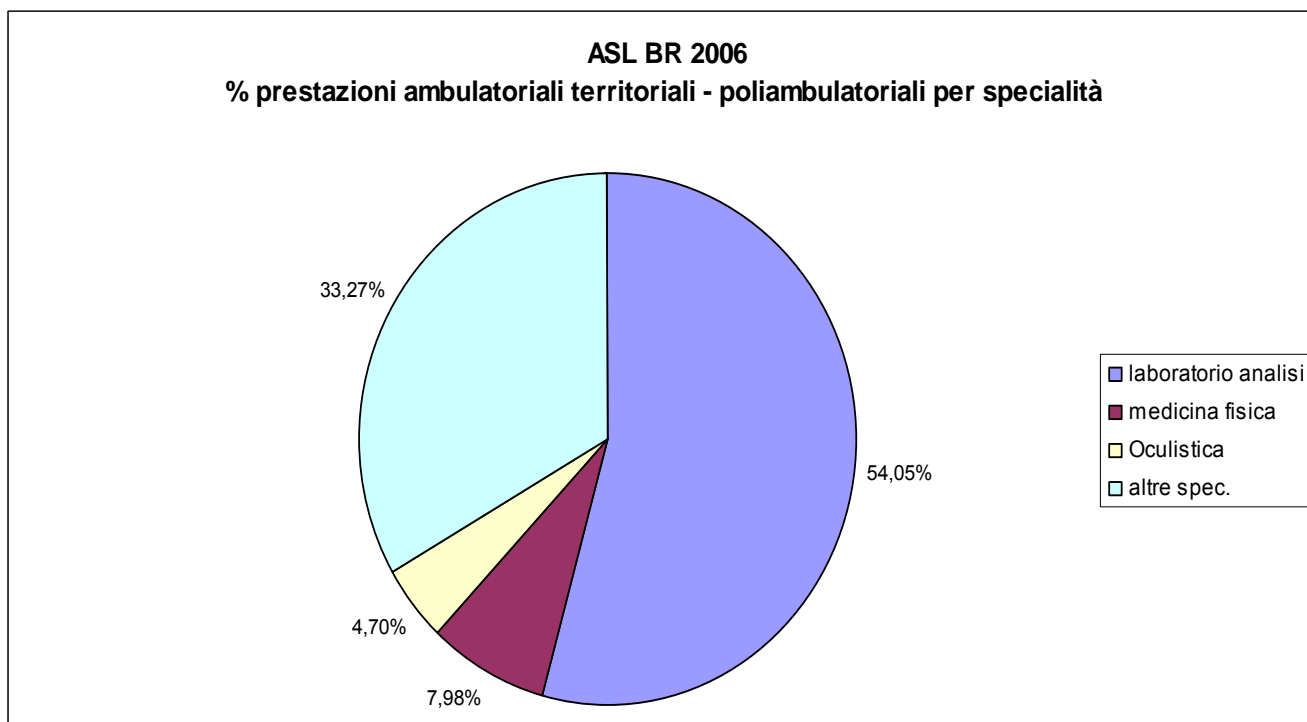


Tab. 3

Dalla analisi delle prestazioni specialistiche richieste dalla popolazione sia nei poliambulatori territoriali che in quelli ospedalieri emerge una prevalente richiesta di prestazioni di laboratorio analisi, diagnostica radiologica, riabilitazione fisica, cardiologia, oculistica; (Vedi tab 4. ; tab. 5)



Tab 4



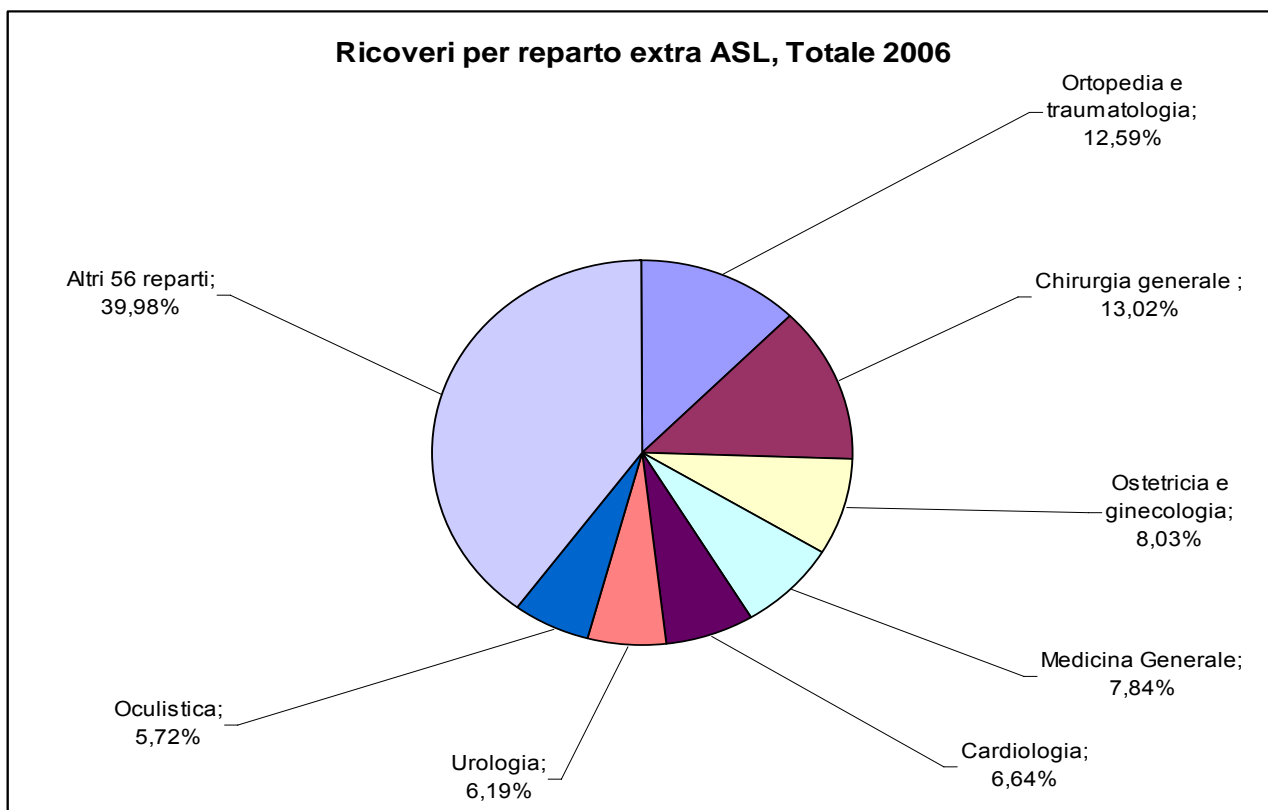
Tab. 5

Ulteriore indicatore dei bisogni sanitari della popolazione è la mobilità passiva per i ricoveri ospedalieri, rappresentata soprattutto da ricoveri per discipline generaliste (chirurgia

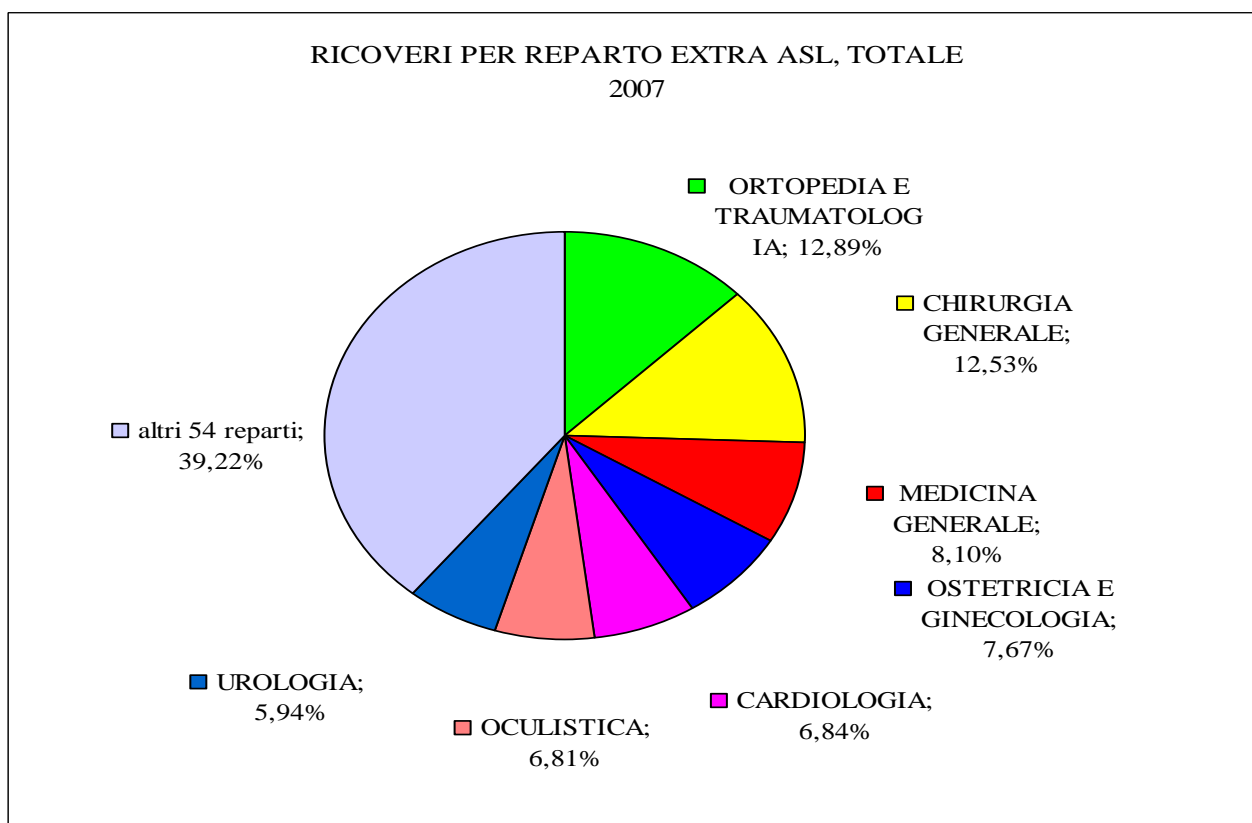
generale, ortopedia e traumatologia, medicina interna, ostetricia e ginecologia), seguite da discipline specialistiche.

Le tabelle successive, indicano:

- totale "mobilità passiva" per il 2006 (Vedi tab. 6) totale "mobilità passiva" per il 2007 (Vedi tab. 7).

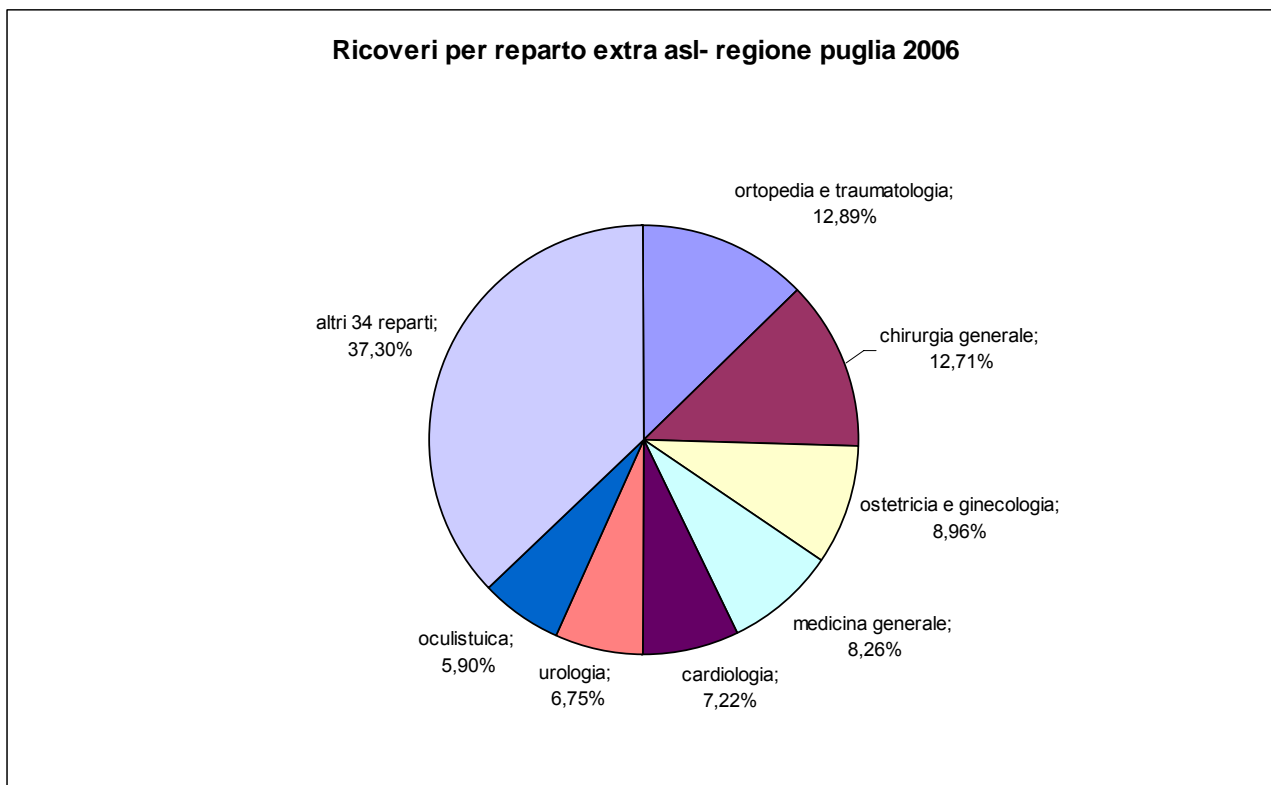


Tab.6

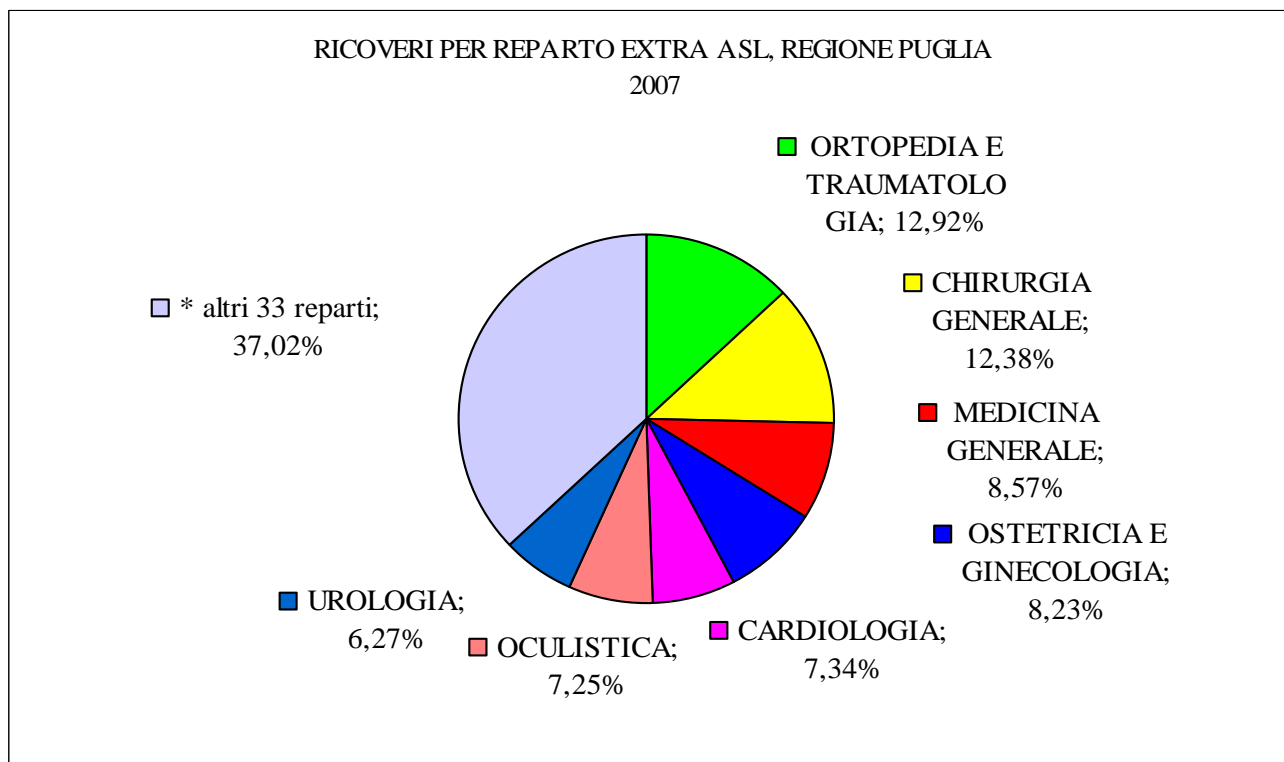


Tab. 7

- Totale mobilità infraregionale 2006 e 2007 (vedi tab. 8; tab. 9)

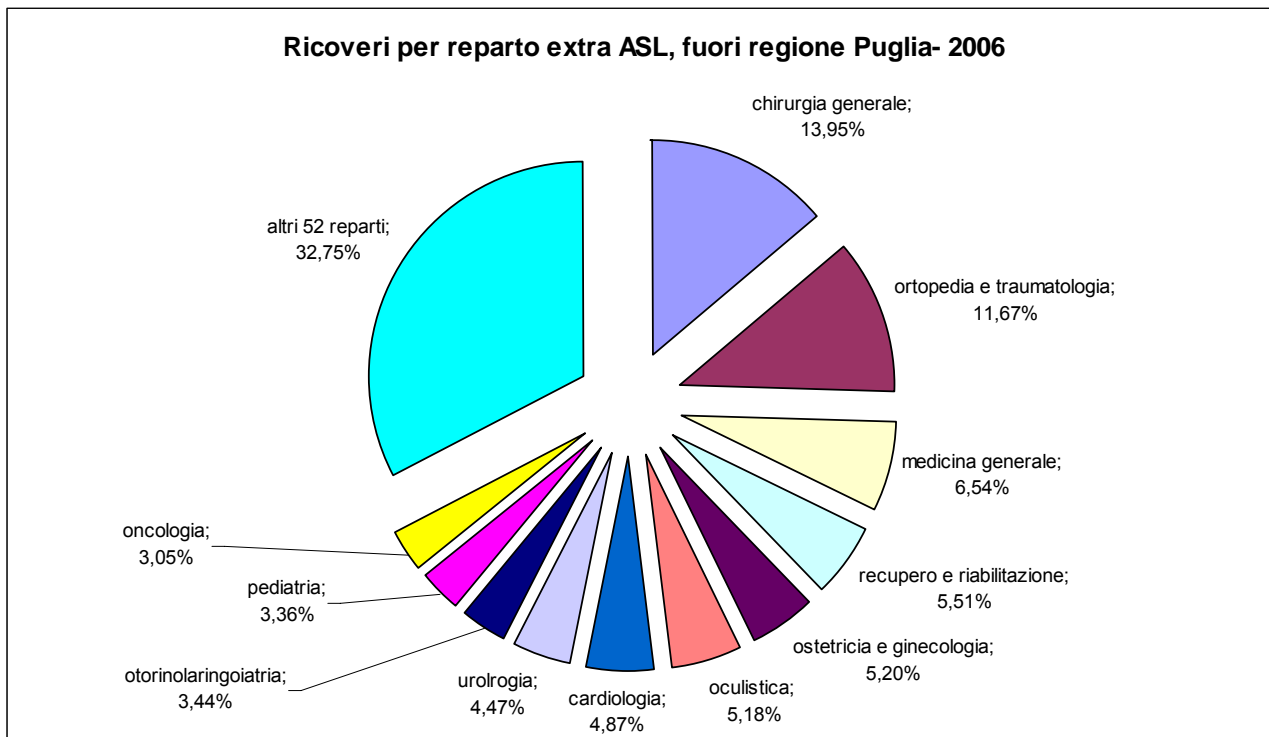


Tab. 8

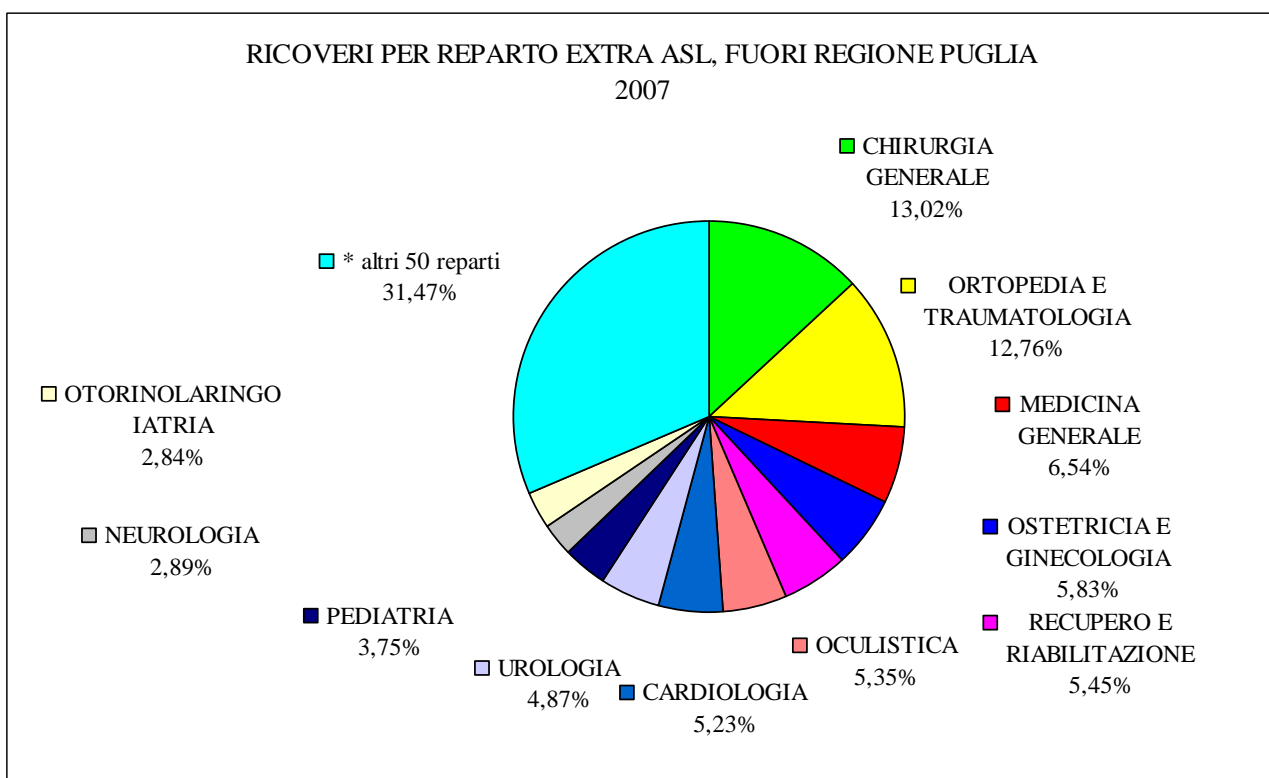


Tab. 9

- Totale mobilità passiva extra-regionale 2006 e 2007 (vedi tab. 10, tab 11)

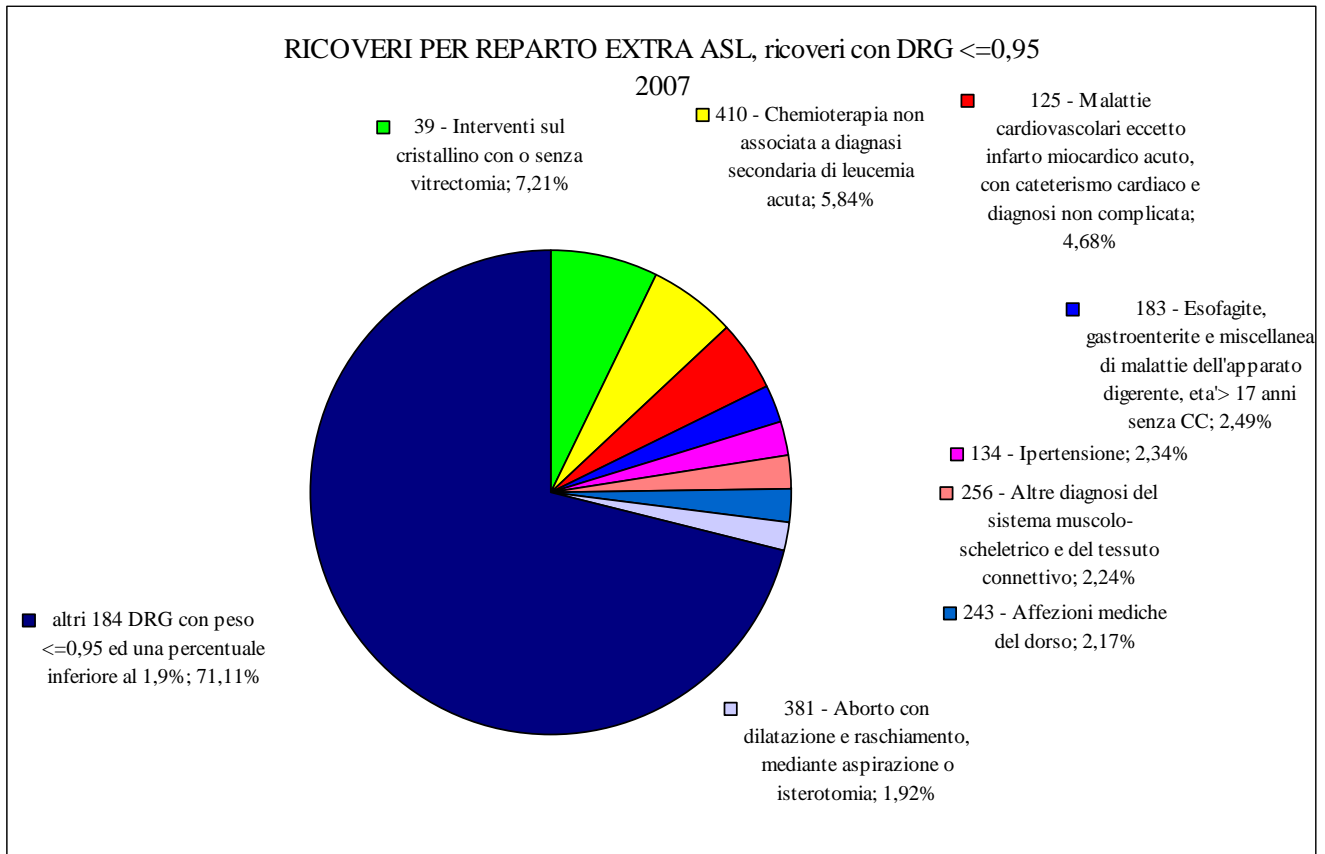


Tab. 10



Tab. 11

La successiva tab. 12 evidenzia che i ricoveri per i quali si registra la maggiore mobilità passiva sono riferibili a DRG con indice di complessità inferiore a 0,95, ovvero patologie a bassa/media complessità per la cui gestione le strutture ospedaliere aziendali sono ampiamente attrezzate.



Tab. 12

Da questa sia pur succinta analisi, emerge il quadro epidemiologico complessivo di una popolazione che tende ad un progressivo invecchiamento, e che pertanto richiede la attuazione di molteplici "settings" assistenziali orientati alla gestione della fragilità e della cronicità; inoltre il quadro epidemiologico suggerisce la necessità di potenziare la organizzazione della assistenza sul territorio, mediante la realizzazione di reti sanitarie e socio-sanitarie ad elevata integrazione professionale e gestionale.

Infine, emerge la necessità di rendere la rete ospedaliera adeguata a supportare la domanda assistenziale della popolazione, sia con riferimento alle attività a bassa complessità assistenziale generatrici della elevata mobilità passiva registrata, da sviluppare negli ospedali "distrettualizzati", sia con riferimento alle attività correlate con la emergenza-urgenza, da sviluppare negli ospedali intermedi, sia con riferimento alle attività ad alta complessità, da sviluppare nell'ospedale di riferimento provinciale.

ASSISTENZA TERRITORIALE

IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

La Mission del Distretto è riassunta nell'articolato normativo del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e nella Legge Regionale 25/2006 della Regione Puglia. Nello specifico:

...Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.¹

Conformemente alla normativa nazionale di riferimento, anche il legislatore regionale nella Legge 25 puntualizza mission e funzioni del Distretto². Il piano della salute 2008-2010 rimarca la necessità di un regolamento regionale specifico per la organizzazione dei distretti ma, nelle more della emanazione di detto regolamento, proprio al fine di raggiungere i risultati funzionali, dal piano individuati, sulla scorta della normativa attualmente emanata la ASL di Brindisi opererà secondo le linee di indirizzo di seguito riportate.

IL DIMENSIONAMENTO TERRITORIALE DEL DISTRETTO

Come previsto dal Piano della Salute ...” l'analisi della rete territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari ...ha evidenziato, a fronte di alcuni elementi positivi (coincidenza con gli ambiti sociali), la presenza di numerosi elementi di criticità del sistema, si pone la necessità di procedere

- ... ad una eventuale revisione degli ambiti territoriali dei distretti, qualora evidenziato dalle Aziende Sanitarie nei relativi Piani Attuativi Locali “...³

Il dimensionamento del distretto secondo parametri razionali, deve garantire la possibilità di individuare bisogni omogenei da parte della popolazione e consentire una pianificazione degli interventi secondo logiche ispirate alla massima efficacia ed efficienza.

Alla luce dell'esperienza maturata nel quinquennio 2003-2007, e sulla scorta delle istanze pervenute dalle Amministrazioni comunali e dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, è necessario ridefinire gli ambiti territoriali distrettuali ritornando in buona parte, agli ambiti preesistenti rispetto alla delibera di Giunta Regionale di riordino emanata nel 2003.

¹ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 art.3-quater

² L.R. n. 25/2006 Art. 14 (Il Distretto e le cure primarie)

³ Piano della Salute 2.4.1

Tale indirizzo si rende necessario anche per consentire lo sviluppo di un modello organizzativo distrettuale “forte”, in virtù del quale il distretto socio sanitario non si limita alla funzione di “mero compratore” di prestazioni, ma svolge un ruolo di governo della domanda e di controllo dell’offerta attraverso meccanismi che presuppongono rapporti diretti con tutti gli erogatori ai vari livelli.

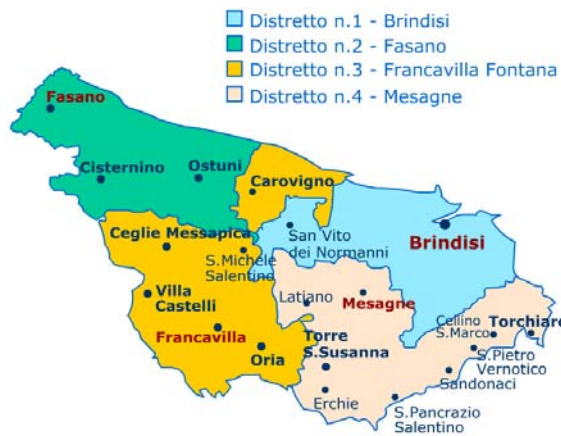
Sulla base di questi principi diventa necessario ridimensionare gli ambiti distrettuali rispetto all’attuale articolazione, secondo la seguente proposta di riorganizzazione:

Organizzazione Attuale con popolazione		Nuova Organizzazione Distrettuale con popolazione	
Distretto n.1 – Brindisi:	Popolazione: 109.867	Distretto n.1 – Brindisi:	Popolazione: 89.979
Brindisi	89.979	Brindisi	89.979
San Vito dei Normanni	19.888	Distretto n.2 – Fasano:	Popolazione: 50.322
Distretto n.2 – Fasano:	Popolazione: 82.836	Fasano	38.371
Fasano	38.371	Cisternino	11.951
Cisternino	11.951	Distretto n.3 - Francavilla Fontana:	Popolazione: 67.287
Ostuni	32.514	Francavilla Fontana	36.580
Distretto n.3 - Francavilla Fontana:	Popolazione: 103.819	Oria	15.365
Francavilla Fontana	36.580	San Michele Salentino	6.349
Carovigno	15.871	Villa Castelli	8.993
Ceglie Messapica	20.661	Distretto n.4 – Mesagne:	Popolazione: 62.587
Oria	15.365	Mesagne	27.897
San Michele Salentino	6.349	Erchie	8.996
Villa Castelli	8.993	Latiano	15.106
Distretto n.4 – Mesagne:	Popolazione: 106.463	Torre Santa Susanna	10.588
Mesagne	27.897	Distretto n.5 - Ostuni:	Popolazione: 88.934
Cellino San Marco	6.772	Ostuni	32.514
Erchie	8.996	Carovigno	15.871
Latiano	15.106	Ceglie Messapica	20.661
San Pancrazio Salentino	10.463	San Vito dei Normanni	19.888
San Pietro Vernotico	14.572	Distretto n.6 - S.Pietro V.co:	Popolazione: 43.876
Sandonaci	6.965	S. Pietro Vernotico	14.572
Torchiarolo	5.104	Cellino S. Marco	6.772
Torre Santa Susanna	10.588	San Pancrazio Salentino	10.463
		Sandonaci	6.965
		Torchiarolo	5.104

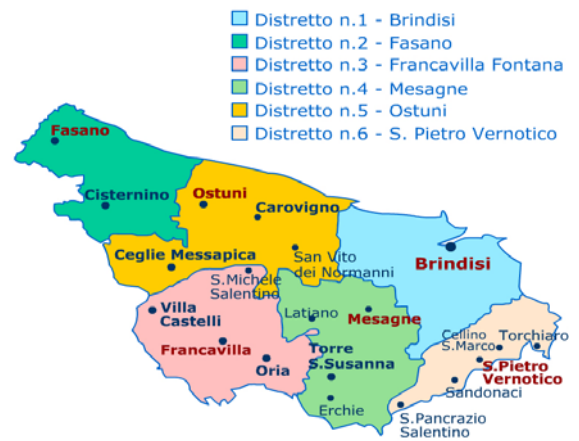
Attuali ambiti distrettuali	Abitanti	Nuovi ambiti distrettuali	Abitanti
Distretto n. 1 Brindisi	109.867	Distretto n. 1 Brindisi	89.979
Distretto n. 2 Fasano	82.836	Distretto n. 2 Fasano	50.322
Distretto n. 3 Francavilla F.	103.819	Distretto n. 3 Francavilla F.	67.287
Distretto n. 4 Mesagne	106.463	Distretto n. 4 Mesagne	62.587
		Distretto n. 5 Ostuni	88.934
		Distretto n. 6 S. Pietro V.co	43.876
Totale	402.985	Totale	402.985

Nota: Popolazione residente al 31.12.2007

Attuali Ambiti Distrettuali



Nuovi ambiti Distrettuali



POTENZIAMENTO DELLE RETI DEI SERVIZI TERRITORIALI

Come previsto dalla L.R. n. 36/1994, *“il Distretto è centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale. “ ...“al responsabile del distretto spetta la gestione del budget e la direzione degli operatori assegnati dal Direttore Generale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati.”*⁴

Come meglio definito dalla L.R. n.25/2006 il Distretto assicura le funzioni di seguito riportate:

- a) assistenza primaria comprendente assistenza socio-sanitaria di base, continuità assistenziale, emergenza-urgenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità;
- b) assistenza specialistica comprendente assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale, specialistico-riabilitativa neuropsichiatrica infantile, assistenza psicologica;
- c) assistenza consultoriale;
- d) assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;
- e) assistenza socio sanitaria
- f) assistenza amministrativa.

Queste funzioni sono garantite da equipe pluri professionali che hanno obiettivi specifici, il più delle volte legati ad obblighi di legge. Conseguentemente devono avere un responsabile al fine del governo delle risorse rese disponibili per il raggiungimento degli obiettivi.

⁴ L.R. 36/1994 art. 26

In ogni Distretto sono attivati i seguenti servizi con un responsabile e con funzioni ben definite:

Servizi	Responsabile	Funzioni
1. Direzione di Distretto	Direttore di Distretto	Direzione della struttura distrettuale
2. Servizio Amministrativo Distrettuale	Dirigente amministrativo (Struttura semplice)	Servizi amministrativi distrettuali individuati dalla LR 25/06
3. Direzione delle cure primarie	Dirigente Medico (struttura semplice)	Raccordo operativo tra assistenza primaria e specialistica, assistenza consultoriale e coordinamento delle attività di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale (RSA, Hospice, Ospedale di comunità) e gli interventi effettuati in presidi territoriali con livelli di servizi specialistici a complessità crescente.
4. Assistenza Specialistica Poliambulatoriale	Medico Specialista Ambulatoriale Interno	Assistenza specialistica ambulatoriale, domiciliare e assistenza termale
5. L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale	Un Medico di Medicina generale	Coordinamento del programma delle attività distrettuali per la medicina generale effettuate in ambulatori di singoli MMG o in strutture che prevedono l'associazione degli stessi.
6. L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Pediatria di libera scelta	Un pediatra di libera scelta	Coordinamento del programma delle attività distrettuali per la PLS effettuate in ambulatori di singoli PLS o in strutture che prevedono l'associazione degli stessi.
7. Servizio Riabilitativo Distrettuale	Dirigente medico Fisiatra	Assistenza protesica ed Assistenza riabilitativa effettuata presso strutture riabilitative a gestione diretta, in strutture riabilitative accreditate (residenziali e non) o a domicilio del paziente - ADI . Assistenza specialistico – riabilitativa in neuropsichiatria infantile;
8. Assistenza Consultoriale familiari	Dirigente Psicologo, Dirigente Ginecologo	Tutela della maternità e dell'infanzia e programmi finalizzati alla tutela del benessere della donna
9. Assistenza psicologica	Dirigente Psicologo	Assistenza psicologica su specifiche richieste provenienti dai MMG o PLS e attività clinica effettuata in equipe pluri professionali ⁵
10. Assistenza Socio Sanitaria	Assistente sociale con laurea specialistica o a essa equiparata	Servizio sociale professionale, quale struttura per il raccordo operativo a livello distrettuale delle UO e dei Servizi sovradistrettuali in materia socio-sanitaria, per la programmazione distrettuale in materia socio-sanitaria, per l'elaborazione del PAT e del PSZ, per la progettazione di interventi socio-sanitari, per la promozione della cooperazione interistituzionale, per il monitoraggio e la valutazione delle attività promosse in ambito socio-sanitario

In sede distrettuale operano dei servizi dell'Azienda Sanitaria che afferiscono ad altre macro strutture Aziendali:

⁵ *Unità Funzionale per l'assistenza Psicologica – funzionalmente collegata con l'Unità Operativa Aziendale di Psicologia;*

L'Unità Funzionale di Psicologia viene istituita con lo scopo di migliorare i servizi di assistenza territoriale. Rappresenta un punto di riferimento per l'attività diagnostica e terapeutica richiesta dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di libera scelta. Contribuisce a facilitare il rapporto tra i servizi erogati e gli utenti. Partecipa all'attività dell'unità di valutazione geriatria e polispecialistica del distretto al fine di formulare diagnosi multidimensionali e piani individuali di assistenza. Partecipa direttamente agli interventi di sostegno riservati alla famiglia, ai caregiver e agli operatori impegnati in programmi di assistenza usuranti. Gli operatori dell'unità funzionale partecipano direttamente alle attività cliniche effettuate dalle equipe polispecialistiche impegnate nella diagnosi multidimensionale, cura e riabilitazione di pazienti con patologie croniche.

- Il Dipartimento di Prevenzione
- Il Dipartimento di Salute Mentale
- Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Il Servizio Farmaceutico
- I Consultori familiari
- Il Dipartimento di Emergenza urgenza 118
- Il Servizio Pneumologico territoriale
- Lo Stabilimento Ospedaliero di riferimento territoriale

Al fine di dare risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute dei cittadini residenti nel Distretto e per poter meglio attuare il Programma delle attività territoriali, gli operatori di queste strutture dipartimentali, avranno un rapporto forte con il distretto e un collegamento funzionale con le strutture aziendali di provenienza.

Queste Unità Organizzative sono dotate di autonomia tecnico-professionale. Sotto il profilo della produzione delle prestazioni operano nel Distretto e le loro attività sono parte integrante ed essenziale dei piani delle attività territoriali, dei piani di zona e dei programmi finalizzati alla tutela della salute dei cittadini.

Altro elemento di fondamentale rilevanza è l'integrazione socio sanitaria. Le leggi nazionali e regionali che negli anni sono state emanate in materia, attribuiscono grande rilevanza alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, alle Prestazioni Sociali ad elevata integrazione Sanitaria, auspicando una piena integrazione tra Distretto e Comuni del territorio. Questa deve avvenire su tre diversi livelli:

- strategico: nella predisposizione di specifici piani di zona;
- gestionale: con il pieno coinvolgimento dei diversi attori anche se appartenenti a diverse istituzioni (ASL Comuni);
- operativo: attraverso una accoglienza condivisa dei bisogni (porta unica di accesso), equipe integrate capaci di offrire all'utenza valutazioni multidimensionali nonché piani di assistenza individualizzati e verifiche periodiche dei risultati ottenuti e delle risorse utilizzate.

Obiettivo ultimo è la consapevolezza che *l'integrazione aggiunge valore all'assistenza sanitaria poiché consente di migliorarne l'efficacia, di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario la qualità di vita del cittadino, in una visione multidimensionale del concetto di salute che va oltre il benessere fisico, psichico e sociale e che è intesa come potenzialità e capacità di progettare la propria vita sia durante le fasi libere da patologie, cronicità e perdite funzionali, che durante i periodi di perdita del benessere;*⁶

Le aree di intervento sono varie ma assumono particolare importanza quelle individuate dal piano della salute nel capitolo delle fragilità:

- L'abuso, il maltrattamento e la violenza sulle donne e minori
- La tutela della salute pediatrica e nell'età evolutiva

⁶ PSR Integrazione Socio Sanitaria – Principi 9.1

- I disturbi del comportamento alimentare
- La popolazione immigrata
- La popolazione carceraria
- Le persone diversamente abili: disabilità fisiche, sensoriali e psichiche
- Le persone con patologie psichiatriche
- Le dipendenze patologiche
- Gli anziani
- Il paziente oncologico
- Le fragilità collettive: i fattori di rischio occupazionali e ambientali
- Le aree a rischio di crisi ambientale

Rimane purtroppo la constatazione che ... *L'integrazione, ormai consolidata a livello teorico e con un consenso generalizzato, incontra seri ostacoli sul piano pratico, nel senso che l'offerta è tuttora contrassegnata da tratti prevalenti di autoreferenzialità.*⁷

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE

Alla luce delle disposizioni contenute nel piano della salute, verranno analizzate le principali strutture operanti nei distretti . Questi oltre a garantire elevati standard qualitativi di prestazioni, dovranno essere collegati in rete tra loro e con le altre strutture Aziendali.

Verranno analizzate nel dettaglio:

- Le strutture Poliambulatoriali;
- Le Unità di Cure Primarie (UCP) e i "SIATA" (Servizio di Integrazione Assistenziale Territoriale ed Ambulatoriale);
- L'ospedale di comunità all'interno della casa della salute;
- La rete degli Hospice;
- Le RSA e le strutture residenziali per anziani (case protette) nonché i servizi per pazienti con Demenza;
- La salute mentale e i servizi del Dipartimento di Salute Mentale;
- Le strutture riabilitative residenziali, semi residenziali e ambulatoriali;
- I servizi per le dipendenze patologiche;
- I consultori familiari;
- Le reti specialistiche per la diagnosi il trattamento e la riabilitazione di patologie croniche.

⁷ PSR Modalità e percorsi per pervenire all'integrazione socio sanitaria 9.3

L'ASSISTENZA SPECIALISTICA POLIAMBULATORIALE

Il potenziamento della rete poliambulatoriale, come previsto dal piano della salute, è da considerare strategica. Oltre a garantire le principali consulenze cliniche e l'esecuzione di esami diagnostici specialistici complessi, consente l'attivazione e lo sviluppo di Percorsi Distrettuali di Cura e Assistenza, essenziali per trattare molte patologie acute ma soprattutto per la presa in carico di medio lungo periodo di pazienti con patologie croniche o in situazione di non autosufficienza.

Poliambulatori regionali: Standard minimi

ASL	Popolazione al 31.12.2007	Distretti	Poliambulatori Attuali	Poliambulatori previsti		
				Discipline base*	Specialistiche**	III Livello***
Brindisi	402.985	6	20	13	7	1

L'assistenza sarà organizzata per livelli, a complessità crescente, ma dovrà avere alla base un concreto sistema di rilevazione dei bisogni e della domanda di cura e assistenza proveniente dal territorio :

- 1) il **Poliambulatorio di Base (I Livello)** verrà allocato in strutture direttamente gestite dalla Azienda Sanitaria come i centri di salute o in servizi organizzati dai medici di medicina generale quali le UCP, i "SIATA" (Servizio di Integrazione Assistenziale Territoriale ed Ambulatoriale), già brillantemente sperimentati nel territorio. Avranno il compito di garantire l'assistenza specialistica a pazienti con patologie croniche o patologie Acute gestibili dal MMG attraverso percorsi di cura e assistenza integrati. Saranno inoltre il punto di riferimento per i programmi di prevenzione primaria e secondaria. Le branche specialistiche operanti in queste strutture saranno: Cardiologia, Oftalmologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Dermatologia, Endocrinologia/diabetologia, Pneumologia, Centro Prelievi;
- 2) il **Poliambulatorio Specialistico (II Livello)** sarà rafforzato per la presenza di tutte quelle branche specialistiche che hanno un reale impatto sulla assistenza primaria. Nel dettaglio: Radiodiagnostica (RX ed Ecografia), Patologia clinica / centro prelievi, Cardiologia, Oftalmologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Dermatologia, Endocrinologia/diabetologia, Pneumologia Gastroenterologia, Ortopedia, Medicina Interna, Geriatria, Reumatologia, Urologia, Neurologia, Allergologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria, Neuropsichiatria infantile, Oncologia, Diabetologia Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare.

Questi poliambulatori, al fine di ottimizzare l'uso di tecnologie complesse nonché la presenza di specialisti anche in orari concomitanti, al fine di garantire la presa in carico pluriprofessionale dei pazienti, sorgeranno in ospedali di primo livello, in strutture territoriali complesse come le case della salute o in strutture realizzate a questo fine.

3) il **Poliambulatorio di Terzo Livello**, sarà previsto nell'ex presidio ospedaliero "Di Summa" .

Oltre alle branche previste per il poliambulatorio specialistico avrà Chirurgia vascolare, un servizio di laboratorio di analisi territoriale (già attivo), e un Servizio di Radiodiagnostica, con TAC, Risonanza Magnetica, considerato che la diagnostica senologica è già operativa.

Sarà garantito l'inserimento dei poliambulatori nella rete informatica aziendale anche al fine del monitoraggio delle prestazioni e delle liste di attesa.

Dal punto di vista strutturale, alcune di queste e strutture sono adeguate alla funzione. Altre devono essere oggetto di importanti investimenti strutturali . Per quanto attiene la dotazione tecnologica, questa è da potenziare nelle diverse strutture con bisogni differenti per le diverse branche.

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

L'erogazione di attività specialistica ambulatoriale dovrà essere inserita in forma più organica all'interno dei percorsi di cura, con particolare attenzione a quelli relativi alle patologie cronico - degenerative.

Pertanto l'Unità Operativa distrettuale di Cure Primarie dovrà prevedere differenti percorsi, da strutturare ed organizzare in forma complementare, e non concorrenziale tra loro, all'interno del piano delle attività settimanali degli Specialisti. Questi percorsi riguarderanno:

1. Attività di specialistica ambulatoriale "estemporanea", ovvero a richiesta per problemi clinici di nuova insorgenza;
2. Attività specialistica "di consultazione", specifica per la gestione del paziente cronico, le cui modalità di accesso sono gestite dallo spesso specialista (che diventa così lo "specialista di fiducia" del paziente) in collaborazione con il Medico di Famiglia, integrando così il modello "S.I.A.T.A." già sperimentato in ASL, che prevede un percorso assistenziale pre-definito in forma condivisa tra Medici di Famiglia, Specialisti e Pazienti, soprattutto per la gestione delle principali patologie cronico - degenerative. Valgano come esempi in proposito quello del Cardiologo ambulatoriale in relazione alla prevenzione secondaria del paziente con ipertensione arteriosa o scompenso cardiaco, oppure quello dello specialista Oculista in rapporto alla gestione delle complicanze oculari del diabete;
3. Attività specialistica in "day service", particolarmente indicata per la gestione di situazioni complesse (es. nodulo tiroideo, nodulo mammario, iperglicemia di nuova insorgenza, scompenso cardiaco ictus o fratture recenti), per le quali è necessaria una risposta integrata e multidisciplinare da realizzarsi attraverso la erogazione contestuale di prestazioni di diversa specialità all'interno di percorsi pre-ordinati, secondo quanto recentemente deliberato dalla Giunta Regionale, anche allo scopo sia di ridurre i ricoveri inappropriati a fini diagnostici, sia di evitare disagi ai pazienti spesso costretti a dover conciliare diverse

prestazioni ambulatoriali con il rischio di compromettere l'unitarietà del processo diagnostico.

La gestione di tale complessità necessita di un nuovo assetto organizzativo delle funzioni degli Specialisti ambulatoriali, che assumono le funzioni di manager di percorso, superando l'attuale situazione che li vede come monadi isolate all'interno della organizzazione assistenziale. Pertanto, si renderà necessario procedere a raggruppare le branche specialistiche erogate nei diversi poliambulatori, anche sulla base della specifiche affinità cliniche (esempio le branche dell'area cardiovascolare: cardiologia, angiologia, chirurgia vascolare), onde avere dei Responsabili di branca che coadiuvino la direzione dell'UCP nel governo clinico della funzione specifica, e la orientino verso una dimensione di omogeneità mediante la adozione di linee-guida, protocolli e percorsi comuni in tutto il territorio aziendale.

Tale omogeneità deve riguardare anche le modalità di accesso alle prestazioni, da stabilire secondo criteri di priorità clinica condivisi tra gli Specialisti, ed accettati in maniera trasparente dagli Organismi di tutela.

Viene di seguito riportata la dotazione in poliambulatori di primo secondo e terzo livello nella ASL.

DISTRETTO	Livello 1	Livello 2	Livello 3
Distretto n. 1 – Brindisi			
Brindisi			X
Tuturano	X		
Distretto n. 2 – Fasano			
Fasano		X	
Cisternino		X	
Distretto n. 3 – Francavilla Fontana			
Francavilla Fontana		X	
Oria	X		
San Michele Salentino	X		
Villa Castelli			
Distretto n. 4 – Ostuni			
Ostuni		X	
Carovigno	X		
San Vito dei Normanni	X		
Ceglie Messapica		X	
Distretto n. 5 – Mesagne			
Mesagne		X	
Torre Santa Susanna	X		
Erchie	X		
Latiano	X		
Distretto n. 6 – San Pietro V.co			
Cellino San Marco	X		
San Pancrazio Salentino	X		
San Pietro Vernotico		X	
Sandonaci	X		
Torchiarolo	X		
	12	7	1

LA DOTAZIONE TECNOLOGICA DEGLI AMBULATORI TERRITORIALI

Allo scopo di garantire una adeguata dotazione tecnologica e strumentale ai poliambulatori distrettuali, tale da consentire un livello assistenziale uniforme in tutto il territorio aziendale, vengono di seguito individuate le dotazioni standard per ciascuna delle specialità contenute nelle suddette strutture.

La acquisizione delle dotazioni tecnologiche carenti avrà luogo sia mediante l'impiego di risorse proprie della ASL, sia mediante l'impiego delle risorse di cui all'Asse III – PO FESR 2007-2013 stabilite nel relativo Accordo di Programma sottoscritto con la Regione Puglia.

	POLIAMBULATORIO DI BASE 1/30.000 AB	POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO 1/60.000 AB	POLIAMBULATORIO 3° LIV. 1/400.000 AB
CARDIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - ECGGRAFO - ECOGRAFO MONO E BIDIMENSIONALE CON DUE SONDE - DEFIBRILLATORE SEMI AUTOMATICO - SFIGMO A COLONNA CON VARI BRACCIALI 	<ul style="list-style-type: none"> - ECGGRAFO A TRE CANALI - ECOGRAFO MONO E BIDIMENSIONALE CON DUE SONDE - SFIGMO A COLONNA CON VARI BRACCIALI - DISPOSITIVI PER RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE - HOLTER PRESSORIO - HOLTER ECG 	<ul style="list-style-type: none"> - ECGGRAFO - ECOGRAFO MONO E BIDIMENSIONALE CON DUE SONDE - SFIGMO A COLONNA CON VARI BRACCIALI - DISPOSITIVI PER RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE - PEDANA SCORREVOLE CICLOERGOMETRO - ANALIZZATORE ECG DINAMICO - QUATTRO REGISTRATORI PORTATILI - HOLTER PRESSORIO - HOLTER ECG
OFTALMOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO - OTTOTIPO - LAMPADA A FESSURA - OFTALMOMETRO - TONOMETRO - SCHIASCOPIO - OFTALMOSCOPIO - SET LENTI - FRONTIFOCOMETRO - SET PER LAVAGGIO LACRIMALE 	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO - OTTOTIPO - LAMPADA A FESSURA - OFTALMOMETRO - TONOMETRO - SCHIASCOPIO - OFTALMOSCOPIO - SET LENTI - FRONTIFOCOMETRO - SET PER LAVAGGIO LACRIMALE 	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO STRUMENTARIO CHIRURGICO - OTTOTIPO - LAMPADA A FESSURA - OFTALMOMETRO - TONOMETRO - SCHIASCOPIO - OFTALMOSCOPIO - SET LENTI - FRONTIFOCOMETRO - SET PER LAVAGGIO LACRIMALE
OTORINOLARINGOIA-TRIA	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO PER STRUMENTI - POLTRONA 	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO PER STRUMENTI - POLTRONA - CABINA SILENTE 	<ul style="list-style-type: none"> - CARRELLO PER STRUMENTI - POLTRONA - CABINA SILENTE
DERMATOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> - POLTRONA RECLINABILE - CARRELLO PER MEDICAZIONI 	<ul style="list-style-type: none"> - POLTRONA RECLINABILE - CARRELLO PER MEDICAZIONI - CARRELLO PER 	<ul style="list-style-type: none"> - POLTRONA RECLINABILE - CARRELLO PER MEDICAZIONI

	- CARRELLO PER STRUMENTARIO	STRUMENTARIO	- CARRELLO PER STRUMENTARIO
ENDOCRINOLOGIA	- SPIROMETRO COMPLETO	- SPIROMETRO COMPLETO - EMOGASANALISI	- SPIROMETRO COMPLETO - EMOGASANALISI
PNEUMOLOGIA			
CENTRO PRELIEVI			
RADIODIAGNOSTICA			
GASTROENTEROLOGIA		ECOGRAFO	ECOGRAFO
ORTOPEDIA		- CARRELLO PER STRUMENTARIO	- CARRELLO PER STRUMENTARIO
MEDICINA INTERNA		ECOGRAFO	ECOGRAFO
GERIATRIA		ECOGRAFO	ECOGRAFO
REUMATOLOGIA			MOC
UROLOGIA		ECOGRAFO	ECOGRAFO
NEUROLOGIA			
ALLERGOLOGIA			
MEDICINA FISICA		- ELETTRONICITÀ PER TERAPIA FISICA; - CARRELLO PER RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE; - LETTINI LARGHI; - PALESTRA CON PARALLELE; - PIANO INCLINATO; - TAPPETI; - PESI; - CYCLETTE; - UST, ET, MST;	- ELETTRONICITÀ PER TERAPIA FISICA; - CARRELLO PER RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE; - LETTINI LARGHI; - PALESTRA CON PARALLELE; - PIANO INCLINATO; - TAPPETI; - PESI; - CYCLETTE; - UST, ET, MST;
OSTETRICIA		- ECOGRAFO - BCF - LETTINO GINECOLOGICO - CARRELLO PER STRUMENTARIO	- ECOGRAFO - BCF - LETTINO GINECOLOGICO - CARRELLO PER STRUMENTARIO
ODONTOIATRIA		- RIUNITO - APPARECCHIO RADIOGRAFIA ENDORALE - STERILIZZATRICE FISSA - CARRELLO EMERGENZE	- RIUNITO - APPARECCHIO RADIOGRAFIA ENDORALE; - STERILIZZATRICE FISSA - CARRELLO EMERGENZE
NEUROPSICH. INFAN.			
ONCOLOGIA			
DIABETOLOGIA			
CHIRURGIA GENERALE		- LETTINO SNODABILE - CARRELLO MEDICAZIONI - DIAFANOSCOPIO - DOTAZIONE MINIMA DI PS - UNITA' VENTILAZIONE MANUALE - DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO - STERILIZZATRICE - TAVOLO OPERATORIO	- LETTINO SNODABILE - CARRELLO MEDICAZIONI - DIAFANOSCOPIO - DOTAZIONE MINIMA DI PS - UNITA' VENTILAZIONE MANUALE - DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

		IDONEO - LAMPADA SCIALISTICA - STRUMENTARIO CHIRURGICO	- STERILIZZATRICE - TAVOLO OPERATORIO IDONEO - LAMPADA SCIALISTICA - STRUMENTARIO CHIRURGICO
LAB.ANAL.TERR.			Come da programma FESR
TAC – RMN – SENOLOGIA			Come da programma FESR

LE UNITA' DI CURA PRIMARIE (UCP) E I "SIATA" (Servizio di Integrazione Assistenziale Territoriale ed Ambulatoriale)

Le Cure Primarie hanno un ruolo essenziale nella rete dei servizi di una azienda sanitaria. In queste, il medico di medicina generale, il pediatra di famiglia (MMG e PLS) e tutti gli operatori appartenenti a diverse équipe, assumono il ruolo di primi attori.

I MMG e i PLS nel tempo hanno operato con competenza nei territori assegnati, garantendo ai cittadini livelli di prestazioni sempre più complessi, in particolare negli ultimi anni in cui si è registrato un radicale cambiamento della struttura demografica della popolazione e dei relativi bisogni, trasferendo di fatto l'attenzione dall'acuzie alla cronicità, alla non autosufficienza e alla prevenzione. Oggi, proprio la complessità dei processi di cura e la necessità di una piena integrazione socio sanitaria dei servizi e la pluri - professionalità degli interventi necessari per soddisfare i variegati bisogni dei cittadini, impone la sperimentazione di nuovi modelli di servizi a partire proprio dalla Medicina Territoriale.

Grazie agli ultimi accordi nazionali e regionali, la medicina generale e la pediatria di libera scelta hanno avuto una profonda trasformazione, passando da un modello di lavoro che privilegiava il singolo professionista al lavoro in associazione tra gli stessi all'interno di **Unità di Cure Primarie**.

I modelli di lavoro attuati sono stati, secondo un crescendo di collaborazione, la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo. Questi modelli organizzativi sono legati alle libere scelte dei diversi attori che alla luce anche dei contesti locali hanno avuto la possibilità di individuare il modello organizzativo più appropriato.

Il lavoro dei Medici di assistenza primaria va integrato con l'operatività di altre équipe socio sanitarie che nel territorio si occupano della tutela della famiglia, della salute mentale, della prevenzione recupero e riabilitazione da dipendenze patologiche, delle cure riabilitative e dell'assistenza domiciliare, solo per citare le più note.

L'équipe territoriale è lo strumento ordinario di lavoro nei comuni singoli o in comuni associati appartenenti al distretto. L'équipe territoriale deve avere una sede operativa, un **CENTRO DI SALUTE**, all'interno del quale sono allocati più servizi socio sanitari. All'interno delle équipe territoriali possono essere costituite su base volontaria le Unità di Cure Primarie UCP anche in piccoli centri. Nei Comuni il nucleo fondamentale per l'attivazione delle UCP sarà rappresentata dalla medicina in associazione o di gruppo.

Le équipe territoriali, coordinate da un medico, saranno così composte:

- dai medici di assistenza territoriale in forma singola o associata anche nelle forme di UCP;
- dai medici di continuità assistenziale;
- dagli operatori dell'ADI;
- dagli specialisti operanti nelle UCP o in articolazioni periferiche dei poliambulatori (poliambulatori di base);

- dalle equipe socio sanitarie impegnate nella realizzazione degli interventi sanitari ad alta valenza sociale previsti dai piani di zona;
- dalle equipe consultoriali;
- dagli operatori della salute mentale o del dipartimento per le dipendenze patologiche che operano nel territorio;
- dagli operatori del dipartimento di prevenzione che operano in sedi decentrate.

Sia le equipe territoriali che le UCP avranno alcuni obiettivi comuni che sono:

- La piena attuazione dei programmi di screening per la prevenzione di patologie oncologiche nonché l'attuazione dei programmi di intervento per la prevenzione avviati dalla Regione Puglia; (vedi cap. dipartimento prevenzione screenings oncologici);
- Il potenziamento dei servizi territoriali rivolti a pazienti con patologie croniche di elevato impatto sociale; (vedi cap. rete integrata per la gestione delle patologie cronicodegenerative, la riabilitazione e l'assistenza domiciliare);
- Il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare diretta in particolare a pazienti non autosufficienti, supporto alla ospedalizzazione domiciliare, alle dimissioni protette o le altre forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero comunque riconducibili al domicilio del cittadino o in residenze per non autosufficienti. (vedi cap. integrazione sociale e sanitaria).

Per raggiungere i suddetti obiettivi è necessario stringere un accordo tra le diverse componenti: medici che si costituiranno in gruppo, la ASL per il tramite del Distretto, il Comune. Questi dovranno concorrere al raggiungimento di specifici obiettivi.

Per i Medici:

- L'attivazione del progetto di disease and care management;
- L'apertura di ambulatori dedicati per le principali patologie sociali (ipertensione, diabete, malattie respiratorie...) attivando profili di cura condivisi;
- L'avvio di programmi di screening per i tumori della sfera genitale femminile, come da piano regionale di prevenzione e supportare gli altri interventi di prevenzione destinati ai cittadini di quel territorio;
- Il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare (ADI), in particolar modo dedicati a pazienti terminali o pazienti con disabilità completa permanente (cure palliative) in stretta sinergia con gli interventi comunali, per garantire la piena integrazione socio sanitaria;
- La realizzazione di un osservatorio epidemiologico a valenza locale finalizzato alla conoscenza dei principali fattori di salute nonché di indicatori di esito di processi clinici.

Per il Distretto :

- Infermieri destinati al programma di *"disease and care management"*;
- L'assistenza specialistica in supporto agli ambulatori dedicati;
- Collegamento telematico con l'Azienda e accesso ai servizi CUP;

- Il supporto di operatori per l'ADI ;
- La piena integrazione tra il lavoro effettuato dai medici con quello garantito dalle equipe che si occupano di tutela della famiglia, della salute mentale, della prevenzione recupero e riabilitazione da dipendenze patologiche, delle cure riabilitative e di interventi di sanità pubblica, della gestione di pazienti con patologia cronica in fase evoluta;
- La corresponsione degli incentivi previsti dal contratto per la medicina di gruppo ed eventuali ulteriori incentivi rivenienti da specifici progetti obiettivo finalizzati e finanziati dalla Regione Puglia;

Per il Comune:

- La messa a disposizione di locali idonei ad ospitare i servizi offerti;
- Operatori sociali per le attività integrate.

Nel processo di programmazione della rete distrettuale, la Direzione Generale della ASL Brindisi ha sempre favorito la attivazione di modelli associativi a complessità crescente da parte dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Questo indirizzo gestionale si è concretizzato con la approvazione da parte della ASL Brindisi, concertata con il Comitato Zonale, del progetto "SIATA" di cui alla deliberazione ASL BR n. 729 del 27.03.2007. In base a tale progettualità, sono stati attivati alcuni moduli "SIATA", corrispondenti a forme associative complesse di almeno n. 10 MMG (equivalenti a prototipi delle UTAP - Unità Territoriali Assistenza Primaria), i quali possono garantire le seguenti funzionalità:

- copertura assistenziale in una unica sede per 12 ore;
- gestione dei codici bianchi e verdi che attualmente si riversano in forma inappropriata nel Pronto Soccorso ospedaliero, soprattutto a Brindisi;
- elaborazione e gestione di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici nell'area della cronicità, di intesa con gli Specialisti ambulatoriali e ospedalieri, anche ai fini di migliorare il governo della domanda di assistenza, nonché di razionalizzare i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche.
- specialità ambulatoriali assicurate nei Poliambulatori distrettuali;
- numero di ore di assistenza specialistica erogata, dotazioni tecnologiche disponibili, Personale allocato.

ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare rappresenta una scelta assistenziale strategica per la ASL di Brindisi, che dal mese di ottobre 2008 ha avviato una nuova tipologia di servizio, la cui gestione è affidata ad un "partner" privato scelto a seguito di gara ad evidenza pubblica, basata sulla previsione epidemiologica di assicurare un tasso di copertura pari al 5% della popolazione ultra 65enne (come nella media europea), che nel territorio di Brindisi equivale a circa 3.000 - 3.500 utenti, orientato alla presa in carico di pazienti con intensità di cure variegata (distinguibile in alto, medio e basso carico assistenziale).

Obiettivo dichiarato del servizio è quello di reclutare sempre più casi con maggiore intensità assistenziale, compatibili con una gestione domiciliare delle cure affidata ad una équipe pluri-disciplinare (medico, infermiere, fisioterapista operatore socio-sanitario), riqualificando l'offerta finora squilibrata verso situazioni cliniche di basso impegno assistenziale, per le quali il sistema domiciliare approntato non costituisce la soluzione più appropriata sul piano organizzativo, pur continuando a dimostrarsi onerosa.

Nell'attuale fase di passaggio dal vecchio al nuovo modello di servizio, coincidente con la stesura del presente Piano, si avverte forte la necessità di una intesa tra Azienda Sanitaria, Cittadini, Comuni e Associazioni di tutela, affinché sia evidente che il processo di riqualificazione del servizio di assistenza domiciliare non comporta una restrizione degli spazi assistenziali. Per questo, i Dirigenti dei Distretti Socio Sanitari, nell'esercizio delle funzioni di gestione e controllo del servizio, si adopereranno affinché i casi ritenuti meno complessi sul piano assistenziale, in quanto caratterizzati dalla necessità di prestazioni di base (siano esse di tipo medico o infermieristico o riabilitativo), siano assicurati attraverso modalità erogative differenti ma più appropriate, quali la assistenza domiciliare programmata direttamente erogata dal MMG, oppure attraverso prestazioni espletate da Infermieri e/o Tecnici della riabilitazione interni, direttamente dipendenti dai Distretti, per esempio nell'ambito dei numerosi Progetti di P.S.N. attuati allo scopo di sviluppare la assistenza territoriale.

A questo proposito, occorre sottolineare che l'obiettivo di perseguire una maggiore appropriatezza clinica ed organizzativa riguarda anche le prestazioni di assistenza riabilitativa "ex articolo 26 della Legge n. 833/1978", ovvero quelle prestazioni pluri-disciplinari di particolare complessità erogate al domicilio del paziente non trasportabile in struttura riabilitativa. La ASL Brindisi continuerà nel lavoro di verifica della appropriatezza degli interventi secondo il protocollo condiviso dagli Specialisti, allo scopo di mantenere in trattamento i pazienti realmente bisognosi di tale tipo di intervento, e di destinare gli altri pazienti ad interventi riabilitativi domiciliari più ordinari.

Obiettivo generale è pertanto quello di garantire a tutti i trattamenti necessari, nel rispetto dei reali bisogni clinici, e con l'attenzione ad utilizzare le risorse in maniera appropriata, affinché le stesse

risultino sufficienti a coprire tutti i bisogni espressi dalla popolazione.

Pertanto, allo scopo di meglio favorire il “governo clinico” della domanda e superare la logica del mero controllo burocratico - amministrativo, la ASL Brindisi ritiene necessario sperimentare modelli gestionali basati sull’affidamento di un “budget” economico ai Medici di Medicina Generale associati in team, avviando una apposita “contrattazione” con le forme associative (es. moduli “S.I.A.T.A.”) che assistono migliaia di Cittadini, sia con riferimento alla assistenza domiciliare sia con riferimento alla assistenza farmaceutica.

Obiettivo primario è dunque responsabilizzare il Medico di Medicina Generale, prendendo atto che questi è la figura professionale che ha maggiore peso specifico nel determinare la qualità e la quantità della spesa territoriale; anche per questo motivo, è necessario che la dimensione territoriale del distretto sia sufficientemente contenuta allo scopo di consentire una gestione efficace dell’intero processo da parte della Direzione del Distretto (e in particolare delle Cure Primarie), in rappresentanza della Direzione Generale.

CENTRI DI SALUTE E CASE DELLA SALUTE

La ASL di Brindisi intende sviluppare la rete di **Centri di Salute e di Case della Salute**, ovvero quelle strutture definite dal Piano Regionale di Salute 2008-2010, *“strutture in grado di erogare materialmente nello stesso spazio fisico, anche grazie a collegamenti funzionale, l’insieme delle prestazioni sociosanitarie e di garantire la continuità dell’assistenza con l’ospedale e le attività di prevenzione.* Queste potranno operare nelle 12 ore (centri di Salute) o nelle 24 ore, (Case della Salute).

Tali strutture sono dunque caratterizzate dalla contestuale presenza di segmenti assistenziali propri del sistema territoriale, quali servizi ambulatoriali poli-specialistici, servizi dipartimentali, consultori familiari. Le Case della salute sono altresì il luogo più indicato ove allocare attività di tipo residenziale (ad esempio posti letto di RSSA, RSA, “Hospice”); ciò assume una particolare valenza per le strutture realizzate “ex novo” , o su suoli o su pre-esistenze messi a disposizione dai Comuni, quale effetto di una compartecipazione capace di definire una offerta assistenziale integrata di tipo socio-sanitario.

In particolare, la ASL Brindisi promuoverà lo sviluppo di tali sistemi assistenziali là dove sono già attivi moduli “S.I.A.T.A.”, ovvero forme di aggregazione strutturata tra Medici di Medicina Generale, allo scopo di garantire la continuità assistenziale per i Cittadini sulle 24 ore, di cui 12 sono assicurate dai Medici di Medicina Generale, e 12 sono assicurate dalla Guardia Medica, oppure, laddove sussistano le condizioni, dagli stessi Medici di Medicina Generale organizzati in U.T.A.P, (Unità Territoriale di Assistenza Primaria).

All'interno di tali strutture deve essere anche assicurato il momento della partecipazione e della tutela democratica del diritto alla salute, mediante la garanzia di accesso e di fruizione di spazi adeguati per gli Organismi rappresentativi dei Cittadini e degli Utenti".

I "Centri di Salute" e le "Case della Salute" saranno realizzate innanzitutto nei Comuni privi di strutture sanitarie di maggiore complessità, mediante adeguamento di strutture già esistenti nelle quali siano già attivi servizi territoriali, o mediante realizzazione "ex novo". Tali opere saranno rese possibili mediante l'utilizzo delle risorse dedicate, di cui all'Accordo di Programma con la Regione Puglia per il PO FESR/FAS 2007-2013, da utilizzarsi per interventi su strutture preesistenti e/o aree messe a disposizione dai Comuni.

In particolare la ASL Brindisi intende realizzare le seguenti strutture:

DISTRETTO	Centri di Salute	Casa Della Salute
Distretto n. 1 – Brindisi		
Brindisi	X	
Distretto n. 2 – Fasano		
Fasano	X	
Cisternino		X
Distretto n. 3 – Francavilla Fontana		
Francavilla Fontana	X	
Oria		X
San Michele Salentino	X	
Villa Castelli	X	
Distretto n. 4 – Ostuni		
Ostuni	X	
Carovigno	X	
San Vito dei Normanni		X
Ceglie Messapica	X	
Distretto n. 5 – Mesagne		
Mesagne	X	
Torre Santa Susanna	X	
Erchie	X	
Latiano	X	
Distretto n. 6 – San Pietro V.co		
Cellino San Marco	X	
San Pancrazio Salentino		X
San Pietro Vernotico	X	
Sandonaci		X
Torchiarolo	X	

Il modello assistenziale

La Casa della Salute, secondo il modello indicato dal Piano della Salute, sarà una struttura dove verrà sperimentata la piena integrazione tra servizi territoriali rivolti all'assistenza primaria di pazienti con patologia acuta o cronica, anche con supporto specialistico e un servizio di continuità assistenziale. In particolare presso la struttura di **Cisternino**, troveranno ospitalità:

1. I Medici di Medicina Generale e i PLS operanti in gruppo;
2. Il Servizio di Continuità assistenziale;

3. Il punto di primo intervento per codici bianchi o verdi con il servizio di trasporto 118;
4. Il Poliambulatorio Specialistico con le seguenti branche: Radiodiagnostica (RX ed Ecografia), Patologia clinica, Cardiologia, Oftalmologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Dermatologia, Endocrinologia, Pneumologia Gastroenterologia, Ortopedia, Medicina Interna, Geriatria, Reumatologia, Urologia, Neurologia, Allergologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria, Neuropsichiatria infantile, Oncologia, Diabetologia e Chirurgia Generale;
5. Il consultorio familiare.

Saranno allocati in questa sede anche i servizi rivolti a pazienti non autosufficienti come l'ospedale di comunità e un servizio specialistico di Dialisi . Tale ospedale, primo nel suo genere ad essere stato attivato nella Regione Puglia, costituisce una risposta assistenziale di tipo territoriale, quindi affidata ai Medici di Medicina Generale, per situazioni cliniche gestibili in regime di assistenza domiciliare. Tale modello organizzativo, basato sulla stretta collaborazione tra MMG e Medici specialisti operanti nella casa della salute può rappresentare una efficace risposta alla specifica domanda assistenziale proveniente dal territorio.

Saranno attivati:

1. Il servizio ADI
2. L'Ospedale di Comunità
3. la UAL

Una seconda Casa della Salute verrà realizzata nel comune di **San Vito dei Normanni**. Presso questa sede saranno presenti i seguenti servizi:

1. I medici di medicina generale e i PLS operanti in gruppo
2. Il Servizio di Continuità assistenziale
3. Il servizio di trasporto 118
4. Il Poliambulatorio Specialistico di I livello
5. Il consultorio familiare
6. Il servizio ADI
7. La casa protetta
8. L'Hospice

La Conferenza dei Sindaci ha evidenziato una particolare deprivazione dei servizi nel sud della provincia che potrebbe essere superata attraverso l'istituzione di una rete di Case della Salute nel territorio allocate nei Comuni di **Oria, San Pancrazio e Sandonaci**. Presso queste sedi saranno presenti i seguenti servizi:

1. I medici di medicina generale e i PLS operanti in gruppo
2. Il Servizio di Continuità assistenziale

3. Il servizio di trasporto 118
4. Il Poliambulatorio Specialistico di I livello
5. Il consultorio familiare
6. Il servizio ADI
7. La casa protetta e centro riabilitativo diurno per pazienti psichiatrici
8. La UAL

LA RETE DEGLI HOSPICE

Lo scenario epidemiologico è cambiato negli ultimi anni a causa dell'incremento complessivo del numero di pazienti che hanno la necessità di cure continue e alti livelli di assistenza perchè affetti da patologie evolutive che portano ad una non autosufficienza completa che può durare anche anni. E' questo il caso di alcune patologie geriatriche, neurologiche e oncologiche, tra le quali in particolare la SLA (sclerosi laterale amiotrofica), la cui incidenza è in evidente aumento, patologie demielinizzanti ed ulteriori patologie più rare, che nell'insieme configurano situazioni cliniche "ad elevatissima intensità assistenziale", poco compatibili con un regime assistenziale di tipo domiciliare. A ciò si aggiunga che il maggior bisogno di interventi assistenziali è coinciso con un indebolimento della rete assistenziale parentale, con la conseguente bisogno di realizzare strutture dedicate a questi pazienti.

La ASL di Brindisi intende avviare un programma che renda possibile la attivazione di più strutture Hospice di piccole dimensioni, collocate all'interno dei contesti di vita dei pazienti.

Questi servizi saranno realizzati presso strutture ospedaliere di primo livello, in modo da poter utilizzare i Servizi di supporto in esse presenti. La scelta di fondo, nata anche dopo uno specifico confronto con quanti sono impegnati nel settore, non è quello di fare una grande struttura interamente dedicata a questi pazienti, complessa in fase di realizzazione e onerosa nella gestione ma, realtà di piccole dimensioni, molto agili, realizzate con quel privato sociale già impegnato nel territorio nell'assistenza oncologica domiciliare. Queste strutture di 6-8 posti letto saranno realizzate negli stabilimenti ospedalieri di San Pietro Vernotico e Ceglie Messapica, e nella Casa della Salute di San Vito dei Normanni.

Le infrastrutture

	Stabilimento Ospedaliero	Casa della salute
San Pietro Vernotico	X	
Ceglie Messapica	X	
San Vito dei Normanni		X
TOTALE	2	1

Presso queste sedi sono presenti dei locali che possono essere adibiti a questo fine.

L'adeguamento potrà essere finanziato da specifici fondi ministeriali già disponibili.

LA RETE INTEGRATA PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE, GLI INTERVENTI RIABILITATIVI E LA ASSISTENZA DOMICILIARE

Il territorio, con le sue infrastrutture e servizi, costituisce il luogo più appropriato per lo sviluppo della rete che deve gestire le patologie croniche - degenerative; questa ultima infatti deriva dalla integrazione gestionale e professionale tra le funzioni di medicina di famiglia organizzata in forme aggregate, di specialistica ambulatoriale nei suoi diversi livelli organizzativi, di specialistica ospedaliera, di riabilitazione, di assistenza domiciliare.

In questo contesto, la Azienda Sanitaria assicura la presa in carico dei cittadini-pazienti affetti dalle malattie croniche - degenerative, sia di quelle con maggiore incidenza, sia di quelle con maggiore impatto socio-assistenziale, delle quali segue una descrizione più dettagliata.

L'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

Tutti i Distretti Socio Sanitari sono sede di Servizi Pneumologici Territoriali (ex CPAMS) che nel tempo hanno assunto una particolare importanza nella prevenzione, trattamento e riabilitazione delle malattie respiratorie.

Tali strutture, un tempo deputate al controllo capillare della tubercolosi, oltre che a continuare a svolgere i vecchi compiti sono ora diventate di strategica importanza nell'ambito pneumologico; fungono infatti, da filtro nei ricoveri e fanno sì che le Divisioni ospedaliere non vengano congestionate da ricoveri impropri e/o patologie che si possono affrontare anche solo ambulatorialmente. In tale ottica ben si adatta anche il Servizio di Assistenza Respiratoria Domiciliare (effettuato dai Servizi Pneumologici Territoriali) che mira a trasferire al domicilio del paziente la tecnologia e le competenze specialistiche pneumologiche in modo da avere un continuo monitoraggio del paziente .

Esso eroga le seguenti prestazioni:

- Attività ambulatoriale di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie respiratorie;
- Prevenzione, diagnosi e cura della TBC. Sorveglianza delle categorie a rischio;
- Educazione sanitaria rivolta ai pazienti per il training all'autogestione della patologia respiratoria (asma, BPCO, allergia);
- Attività educativa rivolta alla popolazione, con interventi nelle scuole e realizzazione di specifici corsi di formazione per MMG;
- Centro per la prevenzione e la cura del tabagismo (Centro antifumo);
- Prescrizione e monitoraggio della ossigenoterapia a lungo termine (OLT);
- Assistenza Respiratoria Domiciliare per i pazienti in OLT e in ventilazione meccanica domiciliare;
- Pneumologia Riabilitativa ambulatoriale.

Servizio Pneumologico territoriale: Tabella Riassuntiva Rete Distrettuale

Distretto 1: Brindisi	Distretto 2: Fasano	Distretto 3: Francavilla F.na	Distretto 4: Mesagne	Distretto 5: Ostuni	Distretto 6: San Pietro V.co
Poliambulatorio o Distrettuale Via Dalmazia	Ambulatorio S.O. Fasano	Ambulatorio P.O. Francavilla F.na	Ambulatorio S.O. Mesagne	Ambulatorio Distrettuale di Ostuni	Ambulatorio S.O. San Pietro V.co
				Ambulatorio S.O. Ceglie M.ca	
Assistenza respiratoria domiciliare	Assistenza respiratoria domiciliare	Assistenza respiratoria domiciliare	Assistenza respiratoria domiciliare	Assistenza respiratoria domiciliare	Assistenza respiratoria domiciliare

II DIABETE MELLITO, DISTURBI DEL METABOLISMO E DISTURBI DELLA NUTRIZIONE

E' stimato che il diabete mellito incide complessivamente su quasi il 9% della popolazione, costituendo una condizione di vita che impone sia una attenta gestione clinica e assistenziale, sia una costante prevenzione terziaria rispetto alle molteplici complicanze.

La ASL Brindisi intende pertanto articolare una rete integrata che assicuri una adeguata diffusione nel territorio dei diversi livelli di intervento necessari a garantire una efficace ed efficiente "presa in carico" dei pazienti, i cui bisogni assistenziali sono quantitativamente e qualitativamente elevati. Tale rete, da incardinare in un contesto organizzativo di tipo dipartimentale, è formata dai seguenti nodi strategici,

- **Medicina di Famiglia organizzata nei "S.I.A.T.A"**: individua il paziente a rischio, orienta la domanda verso l'erogatore appropriato, gestisce il programma assistenziale nonché il monitoraggio delle complicanze;
- **Specialistica ambulatoriale di consultazione**: garantisce il controllo periodico del paziente diabetico non scompensato, assicura il monitoraggio delle complicanze (oculistiche, cardiologiche, ...);
- **"Day Service"**: assicura interventi clinico-diagnostici integrati a livello ambulatoriale (es. gestione del piede diabetico);
- **Ambulatori-"Day Hospital" degli SS. OO. Aziendali**: assicurano la presa in carico del paziente diabetico scompensato, la gestione clinica delle complicanze, l'educazione del paziente, l'inquadramento più generale dei pazienti con "sindrome metabolica" ;
- **U.O. Diabetologia e Malattie Metaboliche del P.O. Brindisi**: comprende tutte le funzioni di cui sopra, ed eroga il servizio a livello di "team" poli-specialistico e multi-professionale (Medico – Infermiere – Dietista), rappresenta il modello assistenziale di riferimento al quale

devono tendere tutti gli erogatori, estende la sua attività a tutti i disturbi del metabolismo e della nutrizione, anche in regime di “day service”, comprendendo in sé le funzioni della U.O. di Scienza dell’Alimentazione e Dietetica Clinica. In questo ambito saranno garantiti i servizi di tipo ambulatoriale e di day hospital per la gestione dei disturbi del comportamento alimentare, che sarà maggiormente trattato nel capitolo destinato ai disturbi del comportamento alimentare.

LE MALATTIE NEURO - DEGENERATIVE

L’aumento dell’incidenza delle patologie neuro-degenerative (es. SLA, demenze) e dis-immuni (es. sclerosi multipla) impone un potenziamento della capacità e della offerta assistenziale in ambito neurologico, che deve svilupparsi attraverso una rete di erogatori nell’ambito della rete dipartimentale di neuro-scienze.

In questo senso, la ASL Brindisi ritiene da una parte di dover aumentare il grado di conoscenza epidemiologica delle patologie mediante la strutturazione di un registro degli affetti, dall’altra di potenziare l’offerta assistenziale che si dispiegherà a livello ambulatoriale (anche mediante lo sviluppo della neurofisiopatologia), a livello ospedaliero per la gestione dei casi difficili, a livello territoriale con l’incremento della assistenza al domicilio o in “hospice”.

Anche a riguardo della sclerosi multipla, malattia infiammatoria dis-immune, la ASL Brindisi svilupperà la linea assistenziale dedicata con l’obiettivo di aumentare i servizi e le opportunità a disposizione dei pazienti, sulla base delle evidenze scientifiche.

LE MALATTIE TIROIDEE

Le patologie tiroidee evidenziano un incremento di incidenza epidemiologica, specialmente a carico della popolazione femminile, tanto da poter configurare un vero e proprio disturbo “di genere”. Si ritiene pertanto necessario adottare un assetto organizzativo incentrato sulla funzione specialistica di consultazione, utilizzando anche il contributo di organismi di volontariato presenti nel territorio (come il G.A.T., Gruppo di Aiuto per le patologie Tiroidee). In questa rete, si riconosce un ruolo alla U.O. Endocrinologia del P.O. di Brindisi, soprattutto per ciò che attiene alla stratificazione del rischio neoplastico e al successivo percorso diagnostico-terapeutico.

L'INSUFFICIENZA RENALE – RETE DIALITICA

Il fabbisogno dialitico della ASL Brindisi stimato dalla Agenzia Regionale Sanitaria consiste in n. 123 posti-rene, a fronte degli attuali n. 104 posti effettivamente funzionanti nel territorio, e così distribuiti:

Strutture di dialisi	N° posti rene funzionanti
P.O. Francavilla Fontana	18
C.A.D. Oria	8
C.A.D. del P.O. Fasano	8
C.A.D. del P.O. Ostuni	8
C.A.D. Del P.O. San Pietro Vernotico	12
P.O. Brindisi "Perrino"	24
C.A.D. del P.O. Brindisi "Perrino"	8
Mesagne (privata convenzionata)	12
Torre S. Susanna (privata convenzionata)	6+1
Totale	105

Nelle suddette strutture sanitarie, sono trattati complessivamente n. 335 pazienti, mentre n. 50 pazienti sono assistiti in strutture afferenti ad altre Aziende Sanitarie. Tale situazione comporta la necessità di incrementare la rete delle strutture dialitiche, al fine di raggiungere l'obiettivo della autosufficienza e di consentire ai pazienti residenti nella ASL Brindisi di essere trattati nel territorio di residenza. Pertanto, sulla base dello "standard" definito dalla Regione Puglia, risulta necessario allestire ulteriori n. 19 posti-rene, da allocare nella zona nord-nord ovest della Provincia, nel cui territorio risulta la quota prevalente di mobilità.

In particolare, la ASL Brindisi prevede di realizzare i seguenti posti rene aggiuntivi, anche con l'utilizzo delle risorse di cui all'Accordo di Programma con la Regione Puglia per il FESR 2007-2013:

- P.O. Fasano: ulteriori n. 4 posti rene;
- P.O. Ostuni: ulteriori n. 4 posti rene;
- Cisternino: n. 6 posti rene
- Ceglie. n. 6 posti rene.

Pertanto, la nuova articolazione della rete dialitica aziendale risulterà la seguente:

STRUTTURA DI DIALISI	N° posti rene funzionanti
P.O. Francavilla Fontana	18
C.A.D. Oria	8
C.A.D. del P.O. Fasano	8 + 4
C.A.D. del P.O. Ostuni	8 + 4
C.A.D. Del P.O. San Pietro Vernotico	12
C.A.D. Ceglie	6
C.A.-D. Cisternino	6
P.O. Brindisi "Perrino"	24
C.A.D. del P.O. Brindisi "Perrino"	8
Mesagne (privata convenzionata)	12
Torre S. Susanna (privata convenzionata)	6+1
Totale	124

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono un gruppo eterogeneo di condizioni psicopatologiche con importanti ripercussioni di carattere organico; interessano soprattutto soggetti in età adolescenziale e giovane adulta. Comprendono, secondo il sistema di Classificazione Internazionale delle Malattie Psichiatriche DSM IV ed ICD 10:

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

Gli studi epidemiologici internazionali stimano, con buona concordanza, la prevalenza dell'Anoressia Nervosa intorno allo 0.2-0.8%, quella della Bulimia Nervosa intorno allo 0.5 -1.5%, con picchi fino al 4.2%, del Disturbo di Alimentazione incontrollata dell'1% nella popolazione generale, del 3% fra i soggetti obesi, e i DCA-NAS del 3.7 - 6.4%. L'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui e di 9-12 per la bulimia. Pur in assenza di dati certi, la prevalenza e l'incidenza dei DCA in provincia di Brindisi dovrebbero essere in linea con le percentuali nazionali ed internazionali. Centrale è il tema della prevenzione nei vari contesti: dalla famiglia alla scuola, alle attività ricreative e sportive, alla sanità (medici di medicina generale, ginecologi, dietologi, infermieri, psicologi, psichiatri), la stessa terapia dei DCA, risulta più efficace qualora venga attuata precocemente, per cui a tal fine vanno rafforzate e sviluppate iniziative specifiche coordinate dal Dipartimento di

Prevenzione.

L'intervento diagnostico e terapeutico per i Disturbi del Comportamento Alimentare è multidisciplinare, e richiede una presa in carico "complessa" da parte di specialisti di differenti discipline (dietologi, dietisti, endocrinologi, psichiatri, psicologi, ginecologi, pediatri).

Si costituisce, pertanto, l' **Unità Operativa Multidisciplinare per DCA**, alla quale afferiscono funzionalmente le professionalità già operanti in diverse strutture dell'ASL BR (Dipartimento di Salute Mentale, NIAT, U.O. Dietetica e Nutrizione clinica presso U.O. di Endocrinologia, Dipartimento di Prevenzione). Tale U.O. articolerà la propria attività sui seguenti livelli di intervento integrando di fatto l'operatività di altre UO :

- Raccolta di dati epidemiologici attraverso la medicina di base o nelle istituzioni scolastiche;
- Definizione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow up;
- Attività ambulatoriale e/o di semiresidenzialità da sviluppare nell'ambito del DSM per il paziente affetto da comorbidità psichica, oppure presso la U.O. di scienze dell'alimentazione dietetica per il paziente privo di tale comorbidità;
- Raccordo inter-provinciale con strutture per diagnosi, cura e trattamento residenziale dei pazienti;
- Ricovero ospedaliero nei momenti di maggiore criticità dei vari aspetti della patologia;
- Formazione ed aggiornamento del personale medico e non medico;
- Osservatorio della migrazione sanitaria;
- Interventi di Prevenzione.

TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA

La ASL Brindisi intende sviluppare percorsi assistenziali a tutela della salute odontoiatrica, secondo le seguenti indicazioni:

- assicurare interventi di diagnosi e trattamento in tutti i poliambulatori di II livello;
- attivare ambulatori specialistici per malocclusioni;
- attivare progetti di prevenzione ed educazione sanitaria ad orientamento odontoiatrico nella scuola dell'obbligo, ed in generale nel territorio, con il supporto di Specialisti e di Igienisti Dentali;
- promuovere il pronto soccorso odontoiatrico, attivando una "pronta disponibilità" odontoiatrica da associare alla guardia medica, comunque attivando una funzione attiva "h 24" nel Pronto Soccorso di Brindisi;
- assicurare posti letto di odontoiatria negli ospedali di Brindisi, Fasano e Ceglie M.ca al fine di consentire il trattamento in "day surgery" di patologie odontoiatriche in pazienti non collaboranti.

LE MALATTIE OSTEO – ARTICOLARI E REUMATICHE

L'incidenza delle malattie osteo-articolari è in costante aumento nella popolazione, soprattutto a carico della fasce di età più avanzate, nelle quali si evidenzia una correlazione con la presenza di osteoporosi e, conseguentemente, con un maggiore rischio di esposizione a patologie traumatiche come le fratture di femore. Tali patologie traumatiche condizionano fortemente la vita dell'anziano, causando un notevole carico assistenziale di tipo ospedaliero (per la terapia chirurgica), di tipo riabilitativo, di tipo domiciliare e, più in generale, di tipo socio-sanitario.

Per queste motivazioni, la ASL Brindisi ha stabilito di dare vita ad un programma di "screening" della osteoporosi, in collaborazione con l'ISBEM (Istituto Biomedico Euro-Mediterraneo), partner scientifico, per dare vita al "R.O.BRI." (Registro Osteoporosi Brindisi). Il programma prevede l'esecuzione di esami di diagnostica densitometrica (MOC) presso i Servizi Radiologici degli Stabilimenti Ospedalieri di Brindisi, Francavilla Fontana, Ostuni e Ceglie Messapica, con la conseguente presa in carico da parte di Specialisti Reumatologi – Ortopedici - Ginecologi (per la componente menopausale).

Obiettivo atteso è la riduzione delle complicanze da osteoporosi e il miglioramento della qualità di vita dell'anziano nel nostro territorio.

Analoga attenzione la ASL Brindisi intende porre nei confronti dei pazienti affetti da patologie di tipo reumatologico, soprattutto per quello che concerne la componente riabilitativa.

Tale funzione sarà sviluppata prevalentemente nella U.O. Ortopedia dello S.O. di Ceglie Messapica per quanto attiene la terapia chirurgico-funzionale, alla quale sarà associata una funzione di riabilitazione specialistica per le malattie reumatologiche, già operativa presso la U.O. Fisiatria dello S.O. di San Pietro Vernotico.

LA TERAPIA DEL DOLORE E LE CURE PALLIATIVE

La ASL Brindisi intende sviluppare al massimo livello il sistema della terapia antalgica e delle cure palliative, sia nella rete ospedaliera sia nella rete territoriale.

Per quanto attiene la rete ospedaliera, la U.O. di "Terapia antalgica e cure palliative" (TACP), già attivata presso la U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Brindisi, è il nucleo attorno al quale deve svilupparsi il programma assistenziale a supporto del progetto di "Ospedale senza dolore" di cui alle apposite linee guida ministeriali. Saranno predisposte le seguenti iniziative:

- attivazione di un Ambulatorio con Personale dedicato con apertura di specifica agenda CUP, che sia di riferimento anche per tutti i Presidi Ospedalieri della ASL, per la diagnosi, la terapia, e il monitoraggio minimo dei parametri vitali dei pazienti già sottoposti a procedure antalgiche;
- incremento delle ore di utilizzo programmato della sala operatoria per le procedure antalgiche mini-invasive;
- incremento della consulenza antalgica nel P.O. di Brindisi per il progetto di "Ospedale senza

dolore”;

- estensione negli altri Presidi Ospedalieri della funzione di TACP;
- formazione degli operatori e implementazione di linee guida e protocolli.

Per quanto attiene la rete territoriale, la ASL Brindisi persegue la costituzione della èquipe territoriale di cure palliative, anche utilizzando le risorse messe a disposizione dall'apposito Progetto di Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, allo scopo di dare una risposta unitaria e strutturata su tutto il territorio provinciale.

Allo stato attuale, infatti, le cure palliative sono assicurate dalle Associazioni di Volontariato convenzionate per la assistenza domiciliare oncologica, quali la A.N.T. e il G.N.A.; si rende pertanto necessario adottare le seguenti iniziative:

- istituire una struttura organizzativa di cure palliative a livello territoriale;
- produrre linee guida e protocolli per una gestione omogenea delle cure palliative in tutto il territorio;
- coordinare la attività delle Associazioni di Volontariato;
- curare la formazione continua degli Operatori;
- assicurare le cure palliative in tutte le strutture del territorio, con particolare riferimento ai moduli di hospice di prossima istituzione.

LO SCOMPENSO CARDIACO

Tra le patologie croniche, lo scompenso cardiaco è una delle principali cause di accesso ai servizi sanitari e ai ricoveri ospedalieri; esso inoltre incide in maniera elevata sulla mortalità per malattie cardiovascolari, al primo posto nella graduatoria generale delle cause di morte.

Si rende pertanto necessario sviluppare e consolidare la integrazione tra i diversi nodi della rete assistenziale dedicata allo scompenso cardiaco, secondo le evidenze scientifiche disponibili, nel rispetto del protocollo scaturito dalla “consensus conference” dell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri).

Il percorso diagnostico terapeutico deve farsi carico dei seguenti obiettivi:

- formulazione della diagnosi di scompenso cardiaco;
- impostazione del trattamento;
- individuazione dei fattori precipitanti, delle comorbilità e dei fattori di rischio per scompenso cardiaco;
- stratificazione del rischio;
- indicazioni al ricovero ospedaliero;
- esecuzione del “follow-up”.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, la ASL Brindisi intende:

- sviluppare la rete degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco, attualmente attivi negli

Ospedali di San Pietro Vernotico, Mesagne e Francavilla F.na (la cui funzionalità ha finora consentito alla ASL di evidenziare un tasso di ricovero per scompenso cardiaco tra i più bassi in Regione Puglia), con il “team” multi-professionale dedicato;

- diffondere in tutto il territorio aziendale il percorso diagnostico terapeutico per lo scompenso cardiaco già condiviso tra Medici di Famiglia e Specialisti, nell'ambito della attività del “S.I.A.T.A.”;
- promuovere la necessaria sinergia tra i Medici di famiglia, gli Specialisti ambulatoriali, e i “teams” multi-specialistici ospedalieri, per la esecuzione del percorso diagnostico-terapeutico.

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010 evidenzia in maniera chiara e puntuale le attuali criticità dei Servizi per la Salute Mentale.

Alcune di queste hanno particolare risonanza nel nostro territorio e in particolare:

- la carenza di personale di dirigenza medica sia nei Servizi della Salute Mentale sia nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile;
- l'assenza di un adeguato servizio amministrativo che possa gestire, monitorare e controllare il budget assegnato;
- l'eccesso e la sperequata distribuzione territoriale delle strutture, in particolare di quelle ad alta intensità (38 posti eccedenti rispetto al fabbisogno parametrato dal Regolamento Regionale 3/2006);
- il frequente ricorso ai ricoveri fuori provincia;
- l'assenza quasi totale di strutture dell'area socio-sanitaria;
- la bassa incidenza di procedure volte all'inserimento lavorativo;
- l'assenza di posti letto di Neuropsichiatria Infantile e di strutture residenziali riabilitative per il disturbo psicopatologico in età adolescenziale.

A fronte di tali criticità rappresentano punti di forza dell'attuale Dipartimento salute Mentale:

- a. l'apertura dei CSM per 12 ore giornaliere;
- b. una rete completa di servizi di Neuropsichiatria per l'età evolutiva nel territorio provinciale;
- c. La presenza di professionalità attive e disponibili a sviluppare processi assistenziali innovativi.

CENTRI DI SALUTE MENTALE

Nella provincia di Brindisi sono allocati 4 CSM, uno per Distretto, con sede ambulatori periferici e bacino di utenza come da schema:

Sedi	Abitanti	Ambulatori
CSM Mesagne	106.463	S. Pancrazio / Mesagne
CSM Brindisi	109.867	S. Vito dei Normanni/ Brindisi
CSM Francavilla F.na	103,819	Ceglie M.ca / Carovigno
CSM Fasano	82,836	Cisternino/ Fasano
Totale	402.985	

I CSM sono aperti 12 h al giorno e hanno equipe multidisciplinare a forte vocazione territoriale.

Le aree funzionali di intervento al loro interno sono due: "prevenzione e cura" e "riabilitazione".

Nella prima area funzionale sono comprese:

- le attività di prevenzione rivolte prevalentemente alle scuole superiori finalizzate alla lotta allo

stigma e alla diffusione della salute mentale;

- le attività di accoglienza e cura all'interno dei centri;
- l'attività domiciliare mono e pluridisciplinare;
- l'attività di consulenza agli ospedali del territorio di riferimento;
- la gestione della crisi.

Nella seconda area della riabilitazione sono comprese:

- l'attività di elaborazione, verifica e controllo del P.T.R. di ogni utente;
- la consulenza tecnica medica e psicologica alle strutture riabilitative appartenenti al DSM;
- il controllo dei requisiti organizzativi e di qualità delle strutture riabilitative afferenti, sia interne che esterne al DSM;
- i programmi di riabilitazione per gli utenti in carico ai CSM;
- l'inserimento lavorativo e l'assegnazione di borse lavoro.

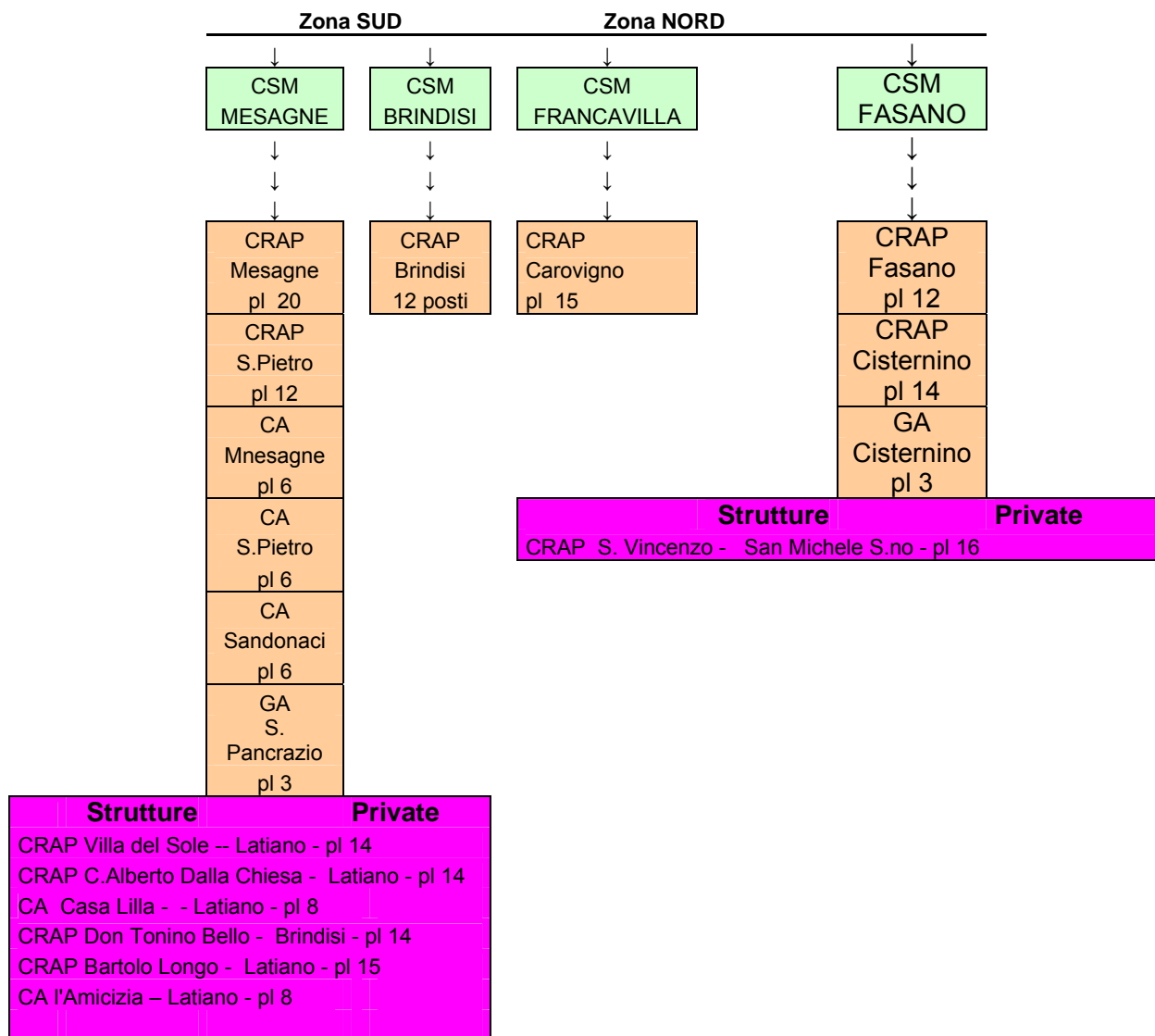
STRUTTURE RIABILITATIVE

Nell'ambito del DSM coesistono:

- strutture di riabilitazione a diretta gestione del DSM che chiameremo "pubbliche" o "interne" che si avvalgono della collaborazione di Cooperative di tipo A e B per il personale di servizio;
- strutture del privato sociale o autorizzato o provvisoriamente accreditate.

Lo schema che segue riproduce le strutture esistenti con il numero di posti letto e le afferenze ai CSM competenti per le stesse:

Situazione Attuale



Zona Sud
Posti Letto in CRAP 89
Posti Letto in CA 34
Posti Letto in GA 3

Zona Nord
Posti Letto in CRAP 57
Posti Letto in CA 0
Posti Letto in GA 3

TOTALE

Posti Letto in CRAP 146
Posti Letto in CA 34
Posti Letto in GA 6

Legenda:
 CRAP : Comunità Riabilitativa Assistenza Psichiatrica
 CD: Centro Diurno
 CA: Casa Alloggio
 GA : Gruppo Appartamento

LINEE DI SVILUPPO STRATEGICO PER IL TRIENNIO 2008-2010

AREA PREVENZIONE E CURA:

- elaborazione di percorsi omogenei per le attività di prevenzione gestite dai CSM finalizzati ad obiettivi strategici definiti nel piano di programmazione annuale;
- attivazione di servizi di accoglienza (già presenti in alcuni CSM in via sperimentale) per la valutazione dell' appropriatezza della domanda e per la velocizzazione della presa in carico del "paziente difficile";
- incremento della pervasività dell'intervento domiciliare con funzioni alternative al ricovero ospedaliero;
- incentivazione della rete intra ed extra istituzionale attraverso l'incremento di contatti e percorsi condivisi con M.M.G., SERT, Distretto, Enti Locali, Ambiti Territoriali e Provincia;
- implementazione di una equipe specifica di consultazione per il P.O. Perrino;
- attivazione di protocolli tra CSM, SPDC, 118 e Pronto Soccorsi per la gestione della crisi;
- attivazione di una equipe specializzata per i D.C.A.;
- sviluppo dell'associazionismo e dei gruppi AMA.

AREA DELLA RIABILITAZIONE:

- attuazione del piano di riordino delle strutture riabilitative⁸ con riduzione dei posti letto ad alta intensità h 24 e distribuzione più razionale delle stesse attraverso una perequazione anche se non completa tra zona Nord e zona Sud secondo la previsione che segue:

Struttura	Costo €/PL/DIE	Attuale	Programmati
CRAP	142,05	160 pl.	122 pl.
CA	91,18	34 pl.	34 pl.
GA	55,42	6 pl.	15 pl.
CD	74,09 €/pazienti/DIE	80	100

- dotazione di una Carta dei Servizi della riabilitazione psichiatrica con definizione del livello minimo di qualità delle prestazioni fornite nelle strutture di riferimento aziendale;
- riduzione della residenzialità riabilitativa fuori provincia;
- attivazione di una equipe specifica per l'elaborazione e l'incentivazione di percorsi di inserimento lavorativo ai sensi della Legge 68/99, di tirocini formativi e di borse-lavoro.

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Nel territorio provinciale sono presenti due SPDC allocati all'Ospedale di S. Pietro V. e all'Ospedale di Ceglie M.ca con 14 posti letto e 1 posto di D.H.

⁸ Standard regionali 3,47 ogni 10.000 abitanti per i posti CRAP, 0,99 per ogni 10.000 abitanti per i posti CA, 0,89 ogni 10.000 abitanti per i posti GA.

Nel SPDC si sviluppano due aree funzionali:

- l'area della degenza nella quale è prevista l'accoglienza, il ricovero, la gestione della residenzialità e delle dimissioni dell'utente;
- l'area del D.H. e della consultazione ospedaliera .

I due SPDC, rispettivamente dal 2003 per S. Pietro dal 2006 per Ceglie partecipano attivamente al Progetto regionale sulla qualità dell'assistenza nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura della Regione Puglia.

Programma Operativo per il Triennio 2008-2010

- Incentivazione delle dimissioni concordate SPDC – CSM;
- miglioramento della residenzialità in degenza attraverso l'attivazione di laboratori occupazionali gestiti da animatori o gruppi di volontari;
- incentivazione di percorsi di cura integrati in pazienti con diagnosi multipla;
- attivazione di protocolli tra CSM, SPDC, 118 e Pronto Soccorso per la gestione della crisi;
- attivazione di protocolli con le forze dell'ordine e la polizia municipale;
- mantenimento degli standard di qualità acquisiti tramite Progetto Regionale;
- accreditamento tra pari per gli SPDC partecipanti al Progetto Regionale.

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA TERRITORIALE (NIAT)

La Neuropsichiatria Infantile nel territorio della provincia di Brindisi ha sei sedi territoriali, una per ogni distretto, integrate da un coordinamento con sede a Brindisi.

Nei servizi lavorano equipe multidisciplinari (Neuropsichiatra Infantile, Fisiatra, Psicologo, Pedagogista, Assistente sociale e Terapista della Riabilitazione) e 5 centri su 6 sono dotati di servizio trasporto con pulmino abilitato per la disabilità, autista e assistente.

Obiettivo assistenziale del servizio la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione del disagio psicologico e delle patologie neuropsichiatriche, inclusive dei percorsi di integrazione scolastica attraverso attività di:

- prevenzione del disagio psichico nelle scuole elementari e medie attraverso progetti che coinvolgono trasversalmente minori/genitori/insegnanti;
- diagnosi multidisciplinare dei disturbi neuropsichiatrici;
- riabilitazione psicologica, pedagogica, logoterapica, psicomotoria, Kinesiologica, occupazionale e ortottica individuale o in piccoli gruppi;
- interventi di mediazione e segretariato sociale;
- certificazione della disabilità infantile ai fini del sostegno scolastico ai sensi del regolamento Regionale n. 6/2007;
- stesura della diagnosi clinica (ICD 10) e funzionale ed elaborazione del Profilo Dinamico Funzionale;

- collaborazione per l'elaborazione, l'attuazione e la verifica del Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Le procedure del Servizio e i protocolli diagnostici e terapeutici sono certificati dalle norme ISO sin dal dicembre 2001 e soggetti a verifiche periodiche da parte di Ente terzo.

Dal 2006 è attivo un progetto triennale per lo sviluppo delle seguenti aree:

- autismo;
- adolescenza;
- disturbi del linguaggio e balbuzie;
- disabilità gravi;
- epidemiologica;
- qualità.

Programma operativo per il triennio 2008-2010

- Attuazione Progetto Leonardo sulla depressione infantile in collaborazione con l' ARES e l'Università;
- Attivazione di un servizio dedicato all'autismo;
- Sperimentazione di un protocollo di presa in carico precoce dei disturbi del linguaggio finalizzato alla prevenzione dei disturbi di apprendimento;
- Attivazione di un servizio per il massaggio infantile (progetto Carezza) finalizzato alla prevenzione dei disturbi dell'attaccamento;
- Mantenimento della certificazione di qualità;
- Rafforzamento dei programmi di collaborazione con l'IRCSS "Nostra Famiglia"

GOVERNANCE: LA DIREZIONE E IL COMITATO DI DIPARTIMENTO

La Direzione del DSM, affidata ad uno dei Direttori di Struttura Complessa, svolge compiti di :

- Interfaccia con gli altri Servizi del Territorio e Ospedalieri, con le Aree, con la Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa e con le Unità di Staff;
- Sviluppo di processi e percorsi di integrazione tra i Servizi del Dipartimento;
- Sviluppo di aree allargate di confronto con il Consiglio di Dipartimento allargato;
- Interventi per il monitoraggio del clima organizzativo interno.

Programma operativo per il triennio 2008-2010

- 1) promozione di percorsi di qualità;
- 2) definizione di indicatori per monitorare il raggiungimento di obiettivi strategici;
- 3) elaborazione di percorsi di cura che integrino l'utente dal primo episodio critico alla riabilitazione

e reinserimento sociale,

- 4) elaborazione di percorsi di integrazione nel passaggio dai Servizi per l'età evolutiva a quelli dell'età Adulta;
- 5) allargamento della Salute Mentale all'area comunitaria attraverso informazione e formazione;
- 6) attivazione di un tavolo permanente con il Privato Sociale e le Associazioni;
- 7) attivazione di percorsi integrati tra il Sanitario e il Socio-Sanitario per il continuum gestionale dell'utente con disabilità sociale;
- 8) Accredimento della Carta dei Servizi della Riabilitazione Psichiatrica con ente terzo o per accredimento tra pari;
- 9) Mantenimento della Certificazione ISO 9000 per il NIAT.
- 10) Accredimento dei percorsi di cura;
- 11) Accredimento dei percorsi integrati tra Servizi;
- 12) Accredimento tra pari per gli SPDC relativo al Progetto Regionale.

	CSM	SPDC	CRAP	CA	GA	CD
Distretto n. 1 - Brindisi						
Brindisi	X		X			X
Distretto n. 2 – Fasano						
Fasano	X		X			
Cisternino	X		X	X	X	X-(X)*
Distretto n. 3 – Francavilla Fontana						
Francavilla Fontana	X					
Oria			X			X
S. Michele Salentino						
Villa Castelli						
Distretto n. 4 – Ostuni						
Ostuni	X					
Carovigno	X			X		X
S. Vito dei Normanni	X					
Ceglie Messapica	X	X				
Distretto n. 5 - Mesagne						
Mesagne	X				XX	
Erchie						
Latiano						
Torre S. Susanna						
Distretto n. 6 – S. Pietro V.co						
S. Pietro Vernotico	X	X	X	X		X
S. Pancrazio Salentino	X				X	
Sandonaci						
Torchiarolo						
Cellino S. Marco						
TOTALE	11	2	5	3	4	6

Presso ogni Comune sede di distretto è istituito un CSM. Presso gli altri Comuni possono essere istituiti CSM oppure Servizi Psichiatrici attivi su 6 / 12 ore.

(X)* sarà attivato in Cisternino un centro diurno per pazienti affetti da m. di Alzheimer nell'ambito della rete integrata socio-sanitaria di cui alla programmazione contenuta nel Piano di Zona dell'ambito territoriale

La rete delle Strutture è integrata dalle Strutture di riabilitazione del Privato Sociale.

Molte di queste strutture richiedono importanti interventi strutturali, necessari per il relativo accreditamento regionale. E' questa l'occasione per passare ad una ridefinizione della dotazione in strutture e posti letto dell'intera rete, in modo da adeguare l'offerta ai reali bisogni del territorio: un importante strumento finanziario da destinare a questi interventi è il fondo FESR.

In altre realtà questi interventi sono stati effettuati migliorando qualitativamente l'accoglienza ai pazienti. Inoltre l'istituzione del 5° e 6° distretto imporrà una nuova redistribuzione delle strutture per consentire che in ogni territorio vi sia un percorso, per quanto possibile, completo che assicuri la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'utente nel territorio di appartenenza.

A Latiano è attivo il Centro Polifunzionale "Marco Cavallo" appartenente al Dipartimento che si configura come un contenitore sperimentale ed espositivo per la promozione e la diffusione della Salute Mentale.

DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Piano Regionale della Salute mette in evidente relazione la adozione di stili di vita sbagliati con le dirette conseguenze sulla salute umana. Tali stili di vita fanno riferimento all'abuso del fumo di tabacco, di alcol, all'uso di sostanze stupefacenti, e a ogni altra espressione di potenziale patologia. A fronte di tale premessa, la attuale allocazione dei SERT nella ASL Brindisi appare sufficiente a garantire una efficiente copertura del servizio nel territorio, sebbene non manchino criticità di seguito evidenziate.

L'iniziativa della ASL Brindisi in questo settore parte dalla definizione di un assetto organizzativo coerente con le disposizioni normative in materia, adeguato rispetto all'entità della domanda assistenziale, improntato alla pluri-disciplinarietà, condizione assolutamente necessaria per affrontare le diverse problematiche connesse alle dipendenze patologiche.

I dati di funzionalità rilevati negli anni 2005 - 2006, indicano che i SERT aziendali sono tutti da considerare "ad elevata utenza", a fronte di una dotazione di personale non adeguata rispetto agli standards previsti dalla normativa.

Pertanto la programmazione aziendale dovrà garantire, compatibilmente con le risorse disponibili, il superamento delle seguenti principali criticità:

- progressivo riallineamento della dotazione di Medici e degli altri Professionisti Sanitari rispetto alla dotazione prevista dalla L.R. n. 26/2006, articolo 6 e D.Lgs. n. 444/1990;
- inserimento di Sociologi e di Educatori Professionali;
- allocazione di Infermieri Professionali;
- soluzione di problemi strutturali, quali la esistenza di barriere architettoniche, nonché presenza di spazi comuni che generano promiscuità tra minori e adulti e trasferimento in

nuove sedi di alcuni servizi al momento allocate in strutture inadeguate.

Allo scopo di superare le problematiche di carattere strutturale che riguardano le attuali sedi dei SERT, la ASL Brindisi intende utilizzare le opportunità offerte dai programmi del FESR e del FAS 2007-2013, sotto forma di interventi di ristrutturazione/adequamento delle strutture territoriali così come indicato nel prospetto riassuntivo. La organizzazione dei servizi avrà la seguente articolazione:

- Creazione di un dipartimento funzionale con un Direttore ed un Consiglio di Dipartimento;
- Due sezioni dipartimentali con un Direttore di struttura complessa per ognuna;
- Sei articolazioni periferiche (SERT) uno per ogni ambito territoriale : Brindisi (con sezione per i detenuti), San Pietro Vernotico, Mesagne, Francavilla Fontana, Ostuni, Fasano;
- Unità operative a valenza dipartimentale dedicate a: epidemiologia, alcolologia, doppia diagnosi (per le co-morbilità psichiatriche), carcere e malattie correlate alla dipendenza.

LE INFRASTRUTTURE	Sezioni Dipartimentali	Ser.T.	Strutture Accreditate
Distretto n.1 – Brindisi			
Brindisi	X	X – X (detenuti)	X
Distretto n.2 – Fasano			
Fasano		X	
Cisternino			
Distretto n.3 – Francavilla Fontana			
Francavilla Fontana	X	X	
Oria			X
San Michele Salentino			
Villa Castelli			
Distretto n.4 – Mesagne			
Mesagne		X	
Erchie			
Latiano			
Torre S. Susanna			
Distretto n.5 - Ostuni			
Ostuni		X	
Carovigno			X
San Vito dei Normanni			
Ceglie Messapica			
Distretto n. 6 –San Pietro V.co			
Cellino San Marco			
San Pancrazio Salentino			
San Pietro Vernotico		X	
Sandonaci			
Torchiarolo			

FABBISOGNO DI STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI (sintesi)

L'offerta complessiva di assistenza residenziale e semiresidenziale nella ASL Brindisi derivante dalla programmazione regionale dovrà assestarsi a n. 870 posti, esclusi i posti già attivi all'entrata in vigore del R. R. n. 15/2005 relativamente ai presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali.

Tale offerta, costituita dalle componenti indicate nella tabella seguente, è allo stato attuale fortemente deficitaria. Infatti, rispetto agli 870 posti previsti da standard regionale, ne risultano attivati soltanto 419, per cui il territorio di Brindisi è attualmente carente di 451 posti di assistenza residenziale e semiresidenziale.

Tipologia di struttura	Fonte normativa	Standard	Situazione attuale	Previsione di posti	Differenza
Strutture per tossicodipendenti	R.R. n. 15/2005	0,35 x 1000	0	140	-140
R.S.A.	L.R. n. 25/2006	5,5,x 10.000	60	220	-160
R.S.S.A.	L.R. n. 25/2006	7 x 10.000	178	280	-102
Hospice	R.R. n. 15/2005	1 x 10.000	0	40	-40
Riabilitazione e psichiatrica	L.R. n. 25/2006	4,75 x 10.000	181	190	-9

Dalla analisi della offerta residenziale nel territorio della ASL Brindisi, così come determinata dalle norme di programmazione regionale, scaturisce l'indicazione, anche alla luce della esperienza maturata sul campo negli ultimi anni, di aumentare l'offerta di posti letto in RSSA, eventualmente anche riducendo la previsione di posti di RSA. L'aumento dei posti in RSSA è necessario per fronteggiare il crescente fenomeno delle "dimissioni difficili", per cui la ASL Brindisi promuoverà la allocazione dei posti di RSSA anche laddove sono già istituite sedi di RSA, allo scopo di favorire quanto più possibile la continuità assistenziale dei pazienti, oltre che di promuovere un "setting" assistenziale più appropriato e meno oneroso.

Nel tenere conto di tale deficit strutturale del territorio, la programmazione attuativa promuove lo sviluppo della rete residenziale e semiresidenziale anche mediante la sottoscrizione degli accordi con i Comuni al fine di realizzare/ristrutturare sedi di loro proprietà destinate allo sviluppo delle infrastrutture sociali, attingendo alle risorse dell'Accordo di programma con la Regione Puglia per il programma FESR 2007-2013. Nella programmazione attuativa dell'offerta residenziale, sono da includere anche i posti letto per il "dopo di noi", destinati a disabili privi di sostegno familiare.

I CONSULTORI FAMILIARI

In linea con le indicazioni del Piano Regionale di Salute e con le Linee Guida di indirizzo del progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese adottate dalla Giunta Regionale, la ASL Brindisi intende sviluppare i consultori familiari, quali luoghi privilegiati per la domanda assistenziale proveniente dall'interno dei nuclei familiari, dall'infanzia, dall'adolescenza, dalla coppia, dalla donna, dall'anziano nei suoi diversi momenti biologici e psicologici, dai genitori e dai figli, ovvero da tutte le componenti dei nuclei familiari potenzialmente portatori di disagi per il benessere fisico, psicologico e sociale.

La attività va indirizzata al raggiungimento degli obiettivi sanciti dal PSR, che sono riconducibili alle attività medico-preventive (gravidanza voluta, non voluta e desiderata, promozione salute non riproduttiva con particolare attenzione alla prevenzione dei tumori e della menopausa, salute delle donne immigrate). A queste si assoceranno le attività psico-sociali (prevenzione della violenza su donne e bambini, sanità e disuguaglianza di genere, sostegno ai minori e famiglie disagiate), nonché percorsi assistenziali in favore dell'anziano che potranno essere assicurati dallo Specialista ambulatoriale Geriatra, nell'ambito della programmazione territoriale condivisa con i Responsabili di branca specialistica.

Si rende dunque necessario allocare nel territorio una rete di consultori in cui siano presenti tutte le varie figure professionali in grado di fornire risposte specialistiche ed integrate alle varie tipologie di bisogni, secondo uno standard di 1 consultorio ogni 20.000/25.000 abitanti, prevedendo, in caso di insufficienza di risorse proprie dell'Azienda, di inserire nella rete anche consultori gestiti dal "privato sociale".

Tutti i consultori saranno collegati in rete grazie al potenziamento delle reti telematiche, reso possibile dal P.O. FESR 2007-2013, di cui all'apposito Accordo di Programma con la Regione Puglia.

Pertanto si individua la seguente la distribuzione territoriale dei consultori familiari:

Distretto n. 1:	n. 4/3 consultori
Distretto n. 2:	n. 3/2 consultori
Distretto n. 3:	n. 3/2 consultori
Distretto n. 4:	n. 3/2 consultori
Distretto n. 5:	n. 3/2 consultori
Distretto n. 6	n. 3/2 consultori

Verranno istituiti (anche in collaborazione col privato sociale) 2 consultori specializzati: 1 per gli immigrati 1 per minori e donne vittime di abusi. Quest' ultimo verrà collegato funzionalmente con l'omologo servizio fatto dalla ASL di Lecce in collaborazione con il Tribunale dei Minori

In ogni servizio consultoriale, va garantita la presenza di una equipe stabile composta da (uno

psicologo, un assistente sociale, un ginecologo, un operatore sanitario non medico – Infermiere, Ostetrica- assistente sanitaria).

Il consultorio familiare è strutturalmente collocato nel distretto di appartenenza o nell'ambito territoriale assegnato. La sede sarà presso i Centri di Salute o le Case della Salute con una logistica studiata in funzione dell'utenza. Un operatore, individuato dal Direttore Generale, sarà referente per il coordinamento delle attività nell'intero ambito aziendale e sarà membro di diritto del Comitato di Dipartimento per le cure primarie.

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

La promozione della salute rientra tra gli scopi fondamentali del sistema pubblico di garanzie che vede la ASL quale riferimento tecnico fondamentale.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura organizzativa territoriale della ASL che ha il compito non soltanto di prevenire le malattie ma, in primo luogo, di promuovere, proteggere e migliorare la salute ed il benessere dei cittadini, attraverso interventi che spesso trascendono i compiti del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile.

Per attuare gli interventi di prevenzione collettiva, la promozione e tutela della salute pubblica dai rischi eziologici ed epidemiologici di natura igienico – ambientale, sanitaria, alimentare e lavorativa, il Dipartimento di Prevenzione si avvale di strumenti epidemiologici, di vaccini ed altri farmaci per la profilassi di malattie infettive, di iniziative di informazione ed educazione sanitaria e di interventi di vigilanza volti a verificare il rispetto della normativa sanitaria.

Il Dipartimento promuove direttamente interventi di prevenzione e coordina o collabora ad interventi promossi da altre strutture sanitarie e non sanitarie. Contribuisce inoltre alle attività di educazione alla salute, di promozione della salute e di prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti Aziendali.

Tali azioni sono espletate, ognuna per la parte di propria competenza, dalle Strutture Complesse (Servizi) e Semplici in cui il Dipartimento di Prevenzione si articola:

Servizi di Area Medica

Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)

Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL)

Servizi di Area Veterinaria (SIAV)

A Sanità Animale

B Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

C Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Le principali funzioni del **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)** sono le seguenti:

- prevenzione e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, inchieste epidemiologiche, vaccinazioni;
- prevenzione negli ambienti di vita;
- consulenza in medicina dei viaggi;
- prevenzione primaria e secondaria delle malattie cronico degenerative;
- medicina legale, igiene e polizia mortuaria, attività necroscopica, accertamento delle condizioni invalidanti;
- vigilanza in materia di radiazioni ionizzanti e sull'uso di gas tossici;

- rilascio di pareri su pratiche edilizie, strumenti urbanistici, regolamenti comunali ed in generale di gestione del territorio;
- rilascio di pareri finalizzati alla realizzazione, all'autorizzazione al funzionamento e/o accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali intra ed extra aziendali e vigilanza e controllo sulle attività sanitarie e strutture turistico ricettive e termali.

Le principali funzioni del **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)** sono le seguenti:

- vigilanza, sorveglianza e tutela igienico sanitaria di alimenti di origine vegetale, bevande ed acque potabili nelle attività di produzione, preparazione, deposito, distribuzione, somministrazione, vendita e trasporto;
- vigilanza e sorveglianza nelle attività di stoccaggio, distribuzione e vendita di prodotti fitosanitari;
- sorveglianza epidemiologica delle malattie a trasmissione alimentare (MTA);
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale per collettività e cittadini ed educazione alimentare;
- controllo micologico e tossicologia alimentare.

Le principali funzioni del **Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (S.P.eS.A.L.)** sono le seguenti:

- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- prevenzione delle malattie professionali;
- conduzione di inchieste su infortuni e malattie professionali su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;
- attività di igiene industriale, tossicologia, valutazione dei rischi, ergonomia ed organizzazione del lavoro;
- vigilanza e controllo sulla sicurezza impiantistica nei settori edile, industriale ed in agricoltura.

Le principali funzioni del **S.I.A.V. A - Sanità animale** sono le seguenti:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie trasmissibili dall'animale all'uomo;
- verifica e controllo su ricoveri di animali;
- trattamenti immunizzanti e inoculazioni diagnostiche;
- realizzazione di piani di sanità animale;
- profilassi della rabbia, lotta al randagismo, tenuta anagrafe canina;
- gestione dell'anagrafe del bestiame, vigilanza e controllo sugli allevamenti zootecnici;
- controllo sulla proliferazione delle popolazioni animali selvatiche.

Le principali funzioni del **S.I.A.V. B - Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati** sono le seguenti:

- verifica e controllo su impianti di produzione, lavorazione, somministrazione, di carni, uova, prodotti della pesca ed alimenti d'origine animale;
- residui nelle derrate alimentari ed individuazione di fattori di rischio da inquinamento ambientale;

- anagrafe di tutti gli impianti operanti sul territorio;
- controllo ufficiale dei prodotti alimentari di origine animale.

Le principali funzioni del **S.I.A.V. C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche** sono le seguenti:

- verifica e controllo su uso del farmaco veterinario e della presenza dei residui nelle produzioni zootecniche;
- verifica e controllo su latte e prodotti lattiero-caseari all'origine;
- verifica e controllo sulla riproduzione animale;
- controllo sul benessere animale;
- verifica e controllo sul trasporto di animali;
- verifica e controllo sugli impianti di acquacultura;
- verifica e controllo su produzione, commercio ed utilizzazione degli alimenti destinati agli animali da reddito e da affezione e nutrizione animale con particolare riferimento ai mangimi medicati, alla sorveglianza BSE ed agli scambi comunitari, importazioni ed esportazioni da e verso Paesi terzi di prodotti destinati all'alimentazione animale;
- verifica e controllo su sperimentazione animale, raccolta, trasporto e trattamento delle spoglie animali e dei sottoprodotti della macellazione.

Altre attività di **particolare rilievo professionale** svolte a livello di "Servizio" sono:

- Medicina Legale nell'ambito del SISP
- Medicina dei Viaggi nell'ambito del SISP
- Ufficio verifica autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie nell'ambito del SISP
- Igiene della Nutrizione nell'ambito del SIAN
- Randagismo nell'ambito del SIAV "A"

L'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio è strutturata per "ambiti territoriali" individuati, a seconda delle competenze istituzionali dei singoli Servizi, in funzione dei bisogni espressi dal territorio.

Nello specifico, le prestazioni in capo al SISP e al SIAN sono erogate su due livelli, uno centrale e uno territoriale:

- a livello centrale vengono predisposti e diramati gli indirizzi operativi ed i programmi di attività per l'erogazione delle prestazioni sul territorio e svolte parte delle attività di particolare complessità;
- a livello territoriale vengono erogate tutte le attività di tipo ambulatoriale (vaccinazioni, certificazioni medico legali, attività di Medicina Necroscopica e Polizia Mortuaria, visite fiscali, attività di formazione ed informazione per alimentaristi, ecc.) nonché tutti gli altri interventi sul territorio comportanti necessità di ispezione, verifica, parere, controllo con l'adozione degli atti consequenziali (autorizzazioni, prescrizioni, sanzioni, ecc.).

Sulla base della popolazione e dei bisogni espressi i predetti Servizi sono distribuiti su sei ambiti territoriali corrispondenti al territorio delle ex UU.SS.LL. con attività ambulatoriali presenti in ogni Comune della Provincia.

Le prestazioni istituzionali dello SPESAL vengono, invece, erogate essenzialmente a livello centrale, in considerazione della particolare distribuzione sul territorio delle principali aziende industriali (fra le quali prevalgono nettamente quelle insediate nel polo chimico industriale di Brindisi). Le attività di base, invece, quali le idoneità al lavoro per apprendisti minorenni non soggetti a sorveglianza sanitaria vengono erogate, per delega, dai medici igienisti degli ambulatori SISP distribuiti sul territorio.

I singoli Servizi Veterinari mantengono un'organizzazione di tipo centrale ed assicurano le prestazioni istituzionali, ciascuno mediante la distribuzione sul territorio delle varie figure professionali di personale assegnato, sulla base della densità e della dislocazione delle attività produttive.

- personale tecnico della prevenzione è distribuito mediante assegnazione ai vari servizi sulla base della pianta organica e del regolamento interno.

Sulla base di quanto esposto si ritiene che il modello organizzativo esistente sia funzionale alle esigenze del territorio ma che occorra, comunque, individuare dei correttivi utili affinché l'impiego delle risorse sia tale da assicurare la migliore efficacia possibile per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, come ad esempio:

- recuperare risorse dalla abolizione di molte attività obsolete ma che tuttora si è costretti ad erogare (libretti di idoneità sanitaria, certificati di sana e robusta costituzione, autorizzazioni, nulla-osta, agibilità, ecc.).
- istituire il Servizio Tecnico della Prevenzione, già previsto dalla L. R. n. 26/2006, con i compiti e le funzioni che saranno sancite dall'emanando Regolamento Regionale di organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Inoltre, per dare risposte coerenti con le istanze di una moderna medicina preventiva, negli ultimi mesi è stata elaborata una proposta di revisione del regolamento aziendale del Dipartimento di Prevenzione che allo stato attuale è alla valutazione delle Organizzazioni Sindacali.

LE MAGGIORI CRITICITÀ

Generali del Dipartimento di Prevenzione:

- è emersa in modo evidente, come richiesta esplicita anche da parte del mondo produttivo, la necessità di lavorare in modo da garantire trasparenza, omogeneità e qualità negli interventi;
- è ancora scarsa l'abitudine all'utilizzo di procedure nella normale attività lavorativa;
- sono da incrementare i rapporti con le articolazioni aziendali e con i soggetti istituzionali esterni;
- vi sono alcuni settori del Dipartimento che, in seguito a problematiche emergenti o novità normative o perché non ancora strutturati come organigramma, necessitano di sforzi maggiori per un lavoro di riorientamento.

Epidemiologia:

- non esiste ancora un gruppo specifico di raccolta e valutazione dei dati epidemiologici del Dipartimento.

Stili di Vita:

- è sempre più evidente la necessità di modificare gli stili di vita come prevenzione nei confronti delle malattie oggi più frequenti (cardiovascolari, diabete, tumori, patologie respiratorie ecc.); questo riguarda vari aspetti come la nutrizione, l'attività fisica, gli interventi sull'ambiente ecc..

La Sicurezza alimentare:

- la nuova politica della Unione Europea vuole rispondere alla domanda pressante da parte del consumatore di garanzia sulla sicurezza alimentare. In questo ambito l'UE ha previsto che il ruolo del controllo ufficiale, nel settore alimentare, sia svolto "dal campo alla tavola", essendo l'obiettivo della sicurezza per il consumatore il risultato dell'azione degli attori della filiera agro-industriale.

La sicurezza sul lavoro:

- nonostante la tendenza alla diminuzione in percentuale, resta alto il numero degli infortuni sul lavoro; ciò si registra in maggior misura in campo di edilizia ed agricoltura e la grande industria.

Malattie trasmissibili:

- l'introduzione di nuove vaccinazioni, così come indicato dal Piano Nazionale e Regionale Vaccini e dal piano regionale della Prevenzione Attiva relativo alle vaccinazioni, rende necessaria l'elaborazione di strategie integrate con i MMG e PLS, definendo anche un'attività di informazione/comunicazione più incisiva nei confronti della popolazione generale e delle categorie a rischio come i lavoratori ed i viaggiatori.

GLI OBIETTIVI E LE AZIONI PER LO SVILUPPO DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

- Razionalizzare la rete di erogazione delle prestazioni (dismissione di attività di scarsa o nulla efficacia per la tutela e la promozione della salute pubblica secondo le indicazioni della Evidence Based Prevention).
- Assicurare l'erogazione uniforme delle prestazioni e delle attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dai progetti mirati specifici definiti sia in sede locale che da piani nazionali/regionali (sicurezza sul lavoro, inquinamento atmosferico).
- Procedere alla definizione di un percorso per arrivare all'accreditamento in primo luogo dei Servizi Vaccinali e poi di tutto il Dipartimento di Prevenzione al fine di dare appropriatezza, qualità e trasparenza alle attività dei Servizi.
- Impegnarsi nel tema della promozione della salute operando in modo integrato con i diversi soggetti interessati, seguendo le indicazioni contenute nel Piano Regionale della Prevenzione Attiva (stili di vita, nutrizione, promozione dell'attività motoria, vaccinazioni, screening, sicurezza stradale e domestica).
- Affrontare i problemi emergenti all'interno di ciascun settore tradizionale di attività (per esempio sicurezza sul lavoro, alimentazione, patologie trasmissibili).

MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE AZIENDALI E CON I SOGGETTI ESTERNI

- Privilegiare un metodo di lavoro per obiettivi e per processi operando in modo integrato sia al proprio interno che con gli altri dipartimenti aziendali, i Presidi Ospedalieri, l'Università, gli Enti Locali e tutti i soggetti pubblici e privati comunque interessati.
- Fungere da supporto tecnico per i Comuni, la stessa ASL, i singoli professionisti nel processo di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie socio-sanitarie. Autorizzazione ed accreditamento sono due processi di valutazione sistematica e periodica il cui obiettivo è quello di verificare il possesso ed il mantenimento nel tempo, da parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, dei requisiti relativi alle condizioni strutturali, organizzative e di funzionamento che influiscano sulla sicurezza e qualità dell'assistenza. Per far fronte a queste bisogni nella nostra ASL è stato formalizzato un apposito gruppo di lavoro (**Ufficio verifica autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie**) in posizione di staff con la Direzione del Dipartimento di Prevenzione composta da personale medico, tecnico-ispettivo ed amministrativo che svolge le specifiche attività di verifica tese alla autorizzazione, alla realizzazione, all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Il gruppo di lavoro effettua le verifiche documentali ed in loco in ordine al

possesso di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti dal regolamento regionale 3/2005 per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di ospedali e case di cura, residenze sanitarie, strutture di riabilitazione, strutture specialistiche ambulatoriali, radiologiche, di radioterapia, odontoiatriche, ecc.. Inoltre, su incarico del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, effettua le verifiche circa il possesso degli ulteriori requisiti di qualità per l'accreditamento istituzionale delle strutture già autorizzate, insistenti in territori di altre ASL. Il gruppo di lavoro sta portando avanti sul territorio aziendale l'attuazione del piano straordinario di verifica di tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie private e pubbliche stabilito dalla Giunta Regionale con delibera n. 1398 del 3 agosto 2007 in aggiunta alla costante attività di vigilanza operata dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica. Tutto ciò rappresenta un fondamentale passo verso l'ammodernamento e la qualificazione del servizio sanitario regionale ed, in particolare, della nostra ASL che nei tempi previsti permetterà di avere strutture sicure con erogazione di prestazioni sempre di maggiore qualità.

- Ricercare collaborazione con altri servizi aziendali ed Enti locali nel governo del procedimento finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa per invalidità civile e riconoscimento handicap; su questo obiettivo si sta adoperando alacremente l'U.O. **Medicina Legale** (Struttura semplice del SISP) tramite l'informatizzazione e la messa in rete di tutte le Segreterie e la stipula di protocolli di intesa con l'INPS ed i Comuni. La U.O. Medicina Legale concorre all'istruttoria ed esprime i pareri di competenza in ordine alla dipendenza da cause di servizio di patologie lamentate da dipendenti.

SVILUPPO DELLA FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA DIPARTIMENTALE

Sulla base delle attività poste in essere, il Dipartimento di Prevenzione dovrà necessariamente dotarsi di una struttura interna di epidemiologia nella quale dovranno confluire i dati di pertinenza.

Per attivare tale funzione dovrà:

- a) costituire un pool di professionisti motivati ed in possesso delle conoscenze di base di epidemiologia;
- b) utilizzare gli archivi già disponibili (mortalità, malattie infettive, infortuni sul lavoro);
- c) costruire uno strumento che permetta di assolvere in modo coordinato e sistematico al debito informativo verso la Regione, gli altri enti esterni e le strutture aziendali con la produzione di report unificati, implementando il sistema esistente di raccolta di dati epidemiologici e statistici di attività, ai fini della programmazione sanitaria territoriale e della valutazione dell'efficacia degli interventi effettuati.

L'unità di epidemiologia dipartimentale permetterà una sorta di collegamento in rete tra i Servizi dipartimentali e l'Unità di Epidemiologia e Statistica aziendale.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Partendo dall'idea di salute intesa come progetto sociale di pertinenza di tutta la comunità locale, nell'ottica di promuovere l'integrazione e l'interdisciplinarietà tra le diverse unità operative privilegiando il lavoro per obiettivi piuttosto che per compiti, si sta portando avanti l'insieme delle attività finalizzate ad impedire l'insorgenza delle malattie (es. vaccinazioni) o alla loro precoce individuazione (es. screening) al fine di mantenere/recuperare il proprio stato di salute e l'insieme delle attività di sorveglianza e controllo che vengono realizzate negli ambienti di vita e di lavoro.

In questo ambito si inseriscono anche i Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione che assegnano al Dipartimento di Prevenzione un ruolo di primo piano, sia come struttura deputata a raccogliere, elaborare e valutare dati epidemiologici, sia come struttura chiamata all'offerta attiva di nuove vaccinazioni, di informazione e formazione per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, degli incidenti stradali, domestici, la correzione degli stili di vita (abitudini alimentari, fumo, "Genitori più", ecc.).

Gli obiettivi fissati dai Piani della Prevenzione Attiva 2005/2007, varati dalla Regione Puglia in ottemperanza all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sono stati concretizzati a livello aziendale nei seguenti progetti:

- prevenzione del rischio cardiovascolare;
- prevenzione delle complicanze del diabete;
- prevenzioni delle recidive cerebro-vascolari;
- prevenzioni degli infortuni nei luoghi di lavoro;
- prevenzione degli incidenti stradali;
- prevenzione degli incidenti domestici;
- progetto vaccinazioni;
- screening dei tumori al seno;
- screening del cancro della cervice uterina;
- screening del cancro del colon retto;
- prevenzione dell'obesità.

LA SICUREZZA SUL LAVORO

Particolare rilievo viene riservato allo sviluppo delle attività di prevenzione e controllo sugli insediamenti produttivi attuato mediante l'incremento degli specialisti in Medicina del Lavoro e dei Tecnici della prevenzione affidati allo SPESAL. Tale sviluppo è già di fatto operativo in quanto l'ASL Brindisi ha assunto tali figure professionali grazie all'uso di risorse specifiche erogate nell'ambito del progetto di prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro, inserito nel Piano Regionale della Prevenzione Attiva, mentre ha in programma l'assunzione di ulteriori medici specialisti in Medicina del Lavoro.

Azioni:

- incrementare gli interventi su fasce di soggetti con particolare rischio;
- mettere a regime il sistema informativo e il raccordo dello stesso nel sistema regionale;
- piano per la formazione permanente degli operatori particolarmente tarato sull'aggiornamento delle conoscenze tecniche e su tecniche della comunicazione del rischio;
- progettazione dell'attività a medio e breve termine insieme ai soggetti istituzionali e rappresentanti di categoria per la concertazione di azioni in linea con i bisogni e le richieste del territorio.

Nel triennio di attuazione di questo progetto l'ASL Brindisi ha sinora raggiunto l'obiettivo atteso al secondo anno, ovvero l'aumento del 40% delle attività di controllo e potrà raggiungere l'obiettivo atteso per il terzo anno, ovvero l'aumento del 100% di tali attività, anche grazie al prossimo riconoscimento della qualifica di Ufficiali di Polizia Giudiziaria.

PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI E DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

I progetti relativi alla prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici sono di conduzione regionale. È stato individuato un referente aziendale, per ognuno dei due progetti, allo scopo di renderlo partecipe ai gruppi di lavoro regionali e di garantire il raccordo tra il momento regionale e quello aziendale. L'Azienda sta portando avanti gli interventi formativi e di sensibilizzazione, organizzati sui diversi aspetti inerenti l'infortunistica stradale e domestica con riscontro particolarmente positivo, in termini di sensibilità e adesione, da parte dei soggetti istituzionali e non destinatari degli interventi stessi.

MALATTIE TRASMISSIBILI E PROGETTO VACCINAZIONI

La programmazione aziendale, in merito alle strategie vaccinali, si propone di ridurre il numero delle malattie infettive prevenibili con vaccini con il consolidamento degli obiettivi di copertura vaccinale, tendendo alla eliminazione del morbillo e della rosolia congenita anche con iniziative di recupero e perseguendo ulteriori obiettivi di prevenzione vaccinale con l'utilizzo dei vaccini recentemente registrati e entrati nel calendario vaccinale regionale. Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Brindisi è già fortemente impegnato nell'attuazione del Piano Vaccini avendo ormai implementato ed adeguato il calendario vaccinale con l'offerta di vaccini anti-VZ, meningococco C, pneumococco pediatrico e anti-HPV, oltre aver raggiunto tassi di copertura ottimali per quasi tutte le altre vaccinazioni.

Strumento essenziale in tale programma è la quasi ultimata informatizzazione e messa in rete di tutti gli ambulatori vaccinali con utilizzo della versione web del Sistema di Gestione Informatizzata delle Anagrafi Vaccinali (GIAVA) fornito dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia. La gestione informatizzata degli ambulatori vaccinali assicurerà inoltre l'allineamento con l'anagrafe degli Assistibili del SISR e con le anagrafi Comunali; ciò consentirà l'aggiornamento tempestivo dei

dati sui nuovi nati e l'integrazione con altri sistemi informativi regionali ed aziendali, come con il Sistema Informativo delle Malattie Infettive che ci permetterà di avere un immediato riscontro circa l'efficacia dei programmi vaccinali. A completamento del programma si prevede di attivare il percorso di accreditamento istituzionale dei servizi vaccinali.

Altra linea di intervento del progetto è l'aumento delle coperture vaccinali nelle categorie a rischio; ciò si sta attuando con una più attiva collaborazione con i Medici del Lavoro per aumentare le coperture vaccinali nei lavoratori esposti a rischio biologico ed adottando strategie di collaborazione con i MMG e PLS per aumentare le coperture vaccinali antinfluenzale ed antipneumococcica. Inoltre si sta istituendo una sorta di rete con alcuni reparti ed ambulatori specialistici per individuare soggetti maggiormente a rischio, in caso di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccino, a causa di loro particolari condizioni di salute (immunodepressi, splenectomizzati, diabetici, dializzati cardiopatici, ecc.).

Nella stessa linea di intervento (prevenzione delle malattie infettive nei soggetti a rischio) si inserisce la recente istituzione, nell'ambito del S.I.S.P., del **Centro di Medicina dei Viaggi** che offre attività di informazione e consulenza ai cittadini che intendono intraprendere un viaggio in piena sicurezza, soprattutto se diretti in aree tropicali o subtropicali del pianeta o in aree con situazioni igienico-sanitarie precarie. L'attività del Centro si completa con l'indicazione delle precauzioni da adottare in base ai rischi specifici delle mete da raggiungere e l'esecuzione delle opportune vaccinazioni (anti-febbre gialla, anti-epatite A, anti-epatite B, anti-tetanica, anti-febbre tifoide, anti-meningococcica, anti-colerica, ecc.) e profilassi farmacologiche (anti-malarica). Il Centro si articola in due sedi, una in Brindisi alla p.zza Di Summa 1 (c/o Dipartimento di Prevenzione) ed una in Fasano alla via San Francesco s.n. (c/o Ambulatorio Vaccinazioni) ed utilizza le professionalità già operanti in dette strutture. Verrà ulteriormente promossa l'attività del Centro con una prossima campagna di informazione tramite I mass-media, i MMG, le Farmacie e le Agenzie Viaggi e con l'attivazione di una terza sede presso l'ambulatorio vaccinazioni di Mesagne.

Si stanno predisponendo inoltre protocolli operativi relativi a malattie infettive rilevanti, attraverso l'individuazione di gruppi di lavoro, con il compito anche di valutare le più recenti linee guida internazionali.

Si stanno implementando le azioni di sorveglianza per alcune zoonosi (West Nile, Leishmaniosi, TBC ecc.) secondo le direttive e metodologie diagnostiche emanate dall'Unione Europea.

SCREENING ONCOLOGICI

- Gli screening oncologici sono articolati in tre diverse linee progettuali, **screening del tumore della cervice uterina, del tumore della mammella e del tumore del colon retto** in cui il Dipartimento di Prevenzione è struttura direttamente coinvolta, tramite le UAP, nell'attività di coordinamento, valutazione dei dati epidemiologici e degli esiti.

PROMOZIONE DI CORRETTI STILI DI VITA CON INTENSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE E DI INFORMAZIONE

Interventi di Educazione alimentare e nutrizionale condotti dall'U.O. Igiene della Nutrizione nell'ambito del S.I.A.N.:

- Prosecuzione dell'attività di sorveglianza nutrizionale, al fine di avviare con continuità il monitoraggio dell'obesità infantile.
- Implementazione del **Piano di Prevenzione Attiva "Prevenzione dell'Obesità"**.
- Prosecuzione dei servizi rivolti al cittadino di "Counselling nutrizionale", diretto a singoli individui o gruppi, e in rete con tutta una serie di attività preventive e terapeutiche della ASL e di altri enti e istituzioni.

Il Dipartimento di Prevenzione ha implementato un **programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo** (Dà i più respiro...alla tua vita) che si pone l'obiettivo di diffondere la cultura della prevenzione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie, in particolare di quelle causate da inquinamento e fumo di sigaretta, attraverso una serie di attività formativo-educative incentrate sul più ampio coinvolgimento e la partecipazione attiva degli studenti, con particolare enfasi sulla libertà delle scelte personali e sul legame tra la promozione della salute respiratoria e l'attività sportiva e fisica in generale.

Il S.I.S.P., dopo la trascorsa fase sperimentale, ha definitivamente implementato il Sistema di Sorveglianza "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (**PASSI**): si tratta di una raccolta continua e sistematica di dati che permette di avere informazioni su alcune dimensioni dello stato di salute della popolazione, spesso poco conosciute, e servirà per la programmazione e la successiva valutazione degli interventi mirati alla prevenzione di importanti malattie croniche e alla promozione di uno stile di vita sano. I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, screening del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto; sono inoltre raccolti dati su alcune variabili demografiche e sulla percezione dello stato di salute.

Per ottenere queste informazioni vengono rivolte, durante tutto l'arco dell'anno, alcune domande a un campione rappresentativo di persone di 18-69 anni scelte a caso dalle liste dell'anagrafe assistiti dell'Azienda Sanitaria. I cittadini selezionati per l'intervista sono contattati dal personale sanitario della nostra ASL formato allo scopo, che rivolge loro una serie di domande articolate in un questionario standardizzato.

Il cambiamento culturale che sta alla base del PASSI è quello di passare da un sistema che misura la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie a uno che ascolta direttamente i bisogni di salute percepiti; al centro del sistema vi è, quindi, la persona ed il contatto diretto, attraverso l'intervista telefonica, è la modalità con cui la ASL ascolta la voce dei cittadini e raccoglie le informazioni sui bisogni di salute.

Ancora l'ASL Brindisi, con il coordinamento ed il sostanziale contributo del Dipartimento, sta conducendo la campagna nazionale di prevenzione attiva e promozione della salute dal concepimento fino ai primi anni di vita chiamata "**Genitori Più**" che prevede sette semplici azioni di comprovata efficacia:

1. Assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;
2. Astensione dal fumo di sigaretta in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino;
3. Allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
4. La posizione supina nel sonno nel primo anno di vita, che riduce il rischio di morte improvvisa in culla (SIDS);
5. L'utilizzo di appropriati mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile;
6. Le vaccinazioni;
7. La promozione della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare, che favorisce lo sviluppo cognitivo;

Il progetto prevede delle attività di comunicazione al fine di promuovere la divulgazione dei temi della campagna. Questo sta avvenendo sia mediante le strutture di front-office della ASL e le farmacie, sia attraverso mezzi di comunicazione (giornali, internet, radio e televisione). È utilizzato materiale standardizzato (pieghevoli informativi, poster e manuale operativo) distribuiti nei Consultori familiari, negli ambulatori ospedalieri di ginecologia, nelle strutture ospedaliere di Ostetricia e Pediatria, negli Uffici Anagrafe Distrettuale, negli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta, nei Servizi Vaccinali, negli Uffici Relazione con il Pubblico, nelle farmacie e nelle Parrocchie. Sono stati organizzati anche momenti formativi ECM per divulgare le evidenze scientifiche e le strategie di implementazione della campagna Genitori più tra il personale sanitario delle strutture aziendali coinvolte.

SICUREZZA ALIMENTARE

Con l'introduzione del pacchetto igiene al fine di garantire la sicurezza degli alimenti si impongono le seguenti azioni:

- formazione specialistica del personale;
- sistema di controllo basato su procedure;
- registrazione dell'attività;
- attività di audit;
- coordinamento con l'area Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, SIAV - Area C;

- definizione degli ambiti di responsabilità tecnica e organizzativa;
- implementazione ed estensione di uno specifico percorso di qualità per i servizi di controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità.

Nell'ambito del SIAN è stato inoltre istituito ed attivato il **Centro di Controllo Micologico** il cui responsabile è un Dirigente Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica e Farmacologia ad indirizzo clinico, che si avvale di due Tecnici della Prevenzione con qualifica di "Micologo". Questa struttura eroga prestazioni di vigilanza e controllo sulla raccolta, commercializzazione e consumo di funghi epigei, consulenza sanitaria nei casi di intossicazione fungina nonché attua numerosi corsi di micologia di base al termine del quale viene rilasciato un attestato di idoneità alla identificazione delle specie fungine, valevole per cinque anni, necessario per poter ottenere, dal Comune di residenza, il permesso annuale per la raccolta. Finalità di tutto ciò è quella di intervenire efficacemente sul contenimento delle intossicazioni fungine e promuovere una diffusa cultura di rispetto degli ambienti naturali.

L'obiettivo della sicurezza alimentare è presidiato anche dalle Aree Veterinarie, in particolare da quelle che si occupano della sanità animale e del controllo degli allevamenti. A questo proposito la Asl di Brindisi terrà in debito conto la concentrazione di insediamenti zootecnici nell'area geografica ricadente nei comuni di Ceglie Messapica e Cisternino ai fini di una più efficiente distribuzione delle infrastrutture territoriali.

LE INFRASTRUTTURE

Come in precedenza illustrato i predetti Servizi di igiene e sanità pubblica sono distribuiti su sei ambiti territoriali corrispondenti al territorio delle ex UU.SS.LL. con attività ambulatoriali presenti in ogni Comune della Provincia. La sede operativa sarà quella prevista per i Centri di Salute o le Case della Salute in modo da ottimizzare l'uso delle risorse e interare l'operatività delle diverse equipe al fine di dare una risposta unitaria ai bisogni dei cittadini e degli operatori economici. È necessario impegnare ulteriormente risorse umane e finanziarie per l'adeguamento strumentale degli ambulatori vaccinali e degli altri servizi in genere.

La ASL intende realizzare a Latiano – "Villa Romatizza" un centro polifunzionale a valenza inter-provinciale, mediante l'utilizzo di fondi comunitari, nel quale trovino spazio attività di Enti operanti nei vari comparti produttivi, della ASL di Enti Pubblici deputati alla tutela della salute dei lavoratori, alla sicurezza e all'igiene degli alimenti, dell'acqua, del benessere alimentare e dei prodotti di allevamento, nonché deputati alla tutela ambientale (ARPA), con l'obiettivo di intraprendere una proficua collaborazione a sostegno dello sviluppo del territorio.

LE INFRASTRUTTURE	SISP	SIAN	SPESAL	Vet.A	Vet.B	Vet.C
Distretto n.1 - Brindisi						
Brindisi	XXX	X	X	X	X	X
Turano	X					
Distretto n.2 - Fasano						
Fasano	X	X	X	X	X	
Cisternino	X	X		X	X	
Distretto n.3 - Francavilla Fontana						
Francavilla Fontana	X	X		X	X	
Oria	X					
San Michele Salentino	X					
Villa Castelli	X					
Distretto n.4 – Ostuni						
Ostuni	X	X		X	X	
Carovigno	X					
San Vito dei Normanni	X					
Ceglie Messapica	X			X		
Distretto n.5 – Mesagne						
Mesagne	X	X		X	X	X
Torre S. Susanna	X					
Erchie	X					
Latiano	X					
Distretto n.6 – San Pietro V.co						
Cellino San Marco	X					
San Pancrazio Salentino	X					
San Pietro Vernotico	X	X		X	X	
Sandonaci	X					
Torchiarolo	X					
TOTALE	23	7	2	7	7	2

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

La ASL Brindisi ha l'obbligo di tutelare la salute nei propri luoghi di lavoro in relazione alle differenti tipologie di rischio a cui sono esposti gli Operatori, nell'ambito del quadro normativo delineato dal Decreto Legislativo n. 81/2008 .

A tale scopo la ASL, con atto deliberativo n. 3859 del 30.12.2008, ha stabilito di riorganizzare le funzioni di prevenzione e protezione al suo interno, anche allo scopo di potenziare tutti i fattori utili alla tutela della salute del lavoro nel territorio. Pertanto, essa proseguirà nella fase attuativa delle seguenti azioni:

- riattivazione di un servizio ambulatoriale e di “day hospital” di medicina del lavoro presso il S.O. San Pietro V.co , con il quale si intende offrire un presidio di assistenza sanitaria per i tanti lavoratori dell'area brindisina esposti a rischi particolarmente nocivi per la salute umana e per questo colpiti nella globalità della loro salute;
- incremento della attività di formazione già prevista dalle vigenti norme;
- riorganizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione, nel quale si individuano i seguenti settori di attività:
 - sorveglianza sanitaria, dedicato alla individuazione dei rischi da esposizione e al controllo sanitario dei lavoratori;
 - prevenzione e protezione, dedicato alla valutazione dei rischi negli ambienti di lavoro e alla definizione di tutte le azioni necessarie per rimuoverli;
 - radio-protezione, dedicato alla sorveglianza del rischio da radiazioni ionizzanti, con riferimento anche alle esigenze di protezione della popolazione, così come stabilito dal Decreto Legislativo n. 230/2000.

SANITA' PENITENZIARIA

A seguito del D.P.C.M. 1° aprile 2008, "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", la assistenza penitenziaria è in carico alle Aziende Sanitarie. Occorre pertanto definire il modello organizzativo a supporto della struttura penitenziaria quale la Casa Circondariale di Brindisi, avente capienza di 200 posti, dedicati a detenuti di sesso maschile e maggiorenni.

Lo stesso DPCM su citato prevede che nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti, sia istituito un Servizio multi professionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche, in cui un Medico responsabile coordini le prestazioni erogate dalla strutture e dal personale della Azienda Sanitaria, la cui dipendenza funzionale sia individuata o nel distretto o nella Direzione Sanitaria aziendale stessa.

In questa cornice, l'assetto organizzativo e funzionale condiviso tra ASL e Direzione della Casa Circondariale, anche perché ritenuto più confacente alle esigenze assistenziali della popolazione carceraria evidenziate dalle Linee Guida nazionali, ha le seguenti caratteristiche:

- **1 Dirigente Medico responsabile** sotto il profilo igienico-organizzativo, incardinato quale Dirigente di "struttura semplice" .
- **Copertura della assistenza medica sulle 24 ore** con turnazione "1-1-1", da garantirsi mediante una adeguata dotazione di Medici (5 x 38 ore di servizio settimanale), con particolare riferimento alle funzioni di guardia medica e osservazione breve nella fascia oraria 8-20, prima risposta alle urgenze, medicina generale (con possibilità di uso del ricettario), valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi, collegamento con il Presidio Ospedaliero di riferimento per ricoveri e/o prestazioni diagnostiche urgenti;
- **1 Coordinatore Infermieristico** da individuarsi secondo le norme e procedure contrattuali vigenti, previa istituzione della relativa posizione giuridica.
- **Copertura della assistenza infermieristica sulle 24 ore** con turnazione "2-1-1", da garantirsi mediante una dotazione di n. 5 Infermieri x 36 ore settimanali.
- **Sviluppo delle attività di consulenza specialistica** erogate presso la struttura penitenziaria, con particolare riferimento alle specialità di Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Odontoiatria, Malattie Infettive, Diagnostica per immagini (Radiologia Tradizionale, Ecografia, Ortopantomografia), Diagnostica di Laboratorio Analisi (mediante attività di centro prelievo afferente al Laboratorio distrettuale di Brindisi, già punto di riferimento per la tossicologia). Tale implementazione dovrà essere assicurata, a regime dopo la fase di transitoria conferma dei vigenti rapporti di lavoro, da Specialisti afferenti alla Medicina Specialistica ambulatoriale, reclutati in caso di necessità anche in deroga al tetto orario assegnato dalla Regione Puglia.

- **Sviluppo della funzione SERT** – Carcere, da perseguire mediante una presenza complessiva tendenziale del Medico Tossicologo e dello Psicologo di almeno 38 ore settimanali.
- **Sviluppo della funzione Salute Mentale** – Carcere con istituzione di apposito incarico professionale medico-psichiatrico nell'ambito del D.S.M. aziendale.
- Estensione alla U.O. penitenziaria delle **iniziative in materia di mediazione culturale in favore della popolazione immigrata** già adottate in altre strutture sanitarie aziend

RETE OSPEDALIERA

PIANO DI INTERVENTO PER LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Gli interventi in ambito ospedaliero, saranno suddivisi in due fasi: quella immediata, realizzata attraverso la riallocazione di risorse disponibili, per garantire la piena funzionalità delle strutture ospedaliere avvicinando il più possibile la domanda all'offerta, e una seconda, caratterizzata dalla attivazione di nuovi servizi con nuove risorse messe in campo con l'adeguamento degli stanziamenti al fine di dare piena operatività al nuovo Piano della Salute.

Entrambe, si pongono in organica successione e, pertanto, la prima può considerarsi quale preludio alla seconda.

In linea di principio gli interventi sui Presidi possono essere suddivisi a seconda dei livelli di complessità dei servizi ivi allocati, in funzione dei quali si può dare una specifica "mission" all'interno della rete ospedaliera provinciale e regionale. Questo anche al fine di garantire livelli appropriati di assistenza, in funzione della complessità clinica. Il tutto anche al fine di garantire l'assistenza ospedaliera ad una percentuale sempre maggiore di residenti, in strutture direttamente gestite dall'Azienda.

Migliorare i livelli di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera assicurando il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata garantendo i seguenti tassi di ospedalizzazione.

Anno 2006	per ricoveri ordinari	156	ricoveri diurni 34
Anno 2007	per ricoveri ordinari	144	ricoveri diurni 36 ⁹

I presidi e stabilimenti attualmente attivi nell'Azienda, sulla base della classificazione del Piano della Salute sono così suddivisi:

Ospedali di primo livello:

Ospedali di San Pietro Vernotico, Mesagne, Fasano, Ceglie Messapica, Ostuni (fino alla attivazione delle U.O.C. di rianimazione e UTIC con posti letto) e Francavilla Fontana (fino alla attivazione delle U.O.C. di rianimazione con posti letto)

Ospedali di Livello intermedio :

Nessun Presidio può essere attualmente classificato come tale, considerato che mancano le U.O. di

⁹ DIEF 2006

Degenza di Rianimazione a Francavilla Fontana e UTIC e Rianimazione a Ostuni .

Ospedale di riferimento:

Presidio Ospedaliero Perrino di Brindisi

Mission Specifica:

Ospedali di primo livello

Mission: dedicati al Trattamento di patologie acute a medio - bassa soglia di complessità clinico assistenziale¹⁰ e al trattamento di pazienti clinicamente stabilizzati per le patologie trattabili dalle branche medico chirurgiche generali (Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ostetricia e ginecologia – Pediatria).

Obiettivo di fondo è trattare in loco attraverso l'attivazione di branche specialistiche di base, le patologie a medio - bassa complessità sia mediche che chirurgiche che emergono dal territorio di riferimento (che è il distretto) e che attualmente migrano presso gli ospedali a valenza provinciale della ASL o, peggio, fuori provincia, generando, nel primo caso, liste d'attesa per patologie a maggior peso e, nel secondo caso, mobilità passiva intra ed extraregionale. Queste strutture rappresentano il punto di integrazione tra la rete territoriale distrettuale ed ospedaliera in un sistema di continuità delle cure. Al fine di giungere a questo obiettivo, è necessario superare l'attuale dicotomia tra Stabilimenti con prevalente attività chirurgica e altri con servizi medici nonché la suddivisione tra prestazioni specialistiche per non ricoverati ospedaliere e territoriali.

Ospedali di Livello Intermedio

Mission : assistenza ospedaliera di base per la popolazione residente e di medio alta soglia di complessità per un bacino provinciale, superando la divisione dicotomica tra Ospedale medico e Ospedale Chirurgico, riattribuendo a queste strutture il mandato di trattare le patologie complesse inclusa la traumatologia e l'emergenza/urgenza medica e chirurgica, divenendo così punto del DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) di livello 1 grazie al supporto di specialità mediche e chirurgiche con o senza posti letto.

¹⁰ Il peso DRG di riferimento che caratterizza l'alta complessità è 1,2 in analogia a quanto disposto dal DIF 2006 dove lo stesso valore è considerato quale riferimento per escludere gli eventuali ricoveri dalla determinazione del tetto tariffario per le strutture accreditate.

Ospedali di riferimento

L'Ospedale Perrino rappresenta il riferimento del territorio provinciale e regionale, per tutte le specialità mediche e chirurgiche nonché per alcuni punti di eccellenza di riferimento regionale e sovraregionale. Alla struttura dovranno convergere particolari risorse in modo da rendere possibile l'attivazione di percorsi di cura di "alta specialità" e all'integrazione delle funzioni assistenziali con il settore della ricerca e della didattica.

Per ogni struttura verrà avviato un programma edilizio finalizzato alla messa a norma delle stesse, al rinnovo tecnologico e al raggiungimento di quei requisiti indispensabili per l'accreditamento, utilizzando a questo fine risorse ex art. 20 o risorse proprie aziendali secondo la previsione del piano degli investimenti.

L'ATTUALE RETE OSPEDALIERA

Vi sono alcune criticità nella attuale rete di servizi ospedalieri. Prima tra queste la mancanza di servizi di terapia intensiva e UTIC nella zona nord della provincia (Fasano Ostuni Cisternino) e l'assenza di terapia intensiva a Francavilla Fontana. Altra criticità è rappresentata dal fatto che alcuni Ospedali distrettuali hanno dei gruppi operatori perfettamente agibili (es. Mesagne, Fasano, Francavilla e Ostuni) altri o non hanno sale operatorie come San Pietro Vernotico o le hanno avute attivate solo di recente (Mesagne Ceglie Messapica). Questo ha causato una forte mobilità in particolare nelle zone lontane da un teorico baricentro rappresentato del P.O. Perrino.

Altro elemento di criticità è rappresentato dalla sottodotazione di posti letto, senza un utilizzo ottimale di day hospital. In molti casi, il numero di posti letto per le branche di base è risultato inferiore al minimo previsto dal Piano della Salute. In sintesi, come di seguito meglio illustrato il numero di posti letto X 1000 abitanti è risultato essere pari a 3,37 rispetto ai 4,5 previsti dalla normativa vigente e all'indice tendenziale di 4 (previsto dal piano della salute).

Alla luce di queste premesse, nella fase di primo avvio verrà data piena funzionalità alle Strutture Complesse presenti con potenziamento della dotazione di posti letto secondo standard minimi individuati dal Piano della Salute e verranno autonomizzate le strutture semplici dotate di un numero significativo di posti letto per ricovero. Le U.O. di Chirurgia estenderanno la loro attività ad altri ambiti specialistici chirurgici se non presenti nel presidio (es ortopedia, ginecologia, urologia, oculistica, ORL) trattando pazienti in regime di day surgery o one-DS, in continuità assistenziale con le UOC specialistiche di riferimento. Questi interventi saranno sempre a bassa complessità o comunque destinati a pazienti clinicamente stabilizzati.

Per l'area medica, saranno attivate strutture semplici specialistiche in grado di effettuare ricoveri, Day Hospital, e consulenze specialistiche utilizzando PL tecnici nelle UOC di riferimento es.

Cardiologia e Reumatologia, presso le U.O. di Medicina Interna. L'integrazione con i servizi specialistici poliambulatoriali consentirà di effettuare day service, secondo percorsi di cura e assistenza per le principali patologie sociali, in accordo con la rete di medicina generale. Vi sarà un collegamento funzionale con le UU.OO. di ricovero di lungodegenza, le RSA, le RSSA, l'ADI per la lungodegenza di pazienti non autosufficienti. Importante sarà il ruolo degli specialisti ambulatoriali interni non solo per la presa in carico di pazienti esterni che affluiscono ai poliambulatori ma anche per attività rivolte a pazienti ricoverati nelle U.O. ospedaliere. In queste strutture sarà garantita l'assistenza cardiologica, sotto forma di Struttura Complessa o Semplice a valenza dipartimentale.

Dovrà essere riorganizzata l'offerta riabilitativa superando la confusione attualmente presente con la lungodegenza. L'attività riabilitativa si articolerà su più direttrici: Assistenza ospedaliera in acuto, assistenza ambulatoriale e domiciliare riabilitativa, assistenza riabilitativa a portatori di disabilità fisica e sensoriale. Per ogni linea di attività verranno organizzati servizi specifici. Al fine di potenziare i livelli di sicurezza interna e per garantire uniformi opportunità assistenziali a pazienti critici, in una prima fase è necessario completare gli interventi strutturali finalizzati all'apertura o la realizzazione delle UU.OO. di Rianimazione a Francavilla, UTIR e UTIC presso i presidi di Ostuni passando in una prima fase, all'attivazione di una terapia intensiva post chirurgica e successivamente di una terapia intensiva vera e propria.

Per la riorganizzazione su indicata, verranno assegnati nuovi posti letto in funzione delle disponibilità di personale, spazi fisici idonei ed attrezzatura. Saranno effettuati interventi finalizzati alla acquisizione di attrezzature, messa a norma delle strutture anche utilizzando le opportunità provenienti dai fondi FESR. In questa prima fase saranno riorganizzate le risorse umane attraverso la rivisitazione dei percorsi interni di cura.

La nuova programmazione della rete ospedaliera nella ASL Brindisi recepisce le indicazioni contenute nel Piano Regionale della Salute, coerenti del resto con alcune azioni intraprese dalla Direzione aziendale al fine di riequilibrare l'offerta di servizi sul territorio, così come previsto dalla L.R. n. 26/2006, articolo 11.

La proposta relativa alla nuova rete ospedaliera provinciale prevede la seguente articolazione:

- Ospedale di riferimento: **BRINDISI**, tecnologicamente avanzato, sede di DEA di II livello, sede delle alte specialità, sede delle funzioni didattiche legate alla integrazione tra ASL e Università. Allo scopo di favorire ulteriormente la affermazione del ruolo di riferimento dell'Ospedale di Brindisi, la Direzione Generale della ASL BR prevede lo scorporo degli SS. 00. di Mesagne e S. Pietro Vernotico, con la conseguente costituzione del P.O. unico Mesagne-S.Pietro.

Ospedali di livello intermedio: FRANCAVILLA FONTANA e BRINDISI NORD (derivante dalla "fusione" degli Stabilimenti Ospedalieri di Ostuni, Fasano e Cisternino). Sono sede di DEA I livello, rispettivamente lungo la direttrice jonico-salentina e la direttrice adriatica; sono dotati delle discipline di base e specialistiche rese necessarie dalle condizioni epidemiologiche del territorio, distribuite in maniera da assicurare uniformità ed equità di accesso ai servizi nel territorio di riferimento.

- Nella fase di primo avvio del Piano della Salute, il presidio di livello intermedio sarà quello di Ostuni che avrà una serie di interventi strutturali capaci di potenziare nell'immediato l'offerta di servizi secondo le logiche previste per gli ospedali di livello intermedio.
- Ospedali di primo livello: Mesagne - San Pietro Vernotico, Ceglie e Fasano. Sono dotati delle discipline di base, di eventuali discipline specialistiche e sono sede di Pronto soccorso attivo, collegato con l'intera rete ospedaliera provinciale e regionale; sono dotati di autonomia funzionale e per la gestione dei relativi percorsi assistenziali e svolgono attività di degenza ordinaria e a ciclo diurno e, in particolare per quanto attiene la produzione chirurgica, sviluppano anche attività tecnologicamente avanzate e prestazioni in day surgery, one-day surgery, week-surgery.
- Ospedali a prevalente indirizzo riabilitativo: Ceglie Messapica e stabilimento di San Pietro Vernotico. Sono sede di Pronto soccorso attivo, dotati di alcune discipline di base, in particolare la medicina e la chirurgia ed eventuali discipline specialistiche; sono dotati di autonomia funzionale e per la gestione dei relativi percorsi assistenziali, nella fase di urgenza sono collegati con altri presidi di riferimento, al fine di garantire in loco la patologia medica e chirurgica di maggiore complessità. In queste strutture particolare attenzione sarà riservata al trattamento riabilitativo di pazienti provenienti dall'intero territorio aziendale e da ambiti limitrofi. In particolare Ceglie Messapica curerà l'assistenza riabilitativa in due centri, funzionalmente collegati tra loro: il centro per motulesi già operativo da anni presso una struttura di proprietà dell'Azienda data in concessione e un secondo servizio riabilitativo per pazienti con patologia motoria di pertinenza ortopedica e pazienti con gravi deficit neurologici abissognevoli di trattamenti intensivi riabilitativi di medio lungo periodo. Questi pazienti verranno ospitati presso l'attuale struttura ospedaliera. In San Pietro Vernotico verrà attivato un percorso riabilitativo destinato a pazienti con patologia cardiorespiratoria e pazienti con patologia motoria di pertinenza ortopedica. Sempre **San Pietro Vernotico** si caratterizzerà per una seconda specificità. Sarà punto di riferimento Aziendale per le Patologie medico chirurgiche dell'Anziano che richiedono percorsi diagnostico terapeutici erogabili in day hospital, day surgery o day service.

Pertanto, lo schema di articolazione della rete ospedaliera della ASL Brindisi è il seguente:

	P.O. Riferimento	P.O. Intermedio	P.O. Base	Riabilitazione
S.O. Brindisi	X			
S.O. Francavilla		X		
S.O. Ceglie			X	X
S.O. Specialistica Ceglie				X
S.O. Ostuni		X		
S.O. Fasano			X	
S.O. Mesagne			X	
S.O. S. Pietro			X	X
IRCS Medea				X
TOTALE	1	2	4	4

I RICOVERI NEL 2007

La tabella di seguito riportata i ricoveri per DRG medici e chirurgici per residenza dei pazienti e per struttura dove questi sono stati effettuati.

RICOVERI DI AREA MEDICA

distretto	comune residenza	PPOO ASL BR	Casa di Cura Salus accreditata	Ircs medea	assistenza indiretta	infra regione	fuori regione	totale	%	popolazione ISTAt al 01/01/2007	Tasso di ospedalizzazione
distretto n° 1	BRINDISI	8.495	1.045	23	50	1.141	788	11.542	21,45%	90.222	127,93
	SAN VITO DEI NORMANNI	1.830	134	13	8	410	159	2.554	4,75%	19.817	128,88
distretto n° 2	CISTERNINO	904	12	1	3	566	101	1.587	2,95%	11.944	132,87
	FASANO	3.585	32	20	3	1.750	228	5.618	10,44%	38.270	146,80
	OSTUNI	3.021	54	33	4	862	225	4.199	7,80%	32.591	128,84
distretto n° 3	CAROVIGNO	1.375	90	7	7	287	102	1.868	3,47%	15.733	118,73
	CEGLIE MESSAPICA	2.333	41	8	8	548	133	3.071	5,71%	20.678	148,52
	FRANCAVILLA FONTANA	3.824	122	27	4	845	298	5.120	9,52%	36.469	140,39
	ORIA	1.445	59	9	1	395	107	2.016	3,75%	15.366	131,20
	SAN MICHELE SALENTINO	795	28	6	1	153	53	1.036	1,93%	6.277	165,05
	VILLA CASTELLI	550	13	2	2	531	71	1.169	2,17%	8.912	131,17
distretto n° 4	CELLINO SAN MARCO	735	31		1	194	63	1.024	1,90%	6.782	150,99
	ERCHIE	599	41	1	3	274	69	987	1,83%	8.986	109,84
	LATIANO	1.409	60	2	2	265	100	1.838	3,42%	15.144	121,37
	MESAGNE	2.932	150	4	9	474	226	3.795	7,05%	27.902	136,01
	SAN DONACI	595	21	1	3	226	63	909	1,69%	7.002	129,82
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	748	33	1	3	310	86	1.181	2,20%	10.482	112,67
	SAN PIETRO VERNOTICO	1.709	68	2	5	337	136	2.257	4,19%	14.667	153,88
	TORCHIAROLO	516	13		5	109	47	690	1,28%	5.035	137,04
	TORRE SANTA SUSANNA	939	19	6	1	301	77	1.343	2,50%	10.552	127,27
	totale	38.339	2.066	166	123	9.978	3.132	53.804	100,00%	402.831	133,56
%	71,26%	3,84%	0,31%	0,23%	18,55%	5,82%	100,00%				

I RICOVERI DI AREA CHIRURGICA

distretto	comune residenza	PPOO ASL BR	Casa di Cura Salus accreditata	Ircs medea	assistenza indiretta	infra regione	fuori regione	totale	%	popolazione ISTAt al 01/01/2007	Tasso di ospedalizzazione
distretto n° 1	BRINDISI	4.433	548		91	1.314	712	7.098	22,68%	90.222	78,67
	SAN VITO DEI NORMANNI	925	108		10	340	164	1.547	4,94%	19.817	78,06
	TOTALE	5.358	656	0	101	1.654	876	8.645	27,63%	110.039	78,56
	%	61,98%	7,59%	0,00%	1,17%	19,13%	10,13%	100,00%			
distretto n° 2	CISTERNINO	447	24		3	502	117	1.093	3,49%	11.944	91,51
	FASANO	1.363	37		7	1.326	214	2.947	9,42%	38.270	77,01
	OSTUNI	1.302	74	1	12	805	240	2.434	7,78%	32.591	74,68
	TOTALE	3.112	135	1	22	2.633	571	6.474	20,69%	82.805	78,18
	%	48,07%	2,09%	0,02%	0,34%	40,67%	8,82%	100,00%			
distretto n° 3	CAROVIGNO	671	106		10	270	85	1.142	3,65%	15.733	72,59
	CEGLIE MESSAPICA	890	65		8	470	131	1.564	5,00%	20.678	75,64
	FRANCAVILLA FONTANA	1.619	163		42	779	272	2.875	9,19%	36.469	78,83
	ORIA	603	69		7	353	66	1.098	3,51%	15.366	71,46
	SAN MICHELE SALENTINO	324	16		3	135	42	520	1,66%	6.277	82,84
	VILLA CASTELLI	242	29		3	297	51	622	1,99%	8.912	69,79
	TOTALE	4.349	448	0	73	2.304	647	7.821	24,99%	103.435	75,61
	%	55,61%	5,73%	0,00%	0,93%	29,46%	8,27%	100,00%			
distretto n° 4	CELLINO SAN MARCO	271	36		5	190	48	550	1,76%	6.782	81,10
	ERCHIE	290	52		4	254	46	646	2,06%	8.986	71,89
	LATIANO	650	69		12	262	103	1.096	3,50%	15.144	72,37
	MESAGNE	1.268	165		9	488	230	2.160	6,90%	27.902	77,41
	SAN DONACI	213	34		7	258	67	579	1,85%	7.002	82,69
	SAN PANCRAZIO SALENTINO	304	37		6	375	57	779	2,49%	10.482	74,32
	SAN PIETRO VERNOTICO	694	79		12	393	93	1.271	4,06%	14.667	86,66
	TORCHIAROLO	251	14		1	125	42	433	1,38%	5.035	86,00
	TORRE SANTA SUSANNA	427	56		9	275	70	837	2,67%	10.552	79,32
	TOTALE	4.368	542	0	65	2.620	756	8.351	26,69%	106.552	78,37
%	52,31%	6,49%	0,00%	0,78%	31,37%	9,05%	100,00%				
totale	17.187	1.781	1	261	9.211	2.850	31.291	100,00%	402.831	77,68	
%	54,93%	5,69%	0,00%	0,83%	29,44%	9,11%	100,00%				

Dalle tabelle allegate, si evidenzia che le strutture direttamente gestite dall'Azienda coprono il 71,2% dei ricoveri di area medica e il 54,9% di quelli chirurgici. Per questi ultimi, la mobilità

maggiore è quella registrata nei distretti di “confine” poiché la carenza di offerta è massima nel territorio posto a nord della provincia (Fasano) e a sud (distretto di Mesagne) anche se in questo ultimo caso un funzione compensatoria viene esercitata dal PO Perrino. Come evidenziato dalla tabella, il tasso di ospedalizzazione complessivo e in particolare di area medica è ancora sensibilmente superiore rispetto agli obiettivi richiesti.

I POSTI LETTO ATTIVATI NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

La situazione dei PL attivi al 30.09.2008 nella ASL Br deriva dalla attuazione del Piano di Riordino Ospedaliero del 2002, a cui hanno fatto seguito interventi di parziale modifica consistenti in attivazione/spostamenti di Unità Operative di degenza da uno Stabilimento all'altro motivati da particolari esigenze assistenziali.

La tabella seguente riporta la distribuzione dei posti letto attivi per Stabilimento Ospedaliero, per disciplina:

Centro di Riabilitazione Neuromotulesi - Ceglie*

posti letto	totali	ordinari	day hospital
neuroriabilitazione	60	60	0
recupero e riabilitazione	45	36	9
totale Stabilimento	105	96	9

* funzionalmente accorpati allo S.O. Ceglie

Stabilimento Ospedaliero Brindisi

posti letto	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	27	25	2
chirurgia generale	24	22	2
chirurgia plastica	20	18	2
chirurgia vascolare	20	18	2
dermatologia	20	18	2
ematologia	20	15	5
endocrinologia	20	18	2
geriatria	33	32	1
grandi ustionati	11	11	0
malattie infettive	20	18	2
medicina interna	32	30	2
nefrologia	20	18	2
neonatologia	12	12	0
neurochirurgia	20	19	1
neurologia	32	32	0
nido	0	0	0
oculistica	20	18	2
oncologia	10	0	10
ortopedia e traumatologia 1	28	28	0
ortopedia e traumatologia 2	27	27	0
ostetricia e ginecologia	53	48	5
otorinolaringoiatria	20	18	2
pediatria	22	20	2
terapia intensiva	16	16	0
terapia intensiva neonatale	8	8	0
unita' coronarica	8	8	0
urologia	27	24	3
totale Stabilimento	570	521	49

Stabilimento Ospedaliero Mesagne

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	25	20	5
lungodegenza	24	24	0
medicina interna	24	22	2
ortopedia e traumatologia	5	0	5
pediatria	4	0	4
totale Stabilimento	82	66	16

Stabilimento Ospedaliero S. Pietro V.co

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	2	0	2
geriatria	20	20	0
lungodegenza	24	24	0
medicina interna	20	18	2
pneumologia	22	20	2
psichiatria	12	11	1
totale Stabilimento	100	93	7

Stabilimento Ospedaliero Cisternino

posti letto	totali	ordinari	day hospital
lungodegenza	26	26	0
totale Stabilimento	26	26	0

Stabilimento Ospedaliero Fasano

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	10	9	1
lungodegenza	6	6	0
medicina interna	22	18	4
ostetricia e ginecologia	18	16	2
ortopedia	5	0	5
pediatria	20	20	0
pneumologia	25	25	0
totale Stabilimento	106	94	12

Stabilimento Ospedaliero Ostuni

posti letto	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	4	4	0
chirurgia generale	25	23	2
medicina interna	24	22	2
ortopedia e traumatologia	25	23	2
ostetricia e ginecologia	22	20	2
pediatria	20	19	1
totale Stabilimento	120	111	9

Stabilimento Ospedaliero Ceglie M.ca

<i>posti letto</i>	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	15	9	6
lungodegenza	22	22	0
medicina interna	10	9	1
ortopedia e traumatologia	18	17	1
psichiatria	15	14	1
totale Stabilimento	80	71	9

Stabilimento Ospedaliero Francavilla F.

<i>posti letto</i>	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	14	13	1
chirurgia generale	19	18	1
lungodegenza	10	10	0
medicina interna	22	20	2
nefrologia	16	15	1
ortopedia e traumatologia	24	22	2
ostetricia e ginecologia	29	26	3
pediatria	20	18	2
unita' coronarica	8	8	0
totale Stabilimento	162	150	12

TOTALE ASL	1.351	1.228	123
-------------------	--------------	--------------	------------

La situazione dei posti letto, distinti per disciplina, è la seguente:

Branca	Codice	Branca	Piano 2003	Piano 2008	Attuali	Delta
M	8	Cardiologia	55	48	45	-3
CH	9	Chirurgia Generale	111	154	120	-24
CH	12	Chirurgia Plastica	20	20	20	0
CH	14	Ch. Vascolare	20	14	20	6
M	52	Dermatologia	20	14	20	6
M	18	Ematologia	20	20	20	0
M	19	Endocrinologia	20	15	20	5
M	21	Geriatrics	53	57	53	-4
RIAB.	60	Lungodegenza	272	100	112	12
M	24	Malattie Infettive	20	27	20	-7
M	26	Medicina Interna	160	230	154	-76
M	29	Nefrologia	40	33	36	3
M.I.	62	Neonatologia	12	18	12	-6
CH	30	Neurochirurgia	20	22	20	-2
M	32	Neurologia	32	44	32	-12
RIAB.	75	Neuroriabilitazione	60	60	60	0

CH	34	Oculistica	20	26	20	-6
M	64	Oncologia	20	20	10	-10
CH	36	Ortopedia e Traumatologia	148	140	132	-8
M.I.	37	Ostetricia e Ginecologia	127	150	122	-28
CH	38	Otorinolaringoiatria	20	32	20	-12
M.I.	39	Pediatria	86	80	86	6
M	68	Pneumologia	47	40	47	7
PS	40	Psichiatria	30	30	27	-3
RIAB.	56	Recupero e Riabilitazione	39	84	45	-39
T.I.	49	Terapia Intensiva	19	22	16	-6
T.I.		TIPO (T. Intensiva PostOperatoria)		4	0	-4
T.I.	47	Grandi Ustionati	11	16	11	-5
T.I.	73	UTIN	8	9	8	-1
M.I.		Rianimazione Pediatrica		4	0	-4
T.I.	50	Unità Coronaria	24	22	16	-6
CH	43	Urologia	27	34	27	-7
M	58	Gastroenterologia	20	18	0	-18
M	71	Reumatologia	20	4	0	-4
CH	35	Odontoiatria		10	0	-10
M.I.	11	Chirurgia Pediatrica	20	0	0	0
CH	13	Ch. Toracica	20	10	0	-10
M.I.	33	Neuropsichiatria Infantile	20		0	0
CH	7	Cardiochirurgia	20	10	0	-10
RIAB.	28	Unità Spinale		4	0	-4
		Riabilitazione cardiologia	40		0	0
		Riabilitazione respiratoria	40		0	0
		Totale	1.761	1.645	1.351	-274
		Posti Letto x 1000	4,4	4,11	3,38	

Come evidenziato, il numero di posti letto è significativamente inferiore rispetto a quello previsto dall'attuale Piano di Riordino (del 16% circa).

PREVISIONE IN POSTI LETTO

Stabilimento Ospedaliero Brindisi

posti letto	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	27	24	3
chirurgia generale	32	30	2
chirurgia plastica	20	18	2
chirurgia vascolare	14	13	1
dermatologia	10	8	2
ematologia	20	18	2
endocrinologia	10	8	2
geriatria	37	35	2
grandi ustionati	16	16	0
malattie infettive	20	18	2
medicina interna	32	30	2
nefrologia	17	16	1
neonatologia	18	18	0
neurochirurgia	22	20	2
neurologia	30	30	0
gastroenterologia	18	16	2
nido	0	0	0
oculistica	14	13	1
oncologia	20	16	4
ortopedia e traumatologia	48	46	2
ostetricia e ginecologia	54	50	4
otorinolaringoiatria	20	18	2
pediatria	20	19	1
terapia intensiva	12	12	0
terapia intensiva post-operatoria	4	4	0
terapia intensiva neonatale	9	9	0
rianimazione pediatrica	4	4	0
unita' coronarica	8	8	0
urologia	20	18	2
chirurgia toracica	10	10	0
cardiochirurgia	10	10	0
odontoatria	5	5	0
totale Stabilimento	601	560	41

Stabilimento Ospedaliero Mesagne

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	32	28	4*
ortopedia	6	0	6
ginecologia	6	0	6
oculistica	4	0	4
lungodegenza	24	24	0
medicina interna	32	28	4
recupero e riabilitazione	20	18	2
totale Stabilimento	124	98	26

(*) Anche per day surgery/one day surgery polispecialistico

Stabilimento Ospedaliero S. Pietro V.co

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale*	6	0	6
ortopedia	20	18	2
geriatria	20	20	0
lungodegenza	20	20	0
medicina interna	32	28	4
reumatologia	4	0	4
medicina del lavoro**	4	0	4
pneumologia	22	20	2
psichiatria	15	14	1
recupero e riabilitazione	20	18	2
totale Stabilimento	159	138	21

*anche per day surgery polispecialistico

** *Posti letto tecnici*

Stabilimento Ospedaliero Cisternino

posti letto	totali	ordinari	day hospital
lungodegenza	24	24	0
totale Stabilimento	24	24	0

Stabilimento Ospedaliero Fasano

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale*	16	10	6
odontoiatria	2	2	0
lungodegenza ("post-stroke")	12	12	0
medicina interna	28	24	4 (oncologia)
ostetricia e ginecologia	24	20	4
oculistica	4	0	4
pediatria	20	20	0
pneumologia	18	18	0
*totale Stabilimento	124	106	18

* anche per day surgery polispecialistico

Stabilimento Ospedaliero Ostuni

posti letto	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	14	14	0
chirurgia generale*	32	28	4
medicina interna	32	28	4
ortopedia e traumatologia	26	28	4
ostetricia e ginecologia	24	20	4
pediatria	20	19	1
UTIC	7	7	0
terapia intensiva	6	6	0
urologia	14	13	1
Otorinolaringoiatria	12	10	2
Neurologia	14	15	0
Recupero e riabilitazione	10	8	2
totale Stabilimento	211	189	22

*anche per day surgery poli-specialistico

Stabilimento Ospedaliero Ceglie M.ca

posti letto	totali	ordinari	day hospital
chirurgia generale	24	22	2
oculistica	4	0	4
odontoiatria	3	0	3
lungodegenza	16	16	0
neuroriabilitazione *	60	60	0
Unità spinale*	4	4	0
recupero e riabilitazione*	24	18	6
medicina interna	20	18	2
ortopedia e traumatologia	20	18	2
recupero e riabilitazione	20	18	2
psichiatria	15	14	1
totale Stabilimento	210	188	22

(*) Posti letto allocati nel P.O. ad alta specialità riabilitativa, funzionalmente accorpati allo S.O. di Ceglie M.ca

Stabilimento Ospedaliero Francavilla F.

posti letto	totali	ordinari	day hospital
cardiologia	14	13	1
chirurgia generale	32	28	4
medicina interna	32	28	4
nefrologia	16	15	1
ortopedia e traumatologia	26	24	2
ostetricia e ginecologia	32	28	4
pediatria	20	18	2
unita' coronarica	7	7	0
terapia intensiva	6	6	0
totale Stabilimento	185	167	18

TOTALE ASL	1.638	1.470	168
-------------------	--------------	--------------	------------

La allocazione specifica dei posti letto è lasciata dal Piano Regionale della Salute alla competenza della ASL, mediante lo strumento del Piano Attuativo Locale.

Il fabbisogno di posti letto è stato definito tenendo presente la mission assegnata ai singoli presidi ospedalieri nonché l'analisi sull'indice di attrazione registrato nel 2007 proprio per i ricoveri di cittadini residenti.

Considerato che nel tempo potrà verificarsi una progressiva riduzione degli episodi di ricovero ordinario a favore dei ricoveri in day hospital o trattamenti ambulatoriali si è pensato di assegnare i posti letto secondo i seguenti criteri:

- Per le patologie a bassa complessità individuare la sede di ricovero più vicina al luogo di residenza (anche se questo è un ospedale di 3° Livello) portando parallelamente le U.O. almeno ai limiti di Posti Letto previsti dal Piano della Salute;
- Per le patologie con livelli di complessità elevata individuare l'ospedale di 2° livello più vicino o in assenza della specialità di competenza l'ospedale di riferimento provinciale;
- Per le patologie particolarmente complesse o per i trattamenti in strutture specialistiche a basso impatto epidemiologico individuare l'ospedale di riferimento provinciale 3° livello;
- Per i trattamenti riabilitativi il polo di San Pietro Vernotico, Mesagne e Ceglie Messapica in

funzione della vicinanza specifica;

- Per la neuroriabilitazione Ceglie Messapica, per la riabilitazione cardio-respiratoria San Pietro Vernotico.

Pertanto la nuova rete ospedaliera della ASL Brindisi presenta la seguente articolazione.

Stabilimenti	PL attuali	PL piano	Differenza
Brindisi Perrino	570	601	31
San Pietro Vernotico, Mesagne	100+82	159+124	101
FrancaVilla Fontana	162	185	23
Ceglie Osp. Generale, Ceglie Motulesi	80+105	210	25
Ostuni- Fasano- Cisternino	120+ 106 + 26	359	107
TOTALE	1.351	1.638	287

Tabella riepilogativa posti letto

Codice	Branca	Piano 2003	Piano 2008	PLX1000	Privato	Attuali	PLX1000	Brindisi	Francavilla	Ceglie	S.Pietro	Mesagne	Ostuni	Fasano	Cisternino	Totale		Diff. Da Piano	Branca
8	Cardiologia	55	48	0,12		45	0,11	27	14				14			55	10	-7	M
9	Chirurgia Generale	111	154	0,38	16	120	0,30	32	32	24		32	32	16		168	48	-14	CH
12	Chirurgia Plastica	20	20	0,05		20	0,05	20								20	0	0	CH
14	Ch. Vascolare	20	14	0,03	10	20	0,05	14								14	-6	0	CH
52	Dermatologia	20	14	0,03		20	0,05	10								10	-10	4	M
18	Ematologia	20	20	0,05		20	0,05	20								20	0	0	M
19	Endocrinologia	20	15	0,04		20	0,05	10								10	-10	5	M
21	Geriatra	53	57	0,14		53	0,13	37			20					57	4	0	M
60	Lungodegenza	272	100	0,25		112	0,28			16	20	24		12	24	96	-16	4	RIAB.
24	Malattie Infettive	20	27	0,07		20	0,05	20								20	0	7	M
26	Medicina Interna	160	230	0,57	16	154	0,38	32	32	20	32	32	32	28		208	54	22	M
29	Nefrologia	40	33	0,08		36	0,09	17	16							33	-3	0	M
62	Neonatologia	12	18	0,04		12	0,03	18								18	6	0	M.I.
30	Neurochirurgia	20	22	0,05		20	0,05	22								22	2	0	CH
32	Neurologia	32	44	0,11		32	0,08	30					14			44	12	0	M
75	Neuroriabilitazione	60	60	0,15	25	60	0,15			60						60	0	0	RIAB.
34	Oculistica	20	26	0,06		20	0,05	14		4		4		4		26	6	0	CH
64	Oncologia	20	20	0,05		10	0,02	20								20	10	0	M
36	Ortopedia e Traumatologia	148	140	0,35		132	0,33	48	26	20	20		26			140	8	0	CH
37	Ostetricia e Ginecologia	127	150	0,37	16	122	0,30	54	32				24	24		134	12	16	M.I.
38	Otorinolaringoiatria	20	32	0,08		20	0,05	20					12			32	12	0	CH
39	Pediatria	86	80	0,20		86	0,21	20	20				20	20		80	-6	0	M.I.
68	Pneumologia	47	40	0,10		47	0,12				22			18		40	-7	0	M
40	Psichiatria	30	30	0,07		27	0,07			15	15					30	3	0	PS
56	Recupero e Riabilitazione	39	84	0,21	10	45	0,11			44	20	20	10			94	49	-10	RIAB.
49	Terapia Intensiva	19	22	0,05		16	0,04	12	6				6			24	8	-2	T.I.
	TIPO (Terapia Intensiva PostOperatoria?)		4	0,01			0,00	4								4	4	0	T.I.
47	Grandi Ustionati	11	16	0,04		11	0,03	16								16	5	0	T.I.
73	UTIN	8	9	0,02		8	0,02	9								9	1	0	T.I.
	Rianimazione Pediatrica		4	0,01				4								4		0	M.I.
50	Unità Coronarica	24	22	0,05		16	0,04	8	7				7			22	6	0	T.I.
43	Urologia	27	34	0,08		27	0,07	20					14			34	7	0	CH
58	Gastroenterologia	20	18	0,04			0,00	18								18	18	0	M
71	Reumatologia	20	4	0,01			0,00				4					4	4	0	M
35	Odontoiatria		10	0,02			0,00	5		3				2		10	10	0	CH
11	Chirurgia Pediatrica	20	0	0,00			0,00									0	0	0	M.I.
13	Ch. Toracica	20	10	0,02			0,00	10								10	10	0	CH
33	Neuropsichiatria Infantile	20		0,00			0,00									0	0	0	M.I.
7	Cardiochirurgia	20	10	0,02			0,00	10								10	10	0	CH
28	Unità Spinale		4	0,01						4									RIAB.
	Riabilitazione cardiologica	40		0,00			0,00									0	0	0	
	medicina del lavoro pl tecnici										4								
	Day surgery/one day surgery polispecialistico										6	12							
	Totale generale posti letto	1.721	1.645	4,11	93	1.351	3,37	601	185	210	159	124	211	124	24	1.638	305	7	
	Posti Letto x 1000	4,30	4,11		0,23	3,37										4,09			
	Abitanti	400.556																	

Segue la tabella riepilogativa dei servizi senza posti letto, attivati presso gli stabilimenti ospedalieri, in conformità alle prescrizione del piano regionale della salute. Tali servizi rientrano in una articolazione organizzativa caratterizzata dalla piena integrazione con i servizi distrettuali e concorrono alla strutturazione della rete integrata territoriale.

SERVIZI SENZA POSTI LETTO												
U.O.	Ostuni	Fasano	Cisternino	Ceglie	Francavilla	Mesagne	S.PietroV.	Brindisi	Privati			
Direzione Medica P.O.	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Anestesia e Rianimaz.	X	X		X	X	X	X	X	X			X
Med.e Chir. Accet.Urg.	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Cardiologia	X	X		X	X	X	X	X	X			X
Patologia clinica	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Patologia clinica d'urgenza									X			
Radiodiagnostica	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Radiologia interven.ca									x(p.l.tec.)			
Farmacia ospedaliera	X	X		X	X	X	X	X	X			X
Anatomia Patologica									X			
Fisica sanitaria									X			
Psicologia clinica									X			
Allergologia e immun.									X			
Mal. Metab.diabetologia	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Medicina nucleare									X			
Medicina trasfusionale	X				X(URF)				X			
Diabetologia malattie metaboliche/scienze alimentari dietetica									X			
Scienze alimentari dietetica									X			
Angiologia					X				x(p.l.tec.)			
Genetica medica									X			
Lab. genetica medica									X			
Medicina dello sport							X					
Medicina legale	X				X				X			
Microbiologia virologia	X				X				X			
Centro Dialisi ad Assistenza limitata *	X	X		X			X		X			
Radioterapia									X(p.l.tec.)			

ASSETTI ORGANIZZATIVI:

La tabella analitica individua la sede di allocazione delle diverse specialità e la differenza in posti letto esistente tra l'attuale disponibilità e quella che verrebbe a crearsi con il riordino.

Non tutti i posti letto potranno essere attivati immediatamente. In alcune realtà sarà necessario completare prima gli interventi strutturali già programmati, in altre dovranno essere ben valutate le disponibilità finanziarie aziendali in modo da poter effettuare il reclutamento del personale essendo questi costi emergenti, solo nel tempo compensati dal saldo positivo di mobilità. In Particolare:

- San Pietro Vernotico e Mesagne dovranno aspettare la fine dei lavori di adeguamento dei reparti di degenza per poter allargare l'offerta di posti letto. San Pietro a sua volta dovrà attendere la realizzazione delle sale operatorie per poter avviare l'attività chirurgica.
- Francavilla Fontana dovrà attendere i lavori previsti nella terza fase art. 20 per avere il consolidamento strutturale e successivamente passare all'ampliamento previsto dalla terza fase.
- Per Ceglie Messapica è prevista la realizzazione delle nuove sale operatorie e la

trasformazione delle sale attuali in posti di terapia intensiva per l'assistenza di pazienti in coma apallico;

- Ad Ostuni è stato avviato un nuovo intervento che prevede la riorganizzazione del presidio nel suo complesso con la costruzione di una nuova ala da destinare al pronto soccorso, alla radiologia, al laboratorio, alla terapia intensiva e alla degenza. Dopo questi interventi potranno essere riorganizzati i servizi già presenti e avviata l'attività intensivistica.
- A Fasano non sono previsti particolari interventi strutturali mentre a Cisternino, i servizi verranno trasferiti in una nuova struttura che verrà realizzata in un'area messa a disposizione dalla Amministrazione Comunale quale sede della Casa della Salute, superando così le difficoltà attuali derivate dalla allocazione della struttura sanitaria in un ex convento.

Con l'attivazione dei nuovi servizi si potrà prevedere il trasferimento di alcune UO che potranno essere riallocate in altra struttura.

Negli ospedali di 1° livello le U.O. di chirurgia potranno ricoverare pazienti trattati da equipe specialistiche di altri presidi a condizione che siano trattamenti in regime di ricovero breve.

In particolare, grazie al "nuovo mix" di discipline e posti letto allocati negli SS.OO. di Mesagne e San Pietro V.co, saranno sviluppati anche i percorsi assistenziali "Donna" (Mesagne) e "Anziani" (San Pietro V.co).

Per quanto attiene alle funzioni disciplinate dalla pianificazione di "area vasta", o le specialità medico chirurgiche di riferimento provinciale la ASL Brindisi ritiene necessario fissare linee di indirizzo di seguito indicate:

- Valorizzare il Centro Ustioni e Chirurgia Plastica dell'Ospedale di Brindisi, la cui funzione rappresenta una eccellenza della ASL, anche con riferimento regionale, extra-regionale e trans-frontaliero. Tale situazione di eccellenza costituisce la piattaforma ideale per la allocazione, presso l'Ospedale di Brindisi, di una Banca della Cute.
- Si ritiene esistano le premesse epidemiologiche, organizzative ed assistenziali per realizzare nel territorio di Brindisi una unità di Chirurgia Toracica e di Cardiochirurgia funzionalmente collegata con la cardiologia – UTIC, Emodinamica, chirurgia vascolare, radiologia interventistica (già operative).
- Attivare due moduli di terapia intensiva di 8 posti letto nel P.O. di Brindisi,
- Separare strutturalmente le funzioni di Anestesia e di Rianimazione nel P.O. di Brindisi .
- Realizzare ove possibile ambiti specialistici per il trattamento intensivo di pazienti ad alto rischio clinico (neurologia, neurochirurgia, ematologia, oncologia, pediatria, grandi ustioni, malattie infettive, Pediatrica).
- Istituire una seconda U.O. di oculistica, oltre a quella già esistente nel P.O. Brindisi (14 posti letto), con posti letto distribuiti negli SS.OO. di Fasano, Ceglie e Mesagne (12 posti letto) , al fine di garantire il soddisfacimento del bisogno di salute nel territorio aziendale in forma unitaria ed integrata;
- La attivazione di un servizio di Reumatologia.
- Si ritiene opportuno incrementare i posti letto di neuro-riabilitazione cod. 75 per adulti e minori,

grazie al potenziamento dei servizi offerti a Ceglie dall'IRCS Medea.

- Si propone la attivazione di una Banca del Cordone Ombelicale presso il Servizio Immuno-Trasfusionale dell'Ospedale di Brindisi, che ha appena intrapreso un percorso di Certificazione Qualità secondo le norme ISO.

Infine, per migliorare la qualità ed elevare la complessità della casistica sarà necessario:

- potenziare delle funzioni ospedaliere di alta specialità, con particolare riferimento alla Radiologia Interventistica;
- riorganizzare della terapia intensiva con l'attivazione della Terapia Intensiva Post Chirurgica e un potenziamento dell'offerta anestesiologicala in supporto ai reparti chirurgici;
- Sviluppare le tecnologie di informazione e comunicazione (ICT) all'interno della rete ospedaliera, sia per le trasmissioni delle immagini sia per la raccolta dei flussi (cartelle cliniche e altra documentazione sanitaria) nonché i servizi economici ,
- Attivare presso la U.O. Pediatria del P.O. Brindisi istituire 4 posti di terapia intensiva;
- Attivare presso la U.O. Pediatria del P.O. Brindisi istituire l'ambulatorio integrato per la diagnosi di celiachia;
- Attivare presso la U.O. Ematologia del P.O. Brindisi è attivo il Centro Microcitemie, da inserire nell'elenco dei Centri di riferimento interregionale per le Malattie Rare,
- Nel P.O. di Brindisi è istituito un servizio di Endoscopia Digestiva attivo sulle 24 ore e un servizio d'interventistica d'urgenza;
- E' attivato un servizio di "Day Hospital" ed ambulatoriale di Medicina del Lavoro presso lo S.O. di San Pietro Vernotico.
- E' attivato un servizio di Fisiopatologia Respiratoria presso il P.O. di Brindisi.
- I posti letto di odontoiatria hanno l'obiettivo prioritario di consentire il trattamento di patologie odontoiatriche in pazienti affetti da disabilità.

PROGRAMMI DI NUOVA EDILIZIA OSPEDALIERA: OSPEDALE DI “BRINDISI NORD” (Cisternino-Fasano-Ostuni)

Come disposto dal Piano della Salute, approvato dal Consiglio regionale con la Legge Regionale n 23 del 19.9.2008 nel capitolo riservato ai nuovi programmi di edilizia ospedaliera,

...

” A medio-lungo termine, con i fondi del nuovo programma di edilizia ospedaliera, dovrebbero essere realizzate nuove strutture ospedaliere nelle quali far confluire ospedali già attivi da dimettere, in una logica di garanzia di un miglior livello assistenziale e nel contempo di ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche con conseguente riduzione dei costi di gestione. In una prima fase è proponibile il seguente programma di edilizia ospedaliera:

...

Ospedale di Cisternino-Fasano-Ostuni

...”

Il nuovo ospedale nasce dalla confluenza in un unico sito di tre strutture di ricovero, al momento ubicate all'interno di centri storici, all'interno di strutture che sono peraltro monumenti di particolare rilevanza storico artistica.

Il fine ultimo è quello di rispondere al bisogno di assistenza ospedaliera di un territorio ben definito posto nell'area Nord della Provincia.

La domanda e l'offerta di servizi ospedalieri.

Il bacino di utenza è rappresentato dalla popolazione presente negli ambiti comunali di Fasano, Cisternino, Ostuni, San Vito dei Normanni, Carovigno. Questo ambito territoriale interessa più di 100.000 abitanti ed è stato servito non solo da presidi dell'Azienda ma anche da strutture di altre aziende sanitarie pugliesi e da strutture fuori Regione.

L'analisi dell'andamento dei ricoveri mostra che solo il 62,2% della popolazione ha utilizzato strutture ospedaliere aziendali, il 6,3% è andato fuori Regione, la restante parte ha utilizzato strutture di altre Aziende sanitarie o strutture accreditate presenti nel territorio (2,9%). La tabella di seguito riportata, mostra come si sia orientata la scelta dei cittadini in funzione delle specifiche necessità cliniche.

MDC	MDC DESCRIZIONE	PPOO ASL BR			Salus accreditata			Altro		infra regione			fuori regione			TOTALE			TOTALE	%
		M	CH	NC	M	CH	NC	M	CH	M	CH	NC	M	CH	NC	M	CH	NC		
0	ALTRI D.R.G		18							53	2		9		0	80	2	82	0,31%	
1	DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	934	129		26	2		41	1	207	110		111	42	1.319	284	0	1.645	6,29%	
2	DISTURBI DELL'OCCHIO	140	675							67	453		12	101	219	1.229	0	1.448	5,54%	
3	DISTURBI OTORINOLARINGOIATRICI	361	100		1			2	0	97	242		26	36	487	378	0	867	3,31%	
4	DISTURBI RESPIRATORI	1.611	3		10			1	0	213	36		35	8	1.870	47	0	1.918	7,33%	
5	DISTURBI CIRCOLATORI	1.540	258		45	74		1	1	790	473		133	97	2.509	903	0	3.414	13,05%	
6	DISTURBI DIGESTIVI	1.098	538		144	2		0	24	295	187		54	56	1.591	807	0	2.422	9,26%	
7	DISTURBI EPATOBILIARI E PANCREATICI	420	122		5					223	138		29	7	677	267	0	944	3,61%	
8	DISTURBI MUSCOLARI, OSSEI, TESSUTO CONNETTIVO	552	1.009			8		4	8	317	547		108	244	981	1.816	0	2.809	10,74%	
9	DISTURBI CUTE	375	374		4	13		0	7	78	156		17	34	474	584	0	1.065	4,07%	
10	DISTURBI METABOLISMO	815	31		1					217	48		64	41	1.097	120	0	1.217	4,65%	
11	DISTURBI URINARI	663	71		4					280	174		31	30	978	275	0	1.253	4,79%	
12	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	88	90			4		1	1	64	134		5	24	158	253	0	413	1,58%	
13	DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	119	463		3	135				79	194		8	33	209	825	0	1.034	3,95%	
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	656	743		47	108				162	185		22	23	887	1.059	0	1.946	7,44%	
15	CONDIZIONI PERINATALI			758			75					180		12	0	0	1.025	1.025	3,92%	
16	DISTURBI SANGUE, ORGANI PRODUZIONE SANGUE, SISTEM	211	12		1					47	11		10	6	269	29	0	298	1,14%	
17	DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI	484	23		9	3				464	48		59	14	1.016	88	0	1.104	4,22%	
18	MALATTIE INFETTIVE	219	1		1					24	6		5	1	249	8	0	257	0,98%	
19	DISTURBI MENTALI	210	2		3			42	1	81			35		371	3	0	417	1,59%	
20	DISTURBI PER USO DI ALCOL/DROGA	10								9			1		20	0	0	20	0,08%	
21	FERIMENTI, AVVELENAMENTI, EFFETTI TOSSICI DI MEDICIN	113	35		1					18	9		5	5	137	49	0	186	0,71%	
22	USTIONI	9	2										2		11	2	0	13	0,05%	
23	FATTORI RILEVANTI PER LA SALUTE	67	4		17			7	0	91	36		37	8	219	48	0	274	1,05%	
24	TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	12	5							3	2			1	15	8	0	23	0,09%	
25	INFEZIONI DA HIV	8								49	1				63	1	0	64	0,24%	
	totale	10.715	4.708	758	322	349	75	99	43	3.875	3.243	182	815	820	15.826	9.163	1.027	26.158	100,00%	
		41,0%	18,0%	2,9%	1,2%	1,3%	0,3%	0,4%	0,2%	14,8%	12,4%	0,7%	3,1%	3,1%	60,5%	35,0%	3,9%	100,0%		

Tipologia di ricoveri

M M
CH CH
NC NC

L'analisi della domanda porta l'Azienda sanitaria a programmare l'attivazione di un ospedale con le caratteristiche di un "Ospedale di Livello Intermedio", che, dalle indicazioni normative regionali e del bisogno epidemiologico al presidio ospedaliero, può avere la seguente "mission" :

Garantire gli interventi di emergenza urgenza con la attivazione di un DEA di Primo livello. Assicurare il ricovero per pazienti acuti residenti nel territorio di riferimento o territori limitrofi con patologie di tipo medico e chirurgico con livelli di complessità anche elevati, considerata la presenza di specialità di base e discipline specialistiche di area medica con terapia intensiva (UTIC) e la terapia intensiva generale.

Per tanto si propone la seguente previsione di servizi di Unità Operative con e senza posti letto:

Sintesi posti letto Ospedale Nord		
U.O.		Osp. NORD
Cardiologia		14
Medicina(**)		60
Neurologia		15
Pneumo		20
Chirurgia Gen		48
Oculistica		4
Odontoiatr		2
Ortopedia		32
Otorino		10
Urologia		15
Ostetricia-Ginecologia		48
Pediatria		30
Rianimazione (*)		8
UTIC		8
UnitàSpin		10
Riabilitazione		10
Lungodeg		25
TOTALE		359

(*) di cui n. 2 pl x TIPO (Terapia Intensiva Post Operatoria)

(**) di cui 4 per oncologia day-hospital

SERVIZI SENZA POSTI LETTO	
U.O.	P.O. Nord
Direzione Medica P.O.	X
Anestesia e Rianimaz.	X
Med.e Chir. Accet.Urg.	X
Cardiologia	X
Patologia clinica	X
Radiodiagnostica	X
Farmacia ospedaliera	X
Medicina trasfusionale	X
Medicina legale	X
Microbiologia virologia	X
Centro Dialisi ad Assistenza limitata *	X

LA RIABILITAZIONE

L'Azienda Sanitaria intende potenziare l'offerta riabilitativa allargando la stessa anche alle province limitrofe.

Le sedi operative individuate sono:

- Centro specialistico per neuro motulesi collocati nei due presidi di Ceglie Messapica
- IRCS Medea per la riabilitazione di minori
- Centro di riabilitazione Cardio-Respiratoria e Neuromotoria di San Pietro Vernotico

L'esperienza finora maturata nella ASL Brindisi nella neuroriabilitazione di alta specialità consente di affermare che questo settore di attività rappresenta un patrimonio ormai consolidato, che va allargato nell'offerta di servizi.

Obiettivo generale è quello di integrare l'attività ospedaliera per acuti con l'attività riabilitativa di alta specializzazione con il successivo trasferimento delle competenze ai servizi territoriali i quali dovranno riaccogliere il paziente, alla sua dimissione, al fine di evitare complicanze che potrebbero determinare riacutizzazioni o rientri in ospedale.

Gli obiettivi specifici sono di seguito sintetizzati:

- continuità assistenziale - la possibilità di integrare la struttura di riabilitazione e i reparti ospedalieri, attraverso la costituzione di una rete di rapporti e di comunicazioni fra sanitari, garantisce la completa conoscenza del paziente, e permette di dare continuità alle terapie in essere, presso i reparti chirurgici e medici, favorendo una deospedalizzazione precoce, supportata dalla continuità terapeutica e l'immediato avvio dell'attività riabilitativa, favorendo così un'efficace ricaduta in termini di più pronto reinserimento nella vita sociale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ribadisce la necessità che la riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato debba essere attuata con tempestività, già durante le fasi di ricovero nelle strutture di emergenza e, non appena cessino le condizioni che richiedono un ricovero nell'area della terapia intensiva, che venga garantita l'immediata presa in carico del paziente da parte dell'unità operativa ad alta specialità riabilitativa per assicurare la continuità del percorso terapeutico assistenziale fino al momento del reinserimento socio familiare;
- diminuzione dell' inappropriatezza – la deospedalizzazione precoce, con il ricovero nella struttura così proposta, permette l'avvio dell'attività di riabilitazione erogata da professionisti di elevato livello professionale, attraverso l'applicazione di protocolli innovativi, garantendo un più efficace ed appropriato ciclo terapeutico, in una struttura deputata specificatamente ad erogare tale tipologia di prestazione;
- qualità delle prestazioni erogate – il livello di professionalità, lo sviluppo di attività di ricerca (con ricaduta costante sulle attività cliniche), la costante attenzione alla formazione continua nonché l'implementazione di strumenti di controllo continuo della qualità dell'outcome della terapia sono gli elementi basilari attraverso l'uso dei quali garantire uno standard qualitativo elevato delle prestazioni;

- soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini – l'integrazione dei servizi erogati secondo il modello proposto va incontro alle esigenze del paziente sia in termini di efficacia della terapia sia sulle esigenze di tempestiva possibilità di un reinserimento sociale del paziente, facilitato e protetto dal supporto competente del Centro di Alta Specialità;
- riduzione della mobilità regionale passiva – un'offerta di sanità così concepita permette e favorisce la riduzione di quella parte di mobilità passiva extraregionale per quelle patologie che, diversamente oggi non troverebbero risposte adeguate nel territorio regionale;
- riduzione dei costi – non trattenere in degenza ordinaria un paziente che non presenta più un alto grado di severità clinica, consente l'accelerazione del turn-over dei ricoveri in degenza ordinaria accogliendo in tempi rapidi il paziente acuto nella struttura ad alta specialità riabilitativa, che proviene dai centri rianimatori e chirurgici, con conseguente migliore utilizzo delle apparecchiature e valorizzazione al meglio del personale medico paramedico e tecnico;
- La riduzione delle giornate di degenza in strutture sanitarie per acuti, ad elevato costo di gestione, la riduzione dell'inappropriatezza nonché l'erogazione di prestazioni a più elevata efficacia terapeutica, hanno come conseguenza interessante la riduzione sia dei costi della struttura ospedaliera per paziente sia quelli sociali derivanti da lunghe e a volte inutili convalescenze.

STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE ASL BRINDISI (Art. 14, c. 7, Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25)

1 MISSIONE

La Direzione Generale con l'organizzazione della Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione intende dare un assetto globalmente unitario all'area della riabilitazione, un ambito sanitario caratterizzato da una estrema varietà delle espressioni cliniche e delle problematiche diagnostico-terapeutiche, nonché da una costante evoluzione delle conoscenze scientifiche.

L'incremento tendenzialmente esponenziale delle disabilità e conseguentemente dell'handicap, legato all'allungamento della vita media, alla riduzione del tasso di mortalità alla nascita, all'aumento delle patologie cronico-degenerative e, in maniera apparentemente paradossale, anche al grande sviluppo tecnologico della scienza medica, che riesce a mantenere in vita, con menomazioni, pazienti in tempi non lontani destinati alla morte, rende indispensabile riconoscere la forte rilevanza sociale che assume la tematica riabilitativa sul piano della salute dei cittadini.

In aderenza alla disposizioni del D. Lgs n. 229/99 e della Legge n. 328/2000, con l'organizzazione della Struttura Sovra-distrettuale di Riabilitazione si intende assicurare all'interno dell'Azienda una specifica funzione strategica di coordinamento delle attività di programmazione, gestione e controllo dell'attività riabilitativa, connesse all'erogazione delle prestazioni previste dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

2 OBIETTIVI

La Struttura Sovra-Distrettuale di Riabilitazione opera secondo il presente regolamento per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Dare effettiva attuazione alle linee d'indirizzo nazionale, regionale e aziendale finalizzate alla concreta organizzazione della rete dei servizi riabilitativi;
- Assicurare il coordinamento delle funzioni di indirizzo, programmazione, gestione, e controllo delle attività di riabilitazione svolte nell'ambito territoriale della AUSL e articolate per Distretti;
- Garantire livelli omogenei di assistenza riabilitativa in tutto il territorio aziendale mediante la definizione di modelli e percorsi assistenziali in attuazione delle linee guida nazionali e regionali in materia;
- Supportare la Direzione Generale nella definizione delle linee strategiche nell'area della riabilitazione;
- Gestire i rapporti con le strutture private accreditate che operano nella riabilitazione, orientandone l'attività in maniera funzionale alle strategie aziendali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni riabilitativi della popolazione.

3 ORGANIZZAZIONE

La Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione si configura come dipartimento funzionale collegato con altri ambiti di intervento sanitario e socio-educativo.

La struttura viene articolata a livello centrale e periferico secondo il seguente organigramma:

- A livello centrale opera il Servizio Centrale di Riabilitazione.
- A livello periferico, operano, uno per ogni distretto, i Presidi territoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione che assicurano attività ambulatoriali e domiciliari (ex art. 25 L. 833/78) nonché attività di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale, domiciliare e a ciclo diurno (ex art. 26 L. 833/78).
- Alla Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione afferiscono anche le attività erogate in regime residenziale presso le RSA o le RSSA nel caso di attivazione di moduli riabilitativi residenziali per pazienti, non più in età evolutiva, che abbisognano di trattamenti terapeutici e riabilitativi protratti nel tempo.
- La struttura sovra distrettuale coordina l'attività riabilitativa effettuata in regime di ricovero ordinario o di day hospital nelle Unità Operative di riabilitazione attivate nella rete ospedaliera o erogata a pazienti ricoverati presso altre UO di degenza

Alla Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione vengono assegnate tutte le risorse umane, strumentali e tecnologiche attualmente disponibili nelle diverse strutture aziendali (distrettuali ed ospedaliere) che erogano prestazioni di riabilitazione in regime domiciliare , ambulatoriale , semiresidenziale e di ricovero ad eccezione di quelle afferenti al servizio di **Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale (Niat)**.

4 IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE

L'incarico di Direttore della Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione si configura come incarico di direzione di struttura complessa con valenza dipartimentale, ed è affidato, secondo le procedure previste dal CCNL, ad un Medico Fisiatra.

5 ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE

- Rappresenta la Struttura e ne assicura la gestione, l'organizzazione, il funzionamento in tutte le sue componenti centrali e distrettuali, nonché la direzione degli operatori assegnati;
- Concorda con la Direzione Generale, attraverso le proposte del piano annuale delle attività: le strategie, gli obiettivi, le linee di sviluppo e le risorse necessarie;
- Predisporre e trasmettere annualmente alla Direzione generale le richieste di beni e servizi, assegnazioni di personale e relativi profili di orario di lavoro, utilizzazione di spazi e strutture, programmi di aggiornamento e formazione per la realizzazione delle attività programmate;

- Fornisce il supporto tecnico al Direttore Generale per la definizione degli indirizzi della programmazione aziendale nell'area della riabilitazione;
- Partecipa al processo programmatorio dell'Azienda e delle strutture in cui si articola (presidi, distretti, dipartimenti, ecc.) per la definizione di percorsi assistenziali e socio-sanitari integrati;
- Cura la programmazione e la gestione di progetti e servizi a valenza sovradistrettuale nell'area della riabilitazione;
- È componente del Collegio di Direzione.

6 COMITATO DI DIPARTIMENTO

Per lo svolgimento delle sue funzioni il Direttore della Struttura si avvale del Comitato di Dipartimento così composto:

- Responsabili delle strutture complesse di medicina fisica e riabilitazione e le semplici afferenti al dipartimento;
- da un rappresentante della dirigenza STPA e dirigenza medica se non altrimenti rappresentati, nominato dal Direttore Generale prioritariamente tra i destinatari di incarico di struttura semplice;
- nelle more della istituzione della dirigenza delle professioni sanitarie e tecniche, dai rappresentanti dell'Area di comparto, individuati dal Direttore Generale tra gli assegnatari di incarico di posizione organizzativa o, in mancanza, di funzione di coordinamento operanti nell'ambito di centri di responsabilità afferenti al dipartimento.

7 IL SERVIZIO CENTRALE DI RIABILITAZIONE

Il Servizio Centrale di Riabilitazione, diretto dal Direttore della Struttura, assicura le seguenti attività:

- Coordinamento delle diverse attività riabilitative erogate nelle strutture e servizi distrettuali;
- Erogazione di prestazioni specialistiche che per complessità tecnico-professionale necessitano di essere centralizzate;
- Definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli operativi finalizzati ad uniformare gli interventi riabilitativi a livello aziendale;
- Indirizzi per l'erogazione di forniture protesiche nonché verifica e controllo dei flussi di spesa delle stesse;
- Autorizzazione di protesi ad alta tecnologia e/o extratariffario, ovvero di percorsi riabilitativi di alta complessità o straordinarietà, mediante la valutazione delle istanze da parte di una apposita commissione presieduta dal Direttore della Struttura.
- Verifica e controllo delle attività erogate dalle diverse strutture accreditate insistenti nel territorio di competenza aziendale.
- Raccolta e gestione dei dati quali-quantitativi sulle prestazioni erogate e sulla domanda di assistenza riabilitativa;

- Collegamento con le altre Aree e Strutture Operative dell'Azienda.

8 UNITA' OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

In considerazione della vastità ed eterogeneità del territorio provinciale, verranno individuate più unità operative di ricovero presso i presidi di San Pietro Vernotico- Mesagne e Ceglie Messapica. Queste garantiranno prestazioni in regime di ricovero ordinario o day hospital riconducibili ai codici ministeriali 56 e 74.

9 I PRESIDII TERRITORIALI DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

In ogni Distretto viene istituito il Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione, quale articolazione territoriale della Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione, nel quale confluiscono tutte le attività riabilitative attualmente erogate da diverse strutture afferenti sia al Distretto (ambulatori e centri) sia ai Presidi Ospedalieri (ambulatori e servizi di FKT), con esclusione delle attività riabilitative erogate in regime di ricovero dalle U.O. ospedaliere (codice 56).

Ogni Presidio territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione, diretto da un medico fisiatra, è articolato come di seguito specificato:

AMBULATORIO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Attività di medicina fisica e riabilitazione ovvero procedure diagnostiche – terapeutiche connesse al trattamento di disabilità minimali segmentarie e/o transitorie che non richiedano la presa in carico globale della persona. Tali prestazioni sono effettuate in ambito ambulatoriale intra ed extra ospedaliero ovvero a domicilio del paziente (ex art. 25 L. 833/78). Inoltre, all'interno dell'ospedale, verranno assicurate le prestazioni riabilitative rivolte ad individui di tutte le età ricoverati nelle diverse UU.OO. per acuti e finalizzate al recupero funzionale di menomazioni e disabilità ovvero alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità.

PRESIDIO AMBULATORIALE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Attività di recupero e riabilitazione funzionale finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico-sociale. Tali prestazioni, che possono essere erogate in regime ambulatoriale e domiciliare, si caratterizzano per la presa in carico del paziente e la definizione ed esecuzione del progetto riabilitativo.

Vengono assicurate, altresì, le attività ambulatoriali e domiciliari che si caratterizzano per la globalità del trattamento sull'handicap e che richiedono un contestuale apporto multidisciplinare medico-psicologico-pedagogico garantito dall'esistenza di un'équipe pluridisciplinare che opera

sulla base di un progetto riabilitativo individuale per ogni paziente.

PRESIDIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A CICLO DIURNO

Attività di riabilitazione a ciclo diurno finalizzate al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, non erogabili in ambito ambulatoriale o domiciliare, per situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero. Le attività possono specializzarsi per tipologia di intensità di cura e/o per fasce di età. (evolutiva, adulta, senile).

10 INTEGRAZIONE CON LE ALTRE STRUTTURE AZIENDALI

Per le attività a valenza multidisciplinare i medici fisiatri responsabili dei Presidi territoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione si avvalgono della consulenza di medici specialisti nelle diverse discipline, degli psicologi e pedagogisti distrettuali, degli assistenti sociali del servizio socio-sanitario, secondo percorsi diagnostici e terapeutico – assistenziali condivisi.

Le strutture dei Presidi territoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione, ancorché dipendenti gerarchicamente dalla Struttura Sovradistrettuale di Riabilitazione, saranno collegate funzionalmente al Distretto di riferimento.

Per le attività riabilitative ad alta integrazione socio-sanitaria, nonché per i servizi dell'area handicap, previsti nei piani di zona e gestiti in forma integrata con gli Ambiti territoriali (trasporto disabili, integrazione scolastica, etc.), la Struttura Sovradistrettuale di Riabilitazione si raccorda funzionalmente con il Servizio Socio – sanitario aziendale ed il servizio di NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA TERRITORIALE (NIAT)

Le attività riabilitative (consulenze e prestazioni fisioterapiche) erogate in ambito ospedaliero, con l'esclusione dei presidi ospedalieri ove è presente la U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa (codice 56), sono in carico al Presidio territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione in cui ricade l'ospedale, e verranno erogate secondo protocolli condivisi con i dirigenti medici dei P.O.

RETI ASSISTENZIALI

RETE DELLA EMERGENZA URGENZA

La rete assistenziale della emergenza urgenza è costituita dalla componente territoriale, rappresentata dal servizio di Emergenza Urgenza “118” , e dalla componente ospedaliera, rappresentata dalle Unità Operative di Pronto soccorso e dalle Terapie Intensive.

Negli ultimi anni, il servizio di Emergenza Territoriale “118” ha progressivamente assicurato la copertura efficace ed efficiente delle chiamate di soccorso nell'intero territorio, grazie al sistema di gestione della Centrale Operativa che coordina le risposte alle chiamate di emergenza e governa il flusso dei mezzi di soccorso, medicalizzati e non, garantendo la costante copertura del territorio.

A questo proposito, è intendimento della ASL Brindisi potenziare il parco delle postazioni disponibili, anche mediante un allargamento delle convenzioni con gli operatori del “privato sociale”, all'interno del quadro normativo regionale, sia per rafforzare la copertura del territorio, sia per favorire la integrazione tra risposta territoriale e risposta ospedaliera alla emergenza urgenza.

Una particolare situazione è stata riscontrata nel Comune di San Pancrazio che ha una popolazione superiore a 10.000 abitanti, ed è circondata da una linea ferroviaria con tempi di isolamento significativi che a volte hanno comportato ritardi nel soccorso. Per tanto nel Comune di San Pancrazio, verrà attivata una postazione medicalizzata del 118. analogamente si attiverà una postazione non medicalizzata del 118 nella popolosa frazione di Tutturano.

Inoltre, se da una parte è possibile osservare che i protocolli operativi in uso consentono una gestione dei flussi di trasporto “primario” delle emergenze-urgenze organizzata secondo criteri di gravità clinica nei luoghi più appropriati al trattamento, quali le Unità Operative di Pronto Soccorso afferenti rispettivamente agli Stabilimenti Ospedalieri di base, intermedi e di riferimento, dall'altra occorre sottolineare che le crescenti esigenze di trasporto “secondario”, ovvero il trasferimento da un Ospedale all'altro, non sono adeguatamente soddisfatte dall'attuale assetto organizzativo.

Si rende pertanto necessario potenziare l'integrazione tra il sistema territoriale e il sistema ospedaliero della emergenza-urgenza, sviluppando le seguenti azioni:

- razionalizzare e, se necessario, incrementare le risorse umane e tecnologiche, allo scopo di potenziare l'efficienza delle funzioni di trasporto primario e secondario nell'ambito della rete della emergenza-urgenza, anche accentuando la capacità di gestione complessiva del sistema da parte della centrale Operativa del Servizio “118”;
- potenziare e meglio organizzare le risorse delle Unità di Pronto Soccorso ospedaliere, in funzione della crescente intensità di cure, secondo il modello proprio della rete ospedaliera aziendale;
- aumentare la capacità recettiva delle terapie intensive, mediante la allocazione di posti letto di UTIC e terapia intensiva rianimatoria nella parte nord della Provincia, finora completamente sguarnita, nonché mediante una più efficiente articolazione dei posti letto di terapia intensiva nei diversi Presidi Ospedalieri, così come previsto dal presente Piano Attuativo.

RETE ONCOLOGICA

La rete oncologica della ASL Brindisi si svilupperà nell'ambito di un modello organizzativo di tipo dipartimentale trans-murale, nel quale coesisteranno strutture ospedaliere e strutture territoriali. Obiettivo principale della rete assistenziale oncologica è quello di garantire percorsi assistenziali omogenei a servizio dei pazienti secondo il principio della "presa in carico" e della "multi-professionalità" all'interno del sistema di cura.

Le strutture operative sono costituite dalle unità di oncologia, presenti nelle strutture sanitarie aziendali, organizzate secondo differenti caratteristiche di complessità organizzativa, quali:

- Ambulatori oncologici ospedalieri e dei poliambulatori distrettuali di secondo livello;
- Unità Operative Semplici di Oncologia con annessi posti letto di "day hospital", attivati presso gli Stabilimenti Ospedalieri;
- Unità Operativa dipartimentale multidisciplinare "Breast Unit" (unità mammella) attivata neòl P.o. di Brindisi
- Unità Operativa Complessa di Oncologia del P.O. di Brindisi, con posti letto per la degenza ordinaria e in "day hospital".

La presa in carico del paziente comporterà il supporto globale al percorso di cura attraverso i seguenti momenti, di cui la organizzazione dipartimentale dovrà farsi garante:

- Avvio del percorso diagnostico;
- Accesso alle tecnologie diagnostiche, soprattutto a quelle a maggiore complessità;
- Definizione del percorso di cura secondo linee guida condivise tra i Professionisti;
- Supporto di assistenza psicologica;
- Supporto logistico ai pazienti e ai familiari per tutte le necessità correlate all'espletamento del percorso diagnostico-terapeutico, da assicurarsi mediante le risorse aggiuntive messe a disposizione dalla D.G.R. n. 1584/2005 (mezzi di trasporto e personale di supporto).

RETE CARDIO- VASCOLARE

Con la attuazione del presente Piano, la ASL Brindisi intende sviluppare una rete assistenziale dedicata alle malattie cardio-vascolari, che costituiscono la prima causa di mortalità e di malattie dall'esito invalidante, nonché una delle più incidenti cause di accesso ai servizi di emergenza-urgenza.

Tale rete assistenziale deve necessariamente comprendere le fasi della prevenzione, della diagnosi e della riabilitazione, e pertanto deve svilupparsi nel contesto di una organizzazione a tipo dipartimentale, la cui funzione sia soprattutto quella di validare e rendere disponibili percorsi diagnostico-terapeutici, nonché strumenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Pertanto, gli Attori della rete vanno individuati in tutti gli Operatori che inter-agiscono con la domanda di salute cardio-vascolare:

- I Medici di Medicina Generale, primi somministratori della "carta del rischio cardio-vascolare",

ovvero lo strumento epidemiologico di base per calcolare la percentuale del rischio di sviluppare un evento cardiovascolare maggiore (angina, infarto, ictus cerebrale, ischemia obliterante arti inferiori) da parte di un paziente,

- Gli Specialisti ambulatoriali, opportunamente organizzati per attività di consulenza differenziate, quali la stratificazione del rischio, la consulenza specialistica estemporanea, la consultazione programmata per il monitoraggio delle patologie croniche tra cui soprattutto lo scompenso cardiaco;
- Le Unità Operative semplici senza posti letto di cardiologia, istituite presso tutti gli Stabilimenti Ospedalieri, aventi il compito prioritario di fornire supporto e consulenza al pronto soccorso, alle degenze, alle sale operatorie;
- Le Unità Operative complesse di Cardiologia con le terapie intensive coronariche e i posti letto per la riabilitazione post-intensiva, istituite negli Ospedali intermedi e nell'Ospedale di riferimento provinciale;
- La Cardiologia Interventistica per l'effettuazione dell'angioplastica primaria, istituita nell'Ospedale di riferimento provinciale, sede di centralizzazione diretta del paziente da parte del Servizio "118", a sua volta protagonista della diagnosi e del "triage" del paziente sin dal luogo del soccorso;
- Le Unità Operative con posti letto di riabilitazione cardiologica, dedicate alla riabilitazione di secondo livello, in particolare del paziente con scompenso cardiaco.
- La Unità di Cardiochirurgia, di futura attivazione nel P.O. di Brindisi.

Obiettivo dichiarato della rete sarà quello di ridurre la mortalità per evento acuto cardio-vascolare (obiettivo già raggiunto negli ultimi anni grazie al Servizio "118"), diminuire l'incidenza dei nuovi casi di cardiopatie ischemiche acute, migliorare la prognosi del paziente cronico riducendone la disabilità, più in generale ridurre l'incidenza dei fattori di rischio nella popolazione generale, specialmente quella più esposta.

RETE DELLE NEURO-SCIENZE

L'aumento dell'incidenza delle malattie cerebro-vascolari (ictus cerebrale), neuro-degenerative (SLA, demenze), neuro-traumatologiche, impone un potenziamento della capacità e della offerta assistenziale in ambito neurologico, che deve svilupparsi intorno al nucleo di attività già assicurato dalle U.O. di Neurologia e di Neurochirurgia del P.O. di Brindisi, nell'ambito di un assetto organizzativo di tipo dipartimentale.

Un grande passo in questa direzione è stato compiuto con la recente attivazione della "Stroke-Unit" nella U.O. Neurologia di Brindisi, ovvero il modulo di terapia sub-intensiva per pazienti affetti da ictus cerebrale acuto, talvolta suscettibili di essere trattati con terapia farmacologica trombolitica, oppure eleggibili per trattamento radiologico-interventistico nell'ambito dello stesso Presidio Ospedaliero. A tale proposito, occorre consolidare l'esperienza acquisita e perfezionare

“in progress” il percorso dei pazienti, a partire dalla emergenza territoriale e/o ospedaliera, mediante il coinvolgimento delle reti di emergenza-urgenza e delle diagnostiche, ed anche mediante una linea assistenziale dedicata al “post-stroke”, da sviluppare nell’ambito di Lungodegenze Mediche fornite di particolari requisiti, come quella di Fasano, ed altre ancora.

Circa le patologie neurodegenerative, la ASL Brindisi si impegnerà da una parte ad alimentare il registro degli affetti, per aumentare il grado di conoscenza epidemiologica delle patologie, dall’altra a potenziare l’offerta assistenziale che potrà dispiegarsi al livello ambulatoriale mediante lo sviluppo della neurofisiopatologia, a livello ospedaliero per la gestione dei casi difficili, a livello territoriale con l’incremento della assistenza al domicilio o in “hospice”.

Anche a riguardo della sclerosi multipla, malattia infiammatoria dis-immune, la ASL Brindisi svilupperà la linea assistenziale dedicata con l’obiettivo di aumentare i servizi e le opportunità a disposizione dei pazienti, sulla base delle evidenze scientifiche.

Per quanto attiene la attività di neuro-traumatologia, la ASL ritiene di poter incentivare la attività assistenziale grazie alla attivazione di posti di terapia sub-intensiva neurochirurgica nell’ambito di un piano più generale di sviluppo delle terapie intensive post-operatorie.

LA GOVERNANCE DELLE STRUTTURE AZIENDALI

Il Governo Clinico è una cornice al cui interno l'organizzazione sanitaria contabilizza il continuo miglioramento della qualità dei servizi e la salvaguardia di elevati livelli di cura.

E' pertanto punto focale del governo clinico l'incoraggiare tutti gli attori a riesaminare le modalità di lavoro, nell'ambito del servizio, mettendo in discussione gli aspetti professionali ed organizzativi e gli stessi confini culturali di riferimento

Le parole chiave

1. Clinical effectiveness
2. Clinical audit
3. Risk management
4. Education and training
5. Research and development
6. Openess

• **appropriatezza** d'**efficacia** (capacità di raggiungere l'obiettivo atteso), d'**efficienza** (capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse per il raggiungimento di un determinato risultato) e d'opportunità (capacità di individuare le priorità e la necessità di un intervento).

L'appropriatezza, una parte della **qualità** assistenziale, che fa riferimento ad **evidenze scientifiche**, accettabilità e pertinenza delle prestazioni sanitarie

Il potenziamento della capacità di erogare servizi sull'intero ambito provinciale da parte dell'Azienda Sanitaria è direttamente proporzionale allo sviluppo di una adeguata *governance* delle strutture fondamentali della stessa. In particolare quelle che erogano "prestazioni finali all'utenza". Per dare piena funzionalità al sistema, nell'ottica della centralità del paziente e del raggiungimento della massima qualità ed efficienza dei servizi è necessario strutturare un rapporto dinamico tra le diverse componenti del sistema che sono:

1. gli organi di governo regionale
2. la direzione generale
3. il collegio di direzione dell'azienda
4. i dipartimenti aziendali
5. le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale che operano sia negli ambiti ospedalieri che territoriali
6. le amministrazioni comunali per gli interventi a forte rilevanza sociale
7. i cittadini.

La metodica di governo utilizzata sarà quella del Budget Aziendale, di Struttura e di Unità Operativa secondo i principi fondamentali del ciclo di Programmazione e Controllo che sulla base di linee di indirizzo Regionali e Aziendali (strategie) si articola nelle fasi di:

- Programmazione
- Formulazione del budget
- Erogazione delle attività

- Reporting
- Valutazione

Gli attori del sistema sono quelli indicati in precedenza. Questi ciclicamente producono dei “documenti” che sono fondamentali per la vita aziendale . Questi sono:

Regione	DIEF annuale e leggi di bilancio
Azienda Sanitaria	Bilancio di Previsione e Budget per le strutture fondamentali
Dipartimenti	Piano delle Attività
Unità Operative	Reporting e Rilevazione di indicatori
TUTTI	Verifica ed eventuali interventi correttivi

Per garantire un efficace avvio delle attività previste nel Piano della Salute è necessario avviare un nuovo modello organizzativo dell’Azienda basato sui Dipartimenti. Questi sono prevalentemente strutturali (forti) in quanto governano le risorse assegnate.

DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E DELLE STRUTTURE TERRITORIALI

I MODELLI ORGANIZZATIVI

Il Piano Regionale della Salute mette in campo diversi strumenti finalizzati al rinnovamento e allo sviluppo dei modelli organizzativi, necessari a supportare le azioni previste nel Piano Attuativo Locale.

La ASL Brindisi intende realizzare questa innovazione in forma condivisa con gli Operatori secondo le modalità previste dai vigenti Contratti di Lavoro, sviluppando il livello della contrattazione decentrata, che rappresenta la sede privilegiata per la concertazione sulle modalità di organizzazione del lavoro in una logica di servizio ispirata al perseguimento della qualità tecnica ed organizzativa.

I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

In questa cornice, un ruolo di primaria importanza è svolto dalla organizzazione dipartimentale delle attività ospedaliere e territoriali.

“Il Dipartimento è una FEDERAZIONE di unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le Unità operative (Complesse e Semplici a valenza dipartimentale) costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, medico-legale ed economico”.

Questa definizione di dipartimento fatta da Zanetti, evidenzia l'importanza dello stesso ma anche il fatto che si è davanti ad un percorso culturale che cambia radicalmente l'organizzazione della Azienda.

Per questo motivo il processo di attivazione sarà GRADUALE e caratterizzato dalla massima partecipazione e condivisione dei meccanismi operativi attraverso il coinvolgimento diretto delle organizzazioni sindacali e dei professionisti.

Continuando:

I dipartimenti strutturali potranno essere attivati soprattutto nell'interno del P.O. di Brindisi, nel quale la complessità, la multidisciplinarietà e la integrazione multi-specialistica rendono opportuna e necessaria la effettiva aggregazione strutturale delle risorse umane, fisiche e tecnologiche. Allo stesso modo una aggregazione strutturale è auspicabile per le funzioni ad elevata integrazione tecnologica, quali le funzioni di diagnostica.

I dipartimenti funzionali potranno invece essere attivati tenendo presente la dimensione transmurale della aggregazione delle risorse (come ad esempio nel caso delle attività territoriali, amministrative, direzionali e di supporto), od anche la necessità di sviluppare specifici percorsi assistenziali e linee guida, in relazione ad attività presenti nelle varie strutture ospedaliere del

territorio (ad esempio per le patologie d'organo).

LE UNITA' OPERATIVE

La organizzazione dipartimentale aggrega le seguenti tipologie di unità operativa:

unità operative complesse,

unità operative semplici a valenza dipartimentale, con o senza posti letto

unità operative semplici, con o senza posti letto

La ASL Brindisi procederà dunque, nell'ambito della contrattazione decentrata, ad una rivalutazione di tutti i provvedimenti finora adottati in merito alla individuazione delle suddette unità operative, allo scopo di armonizzare la articolazione organizzativa con la strutturazione dipartimentale, quale fase attuativa del presente Piano.

Per garantirne il funzionamento, i dipartimenti utilizzeranno il regolamento allegato.

REGOLAMENTO GENERALE PER LA COSTITUZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEGLI ORGANI DEL DIPARTIMENTO

TITOLO I°

ART. 1

(Il Dipartimento)

- L'organizzazione dipartimentale, ai sensi dell'art.17/bis del D.Lgs.n.229/1999 e dell'art. 13 della L.R. n. 25 del 03 agosto 2006 è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda ASL Brindisi;
- Il Dipartimento è costituito da Unità operative omogenee , affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. I Centri di Responsabilità (Unità operative Complesse e Semplici a valenza dipartimentale) costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati , e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca , medico-legale ed economico”;
- La Direzione dei singoli Dipartimenti costituiti nell'Azienda ASL Brindisi è assicurata da due Organi previsti dalla Normativa generale di riferimento :
il **Direttore del Dipartimento**, con funzioni gestionali;
il **Comitato di Dipartimento**, con funzioni di indirizzo e consultive come specificate dal successivo art.6;
- Il presente Regolamento disciplina la composizione, la costituzione, le competenze, i criteri e le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento .

ART. 2

(Il Direttore del Dipartimento)

1. Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i nominativi di tre dirigenti con incarico di Direzione delle strutture complesse aggregate nel Dipartimento stesso, proposti dal Comitato di Dipartimento.
2. All'atto del suo primo insediamento e tutte le volte che ne ricorreranno le condizioni, il Comitato di Dipartimento, nella composizione di cui all'art.3 , comma 2 del presente Regolamento, propone al Direttore Generale una terna di nominativi per il conferimento dell'incarico di Direttore di dipartimento, di cui all'art.2 del presente Regolamento. A tal fine , gli eventuali candidati esprimono le proprie opzioni in ordine alle linee di sviluppo ed alla gestione del dipartimento. Il Comitato, ove vi siano più candidature vota a scrutinio segreto. Delle votazioni viene redatto apposito verbale che viene trasmesso al Direttore Generale per le decisioni di competenza ;
3. Il Direttore Generale è tenuto a motivare la scelta del Direttore di Dipartimento solo nel caso in cui la stessa sia difforme dalla terna proposta dal Comitato;
4. La preposizione alla Direzione del Dipartimento comporta le responsabilità di cui all'art.17/bis

del D.Lgs. n.229/99. Nello specifico, fatte salve le diverse determinazioni regionali emanate ai sensi della legge regionale n. 25 art.12, esse sono definite come descritto al punto 5) delle Linee Guida regionali di cui alla circolare dell'Assessorato alla Sanità prot. N° 24/296/111/13 del 08/01/1999.

Le competenze del Responsabile del dipartimento sono:

- a. *Assicurare il funzionamento del dipartimento, concordando con il Direttore Generale, attraverso le proposte del piano annuale dell'attività discusso e approvato in seno al comitato, le strategie, gli obiettivi e le linee di sviluppo nonché le risorse da assegnare al dipartimento, suddivise dalla Direzione Generale per unità operative;*
- b. *Concordare con la Direzione Generale una quota indistinta da attribuire al dipartimento per le attività comuni;*
- c. *Predisporre previo parere del comitato e trasmettere alla Direzione Generale annualmente le richieste di: beni, servizi, assegnazione arre personale ed il loro orario di lavoro, utilizzazione di spazi e strutture corsi di aggiornamento e formazione per la realizzazione dei programmi delle attività secondo un piano di sviluppo triennale;*
- d. *Verificare la conformità dei comportamenti e i risultati con gli indirizzi generali forniti dal Direttore Generale dell'Azienda;*
- e. *Presiedere il Comitato e rappresentare il dipartimento nei rapporti con la Direzione Generale”.*

ART. 3

(Il Comitato di Dipartimento)

- Il Comitato di Dipartimento è presieduto dal Direttore di Dipartimento nominato dal Direttore Generale ai sensi dell'art.1 del presente Regolamento.
- Il Comitato di Dipartimento è composto:
 - dai responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali confluite nel Dipartimento (componenti di diritto);
 - da una rappresentanza della dirigenza SPATA e da una rappresentanza della dirigenza medica , in numero pari alla metà dei responsabili di cui alla precedente lettera a) individuati dal Direttore Generale prioritariamente tra gli assegnatari di incarico di struttura semplice ;
 - nelle more dalla istituzione delle dirigenze delle professioni sanitarie non mediche, da rappresentanti dell'area di comparto, individuate dal Direttore Generale tra gli assegnatari di incarico di Posizione Organizzativa o, in mancanza, di funzione di coordinamento, operanti nell'ambito di Centri di Responsabilità afferenti al Dipartimento;
 - da un dirigente delegato della Direzione Sanitaria dell'Azienda ASL Brindisi.
- Il comitato di dipartimento individua altresì un responsabile per la qualità e della formazione che diviene, se esterno, membro di diritto del Comitato stesso .

La composizione deve garantire comunque la presenza maggioritaria di dirigenti medici (art 12

LR 25/06)

- Su richiesta delle Associazioni di tutela dei cittadini o delle associazioni di rappresentanza dei pazienti può essere richiesta da partecipazione diretta degli stessi a riunioni del Comitato su ordine del giorno indicato dalle associazioni stesse.

ART. 4

(Competenze del Comitato)

Ai sensi del presente regolamento ed in attuazione degli indirizzi generali determinati dalla Direzione Generale, il Comitato di Dipartimento assume decisioni sulle seguenti materie di spettanza del Dipartimento, e più precisamente

- proposta del Piano annuale delle Attività;
- governo delle risorse comuni nonché delle attività, dei percorsi di cura e dei processi sanitari ad alta integrazione ;
- ferme restando le prerogative dei Direttori di Struttura Complessa e di Struttura semplice dipartimentale adotta linee di indirizzo nelle seguenti materie :
 - utilizzazione del personale e dei relativi orari di attività,
 - utilizzazione degli spazi e delle attrezzature,
 - richieste dei beni e dei servizi,
 - programmi di formazione ed aggiornamento,
 - sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
 - sistemi per il controllo e la valutazione del rischio clinico.
- Adotta determinazioni in tema di:
 - razionalizzazione e utilizzazione delle risorse comuni nonché delle attività/processi integrati;
 - sperimentazione ed adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività del Dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
 - coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
 - miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
 - coordinamento di eventuali attività extraospedaliere connesse alle funzioni del dipartimento;
 - modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita nonché della gestione e controllo del rischio clinico;
 - piani di aggiornamento e di riqualificazione del personale, programma e coordinamento delle attività didattiche, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
 - esprime parere su ogni altro argomento che gli venga sottoposto dal Direttore

Generale in relazione ai problemi o eventi di particolare importanza;

- stabilisce le eventuali articolazioni dei Dipartimenti funzionali di cui al successivo Titolo II;

Nell'ambito delle competenze di cui al 1° comma, il Comitato di Dipartimento si ispira al principio della massima integrazione delle attività mediante la definizione di modalità di organizzazione, di utilizzazione e di gestione unitaria delle risorse assegnate verso gli obiettivi programmati.

Il Comitato deve conseguentemente regolamentare le modalità d'uso delle risorse assegnate al Dipartimento (personale, strutture edilizie, attrezzature, risorse finanziarie) salvaguardando comunque modelli organizzativi in logica funzionale di "insieme", in particolare:

- assicurando una coordinata flessibilità ed integrazione tra risorse proprie delle singole UU.OO. appartenenti al Dipartimento: personale medico e professionale laureato, risorse umane dell'Area di comparto, nonché, risorse generali di supporto necessarie al funzionamento del Dipartimento a garanzia della attività assistenziale nel suo complesso;
- assicurando l'uso coordinato degli spazi e delle attrezzature che, pur nella distinzione fra risorse afferenti alle singole UU.OO. e risorse proprie del Dipartimento, garantisca, anche mediante l'adozione di specifici protocolli di comportamento ed operativi, la massima utilizzazione integrata a garanzia di percorsi diagnostico terapeutici caratterizzati dalla massima efficacia clinica ed efficienza economica, in funzione delle risorse assegnate;
- sviluppando l'istituzione di gruppi operativi intra ed interdipartimentali, permanenti o temporanei, il coordinamento con le attività extraospedaliere connesse alle funzioni del Dipartimento, l'attivazione di dipartimenti funzionali, la collaborazione con l'università, gli Istituti Scientifici, le Associazioni, le Società Scientifiche, gli Ordini Professionali, altre Aziende Sanitarie, l'Azienda Regionale Sanitaria, nonché la programmazione del fabbisogno delle risorse professionali e delle dotazioni strumentali con contestuale valutazione delle priorità da trasferire alle competenze consultive del Consiglio dei Sanitari e decisionali della Direzione Generale;
- ricercando modelli organizzativi e comportamentali coerenti con la "*visione*" e la "*missione*" dell'Azienda anche mediante processi di riqualificazione delle risorse professionali e di costante verifica delle relative prestazioni;
- svolgendo un ruolo di supporto al Direttore del Dipartimento, nella negoziazione dei "*budget*" di Dipartimento, in particolare per la determinazione delle risorse necessarie al funzionamento delle articolazioni del Dipartimento;
- valutando i risultati raggiunti dai singoli C. di R. attraverso gli indicatori individuati dalla Direzione Generale.

4. Il Comitato di Dipartimento esprime parere in merito alla regolamentazione dell'Attività Libero Professionale intramurale predisposta dalla Direzione Generale con facoltà di proposta in ordine alla situazione logistica, agli aspetti relativi alle prestazioni ed all'organizzazione delle

strutture/unità operative confluite nel Dipartimento. Il Comitato esprime parere altresì su ogni altro argomento che, nell'ambito delle sue competenze, gli venga sottoposto dal Direttore del Dipartimento o dai singoli appartenenti al Dipartimento in relazione a problemi ed eventi di particolare rilevanza organizzativa e funzionale.

ART. 6

(Criteri e modalità di funzionamento)

Regime della convocazione

- Il Comitato di Dipartimento viene convocato ogniqualvolta lo ritenga necessario e comunque almeno una volta al mese dal Direttore di Dipartimento mediante avviso scritto contenente il luogo, la data e l'ora delle riunioni nonché l'ordine del giorno.
- L'avviso di convocazione, di norma, dovrà essere recapitato con almeno cinque giorni di preavviso.
- Un terzo dei componenti del Comitato del Dipartimento può chiedere la convocazione del Comitato stesso e ogni componente può proporre l'iscrizione di argomenti all'O.d.G. da trattare nella prima seduta utile.
- Nei casi di urgenza la convocazione può essere fatta anche verbalmente 24 ore prima. In caso di assenza o di impedimento è sostituito da un Dirigente del Comitato di Dipartimento, nominato dallo stesso su base annua.

2. Regime della discussione

- Il Direttore del Dipartimento dirige e modera la discussione, concede la facoltà di parlare avendo cura che tutti i presenti possano partecipare alla discussione, pone e precisa i termini delle questioni sulle quali si decide con deliberazione formale.

3. Regime dell'attività provvedimento

- Le determinazioni del Comitato di Dipartimento, devono essere possibilmente prese all'unanimità.
- Qualora non si pervenga ad un accordo, si può procedere a votazione per appello nominale o per alzata di mano. o su richiesta di almeno un terzo dei componenti, a scrutinio segreto.
- Ogni proposta messa a votazione si intende approvata quando abbia la maggioranza semplice dei presenti votanti. In caso di parità il voto del Direttore del Dipartimento vale doppio.
- L'attività del Comitato di Dipartimento si esprime tramite determinazioni e pareri che vengono verbalizzati durante la seduta dal Segretario. Quest'ultimo viene individuato dal Direttore di Dipartimento tra gli addetti alla Segreteria amministrativa del Dipartimento.
- Le determinazioni, sottoscritte dal Direttore di Dipartimento e dal Segretario devono riportare i nominativi di coloro che hanno espresso voto contrario o si sono astenuti con

le eventuali motivazioni.

- Copia delle determinazioni devono essere trasmesse al Direttore Sanitario dell'Azienda entro 3 (tre) giorni dalla relativa adozione.

4. Regime delle presenze

- I componenti del Comitato di Dipartimento devono anticipatamente comunicare al Direttore di Dipartimento l'eventuale assenza od impedimento a partecipare alle sedute.
- Non sono ammesse più di tre assenze ingiustificate dei componenti eletti nell'arco di un anno dall'insediamento del Consiglio.
- Nel caso specifico, il Direttore Generale provvede, su richiesta motivata del Direttore di Dipartimento, alla dichiarazione di decadenza del componente ed alla sua sostituzione.
- La mancata partecipazione ai lavori del comitato di dipartimento costituisce comportamento negativamente valutabile in sede di verifica.
- Vengono dichiarati decaduti dall'incarico di componenti il Comitato di Dipartimento coloro che perdono la qualificazione soggettiva prevista per la loro partecipazione allo stesso.
- Il Direttore Sanitario può intervenire ai lavori di Comitato di Dipartimento d'iniziativa o a richiesta per relazionare su particolari problematiche.

Art.7

(Disposizioni Finali)

1. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si fa riferimento, in via prioritaria, alla normativa e regolamentazione statale e regionale e, ove vigente, al Regolamento aziendale specifico del Dipartimento, (es. Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale) rispetto al quale il presente Regolamento costituisce disciplina concorrente .

LA GOVERNANCE DEL DISTRETTO

Il sistema della *governance* distrettuale è complesso poiché si basa su interrelazioni tra strutture differenti dell'azienda e altre che sono diretta emanazione di amministrazioni locali. Mancano poi modelli unanimemente condivisi e conseguentemente quello utilizzato non può che essere ritenuto sperimentale.

La governante si basa sulla relazione istituzionale tra la Direzione Generale e Direzione di Distretto e tra questa e le diverse articolazioni operative dello stesso, alcune delle quali operano in dipartimenti differenti o hanno un rapporto convenzionale con la struttura (la medicina generale e la pediatria di libera scelta).

Per dare unitarietà agli interventi è importante attribuire una funzione specifica a degli organismi previsti dalla normativa nazionale e distrettuale.

L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI¹¹

L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è un livello organizzativo del Distretto:

Come previsto dal Decreto Legislativo 229/99Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Obiettivi e finalità

L'ufficio assume particolare rilevanza nell'attività Distrettuale poiché garantisce il raccordo funzionale tra le équipes, i professionisti, le unità funzionali e le équipe appartenenti ad altre strutture aziendali che, a vario titolo, operano nel distretto. E' il luogo ideale dove ricercare l'*efficienza organizzativa, intesa quale funzionamento ottimale della struttura e delle sue articolazioni interne con particolare riguardo al momento dell'approccio con l'utente.*¹² Ferme restando le attribuzioni assegnate dalla normativa nazionale e regionale al Direttore del Distretto, l'Ufficio è chiamato a supportare lo stesso nelle fasi che caratterizzano la contrattazione annuale del budget di struttura nonché nella definizione dei piani annuali dell'attività distrettuale e i piani di zona. Concorre inoltre alla valutazione dello stato di attuazione dei programmi di lavoro nonché alla definizione dei criteri di impostazione dei nuovi programmi, in particolare di quelli di particolare rilevanza sociale. Partecipa alla verifica dell'attività svolta e degli obiettivi conseguiti, nonché dei risultati della gestione del Distretto. E' garante a livello locale della qualità, continuità, efficacia e

¹¹ D. Lvo 229/99 Art. 3-sexies; LR 25/06

¹² PSR 8.1 Il Distretto

appropriatezza dei percorsi di cura e assistenza erogati ai cittadini.

Composizione

L' *ufficio di coordinamento delle attività distrettuali* è nominato dal Direttore Generale; esso è composto :

- dal Direttore del Distretto che lo presiede;
- dai responsabili delle articolazioni funzionali operanti nel distretto che sono :

	Servizi	Responsabile
1)	Direzione di Distretto	Direttore di Distratto
2)	Direzione delle cure primarie	Dirigente Medico (struttura semplice)
3)	Servizio Amministrativo Distrettuale	Dirigente amministrativo (Struttura semplice)
4)	L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale	Un Medico di Medicina generale
5)	L'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Pediatria di libera scelta	Un pediatra di libera scelta
6)	Servizio Riabilitativo Distrettuale	Dirigente medico Fisiatra
7)	Assistenza Specialistica	Medico Specialista Ambulatoriale Interno
8)	Assistenza Consultoriale familiari	Dirigente Psicologo/ Dirigente Ginecologo
9)	Assistenza psicologica	Dirigente Psicologo
10)	Assistenza Socio Sanitaria	assistente sociale con laurea specialistica o a essa equiparata
11)	Assistenza Ospedaliera	Direttore sanitario del presidio o dei presidi ospedalieri presenti nel territorio
12)	Assistenza psichiatrica	Direttore del DSM
13)	Assistenza dipendenze patologiche	Dirigente del SERT
14)	Dipartimento di prevenzione	Dirigente medico

- da un rappresentante dell'area del comparto individuato dal Direttore Generale fra i dipendenti appartenenti ai profili professionali infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione se non già rappresentanti di specifici servizi .

- su richiesta delle Associazioni di tutela dei cittadini o delle associazioni di rappresentanza dei pazienti può essere richiesta da partecipazione diretta degli stessi a riunioni del Comitato su ordine del giorno indicato dalle associazioni stesse.

Competenze

L' *ufficio di coordinamento* esprime parere, nel rispetto delle direttive emanate dalla direzione generale, sui seguenti argomenti:

- a) Programma delle attività territoriali proposto dal Direttore del Distretto;
- b) piano di budget proposto dal Direttore di Distretto, predisposto alla luce del piano strategico

annuale proposto dall'Azienda al Distretto;

- c) report trimestrale sull'andamento della struttura proposto dal Direttore del Distretto formulato secondo le principali articolazioni del distretto stesso in funzione delle aree di intervento previste dai Livelli essenziali di assistenza;
- d) piano delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni inserite nel Piano di zona;
- e) innovazioni organizzative distrettuali volte al miglioramento dell'efficienza dei servizi, nonché, all'integrazione delle attività del Distretto con altre attività svolte da strutture aziendali e non al fine di raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- f) definizione di percorsi di cura e assistenza per patologie sociali ad andamento cronico secondo il modello del disease and care management;
- g) lo sviluppo delle attività cliniche, di integrazione con altre strutture di cura, attività di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- h) il miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno dei servizi operanti nel distretto;
- i) stabilisce i modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- j) esprime pareri sui piani di aggiornamento e di riqualificazione del personale proposta dal Direttore del Distretto;
- k) valuta, altresì, ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto dal Direttore del Distretto in relazione ai problemi o eventi di particolare importanza.

IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

Il Comitato dei sindaci è costituito dai Sindaci dei comuni costituenti l'ambito territoriale del Distretto e i Presidenti delle circoscrizioni laddove presenti. Il Comitato è presieduto da un Sindaco eletto a maggioranza assoluta. Alle sedute del Comitato partecipa il Direttore generale o un suo delegato e il Direttore di Distretto. Il Comitato svolge funzioni consultive e propositive sul PAT e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.¹³

Obiettivi e finalità

Il coinvolgimento dei Comuni nella formazione del Programma delle attività territoriali rappresenta momento fondamentale e qualificante del reintegro delle autonomie locali nel sistema sanitario, sia finalizzato ad una programmazione partecipata, sia finalizzato alla gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.^{14, 15}

¹³ L.R. n.25/2006 art.14 comma 17

¹⁴ PSR II Distretto – 8.1

¹⁵ Altri riferimenti Legislativi : Legge 328/2000; DPCM 14.2. 2001 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie;

Composizione

Il comitato dei sindaci di distretto , nelle more di direttive regionali, è costituito dai sindaci o Assessori Delegati, dei comuni appartenenti al territorio Distrettuale e dal Direttore del Distretto. E' presieduto da un Sindaco eletto a maggioranza assoluta e si riunisce almeno tre volte l'anno. Il comitato può avvalersi della consulenza di gruppi di lavoro tecnici, costituiti da operatori comunali e operatori dell'Azienda USL, istituiti al fine di approfondire tematiche, modelli di lavoro integrati, protocolli professionali interistituzionali, programmi di formazione congiunta di operatori appartenenti a diversi Enti. Esprime linee di indirizzo su temi di particolare rilevanza per l'integrazione socio – sanitaria.

Competenze

Il Comitato dei Sindaci di Distretto esprime parere su:

- Programma delle attività territoriali;
- Sui report tecnici predisposti dai gruppi di lavoro interistituzionali, se contenenti proposte operative capaci di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi;
- Verifica periodicamente il livello di attuazione del programma e ne verifica l'impatto sulla popolazione assistita.

Il Comitato definisce e approva il Piano di Zona ai sensi dell'ex art. 19, L.328/2000

ASSEGNAZIONI DELLE RISORSE – BUDGET DELLA STRUTTURA DISTRETTUALE – IL PIANO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI - IL PIANO DI ZONA

*La Direzione generale dell'ASL assegna il budget al Distretto, individuato quale centro di responsabilità, che a sua volta negozia il budget con le proprie articolazioni nonché, nelle forme e nei modi stabiliti dall'accordo integrativo regionale, con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.*¹⁶

In conformità a quanto previsto dall'art. 86 della Legge Finanziaria 2001 (L.388/2000) e dalla DGR 1392/01, ciascun distretto avrà assegnata una dotazione finanziaria virtuale, calcolata sulla base dei principi che ispirano il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale e secondo i criteri di finanziamento delle ASL previsti dai Documenti di programmazione economica e finanziaria regionale.

Per adempiere al mandato istituzionale e per giungere agli obiettivi prefissati negli atti di programmazione nazionale, regionale e aziendale, annualmente il Distretto predispone il **Programma delle attività territoriali** sulla base degli obiettivi strategici assegnati dalla Direzione

¹⁶

L.R. n. 25/2006 comma 3

Generale, dei bisogni di salute provenienti dalla popolazione di riferimento e sulla base delle risorse assegnate. Questo processo si realizza attraverso lo strumento che è il BUDGET di STRUTTURA. Di norma le fasi sono le seguenti:

- Pre contrattazione degli obiettivi e delle risorse tra la Direzione Generale e il Direttore del Distretto;
- Confronto del Direttore del Distretto e le diverse articolazioni funzionali dello stesso sugli obiettivi assegnati, le risorse messe a disposizione e i possibili risultati raggiungibili nonché gli indicatori utilizzati per la valutazione. Nello stesso tempo vengono definite le attività nonché le prestazioni riguardanti i diversi settori;
- Discussione in seno all'Ufficio di coordinamento delle attività Distrettuali del Piano delle attività territoriali comprendente anche quelle che interessano i dipartimenti
- Presentazione da parte del Direttore di Distretto della Proposta definitiva del Piano delle prestazioni alla Direzione Generale;
- Invio del piano delle attività territoriali ai Sindaci;
- Rilevazione sistematica di indicatori relativi :
 - alla domanda proveniente dall'utenza e ai bisogni specifici della stessa
 - alle attività effettivamente erogate ed a quelle erogabili
 - alle risorse utilizzate ed a quelle necessarie per raggiungere gli obiettivi assegnati
 - agli indicatori ritenuti utili al fine di verificare i risultati raggiunti **outcome** nonché i modi e i tempi di rilevazione
- Valutazione da parte della U.O. Controllo di Gestione e del Nucleo di Valutazione dell'andamento dei servizi con indicazione delle possibili azioni correttive;
- Confronto del Direttore del Distretto con le Amministrazioni Comunali sulle problematiche riguardanti il Piano di Zona;
- Discussione in seno all'Ufficio di coordinamento delle attività Distrettuali del Piano di Zona;
- Presentazione al Comitato dei Sindaci di distretto del Piano di zona per la relativa approvazione.

LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE

Le funzioni delle strutture deputate ad espletare le attività di informazione e comunicazione istituzionale all'interno degli Enti e delle Istituzioni Pubbliche che erogano servizi al cittadino – utente, negli anni, sono state delineate e precisate a garanzia del diritto di accesso dalla legge 241/90 e dal D.L. N° 29 /93, che attribuisce agli Uffici per le Relazioni con il Pubblico le funzioni di: informazione, accoglienza, tutela e partecipazione.

I più recenti interventi legislativi a livello nazionale sono stati: la Legge 150/2000 ed il Regolamento di attuazione n° 422 /2001 che disciplinano l' Informazione e la Comunicazione istituzionale ridefinendo i compiti dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, dell'Ufficio Stampa e del Portavoce.

La Regione Puglia, con la Legge Regionale N.15 del 20 giugno 2008 “ Principi e linee guida in materia di trasparenza dell'attività amministrativa nella Regione Puglia”e con la deliberazione di Giunta Regionale del 25. 07. 2008 n° 1079 “ Definizione del nuovo modello di Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità. Documento di indirizzo. Approvazione. Progetto SK 003 “ Portale regionale della salute” approvazione. Attività del Call Center Informativo Regionale. Autorizzazione alla prosecuzione delle attività” assicura un modello organizzativo cui tutte le Aziende Sanitarie devono uniformarsi promuovendo nell'ambito di un unico Sistema di Informazione e Comunicazione (paragrafo n°5 e n°5.1 Documento di Indirizzo B.U.R.P.1079/2008), il coordinamento e l' integrazione delle azioni, a più livelli, al fine di conseguire i seguenti obiettivi istituzionali : favorire i processi di condivisione della comunità, consentire un'adeguata conoscenza delle attività e delle strutture organizzative, orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza, rilevare i bisogni dei cittadini-utenti per migliorare gli interventi e la soddisfazione, innalzare la qualità complessiva dei servizi.

Le attività di Informazione e Comunicazione Istituzionale dell'ASL BR devono:

orientare, facilitare l'accesso ai servizi anche durante la fase prenotativa, dare consapevolezza sui diritti/doveri e procedure, accogliere osservazioni critiche, ecc.;

gestire l'informazione e la comunicazione sull'assistenza al fine di promuovere la consapevolezza rispetto alle prenotazioni delle prestazioni, alle scelte diagnostiche ed assistenziali, orientare abitudini, ecc..

analizzare le scelte di interesse della comunità rivolta ai cittadini competenti, singoli o organizzati in associazioni/organismi, a gruppi di popolazione, che sono l'interfaccia della comunità locale orientata a scelte ed azioni di tutela del “bene salute”.

coinvolgere il sistema di relazioni tra i dipendenti, dare consapevolezza e senso di appartenenza, supportare i meccanismi di governo aziendale ed il funzionamento dell'organizzazione, diffondere la cultura dell'impresa valorizzando l'umanizzazione e l'accoglienza.

Vengono individuati come soggetti destinatari: gli interlocutori esterni e gli interlocutori interni (D. I. punto 2).

All'interno dell'azienda Sanitaria BR viene istituita un' Area denominata “Struttura

Organizzativa del Sistema di Informazione e Comunicazione Istituzionale” (Documento di Indirizzo Del. G. R. 1079 del 9 luglio 2008) con il compito di organizzare e coordinare tutte le attività di informazione e comunicazione in applicazione delle Direttive emanate dalla Regione Puglia, collocandosi quale “ strumento” trasversale a supporto delle strutture operative (Ospedali, Distretti Socio Sanitari, Dipartimenti, Aree, Uffici di staff e non, Servizi, ecc.) per tutte le iniziative di Comunicazione ed Informazione Istituzionale.

La struttura dovrà avere a disposizione un budget annuale, su apposito capitolo di spesa, per la programmazione della comunicazione e informazione sanitaria (art.10 del Documento di Indirizzo - Delib. G.R. Pugliese n.1079 del 25.06.2008) e dovrà anche dotarsi di un “Piano di Comunicazione aziendale ” e di un “sistema funzionante ed efficace di comunicazione interna “ (art. 7.6 del del Documento di Indirizzo - Delib. G.R. Pugliese n.1079 del 25.06.2008) .

Il modello organizzativo deliberato dalla Giunta Regionale prevede che, alla Direzione della suddetta Struttura di Informazione e Comunicazione Istituzionale facciano capo i seguenti settori (organizzati in Unità Operative Semplici) :Uffici per le Relazioni con il Pubblico e Marketing, Ufficio Addetto Stampa, attualmente già operativi presso la Asl di Brindisi.

LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Alle Associazioni di tutela, alle rappresentanze dei pazienti e alle organizzazioni del privato sociale occorre riconoscere un ruolo fondamentale nell'organizzazione sanitaria nell'ottica del miglioramento ed umanizzazione dell'assistenza, per la piena attuazione di una politica partecipata. Lo strumento operativo è rappresentato dal "Comitato Misto Consultivo", già funzionante nell'Azienda Sanitaria.

Alla luce delle direttive regionali attraverso il coinvolgimento dei Comitato Misto Consultivo, devono essere ulteriormente implementate le iniziative già avviate e finalizzate alla valutazione dei servizi erogati.

A questo fine, è stata prevista la possibilità di attribuire un ruolo attivo alle associazioni nelle attività dei distretti e dei dipartimenti consentendo alle Associazioni di tutela dei cittadini o alle associazioni di rappresentanza dei pazienti di poter partecipare direttamente alle riunioni del Comitato del dipartimento per poter discutere su ordine del giorno indicato dalle associazioni stesse. Altro momento fondamentale per il confronto tra Azienda e Cittadini è la Conferenza dei servizi strutturata secondo le modalità definite e condivise con i cittadini nelle Linee Guida che l'Agenzia Regionale Sanitaria ha adottato con delibera n° 121 del 30 novembre 2006.”

La ASL Brindisi ritiene inoltre auspicabile la attivazione di una “Scuola di partecipazione”, ovvero un laboratorio di formazione rivolto al mondo delle Associazioni al fine di svilupparne la capacità di coinvolgimento nei processi di programmazione, progettazione e pianificazione di tutti gli interventi e i servizi a favore della comunità.

INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Il PSR e le indicazioni della Regione Puglia hanno sottolineato l'importanza di un approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute.

Per l'ASL di Brindisi l'integrazione socio-sanitaria costituisce un obiettivo che coinvolge tutte le componenti aziendali.

Il modello di integrazione socio-sanitaria va costruito coniugando in maniera armoniosa ed organica l'opzione della Regione di mantenere la competenza sociale dei Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale, coincidente con il Distretto Socio Sanitario (ex L.328/00, in attesa della definizione dei Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni - Liveas - Art. 9, comma 1, lett. B) con le competenze dell'ASL per l'area socio-sanitaria, disciplinata dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

In questo contesto all' A.S.L., per realizzare un'adeguata e coerente integrazione socio-sanitaria, spettano i compiti di:

- ripensare il sistema di organizzazione e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie attraverso il recupero dell'unitarietà di sistema; istituendo le U.O. distrettuali di integrazione socio-sanitaria ed il "Dipartimento" funzionale aziendale di integrazione socio sanitaria.
- di favorire il consolidamento delle iniziative in atto, combinando in logica integrata
- tutti gli aspetti innovativi realizzati e da realizzare;
- di individuare, concordare e realizzare le modalità istituzionali, organizzative e
- gestionali di integrazione tra il sistema dei servizi sanitari e il sistema dei servizi
- sociali, consolidando l'esperienza dell'attuazione del Primo Piano di Zona.

La progettazione e costruzione del sistema di organizzazione e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie nell' A.S.L. verrà realizzata valorizzando adeguatamente le esperienze specifiche di integrazione socio-sanitaria presenti sul territorio per orientarle in una prospettiva unitaria – A questo proposito si darà priorità alle "infrastrutture" quali La Porta Unica di Accesso e le Unità di Valutazioni Multidimensionali.

L'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, forte dell'esperienza consolidata in questi ultimi anni, per quanto riguarda l'Integrazione Socio-Sanitaria, ha avviato un confronto con i principali interlocutori dei processi di integrazione socio-sanitaria e degli operatori sanitari impegnati nella programmazione e nella gestione dei servizi per individuare gli obiettivi strategici dell'integrazione socio-sanitaria che andranno attuati a livello di Ambiti Territoriali e di Distretti Socio Sanitari.

Dalle prime indicazioni sono emersi sia una serie di temi prioritari (iniziative già attive o progettate o indicate come criticità o carenza) che una proposta operativa di coinvolgimento collegata al "Programma preliminare per lo sviluppo dell'Area dell'integrazione socio-sanitaria" presentato alla Direzione Generale.

La proposta riguarda l'utilizzo di uno strumento quale l'"Invito alla manifestazione di interesse" per progettualità operative condivise di integrazione socio-sanitaria.

In sostanza si chiede agli Ambiti Territoriali di manifestare l'interesse a far partecipare operatori e professionisti appartenenti agli Ambiti Territoriali al processo di costruzione del sistema aziendale di integrazione socio-sanitaria avviato dall'A.S.L. di Brindisi.

Oggetto della manifestazione di interesse sono diversi "laboratori" dedicati a "progettualità operative condivise" distribuite tra le Aree progetto dell'Integrazione Socio-Sanitaria dell'A.S.L. che, pur nella variabilità degli argomenti, delle modalità di lavoro comune, degli "esiti" operativi previsti, costituiscono un primo "stralcio", ordinato e strutturato, di azioni individuate come prioritarie per realizzare un sistema di integrazione socio-sanitaria coerente con la normativa vigente e con la operatività quotidiana dei servizi nei territori. Gli obiettivi generali dell'"Invito alla manifestazione di interesse" sono riconducibili ai risultati attesi evidenziati nel "Programma preliminare per lo sviluppo dell'Area dell'integrazione socio-sanitaria".

Nello specifico gli obiettivi di questa modalità operativa sono:

- promuovere circolarità di idee e comunicazione tra i professionisti e gli operatori (in
- una logica contemporaneamente multiterritoriale e multiprofessionale) per favorire
- senso di appartenenza e reciprocità;
- dare unitarietà e logica di sistema ad una serie di "dimensioni" dell'integrazione
- socio-sanitaria (modalità di erogazione delle prestazioni, modelli organizzativi, reti,
- coordinamento, processi e procedure...) raccordando e ottimizzando le esperienze;
- favorire la trasferibilità di buone prassi non in una logica di automatismi ma nella
- costruzione di "nuove" modalità, condivise e contestualizzate, di organizzare e gestire
- le prestazioni socio-sanitarie.
- La produzione e la gestione delle informazioni sulla offerta dei servizi sociosanitari, al momento assicurati da Comuni ed ASL, in termini di unità di offerta, risorse professionali, caratteristiche e entità delle prestazioni, numero e caratteristiche degli utenti, requisiti e modalità di accesso, costo delle prestazioni e modalità di finanziamento, modalità di gestione.
- L'organizzazione della Porta Unica di accesso alle prestazioni finalizzata a semplificare l'accesso degli utenti alla rete dei servizi e ad accrescere l'efficacia della risposta integrata fornita all'utente.
- La regolazione dell'accesso dell'utenza alle prestazioni sociosanitarie, in termini di modalità di accesso, di criteri e modalità per la valutazione multidimensionale dei casi, di forme e livelli di compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni.
- I percorsi di valutazione multidimensionale dei casi, di progettazione personalizzata, di presa in carico dei servizi sociosanitari;
- L'adozione di strumenti di regolazione delle prestazioni rispetto ai soggetti erogatori (autorizzazione al funzionamento, accreditamento, delega, convenzione, affidamento esterno, ecc...).

Al fine di perseguire gli obiettivi sopra indicati, la Asl di Brindisi si doterà del seguente modello organizzativo.

REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO AZIENDALE

1 MISSIONE

La Direzione Generale con la strutturazione del “Servizio Socio-sanitario” intende riconoscere la forte rilevanza che assume l’integrazione socio-sanitaria sul piano della salute dei cittadini. L’integrazione, infatti, aggiunge valore all’assistenza sanitaria e consente di migliorarne l’efficacia, di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario la qualità di vita del cittadino in una visione multidimensionale del concetto di salute.

In aderenza alla disposizioni del D. Lgs n. 229/99 e della Legge n. 328/2000, con l’organizzazione del Servizio Socio-sanitario si intende strutturare all’interno dell’Azienda una specifica funzione strategica di coordinamento delle attività di programmazione, gestione e controllo, connesse all’erogazione delle prestazioni socio-sanitarie previste dal DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie” e dal DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

2 OBIETTIVI

Il Servizio Socio-sanitario Aziendale opera secondo il presente regolamento per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Assicurare il coordinamento delle funzioni di indirizzo, programmazione, gestione, e controllo dell’integrazione sociosanitaria nelle seguenti aree:
 - Materno infantile
 - Disabili
 - Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronic-degenerative
 - Dipendenza da droga, alcool e farmaci
 - Patologie psichiatriche
 - Patologie per infezioni HIV.
- Garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dai Programmi delle Attività Territoriali (di cui all’art. 3 quater del D. Lgs n. 229/99) e dai Piani di Zona (di cui all’art. 19 della legge 328(2000));
- Dare concreta attuazione alle linee d’indirizzo nazionale, regionale e aziendale finalizzate all’integrazione socio-sanitaria, ed assicurare la partecipazione agli Organismi istituzionali previsti per la realizzazione del sistema locale integrato di interventi e servizi socio-sanitari;

- Perseguire, sul piano istituzionale, gestionale e professionale, l'integrazione dei servizi sanitari con i servizi sociali e socio-assistenziali degli Enti pubblici e/o privati, delle Onlus, delle organizzazioni di volontariato, delle cooperative sociali e delle associazioni di promozione sociale operanti sul territorio, ovvero gestiti direttamente dall'Azienda su delega degli Enti locali;
- Garantire l'informazione e la consulenza sulle prestazioni socio-sanitarie erogate con oneri a carico dell'Azienda, ovvero, con oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni, differenziando le diverse fonti di finanziamento.
- Curare la gestione dei rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le Strutture accreditate per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.
- Curare il monitoraggio delle attività socio-sanitarie svolte dall'Azienda e dalle altre Istituzioni, pubbliche e/o private accreditate, che operano sul territorio, verificando l'omogeneità dei livelli di assistenza garantiti, anche sotto il profilo dei costi sostenuti e della ripartizione delle risorse tra Fondo Sanitario e Fondo delle Politiche Sociali.
- Promuovere lo studio e la ricerca sociale sui comportamenti attuati dai singoli, dalle famiglie e dalle associazioni per la tutela della salute, sulla domanda e sull'offerta dei servizi socio-sanitari, sulla soddisfazione dei cittadini utenti. A tal fine si raccorda con l'Osservatorio regionale delle politiche sociali per lo sviluppo di metodologie utili a valutare l'efficacia sociale dei servizi erogati e orientare il sistema dell'offerta verso bisogni emergenti o trascurati.

3 ORGANIZZAZIONE

Il Servizio Socio-sanitario si configura come una Area che svolge in modo coordinato ed integrato, un complesso di funzioni tra loro omogenee ed affini che attraversano le strutture sanitarie e i servizi socio-sanitari ed assistenziali.

L'organizzazione del Servizio deve quindi rispondere alla necessità di coordinare attività omogenee in settori diversi, tenendo conto della complessità delle strutture interessate, della loro storia e dei livelli di innovazione richiesti, e assicurando adeguati e specifici supporti tecnico-professionali alla gestione delle stesse.

L'attività deve essere articolata ai vari livelli (centrale, distrettuale, dipartimentale e di servizio) ipotizzando, riguardo all'attività decentrata, la possibilità di creare uffici dotati di competenze intersettoriali.

Il Servizio Socio-sanitario è strutturato come segue:

- ❖ A livello Centrale è previsto un Ufficio di Coordinamento per l'Integrazione Socio-sanitaria e quattro unità operative semplici:
 - Il Servizio Sociale Professionale Centrale
 - L'Ufficio Ricerca e Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria
 - L'Ufficio per l'integrazione scolastica e lavorativa dei soggetti con disabilità
 - L'Ufficio per la Gestione delle Strutture dell'area sociosanitaria convenzionate e/o a gestione diretta.

- ❖ A livello Distrettuale, è previsto:
 - Il Servizio Sociale Professionale (uno per distretto)
- ❖ A livello Dipartimentale è previsto
 - Il Servizio Sociale Professionale per la salute mentale (DSM);
 - Il Servizio Sociale Professionale per le dipendente patologiche (DDP)

4 IL DIRETTORE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO AZIENDALE

L'incarico di Direttore del Servizio Socio-sanitario Aziendale, ai sensi dell'art. 30, della L.r. 1/04 si configura come incarico di direzione di struttura complessa con valenza dipartimentale, ed è affidato, secondo le procedure previste dal CCNL, ad un sociologo dirigente.

5 ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO

- Rappresenta il Servizio e ne assicura la gestione, l'organizzazione, il funzionamento in tutte le sue componenti e la direzione degli operatori assegnati;
- Concorda con la Direzione Generale, attraverso le proposte del piano annuale delle attività, discusso in seno all'Ufficio di Coordinamento, le strategie, gli obiettivi, le linee di sviluppo e le risorse necessarie;
- Convoca e presiede, formulando il relativo ordine del giorno, l'Ufficio di Coordinamento;
- Predisporre e trasmette annualmente alla Direzione generale le richieste di beni e servizi, assegnazioni di personale e relativi profili di orario di lavoro, utilizzazione di spazi e strutture, programmi di aggiornamento e formazione per la realizzazione delle attività programmate;
- Fornisce il supporto tecnico al Direttore Generale per la definizione degli indirizzi della programmazione aziendale nell'area integrazione socio-sanitaria;
- Partecipa al processo programmatorio dell'Azienda e delle strutture in cui si articola (presidi, distretti, dipartimenti, servizi sovradistrettuali, ecc.) per la definizione di percorsi assistenziali e socio-sanitari integrati;
- Provvede, su delega del Direttore Generale, alla consultazione delle Amministrazioni locali e degli Organismi istituzionali previsti dai Piani di Zona, per lo sviluppo di accordi di programma e/o convenzioni su programmi e progetti, inerenti l'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari;
- Fornisce la consulenza tecnico-professionale, ai diversi attori del sistema, su programmi, interventi, organizzazione e gestione dei servizi dell'area socio-sanitaria;
- Svolge attività di indirizzo e coordinamento, a livello distrettuale e dipartimentale, per la gestione dei servizi integrati e per la definizione delle procedure:
 - di accesso alle prestazioni sociosanitarie,
 - di verifica dei programmi assistenziali,
 - di dimissione,
 - con riferimento alle diverse forme di assistenza: ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale/diurna e residenziale;
- Cura la programmazione e la gestione di progetti e servizi a valenza sovradistrettuale, in collaborazione con gli enti territoriali e le strutture interessate.
- È componente del Collegio di Direzione.

6 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

L'Ufficio di Coordinamento dell'Integrazione Sociosanitaria, presieduto dal direttore del servizio con funzioni di Coordinatore socio-sanitario, è composto da:

- i Dirigenti delle strutture semplici dipartimentali (Area Nord e Area Sud)
- il Responsabile del "Servizio Sociale Professionale" centrale;
- il Responsabile dell'Ufficio "Ricerca e sviluppo dell'integrazione sociosanitaria";
- il Responsabile dell'Ufficio "Integrazione scolastica e lavorativa dei soggetti con disabilità"
- il Responsabile dell'Ufficio "Gestione delle strutture dell'area sociosanitaria convenzionate e/o a gestione diretta"
- i Responsabili dei "Servizi Sociali Professionali" distrettuali,
- il Responsabile del "Servizio sociale professionale per la salute mentale" del Dipartimento di Salute Mentale,
- il Responsabile del "Servizio sociale professionale per le dipendenze patologiche" del Dipartimento Dipendenze Patologiche.

Fanno parte, altresì, dell'Ufficio di Coordinamento i responsabili di progetti aziendali e/o a valenza sovradistrettuale nell'area dell'integrazione sociosanitaria.

7 ATTRIBUZIONI DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

All'Ufficio di Coordinamento compete:

- a) La proposta del piano annuale delle attività;
- b) La predisposizione di modalità uniformi di intervento per l'integrazione socio-sanitaria in conformità agli indirizzi della programmazione aziendale (PAT) e dei Piani di Zona;
- c) Il coordinamento e lo sviluppo delle attività di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- d) La sperimentazione e l'adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza dei servizi e dei livelli di integrazione tra le prestazioni sociali e quelle sanitarie;
- e) Il miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture sociosanitarie a gestione diretta e di quelle convenzionate;
- f) La definizione di modelli uniformi per la verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- g) La proposta dei piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programmazione e coordinamento delle attività didattiche, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;
- h) La valutazione di ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto dal Direttore del Servizio in relazione a problemi ed eventi di particolare rilevanza.

L'Ufficio di Coordinamento si riunisce su convocazione del Direttore del servizio e può operare, in relazione a specifiche problematiche trattate, in composizione ridotta.

8 IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE CENTRALE

Il Servizio Sociale Professionale Centrale assicura le seguenti attività:

- concorre alla individuazione e alla realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda e di quelli specifici del Servizio Sociosanitario;
- provvede alla realizzazione e gestione dei programmi e progetti affidati secondo il piano annuale di attività del Servizio;
- garantisce l'erogazione dei livelli di assistenza previsti per l'integrazione socio-sanitaria;
- programma, organizza, coordina, gestisce, verifica e controlla le risorse umane e strumentali necessarie per l'erogazione delle prestazioni sociali nei servizi territoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali offerti all'utenza;
- partecipa alla identificazione dei bisogni di assistenza della persona, della famiglia e della collettività e alla conseguente elaborazione della strategia aziendale attraverso l'indicazione delle risorse necessarie e disponibili per soddisfare tali bisogni, perseguendo livelli crescenti di efficacia ed efficienza;
- pianifica, gestisce e valuta gli interventi di assistenza sociale;
- concorre alla promozione dell'educazione alla salute e delle attività di prevenzione.
- organizzare le attività di tirocinio e di tutoring;
- predisporre gli atti relativi alle materie di competenza;
- cura il monitoraggio quali-quantitativo delle attività socio-assistenziali erogate nel settore di competenza dalle strutture a gestione diretta e da quelle convenzionate;
- assicura la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

La responsabilità del Servizio Sociale Professionale Centrale è affidata, con le modalità previste dal CCNL, ad un assistente sociale dirigente in possesso di laurea specialistica o ad essa equiparata. . Nelle more della definizione delle procedure previste dall'art. 34 della L.R. 26/06, tale incarico si configura come posizione organizzativa.

9 L'UFFICIO RICERCA E SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

L'Ufficio Ricerca e Sviluppo dell'Integrazione Sociosanitaria assicura le seguenti attività:

- a) concorre alla individuazione e alla realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda e di quelli specifici del Servizio Sociosanitario;
- b) provvede alla realizzazione e gestione dei programmi e progetti affidati secondo il piano annuale di attività del Servizio;
- c) sviluppa una costante attività di studio e di ricerca sui livelli di assistenza garantiti alla popolazione di riferimento, sullo stato dei servizi, sulla domanda di prestazioni e sul grado di soddisfazione dell'utenza. Promuove il progressivo adeguamento dell'offerta ai bisogni espressi o inespressi, nonché la sperimentazione di nuove modalità di erogazione dei servizi, perseguendo il miglioramento continuo della qualità;
- d) promuove i progetti di ricerca e revisione della qualità e degli esiti delle attività socio assistenziali mediante la definizione di protocolli valutativi e di specifici indicatori di qualità;
- e) sviluppa la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e di nuovi protocolli operativi mirati alla soluzione dei problemi tecnico-assistenziali;
- f) promuove l'orientamento della domanda, cura le strategie di comunicazione e, in collaborazione con l'URP, provvede alla stesura della Carta dei Servizi Socio-sanitari;
- g) cura, in collaborazione con l'Unità Programmazione e Controllo di Gestione, il monitoraggio delle attività sociosanitarie e dei costi sostenuti, nonché la valutazione quali-quantitativa delle prestazioni erogate dalle strutture aziendali e dalle altre Istituzioni pubbliche e/o private accreditate;
- h) contribuisce allo sviluppo di sistemi informativi integrati Aziende sanitarie – Enti locali.
- i) predispose gli atti relativi alle materie di competenza;
- j) assicura la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

La responsabilità dell'Ufficio Ricerca e Sviluppo dell'Integrazione Sociosanitaria è affidata, con le modalità previste dal CCNL, ad un sociologo dirigente o psicologo dirigente.

10 L'UFFICIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA E LAVORATIVA DEI SOGGETTI CON DIABILITÀ

L'Ufficio Integrazione scolastica e lavorativa dei soggetti con disabilità assicura le seguenti attività:

- a. concorre alla individuazione e alla realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda e di quelli specifici del Servizio Sociosanitario;
- b. provvede alla realizzazione e gestione dei programmi e progetti affidati secondo il piano annuale di attività del Servizio;

- c. cura la programmazione degli interventi per l'integrazione scolastica e lavorativa dei soggetti con disabilità, in collaborazione con i distretti socio-sanitari;
- d. assicura il coordinamento delle équipes distrettuali per l'integrazione scolastica, in collaborazione con l'unità di neuropsichiatria infantile della Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione;
- e. assicura gli adempimenti connessi all'attuazione degli interventi per l'integrazione scolastica, nonché il collegamento con i diversi soggetti istituzionali che intervengono nella medesima materia (Provincia, Istituzioni scolastiche, Ambiti, etc.);
- f. sviluppa la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e di protocolli operativi per la soluzione di problemi inerenti l'integrazione scolastica e lavorativa;
- g. assicura il monitoraggio e la valutazione degli interventi in materia di integrazione scolastica, nonché la rendicontazione dei costi sostenuti con riferimento alle diverse fonti di finanziamento;
- h. predispone gli atti relativi alle materie di competenza;
- i. assicura la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

La responsabilità dell'Ufficio Integrazione scolastica e lavorativa dei soggetti con disabilità è affidata, con le modalità previste dal CCNL, ad un sociologo dirigente o psicologo dirigente o assistente sociale.

11 L'UFFICIO PER LA GESTIONE DELLE STRUTTURE DELL'AREA SOCIOSANITARIA CONVENZIONATE E/O A GESTIONE DIRETTA

L'Ufficio per la Gestione delle Strutture dell'area sociosanitaria Convenzionate e/o a gestione diretta assicura le seguenti attività:

- a. concorre alla individuazione e alla realizzazione degli obiettivi generali dell'Azienda e di quelli specifici del Servizio Sociosanitario;
- b. provvede alla realizzazione e gestione dei programmi e progetti affidati secondo il piano annuale di attività del Servizio;
- c. cura progetti di verifica e revisione della qualità dei servizi e delle strutture, nonché la valutazione dei risultati ottenuti, con particolare riferimento al grado di soddisfazione dell'utenza;
- d. collabora con le strutture territoriali, al fine di favorire dimissioni protette ed evitare ricoveri impropri e/o incongrui da cause sociali;
- e. cura la predisposizione e la tenuta degli atti relativi ai rapporti convenzionali con gli Enti Locali e le Strutture pubbliche e/o private accreditate per l'erogazione dei servizi;
- f. provvede alla verifica dei rendiconti e alla liquidazione delle competenze dovute per le prestazioni erogate in regime di convenzione, differenziando quelle a carico del SSR da

quelle che fanno riferimento ad altre fonti di finanziamento (Comuni, Provincia, Regione, Fondo per le politiche sociali, ecc.).

- g. cura il monitoraggio della spesa per le strutture convenzionate con riferimento agli standard fissati dalla programmazione aziendale e/o regionale;
- h. predisporre gli atti relativi alle materie di competenza;
- i. assicura la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

La responsabilità dell'Ufficio per la Gestione delle Strutture dell'area sociosanitaria Convenzionate e/o a gestione diretta è affidata, con le modalità previste dal CCNL, ad un dirigente amministrativo.

12 I SERVIZI SOCIALI PROFESSIONALI DISTRETTUALI:

I Servizi Sociali Professionali Distrettuali assicurano:

- a. la partecipazione all'Ufficio di Coordinamento del Distretto e del Servizio Socio-sanitario;
- b. la partecipazione all'Ufficio di Piano del distretto di competenza;
- c. la partecipazione all'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale
- d. la collaborazione nella valutazione multidisciplinare dei bisogni dell'utenza e nella elaborazione di programmi individualizzati di presa in carico;
- e. la pianificazione e la gestione intersettoriale degli interventi socio-assistenziali relativi alla struttura di competenza;
- f. la verifica delle procedure inerenti alle attività socio-assistenziali erogate dalle strutture a gestione diretta e da quelle convenzionate nel territorio di competenza;
- g. i rapporti con gli Enti pubblici e privati, le organizzazioni di volontariato e l'associazionismo;
- h. l'istruttoria dei relativi atti;
- i. la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

La responsabilità del Servizio Sociale Professionale Distrettuale è affidata, con le modalità previste dal CCNL, ad un assistente sociale in possesso di laurea specialistica o equiparata. Nelle more della definizione delle procedure previste dalla normativa vigente, tale incarico si configura come funzione di coordinamento.

13 I SERVIZI SOCIALI PROFESSIONALI DIPARTIMENTALI

I Servizi Sociali Professionali del D.S.M. e del D.D.P. assicurano:

- la partecipazione all'Ufficio di Coordinamento del Servizio Socio-sanitario;
- la partecipazione agli Ufficio di Piano per le materie di competenza;
- la collaborazione nella valutazione multidisciplinare dei bisogni dell'utenza e nella elaborazione di programmi individualizzati di presa in carico;
- la pianificazione e la gestione intersettoriale degli interventi socio-assistenziali relativi alla struttura di competenza;
- la verifica delle procedure inerenti alle attività socio-assistenziali erogate dalle strutture a gestione diretta e da quelle convenzionate nel settore di competenza;
- l'istruttoria dei relativi atti;
- la tenuta e l'aggiornamento della normativa di riferimento, della letteratura e di ogni altra documentazione rilevante per le attività di competenza.

Le responsabilità dei Servizi Sociali dei dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono affidate, con le modalità previste dal CCNL, ad un assistente sociale in possesso di laurea specialistica o equiparata. Nelle more della definizione delle procedure previste dalla normativa vigente, tale incarico si configura come funzione di coordinamento.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La formazione costituisce uno degli elementi strategici di promozione e miglioramento continuo della qualità in ambito sanitario. Le politiche della formazione all'interno della ASL di Brindisi continueranno a sviluppare le seguenti aree di attività:

- la formazione del personale finalizzata all'aggiornamento tecnico e manageriale, la formazione specialistica attraverso la quale la ASL BR, con le sue strutture il suo personale, consente l'acquisizione di titoli di studio specialistici.
- la formazione universitaria di base costituita dai corsi di laurea delle professioni sanitarie attivati presso la sede di Brindisi.

In particolare, lo sviluppo delle attività di formazione del personale, reso necessario dal processo di aziendalizzazione, è strettamente correlato all'efficienza dell'organizzazione e al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La pianificazione dell'attività di formazione viene attuata attraverso i seguenti steps:

- Analisi e definizione dei bisogni formativi dei dipendenti
- Programmazione (Piano aziendale della formazione concordato anche con le Organizzazioni Sindacali)
- Pianificazione (Piano aziendale della Formazione e Piano di Comunicazione della Formazione)
- Valutazione dei percorsi formativi individuati
- Definizione dei requisiti richiesti per Società di Formazione e dei docenti interni ed esterni.

All'interno di tale processo, la ASL di Brindisi si avvarrà della collaborazione di Enti di Ricerca Pubblici/Privati come l'Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo che ha sede amministrativa e laboratori di ricerca, formazione e servizi sia nella Cittadella della Ricerca di Brindisi che in Mesagne.

Questo Istituto, dotato di una forte competenza accademica-scientifica di natura multi-istituzionale e trans-disciplinare, potrà svolgere sempre di più funzioni di supporto "alto" per tutte le attività di formazione che si possono implementare all'interno dell'ASL BR e potrà garantire l'adeguatezza dei processi formativi in base alla tipologia degli individui da formare, sviluppando le linee di indirizzo sopra indicate.

Obiettivo generale è quello di attivare meccanismi che permettano alle organizzazioni aziendali, attraverso la rete facente capo all'Ufficio Formazione aziendale, di trasformarsi in un "learning centre", cioè una organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema Sanitario Regionale.

CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La Regione Puglia e l'Università di Bari hanno stipulato, in data 22 luglio 2008, un Protocollo di Intesa per la collaborazione tra Università e Servizio Sanitario Regionale nella formazione del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Tale intesa prevede l'espletamento dei Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie attivati dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, per cui tra Università degli Studi di Bari e ASL di Brindisi è in corso di perfezionamento la stipula della convenzione per l'espletamento delle attività didattiche relative ai seguenti corsi di laurea, per l'anno accademico 2008-2009:

- Infermieristica: a. a. 2006-2007 in fase di completamento – a. a. 2008-2009 sede di corso
- Fisioterapista: a. a. 2006-2007 in fase di completamento – a. a. 2008-2009 sede di corso
- Tecnico di laboratorio biomedico: a. a. 2006-2007 in fase di completamento – dall'a. a. 2008-2009 solo tirocinio
- Tecnico riabilitazione psichiatrica: a. a. 2006-2007 in fase di completamento – dall'a. a. 2008-2009 solo tirocinio
- Igiene Dentale: a. a. 2006-2007 in fase di completamento – dall'a. a. 2008-2009 solo tirocinio
- Tecnico di Radiologia Medica: dall'a.a. 2008-2009 solo tirocinio.

La ASL Brindisi continuerà ad assicurare il rispetto di tutti i requisiti previsti dalle vigenti norme per rendere possibile la prosecuzione dei suddetti Corsi di Laurea, nell'ambito delle decisioni assunte dall'Università di Bari, titolare della iniziativa didattico-organizzativa.

Inoltre, la ASL Brindisi intende mettere in campo ogni azione utile allo sviluppo di una Facoltà delle Professioni Sanitarie, nell'ambito di una collaborazione tra gli Atenei di Bari e di Lecce.

LA SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA E LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

Come già specificato nel Piano Regionale della Salute il contesto demografico ed epidemiologico che caratterizza i paesi occidentali e l'Italia in particolare solleva il problema della sostenibilità economico-finanziaria delle offerte sanitarie sul territorio.

LE RISORSE DI SISTEMA

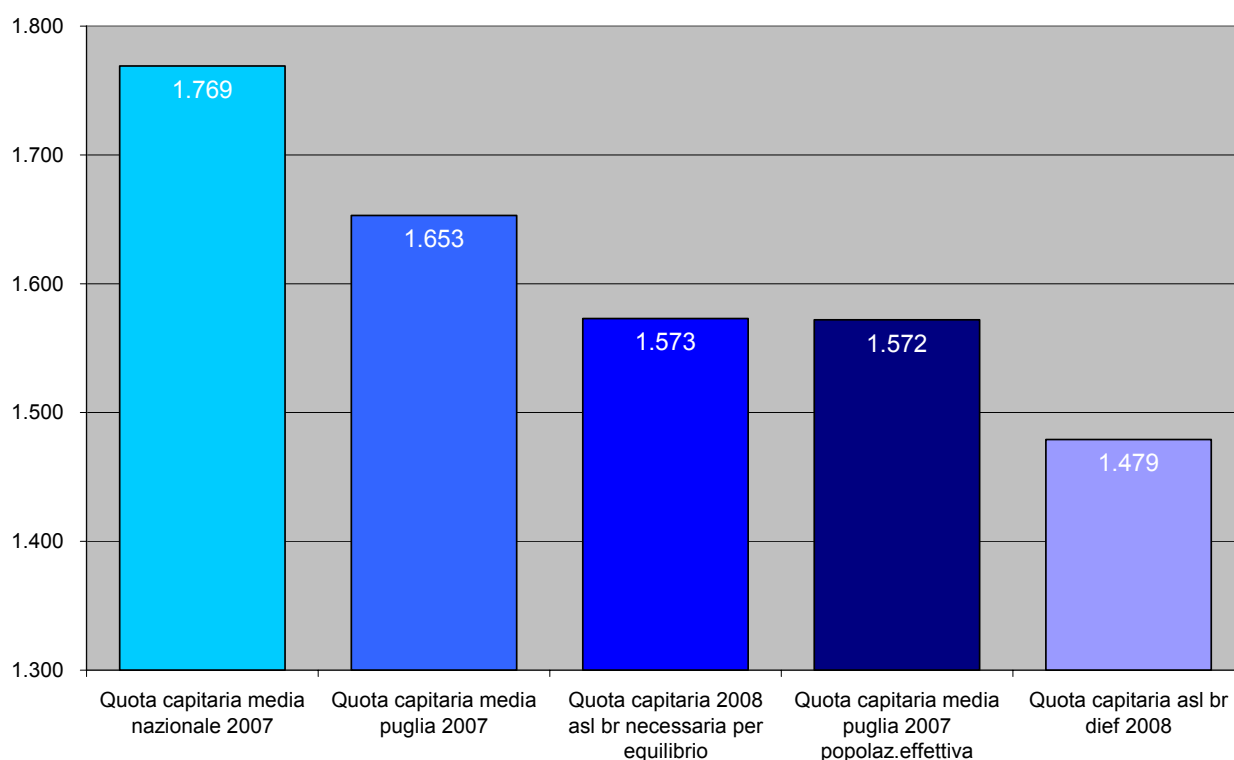
La Asl Brindisi ha evidenziato nel corso dell'anno 2008 una perdita preconsuntiva di €/000 33.940. Tale perdita è da considerare in larga parte strutturale, in quanto connessa ad una considerevole sottostima del fabbisogno di risorse determinato dai criteri di riparto nazionale nei confronti della Regione Puglia. Per l'anno 2008 alla Regione Puglia è stato riconosciuto un fabbisogno di 6,581 milioni di €, pari al 6,73% della quota nazionale. La Asl di Brindisi ha ricevuto assegnazioni lorde pari a 0,596 milioni di €, pari all'9,1% dell'assegnazione complessiva, a fronte di una popolazione pari a 402.985 abitanti, pari al 9,9% della popolazione complessiva della Regione Puglia.

Il Bilancio di previsione 2009 è stato predisposto senza conoscere né le assegnazioni definitive dell'anno 2009, né i saldi di mobilità aggiornati, ed evidenzia una perdita provvisoria di €/000 37.801.

Come si evince dalla tabella successiva (fonte: Bilancio preventivo 2009) sarebbe sufficiente ottenere 1.573 € procapite, per ottenere l'equilibrio di Bilancio, a fronte di una media nazionale, peraltro riferita all'anno 2007, pari a € 1.769 (Fonte: relazione Assessorato alla Salute- informativa sulla situazione finanziaria della sanità in puglia del 4 marzo 2009).

		Ass.lorda	Popolazione	Ass. procapite
		€/000	n°	€
a	Dief 2008 (dgr95 e 2338)/08	596.005	402.985	1.479
b	Perdita prevista	37.801		
c=a+b	Assegn. Necess.per eq.	633.806	402.985	1.573

Il grafico successivo confronta le somme ricevute dalla Asl Br nell'anno 2008, con quelle necessarie a raggiungere l'equilibrio, con le somme calcolate nella relazione assessorile, riferite all'anno 2007.



E' di tutta evidenza la assoluta sottostima della assegnazione ricevuta dalla Asl Brindisi, sia se confrontata con la media regionale, che confrontata con la media nazionale.

L'accordo raggiunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 5 febbraio (in data successiva all'approvazione del Bilancio Preventivo 2009), prevede una proposta di riparto che sarà trasmessa al Governo e che dovrà poi essere recepita in un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

L'importo complessivo del fondo nazionale 2009 in funzione della copertura dei LEA è pari a 101,482 milioni di euro, di cui 6,787 milioni di euro assegnati alla Regione Puglia (pari al 6,69%). Applicando l'incremento percentuale di assegnazione ottenuto dalla Regione Puglia, pari al 3,13%, alla assegnazione 2008, la Asl Brindisi otterrebbe maggiori assegnazioni nel 2009, rispetto al 2008 per €/000 18.655.

Questo dato, unitamente alla previsione di migliorare i saldi di mobilità passiva relativi alle prestazioni di ricovero sanitario con peso inferiore a 0,95, dovrebbe consentire di tendere rapidamente verso l'equilibrio di Bilancio.

QUADRO DI COMPATIBILITA' DEL PIANO ATTUATIVO LOCALE

Il piano attuativo locale non può che perseguire gli obiettivi posti dal Piano Regionale della Salute, vale a dire perseguire un'ottica di miglioramento della qualità del servizio e di equilibrio sul piano della sostenibilità economica del sistema, attraverso una diversa allocazione delle risorse, e la definizione di chiari obiettivi di risparmi.

In questa ottica ogni azione futura di rimodulazione dell'offerta sanitaria sul territorio, generata dalla messa in pratica delle scelte definite con il Piano attuativo locale, dovrà in qualche modo "autofinanziarsi", attraverso l'individuazione dei cosiddetti costi "cessanti", con le cui economie si potranno coprire i costi "emergenti" derivanti dalle implementazioni dei nuovi servizi sanitari.

Sarà inoltre necessario prevedere costi "cessanti" in ambito ospedaliero, che consentano di sopportare costi "emergenti" in ambito di tutela dell'assistenza collettiva e distrettuale, al fine di consentire di raggiungere, nell'arco di un triennio, un'allocatione delle risorse in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, così come riportare nel Piano Regionale della Salute (5% Prevenzione, 44% Assistenza ospedaliera, 51% assistenza territoriale distrettuale).

L'ultimo dato aziendale evidenzia infatti costi per livelli di assistenza, pari a: 2,5% per l'assistenza collettiva, 54,2% per l'assistenza ospedaliera, 43,3% per l'assistenza territoriale (Fonte: Bilancio sociale 2007 Asl Br).

Sarà quindi necessario garantire la fattibilità economica di ogni singola implementazione, tenendo conto dell'obiettivo generale del raggiungimento dell'equilibrio complessivo del Bilancio Aziendale.

Partendo dal dato del Bilancio preventivo 2009, e da alcune ipotesi di sviluppo dei costi previsti nel Bilancio pluriennale 2009-2011, sarà possibile ottenere l'equilibrio di Bilancio, con le seguenti azioni combinate:

- 1 Previsione di crescita delle assegnazioni lorde di circa il 3%;
- 2 Previsione di riduzione della mobilità passiva infraregionale ed extraregionale, con particolare riferimento ai Drg con peso $\leq 0,95$;
- 3 Utilizzo integrale delle risorse previste dalle Leggi Nazionali e Regionali, inerenti il costo del personale dipendente, ed alle relative possibilità di assunzioni, al fine di potenziare l'erogazione dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- 4 Aumento della % di occupazione delle strutture, al fine di ridurre i costi della mobilità ed i costi nei confronti delle strutture esterne;
- 5 Ottimizzazione dell'uso dei fattori produttivi direttamente governabili, al fine di ottenere economie tali, da poter coprire i costi emergenti determinati dal maggiore utilizzo delle strutture interne.

La tabella successiva evidenzia, in forma sintetica, quanto sopra riportato, nell'ottica del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

€000

Note	Descrizione	2009	2010	2011	Totale
1	Perdita Bilancio Pevisione	-37.801	-16.708	-657	-55.166
2	Maggiori assegnazioni 2009	18.655	560	576	19.791
3	Recuperi mobilità passiva infra ed extra <=0,95	8.745	13.991	17.489	40.225
4	Somme a disposizione per aumento c.fatt. prod.vi	-1.600	-1.600	-1.650	-4.850
	Totale	-12.002	-3.757	15.758	0

1 Fonte: Bil.pluriennale, con previsione di increm ass.lorda 3% 2010 e 2011

2 2009:increm stato regioni; 2010 e 2011, ulteriore 3% su incremento

3 Fonte: UCG, mobilità passiva con peso <= 0,95; valore max recuperabile €000 17.489; previsto recupero al 50% nel 2009, al 70% nel 2010, al 100% nel 2011

4 Previsione di aum. C. del personale, beni e servizi per attivazione nuovi servizi e diminuzione valori mob. passiva, da considerare in aggiunta ad altri costi emergenti "finanziabili" con i costi "cessanti", derivanti dalle razzioni da implementare con il Pal

GLI INVESTIMENTI

Con riferimento al Piano degli Investimenti, il Piano attuativo Locale potrà usufruire di € 13.659.000, da destinare interamente alla creazione ed al potenziamento delle strutture territoriali, incluse le attrezzature sanitarie. Di tale somma la Regione ha già reso disponibili € 8.199.100 per l'anno 2009 (fonte: Bilancio preventivo 2009).

LE RISORSE UMANE

Se da un lato le risorse umane rappresentano per una Azienda Sanitaria la più importante voce di “costo” (nella ASL Brindisi sono in servizio circa 4.000 Operatori), dall'altro esse costituiscono il più importante “fattore produttivo” ai fini delle attività connesse con la “produzione di salute”.

La ASL Brindisi ha potuto solo recentemente avviare un percorso di consolidamento della dotazione di risorse umane, mediante la adozione della nuova dotazione organica in conformità alle prescrizioni previste dalla Giunta Regionale.

Tale percorso, resosi necessario per rimodulare la dotazione organica infermieristica alla luce della incorporazione della ex Azienda Ospedaliera “Di Summa-Perrino”, ha reso necessario l'abbattimento di numerosi posti di dirigente medico per dare spazio a posti di infermiere professionale; esso proseguirà con il perfezionamento del processo di stabilizzazione del personale precario, secondo quanto previsto dalla Giunta Regionale, lungo l'arco temporale 2008-2010.

Dato per acquisito questo processo, che a regime assicurerà alla ASL la disponibilità di una platea di personale stabilmente in servizio, la stessa ha comunque la necessità di ampliare le risorse umane disponibili, sia allo scopo di consolidare la attività di servizi ospedalieri di importanza strategica (es. emodinamica cardiaca) attivati sin qui in modalità “iso-risorse”, sia soprattutto allo scopo di promuovere nuove attivazioni (es. chirurgia toracica, cardiocirurgia).

In questo senso la ASL perseguirà ogni iniziativa utile, come la ulteriore revisione delle risorse comprese nella attuale dotazione organica, ad esempio con la trasformazione di posti di infermiere pediatrico in posti di infermiere professionale, oppure con la trasformazione di posti di infermiere generico in posti di operatore socio sanitario.

In questo processo, è assolutamente necessario sottolineare che la ASL Brindisi assume in proprio la produzione della quasi totalità delle attività sanitarie, avendo nel proprio territorio soltanto una quota residuale di posti letto privati accreditati. Per questo è auspicabile che all'Azienda possa essere assicurato uno standard complessivo di risorse umane effettivamente adeguato alle necessità assistenziali.

Per quanto attiene invece la promozione delle attività assistenziali sul territorio, risulta di importanza centrale la attuazione dei Progetti di Piano Sanitario Nazionale di cui alla Legge n. 662/1996, il cui rifinanziamento diventa indispensabile per garantire la prosecuzione di attività insostenibili con le sole risorse di bilancio.

Infatti, grazie al finanziamento di tali progetti, è stato finora possibile immettere nel circuito dell'assistenza territoriale Medici, Biologi, Infermieri, Fisioterapisti, Tecnici di Radiologia, nonché Personale di supporto amministrativo e tecnico.

La ASL Brindisi intende promuovere una riflessione sulla necessità di procedere ad “internalizzare” alcuni servizi attualmente assegnati in appalto ad erogatori esterni, a cominciare da quelli a carattere sanitario (come ad esempio la assistenza domiciliare), nella convinzione che

tale processo, prima ancora che innescare dinamiche economico-finanziarie positive per la Azienda, favorisca un miglioramento della qualità della assistenza.

GLI INVESTIMENTI

In attuazione dell'Asse III "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale" del PO FESR 2007-2013", la ASL di Brindisi partecipa all'Accordo di programma relativo alla Linea 3.1, "Programma di interventi per la infrastrutturazione della sanità territoriale nei distretti socio-sanitari". Gli interventi predisposti dalla ASL Brindisi, necessari al fine di dare prospettive di concreto sviluppo alla programmazione attuativa locale, sono riferiti alle seguenti 6 linee di intervento:

- Miglioramento strutturale e della dotazione tecnologica delle strutture poliambulatoriali e consultoriali, nonché completamento delle reti con realizzazione di nuove strutture;
- Adeguamento funzionale rispetto agli standard strutturali e organizzativi già previsti dalla normativa regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie per i percorsi terapeutico-riabilitativi;
- Realizzazione di nuove strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale per le aree della non autosufficienza della salute mentale delle disabilità della dipendenze patologiche;
- Potenziamento e nuove sperimentazioni di servizi per utenze fragili;
- Realizzazione e potenziamento della rete dei servizi sanitari del pronto intervento, anche tramite la telemedicina;
- Realizzazione di case della salute.

Si riportano nel dettaglio le schede progetto proposte alla Giunta Regionale al fine di sottoscrivere la relativa convenzione.

LINEA 1

Miglioramento strutturale e della dotazione tecnologica delle strutture poliambulatoriali e consultoriali, nonché completamento delle reti con realizzazione di nuove strutture

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	IMPORTI
Mesagne	Sopraelevazione struttura P.zza Gioberti: Dipartimento di Prevenzione – SERT – Guardia Medica (progetto esecutivo già predisposto dall'AGT)	€ 560.000,00
Mesagne (S. Pancrazio S.no)	Sopraelevazione poliambulatorio per ospitare ambulatori e DSM (progetto esecutivo già predisposto dall'AGT)	€ 800.000,00
Mesagne (S. Pietro V.co)	Sopraelevazione struttura dipartimentale per ospitare Ufficio Igiene (progetto esecutivo già predisposto dall'AGT)	€ 500.000,00
Fasano (Ostuni)	Ristrutturazione sede Dipartimentale di via Dei Colli (progetto esecutivo già predisposto dall'AGT)	€ 500.000,00
Francavilla F.na	Ristrutturazione vecchio P.O. per ospitare il Distretto (progetto esecutivo già predisposto dall'Arch. Gemma)	€ 2.000.000,00
Territorio Provinciale	Installazione T.A.C. Fasano, Mesagne, Ceglie, Brindisi ex Osp. Di Summa	€ 2.300.000,00
Brindisi	Installazione R.M.N. 0,5 tesla c/o ex Osp. Di Summa	€ 1.100.000,00
Territorio Provinciale	Ampliamento rete telematica (progetto esecutivo già predisposto dall'AGT)	€ 1.000.000,00
Territorio Provinciale	Installazione sistema telematico e informativo per il collegamento in rete di tutti i Laboratori Analisi	€ 600.000,00
Territorio Provinciale	ampliamento Parco Tecnologico di tutti i Distretti	€ 1.600.000,00
Territorio Provinciale	Potenziamento ambulatori vaccinali con adeguamenti impiantistici e tecnologici	€ 740.000,00
	Totale Parziale	€ 11.700.000,00

LINEA 2

Adeguamento funzionale rispetto agli standard strutturali e organizzativi già previsti dalla normativa regionale delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie per i percorsi terapeutico-riabilitativi:

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	IMPORTI
Mesagne (Latiano)	Istituto "Vera De Nitto" – acquisto attrezzature e arredi	€300.000,00
Brindisi (S. Vito N.)	Villa Serena – completamento funzionale RSA e Hospice	€ 600.000,00
	Totale Parziale	€ 900.000,00

LINEA 3

Realizzazione di nuove strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale per le aree della non autosufficienza della salute mentale delle disabilità delle dipendenze patologiche:

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	IMPORTI
Brindisi	Ristrutturazione sede di via Taranto per nuova C.R.A.P	€ 300.000,00
Brindisi	Ristrutturazione C.S.M. c/o ex Osp. Di Summa	€ 100.000,00
Francavilla F.na (Oria)	Ristrutturazione per realizzazione nuova C.R.A.P.	€ 200.000,00
Mesagne (S. Pietro V.co)	Ristrutturazione struttura per ospitare N.I.A.T.	€ 150.000,00
	Totale Parziale	€ 750.000,00

LINEA 4

Potenziamento e nuove sperimentazioni di servizi per utenze fragili:

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	IMPORTI
Brindisi	Realizzazione sede P.U.A. c/o ex Osp. Di Summa	€ 250.000,00
	Totale Parziale	€ 250.000,00

LINEA 5

Realizzazione e potenziamento della rete dei servizi sanitari del pronto intervento, anche tramite la telemedicina.

DISTRETTO	TIPOLOGIA DI INTERVENTO	IMPORTI
Brindisi	Realizzazione Centro Emergenza "Grandi Ustionati" c/o Osp. Perrino (Progetto esecutivo a cura di tecnici esterni)	€ 2.000.000,00
	Totale Parziale	€ 2.000.000,00

LINEA 6

Realizzazione Centri di salute e Case della Salute:

DISTRETTO	Centri di Salute	Casa Della Salute	Importi
Distretto n. 1 – Brindisi			
Brindisi	X		
Tuturano	X		
Distretto n. 2 – Fasano			
Fasano	X		
Cisternino		X	
Distretto n. 3 – Francavilla Fontana			
Francavilla Fontana	X		
Oria		X	
San Michele Salentino	X		
Villa Castelli	X		
Distretto n. 4 – Ostuni			
Ostuni	X		
Carovigno	X		
San Vito dei Normanni		X	
Ceglie Messapica	X		
Distretto n. 5 – Mesagne			
Mesagne	X		
Torre Santa Susanna	X		
Erchie	X		
Latiano	X		
Distretto n. 6 – San Pietro V.co			
Cellino San Marco	X		
San Pancrazio Salentino		X	
San Pietro Vernotico	X		
Sandonaci		X	
Torchiarolo	X		
	Totale		€8.000.000,00

Interventi programmati con Ex art. 20 L.67/1988

Finanziamento Ex art. 20 L.67/1988 - II FASE

Delibera di G.R. n. 689/03

SEDE	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO	IMPORTO AGGIUDICATO	DELIBERA AGGIUDICAZIONE
P.O. BRINDISI	COMPLETAMENTO E SOPRAELEVAZIONE DELLA PIASTRA ESISTENTE PER L'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI EMERGENZA CON I REPARTI DI RIANIMAZIONE, SALE OPERATORIE, TERAPIA INTENSIVA CARDIACHIRURGIA E REPARTO DI CARDIACHIRURGIA. L'AMPLIAMENTO PERMETTE DI ALLOGGIARE I REPARTI DI DIALISI, NEFROLOGIA, ANATOMIA PATOLOGICA ED IL QUARTIERE OPERATORIO. LO SPOSTAMENTO DI TALI REPARTI PERMETTE, QUINDI, L'ATTIVAZIONE DI ONCOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, CHIRURGIA PEDIATRICA, CHIRURGIA TORACICA, NEUROSICHIATRIA INFANTILE, REUMATOLOGIA E CARDIACHIRURGIA; REALIZZAZIONE DI N. 3 IMPIANTI ELEVATORI SEPARATI PER UTENTI E PERSONE; ACQUISTO DI ATTREZZATURA ELETTROMEDICALE.	€10.000.000,00	€5.925.036,68	n. 250 del 13/2/07
P.O. FRANCAVILLA F.	RISTRUTTURAZIONE DEL P.O. PER LA RIDISTRIBUZIONE E LA RIFUNZIONALIZZAZIONE DEI VARI REPARTI; COMPARTIMENTAZIONE E ADEGUAMENTO ALLE NORME ANTINCENDIO; ADEGUAMENTO DEI REPARTI AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI; ACQUISTO DI NUOVI ARREDI.	€2.500.000,00	€1.537.229,04	n. 1234 del 15/5/07
P.O. FRANCAVILLA F.	RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO DEL VECCHIO COMPLESSO OSPEDALIERO SITO IN PIAZZA VOLTA PER L'ALLOCAZIONE DI AMBULATORI DISTRETTUALI (1° STRALCIO:PIANO TERRA, 2° STRALCIO: PRIMO PIANO)	€850.000,00	€501.215,64	n. 460 del 28/2/07
P.O. OSTUNI	REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA ALA SU TERRENO DI PROPRIETA' PER ALLOGGIARE IL POLIAMBULATORIO, IL LABORATORIO DI ANALISI, LA DIALISI ED IL REPARTO DI LUNGODEGENZA; REALIZZAZIONE DI UN NUOVO INGRESSO AL P.O. ESISTENTE; ADEGUAMENTO DEL PRONTO SOCCORSO ESISTENTE.	€3.300.000,00	€1.996.845,38	n. 3528 del 18/12/2006
S.O. FASANO	REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA SEDE DISTRETTUALE PRECISTA NEL CONTESTO DEL NUOVO PIANO DI ARTICOLAZIONE DELLA RETE DISTRETTUALE, IN LINEA CON LE NORME DETTATE DAL D.P.R. 14/01/1997.	€600.000,00	€382.708,00	n. 3522 del 18/12/2006
S.O. FASANO	RISTRUTTURAZIONE ED ADEGUAMENTO DELLE PARTI COMUNI DELLO S.O.; ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE; ADEGUAMENTO DELLE DEGENZE.	€200.000,00	€127.225,41	n. 1233 del 10/5/2007
DISTRETTO DI CAROVIGNO	RIFUNZIONALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA ESISTENTE PER ATTIVITA' DISTRETTUALI (GUARDIA MEDICA) PRESSO L'EX ISTITUTO DEL PRETE, APPARTENENTE AL DISTRETTO DI FRANCAVILLA F., MEDIANTE SOSTITUZIONE INFISSI, SISTEMAZIONE DEI LASTRICATI SOLARI	€150.000,00	€85.099,72	n. 1673 del 18/6/2007
S.O. CISTERMINO	RISTRUTTURAZIONE DELLO S.O. PER LA REALIZZAZIONE DELLA "CAMERA CALDA" A SERVIZIO DEL P.S. ESISTENTE; INSERIMENTO DELL'OSPEDALE DI COMUNITA' E SPOSTAMENTO DEL LABORATORIO DI ANALISI AL 1° PIANO.	€250.000,00	€144.332,17	n. 1232 del 10/5/2007
S.O. MESAGNE	RISTRUTTURAZIONE DELLO S.O. PER LA REALIZZAZIONE DI UN PUNTO PRELIEVI A SERVIZIO DEL LABORATORIO ANALISI AL P.T. CON LA REALIZZAZIONE DI AMBULATORI DI PNEUMOLOGIA NELLA ZONA DELL'EX RADIOLOGIA; RISTRUTTURAZIONE DI PARTE DEL 2° PIANO CON LA REALIZZAZIONE DEL REPARTO DI LUNGODEGENZA NELLA EX OSTETRICIA E GINECOLOGIA.	€400.000,00	€239.384,57	n. 3523 del 18/12/2007
S.O. S. PIETRO V.CO	RISTRUTTURAZIONE DELLO S.O. PER L'ADEGUAMENTO PARZIALE DEI PIANI: RIALZATO, 2° E 3°, PER L'AMPLIAMENTO DEL P.S. ESISTENTE E L'INSERIMENTO DELLA CAMERA CALDA, I REPARTI DI DEGENZA E LE SALE OPERATORIE.	€1.000.000,00	€566.752,57	n. 3525 del 18/12/2006

Delibera di G.R. n. 688/03
(Emergenza – Urgenza)

SEDE	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO	IMPORTO AGGIUDICATO	DELIBERA AGGIUDICAZIONE
P.O. BRINDISI	AMPLIAMENTO DEL P.S. ESISTENTE, MEDIANTE LA REALIZZAZIONE DI NUOVI SPAZI DA EDIFICARE AL Piano TERRA	€700.000,00	€446.903,88	n. 3025 del 6/11/2006
P.O. OSTUNI	REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO UTIC AL 1° PIANO (AL POSTO DELLA FKT) MEDIANTE AMPLIAMENTO DELLA PENSILINA ESISTENTE AL P.S. ED INSERIMENTO DI UN ASCENSORE DEDICATO	€850.000,00	€484.068,34	n. 1674 del 18/6/2007

FINANZIAMENTO ART. 1 D.LGS. 254/2000
(Libera Professione)

SEDE	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO	IMPORTO AGGIUDICATO	DELIBERA AGGIUDICAZIONE
P.O. FRANCAVILLA F.	REALIZZAZIONE DI SPAZI PER AMBULATORI DELLA L.P. MEDIANTE LA RISTRUTTURAZIONE DEL 1° PIANO DELLA PALAZZINA DI NEFROLOGIA E DIALISI	€1.500.000,00	€895.734,00	n. 2186 del 8/8/2007
P.O. OSTUNI	RISTRUTTURAZIONE DELLA EX PALAZZINA UFFICI AMM.VI IN C.DA TRAPPETO DEL MONTE PER LA REALIZZAZIONE DI AMBULATORI PER LA LIBERA PROFESSIONE	€500.000,00	€277.517,00	n. 2184 del 8/8/2007
S.O. FASANO	REALIZZAZIONE DI AMBULATORI PER LA L.P. IN CORRISPONDENZA DELLA NUOVA SEDE DISTRETTUALE	€500.000,00	€296.205,23	n. 2187 del 8/8/2007
S.O. MESAGNE	RISTRUTTURAZIONE PARZIALE DEL PIANO RIALZATO DELLO S.O., GIÀ ADIBITO A REPARTO DI OCULISTICA, PER LA REALIZZAZIONE DI AMBULATORI PER LA L.P.	€700.000,00	€432.427,47	n. 2185 del 8/8/2007

Delibera di G.R. n. 2118 dell' 11/11/2008

SEDE	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	QUADRO ECONOMICO	IMPORTO AGGIUDICATO	DELIBERA AGGIUDICAZIONE
P.O. OSTUNI	REALIZZAZIONE INTERVENTI PER IL PRONTO SOCCORSO; RADIOLOGIA; LABORATORIO ANALISI; UTIC; REPARTI DI DEGENZA.	€1.700.000,00		

Finanziamento accordo di programma 2007

Ex art. 20 L.67/1988 - III FASE

SEDE	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	IMPORTO FINANZIATO	STATO PROGETTAZIONE	DELIBERA INCARICO PROGETTAZIONE
P.O. BRINDISI	AMPLIAMENTO EDIFICIO ADIBITO A RADIOTERAPIA E ADEGUAMENTO FUNZIONALE DEL CENTRO GRANDI USTIONI.	€2.024.00,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	n. 2059 del 8/7/2008
P.O. FRANCAVILLA F.	RISTRUTTURAZIONE COMPLETA DEL P.O. MEDIANTE INTERVENTI DI CONSOLIDAMENTO STATICO DELLE STRUTTURE; AMPLIAMENTO ED ADEGUAMENTO DEGLI SPAZI ADIBITI A DEGENZE E REALIZZAZIONE DI SPAZI PER TERAPIA INTENSIVA; ADEGUAMENTO TECNOLOGICO DELLE ATTREZZATURE ESISTENTI.	€6.100.000,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	n. 1334 del 7/5/2008
EX OSP. DI SUMMA BRINDISI	RISTRUTTURAZIONE PADIGLIONE S. LORENZO PER AMBULATORI DI MEDICINA DEL TERRITORIO	€680.000,00	COMSEGNATO PROGETTO DEFINITIVO IN DATA 9/6/2008 PER RICHIESTA PARERE COMPATIBILITA' URBANISTICA.	n. 3507 del 21/12/2007
EX OSP. DI SUMMA BRINDISI	RISTRUTTURAZIONE LOCALI AL PIANO SEMINTERRATO EX REPARTO RADIOLOGIA DEL PADIGLIONE SAN LORENZO AD ALCUNI LOCALI DEL PADIGLIONE CENTRALE DELL'EX OSP. DI SUMMA PER LA REALIZZAZIONE STRUTTURA TERRITORIALE DENOMINATA "CITTADELLA DELLA SALUTE".	€1.000.000,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	n. 941 del 31/3/2008
S.O. MESAGNE	COMPLETAMENTO DELLA RISTRUTTURAZIONE DEL 2° PIANO DEL REPARTO CHIRURGIA; PREDISPOSIZIONE ED ALLOCAZIONE RMN AL p.t. E ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLO S.O.	€2.500.000,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	n. 938 del 31/3/2008
S.O. CEGLIE M.CA	RISTRUTTURAZIONE DEL REPARTO OPERATORIO CON ADEGUAMENTO DELLE SALE OPERATORIE.	€1.750.000,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	n. 3032 del 22/11/2007
S.O. S. PIETRO V.CO	COMPLETAMENTO DELLA RISTRUTTURAZIONE PER L'ADEGUAMENTO AI REQUISITI MINIMI STRUTTURALI DELLO S.O.	€730.000,00	CONSEGNATO PROGETTO AL GENIO CIVILE IN DATA 30/9/2008	

Contributi alla stesura del PAL

La stesura definitiva del Piano Attuativo Locale è stata resa possibile anche grazie ai contributi pervenuti nel periodo dicembre 2008-febbraio 2009 da parte di Istituzioni, Enti vari, Organizzazioni Sindacali e Professionali e Strutture organizzative interne dell'ASL. Tutti i contributi pervenuti sono stati adeguatamente presi in considerazione ed inseriti in maniera organica all'interno del documento.

Segue l'elenco dettagliato dei contributi, distinti per categoria e raggruppati in ordine di ricezione:

COMUNI

San Pietro Vernotico

Ostuni (Ambito Territoriale n. 2)

Sandonaci

Mesagne

Erchie

San Pancrazio Salentino

Ceglie Messapica

Cisternino

Latiano

ISTITUZIONI VARIE

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Brindisi

Forum Ambiente e Salute

UPI (Unione Province Pugliesi)

Tribunale dei Diritti del Malato

MMG di Ceglie Messapica

AIPO (Associazione Italiana Ospitalità Privata)

Ass.ni AUSER – “Aspettare stanca”

AISM

Gruppo Aiuto Tiroide

Commissione Prov.le Pari Opportunità

“Solidarietà Brindisina” ONLUS

Medicina Democratica

Cittadinanza Attiva Puglia

Coordinamento Comitato Consultivo Misto

SINDACATI

ANAAO – ASSOMED
CGIL Funzione Pubblica
ANPO
CIMO
CISL Funzione Pubblica
FIALS
AUPI

STRUTTURE INTERNE

Dipartimento di Prevenzione
Direzione Sanitaria S.O. San Pietro Vernotico
U.O. Medicina Interna P.O. Ostuni
Ufficio Sviluppo Organizzativo
Direzione Sanitaria S.O. Ceglie Messapica
Direzione D.S.M.
U.O. Servizio Socio Sanitario
U.R.P.
U.O. Pediatria P.O. Brindisi
Direzione Sanitaria S.O. Mesagne
Dr. Enzo Serio – D.S.M.
SPPA
U.O. Oncologia P.O. Brindisi
Servizio per le Dipendenze Patologiche
U.O. Radiodiagnostica P.O. Brindisi
U.O. Laboratorio Patologia Clinica distrettuale
U.O. Malattie Metaboliche, diabetologia e nutrizione clinica
U.O. Cardiologia S.O. San Pietro Vernotico
Dr. Vito Capone – Distretto Socio Sanitario n. 1

GLOSSARIO

ADI Assistenza Domiciliare Integrata
ARES Agenzia Regionale Sanitaria
CA Casa Alloggio
CD Centro Diurno
CRAP Comunità Riabilitativa di Assistenza Psichiatrica
CSM Centro di Salute Mentale
CUP Centro Unico Prenotazione
D.H. Day hospital
DCA Disturbi del Comportamento Alimentare
DRG Diagnosis Related Groups
DSM Dipartimento di Salute Mentale
FESR Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
GA Gruppo Appartamento
ICD 10 Codice Diagnostico Internazionale
L.R. Legge Regionale
MMG Medico di Medicina Generale
NIAT Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza Territoriale
OO.SS. Organizzazioni Sindacali
P.L. Posti Letto
P.O. Presidio Ospedaliero
PLS Pediatra di Libera Scelta
RSA Residenza Sanitaria Assistenziale
RSSA Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale
S.O. Stabilimento Ospedaliero
SERT Servizio per le Tossicodipendenze
SIATA Servizio di Integrazione Assistenziale Territoriale ed Ambulatoriale
SPDC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
U.O. Unità Operativa
U.O.C. Unità Operativa Complessa
UAL Unità di Assistenza Limitata
UCP Unità di Cure Primarie
UTAP Unità Territoriale Assistenza Primaria